



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

**УТВЕРЖДАЮ**

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.

Разумовского Минздрава России

Н.В. Щуковский

27.02.2024г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ  
ДИСЦИПЛИНЫ**

**«Инфекционные болезни в практике врача-эпидемиолога»**

**ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ**

**32.08.12 Эпидемиология**

ФГОС ВО утвержден приказом 21  
Министерства образования и науки РФ

От 09.01.2023 года

Квалификация

Врач-эпидемиолог

Форма обучения

**ОЧНАЯ**

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

**ОДОБРЕН**

на учебно-методической конференции кафедры

Эпидемиологии

Протокол от 04.02.2024 г. № 7

И.О. заведующего кафедрой:

 С.Ю.Чехомов

### 1. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ (ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ)

п/№	номер/ индекс компете нции	содержание компетенции (или ее части)	наименование категории группы компетенций	код и наименование индикатора достижения компетенции	объекты или область знания	оценочные средства
1.	УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Системное и критическое мышление	ИД-1 УК-1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними ИД-2 УК-1.2. Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению ИД-3 УК-1.3. Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников ИД-4 УК-1.4. Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов ИД-5 УК-1.5. Строит сценарии реализации стратегии, определяя возможные риски и предлагая пути их устранения	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы
2.	УК-3	способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Командная работа и лидерство	ИД-1 УК-3.1. Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели ИД-2 УК-3.2. Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений. ИД-3 УК-3.3. Разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон ИД-4 УК-3.4. Планирует командную работу, распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды. Определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
3.	УК-5	способен планировать и решать задачи собственного профессионально	Самоорганизация и саморазвитие (в том числе	ИД-1 УК-5.1. Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), целесообразно их использует для успешного выполнения профессиональных задач;	совокупность средств и технологий, направленных на создание	тестовый контроль, ситуационные задачи,

		го и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	здоровьесбережение)	ИД-2 УК-5.2. Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки; ИД-3 УК-5.3. Выбирает и реализует, в том числе с использованием инструментов непрерывного образования, возможности развития профессиональных компетенций и навыков с учетом динамично изменяющихся требований рынка труда и стратегии личного развития.	условий для охраны здоровья граждан	контрольные вопросы
4.	ОПК-4	способен к организации и проведению эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-4.1. организует сбор необходимого перечня документов для эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний ИД-2 ОПК-4.2. проводит качественный эпидемиологический надзор (мониторинг) за очагами инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
5.	ОПК-5	способен к разработке предложений по изменению и дополнению профилактических программ в отношении инфекционных и	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-5.1. разрабатывает профилактические программы инфекционных и неинфекционных заболеваний, основанные на основе эпидемиологического, санитарно-гигиенического мониторинга с использованием принципов доказательной медицины и клинической эпидемиологии.	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

		неинфекционных заболеваний				
6.	ОПК-6	способен к проведению эпидемиологического обоснования, организации проведения, оценке качества и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении инфекционных и неинфекционных заболеваний	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-6.1. Демонстрирует готовность к проведению эпидемиологического анализа ИД-2 ОПК-6.2. Планирует противоэпидемические мероприятия в очагах различных заболеваний ИД-3 ОПК-6.3. Демонстрирует способность эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
7.	ОПК-9	способен к планированию, организации и контролю деятельности отделов эпидемиологического профиля органов, осуществляющих федеральный государственный надзор, и учреждений, обеспечивающих	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-9.1. демонстрирует навыки использования основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности.	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

		их деятельность, а также эпидемиологического отдела медицинской организации				
8.	ПК-1	готовность к проведению комплекса мероприятий, направленных на профилактику распространения и управление инфекционными заболеваниями, массовыми неинфекционным и заболеваниями, в том числе отравлениями, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	Производственная деятельность	ИД-1 ПК-1.1 – демонстрирует знание комплекса мер, умения и навыки по профилактике распространения инфекционных и не инфекционных заболеваний, в том числе в чрезвычайных ситуациях	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
9.	ПК-2	готовность к применению в своей профессиональной деятельности специализированного оборудования в том числе медицинского	Производственная деятельность	ИД-1 ПК-2.1 демонстрирует знания, умения и навыки по применению специализированного оборудования и медицинских изделий в своей профессиональной трудовой деятельности	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

10.	ПК-4	готовность к проведению санитарно-гигиенического просвещения населения, пациентов и членов их семей и контроль за проведением мероприятий по профилактике заболеваний инфекционного профиля, а также формирование, сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Психолого-педагогическая деятельность	ИД-1 ПК-4.1 Демонстрирует знания и способности применения принципов и особенностей профилактики возникновения или прогрессирования синдромов и/или состояний у пациентов с инфекционными заболеваниями; ИД-2 ПК-4.2 Демонстрирует знания и способности применения принципов социальной гигиены у пациентов с инфекционными заболеваниями; ИД-3 ПК-4.3 Способен применять в практике знания основ здорового образа жизни, организовывать и контролировать мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний у пациентов и членов их семей	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
<p>Основание (ПС, анализ иных требований, предъявляемых к выпускникам): профессиональный стандарт "Специалист в области медико-профилактического дела", утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 июня 2015 г. N 399н "Об утверждении профессионального стандарта</p>						

### 1.2 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ (ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ)

П/п	Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)		
		Знать	Уметь	Владеть
1.	ИД-1 УК-1.1.	Знает методику анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними.	Умеет анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.	Имеет навык сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними.
2.	ИД-2 УК-1.2.	Знает методику определения пробелов в информации,	Умеет определять пробелы в информации, необходимой для	Имеет навык определения пробелов в информации,

		необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению.	решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению.	необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению.
3.	ИД-3 УК-1.3	<b>Знает</b> методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников.	<b>Умеет</b> критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников.	<b>Имеет навык</b> критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников.
4.	ИД-4 УК-1.4	<b>Знает</b> методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.	<b>Умеет</b> разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.	<b>Имеет навык</b> разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.
5.	ИД-5 УК-1.5	<b>Знает</b> методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области.	<b>Умеет</b> применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области.	<b>Имеет навык</b> навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области
6.	ИД-1 УК-3.1	<b>Знает</b> методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели.	<b>Умеет</b> применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.	<b>Имеет навык</b> применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.
7.	ИД-2 УК-3.2	<b>Знает</b> методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.	<b>Умеет</b> применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.	<b>Имеет навык</b> применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.
8.	ИД-3 УК-3.3	<b>Знает</b> методы разрешения конфликтов и противоречий при	<b>Умеет</b> применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом	<b>Имеет навык</b> применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом

		деловом общении на основе учета интересов всех сторон.	общении на основе учета интересов всех сторон.	общении на основе учета интересов всех сторон.
9.	ИД-4 УК-3.4	<b>Знает</b> методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям.	<b>Умеет</b> применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям.	<b>Имеет навык</b> применения методики планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям
10.	ИД-1 УК-5.1	<b>Знает</b> о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные)	<b>Умеет</b> оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы	<b>Имеет навык</b> по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности
11.	ИД-2 УК-5.2	<b>Знает</b> о возможных своих потребностях в образовании	<b>Умеет</b> составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки	<b>Имеет навык</b> определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки
12.	ИД-3 УК-5.3	<b>Знает</b> о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации	<b>Умеет</b> реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию	<b>Имеет навык</b> планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ
13.	ИД-1 ОПК-4.1.	общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; организацию эпидемиологических исследований; систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по	проводить статистический анализ; анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза;	методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний;



		<p>проведению профилактических и лечебных мероприятий;</p> <p>основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;</p> <p>эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;</p>	<p>научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования;</p> <p>применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;</p>	<p>методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения;</p> <p>методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций;</p> <p>современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p>
14.	ИД-2 ОПК-4.2.	<p><b>Знает</b> тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии,</p>	<p><b>Умеет</b> проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p>	<p><b>Имеет навык</b> организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p>

		<p>используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;</p> <p>основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям.</p>	<p>заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов;</p> <p>оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий;</p> <p>организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p>	<p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p>
--	--	--	---	--

			<p>принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;</p> <p>проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показаниям.</p>	
15.	ИД-1 ОПК-5.1.	<p><b>Знает</b> принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; права и обязанности врача-эпидемиолога;</p> <p>специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;</p> <p>принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней.</p>	<p><b>Умеет</b> применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>организовать работу эпидемиологического отдела.</p>	<p><b>Имеет навык</b> методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии;</p> <p>методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций;</p> <p>навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения»),</p>

				заклучения, протоколы лабораторных исследований и др.).
16.	ИД-1 ОПК-6.1.	<b>Знает</b> принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями	<b>Умеет</b> проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований	<b>Имеет навык</b> навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний
17.	ИД-2 ОПК-6.2.	<b>Знает</b> современные теории учения об эпидемическом процессе; методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;	<b>Умеет</b> выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;	<b>Имеет навык</b> методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи;
18.	ИД-3 ОПК-6.3	<b>Знает</b> содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний	<b>Умеет</b> проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому)	<b>Имеет навык</b> методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний)

			наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию	
19.	ИД-1 ОПК-9.1.	<p><b>Знает</b> основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора; основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения; нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями; принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p>	<p><b>Умеет</b> применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности; применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности; осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов; организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации; организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций.</p>	<p><b>Имеет навык</b> использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин.</p>

		<p>основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога;</p> <p>мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки</p>		
20.	ИД-1 ПК-1.1 –	<p><b>Знает</b> основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях; принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней; сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф; принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций.</p>	<p><b>Умеет</b> осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях.</p>	<p><b>Имеет навык</b> о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска; способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности; способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p>

21.	ИД-1 ПК-2.1	<p><b>Знает</b> лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики; современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний; средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; требования к оборудованию для «холодовой цепи»; требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»; общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций.</p>	<p><b>Умеет</b> использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности; пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности; организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; проводить бракераж МИБП.</p>	<p><b>Имеет навык</b> работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике; знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники); навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p>
22.	ИД-1 ПК-4.1	<p><b>Знает</b> общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; расширенную программу иммунизации; этиологию, эпидемиологию, клиническую картину,</p>	<p><b>Умеет</b> организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней; проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе; проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за</p>	<p><b>Имеет навык</b> навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации; методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты; знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов,</p>

		<p>диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний</p>	<p>хранением и распределением указанных препаратов; организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии</p>	<p>применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации; методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>
23.	ИД-2 ПК-4.2	<p><b>Знает</b> гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний</p>	<p><b>Умеет</b> разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической</p>	<p><b>Имеет навык</b> обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний; умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; методикой сбора социально-гигиенической информации,</p>



			и противоэпидемической помощи населению	информации о состоянии здоровья населения;
24.	ИД-3 ПК-4.3	<p><b>Знает</b> оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам; значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике; этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики; антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения</p>	<p><b>Умеет</b> проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии; осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями; обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения</p>	<p><b>Имеет навык</b> санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>

### 1.3 СИСТЕМА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Тип задания	Указания по оцениванию	Результат оценивания (баллы, полученные за выполнение задания/характеристика правильности ответа)
Задание закрытого типа на установление соответствия	Задание считается верно выполненным, если правильно установлены все соответствия (позиции из одного столбца верно сопоставлены с позициями другого)	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; неверный ответ или его отсутствие – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа на установление последовательности	Задание считается верно выполненным, если правильно указана вся последовательность цифр	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; если допущены ошибки или ответ отсутствует – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа с выбором одного или нескольких вариантов ответа из предложенных	Задание считается верно выполненным, если правильно указана(-ы) цифра(-ы) ответа(-ов)	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; если допущены ошибки или ответ отсутствует – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа с выбором одного верного ответа из предложенных с обоснованием выбора	Задание считается верно выполненным, если правильно указана цифра и приведены корректные аргументы, используемые при выборе ответа.	Совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; неверный ответ или его отсутствие – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа с выбором нескольких вариантов ответа из предложенных с обоснованием выбора	Задание считается верно выполненным, если правильно указаны цифры и приведены корректные аргументы, используемые при выборе ответа.	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; если допущены ошибки или ответ отсутствует – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание открытого типа с развернутым ответом	Задание считается верно выполненным, если ответ совпадает с эталонным по содержанию и полноте.*	Полный правильный ответ на задание оценивается 3 баллами; если допущена одна ошибка/неточность/ответ правильный, но не полный – 1 балл, если допущено более одной ошибки/ответ неправильный/ ответ отсутствует – 0 баллов.** <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».

## 2. ТЕКУЩИЙ ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАДАНИЙ ПО ТИПАМ И УРОВНЯМ СЛОЖНОСТИ

№ п/п	Код компетенции	Индикатор сформированности компетенции	Тема	Номер задания	Тип задания	Уровень сложности задания	Время выполнения (мин.)
1.	УК-1	ИД-1 УК-1.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	1-17	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
2.	УК-1	ИД-2 УК-1.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	18-34	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.

			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
3.	УК-1	ИД-3 УК-1.3	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	35-51	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия)	Высокий	5-10 мин.

					<i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>		
4.	УК-1	ИД-4 УК-1.4	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	52-68	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
5.	УК-1	ИД-5 УК-1.5	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции.	69-85	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление</i>	Повышенный	3-5 мин.

			Инфекции наружных покровов.		<i>последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )		
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
6.	УК-3	ИД-1 УК-3.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	86-102	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
7.	УК-3	ИД-2 УК-3.2.	Кишечные инфекции.	103-119	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора;</i>	Базовый	1-3 мин.

			Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.		<i>с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>		
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
8.	УК-3	ИД-3 УК-3.3.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	120-136	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.

				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
9.	УК-3	ИД-4 УК-3.4.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	137-153	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
10.	УК-5	ИД-1 УК-5.1	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции.	154-170	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Повышенный	3-5 мин.



			Инфекции наружных покровов.		<i>обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> <i>Открытый (с развернутым ответом)</i>		
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
11.	УК-5	ИД-2 УК-5.2	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	171-187	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> <i>Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.

12.	УК-5	ИД-3 УК-5.3	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	188-204	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
13.	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	205-221	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i>	Повышенный	3-5 мин.

					Открытый (с развернутым ответом)		
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
14.	ОПК-4	ИД-2 ОПК-4.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	222-238	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
15.	ОПК-5	ИД-1 ОПК-5.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	239-255	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.

			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
16.	ОПК-6	ИД-1 ОПК-6.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	256-272	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.

				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
17.	ОПК-6	ИД-2 ОПК-6.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	273-289	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
18.	ОПК-6	ИД-3 ОПК-6.3.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции.	290-306	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Повышенный	3-5 мин.

			Инфекции наружных покровов.		<i>обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> <i>Открытый (с развернутым ответом)</i>		
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
19.	ОПК-9	ИД-1 ОПК-9.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	307-323	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> <i>Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.

20.	ПК-1	ИД-1 ПК-1.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	324-340	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
21.	ПК--2	ИД-1 ПК-2.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	341-357	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i>	Повышенный	3-5 мин.

					Открытый (с развернутым ответом)		
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
22.	ПК-4	ИД-1 ПК-4.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	358-374	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
23.	ПК-4	ИД-2 ПК-4.2.	Кишечные инфекции.	375-390	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора;	Базовый	1-3 мин.



			Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.		<i>с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>		
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
1.	ПК-4	ИД-3 ПК-4.3.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	375-390	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i>	Повышенный	3-5 мин.

					<i>Открытый (с развернутым ответом)</i>		
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.

## Тестовые задания для проведения текущей аттестации.

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

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

2. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

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

3. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Головная боль	
	Апатия, адинамия	
	Заторможенность	
	Общая слабость	+

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

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

6. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

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

7. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Патогенность	
	Источник инфекции	
	Антигенная структура по O-антигенам	+
	Антигенная структура по H-антигенам	

8. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

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

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

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

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

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

11. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------

выбора ответа		
	Симпатическую нервную систему	
	Чувствительные мотонейроны	
	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
	Периферические нервы	

12. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

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

13. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

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

14. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

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

15. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Тетрациклин	
	Пенициллин	
	Канамицин	
	Левомецетин	+

16. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Крупный рогатый скот	
	Мышевидные грызуны	
	Человек	+
	Птицы	

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

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

18. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Желудка	
	Тонкой кишки	
	Толстой кишки	
	Верхних дыхательных путей	+

19. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

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

20. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Клиническая картина заболевания	
	Эпидемиологические данные	
	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

21. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Капельный	
	Фекально-оральный	+

	Парентеральный	
	Половой	

22. Для вирусного гепатита А характерно:

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

23. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

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

24. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

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

25. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

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

26. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

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

27. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

28. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Гентамицин	
	Доксициклин	
	Клафоран	

30. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Свиной	
	Бычий	
	Козий	+
	Собачий	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Свиньи	
	Коровы	
	Домашние птицы	+
	Козы, овцы	

32. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	До 3-х месяцев	+



	От 3-х до 6 месяцев	
	Свыше 6 месяцев	
	Более года	

33. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

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

34. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

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

35. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

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

36. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Дифтерии	
	Токсоплазмозе	+
	Сальмонеллезе	
	Коклюш	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Цистицеркоза	
	Клонорхоза	
	Трихинеллеза	+
	Аскаридоза	

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

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

39. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Бычьим цепнем	
	Карликовым цепнем	
	Свиным цепнем	
	Широким лентецом	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Лейшманиоз	
	Токсоплазмоз	
	Амебиаз	+
	Лямблиоз	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Трипаносомозом	
	Лямблиозом	
	Токсоплазмозом	+
	Балантидиозом	

42. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Ротавирусам	
	Пикорнавирусам	
	Энтеровирусам	
	Ортомиксовирусам	+

43. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Больной человек	+

	Реконвалесцент	
	Объекты окружающей среды	
	Здоровый человек	

44. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Аэрозольный	+
	Контактный	
	Фекально-оральный	
	Трансмиссивный	

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

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

46. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Ремантадин	+
	Интрон	
	Вальтрекс	
	Зовиракс	

47. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Толстая капля крови	
	Иммуноферментный анализ	+
	Вирусологический анализ	
	РПГА	

48. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	
	Риновирусная инфекция	+

49. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	

	Парагрипп	+
	Аденовирусная инфекция	
	РС инфекция	

50. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	+
	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	+
	РС инфекция	

52. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	+
	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	+
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	
	РС инфекция	

54. Для вируса кори характерно:

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

55. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	7-20 дней	

	9-21 дней	+
	4-14 дней	
	11-21 день	

56. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Везикулезная	
	Пятнисто-папулезная	+
	Мелкоточечная	
	Пятнисто-везикулезная	

57. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

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

58. Сколько дней длится катаральный период кори:

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

59. Пятна Филатова-Коплика появляются:

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

60. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Вирусологическое исследование	
	Бактериологическое исследование	
	РПГА	
	Иммуноферментный анализ	+

61. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	3 мес	
	6 мес	
	12 мес	+

	18 мес	
--	--------	--

62. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:

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

63. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Больной ветряной оспой	+
	Вирусоноситель	
	Реконвалесцент	
	Бактерионоситель	

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Герпесвирус	+
	Пикорнавирус	
	Энтеровирус	
	Парамиксовирус	

66. Входные ворота при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Верхние дыхательные пути	+
	Конъюнктив	
	Кожа	
	Половые органы	

67. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:

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

68. Вирус Эпштейн-Барр относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Семейству ортомиксовирусов	
	Семейству парамиксовирусов	
	Семейству пикорнавирусов	
	Семейству герпесвирусов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Петехиальной сыпи	
	Узловой эритемы	
	Кореподобной сыпи	+
	Скарлатиноподобной сыпи	

70. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Ампициллин	+
	Цефазолин	
	Эритромицин	
	Преднизолон	

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

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

72. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Арбовирус	
	Парамиксовирус	+
	Герпесвирус	
	Риновирус	

73. Осложнения эпидемического паротита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пневмония	
	Орхит	+
	Полиневриты	

	Шейные, пояснично-крестцовые радикулопатии	
--	--	--

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

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

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Чихание	
	Гипотония	
	Диарея	
	Лихорадка	+

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)



	Многочисленные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», преимущественно округлой формы периферической, мультилобарной локализации	+
	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации	
	Единичные солидные узелки	
	Плевральный выпот	

79. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Левомецетин	
	Ампициллин	
	Сульфамонетоксин	

81. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Левомецетин	
	Ампициллин	
	Сульфамонетоксин	

82. Легионелла относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Простейшим	
	Микоплазмам	
	Хламидиям	
	Бактериям	+

83. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Цефалоспорины	

	Гентамицин	
	Эритромицин	+
	Пенициллин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Катаральной, катарально-язвенной	+
	Пленчатой	
	Токсической	
	Распространенной	

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Надгортанник	
	Боковые стенки гортани	
	Истинные голосовые складки	+
	Подскладковое пространство	

87. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Миндалинах	+
	Миндалинах и передних небных дужках	
	Миндалинах и маленьком язычке	
	Миндалинах и задней стенке глотки	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грубый лающий кашель	
	Шумное дыхание	
	Втяжение уступчивых мест грудной клетки	

	Стойкая афония	+
--	----------------	---

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Септический эндокардит	
	Эндомиокардит вторичный	
	Порок сердца	
	Токсический миокардит	+

90. Характер сыпи при скарлатине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пятнисто-папулезная	
	Уртикарная	
	Петехиальная	
	Мелкоточечная	+

91. Когда появляется пластинчатое шелушение при скарлатине?

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

92. Со стороны периферической крови при скарлатине отмечаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Лимфоцитоз	
	Лимфопения	
	Нейтрофилез	+
	Нейтропения	

93. Для лечения скарлатины антибиотиком выбора являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Аминогликозиды	
	Цефалоспорины	
	Пенициллин	+
	Тетрациклины	

94. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем коклюша:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Палочка Леффлера	
	Палочка Афанасьева – Пфейфера	
	Палочка Борде — Жангу	+

	Палочка Коха	
--	--------------	--

95. Длительность заразного периода при коклюше составляет:

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

96. Ведущим звеном в патогенезе коклюша является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Бактериemia	
	Токсемия	
	Интоксикация	
	Сенсибилизация	+

97. Решающее значение для диагностики легких форм коклюша имеет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Бактериологическое исследование	
	Серологическое исследование	+
	Гематологическое исследование	
	Вирусологическое исследование	

98. Максимальная длительность продромального периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	3 дня	
	7 дней	+
	14 дней	
	21 день	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Повышение мочевины	
	Повышение креатинина и мочевины	
	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
	Повышение калия редко	

100. Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Менингоэнцефалитический	
	Абдоминальный	

	Геморрагический	+
	Диспептический	

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

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

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Увеличение количества эозинофилов	
	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
	Увеличение тромбоцитов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Повышение мочевины	
	Повышение креатинина и мочевины	
	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
	Повышение калия редко	

105. Этиотропная терапия при клещевом энцефалите включает:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Антибиотики	
	Специфический гамма — глобулин	+
	ГКС	
	Введение специфической сыворотки	

106. Возбудителем клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Листерия	
	Боррелия	
	Хламидия	
	Вирус	+

107. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

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

108. Диагноз клещевой энцефалит не может быть подтвержден:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Кожной аллергической пробой	+
	Выделением вируса из крови и ликвора с использованием культуры тканей	
	Заражением кровью и ликвором больного лабораторных животных	
	РСК	

109. Основным средством лечения клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Антитоксическая сыворотка	
	Ацикловир	
	Ганцикловир	
	Имуноглобулин	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Амбулаторно	
	В дневном стационаре	

	В инфекционном стационаре	+
	В консультативно-диагностическом центре	
111. Характер эритемы при клещевом энцефалите.		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Резко болезненная, с флюктуацией в центре, с нечеткими контурами	
	Умеренно болезненная, с четкими контурами, которые выступают над уровнем кожи	
	Умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями	+
	Зудящая, безболезненная, красного цвета, резко отделяется	
112. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка	
	Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета	
	Отек болезненный и равномерный	
	Первичный бубон чаще единичный	+
113. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии	
	Геморрагическая септицемия	+
	Наличие токсических лимфаденитов	
	Инфекционно-токсический шок	
114. Для кожной формы чумы		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Последовательные изменения в виде: розеолы, папулы, везикулы и пустулы	
	Изъязвление пустулы с появлением темного струпа	
	Образование фликтены	
	Развитие лимфангоита	+
115. Для первично - септической формы чумы наиболее характерно:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	
	Быстрое поражение сосудов	+
	Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
	Образование множественных очагов инфекции	
116. Для легочной формы чумы наиболее типично:		
Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Наличие режущих болей в груди, одышка	
	Нарастание легочно-сосудистой недостаточности	+
	Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы	
	Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации	

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

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

118. Возбудителем туляремии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Вирусы	
	Риккетсии	
	Простейшие	
	Бактерии	+

119. Инкубационный период при туляремии

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

120. Правила выписки из стационара больного туляремией

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

121. Малярия – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Антропоноз	+
	Зооноз	
	Зооантропоноз	
	Сапроноз	



122. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Примахин	+
	Хинин	
	Делагил	
	Нитрофураны	

123. Половой цикл развития малярийного плазмодия проходит в организме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Комаров рода <i>Anopheles</i>	+
	Комаров рода <i>Culex</i>	
	Комаров рода <i>Aedes</i>	
	Платяных вшей	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	<i>Pl. ovale</i>	
	<i>Pl. vivax</i>	
	<i>Pl. falciparum</i>	+
	При сочетании <i>Pl. vivax</i> и <i>Pl. Ovale</i>	

125. Типичный малярийный пароксизм клинически проявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Озноб, кашель, насморк	
	Пот, озноб, жар	
	Жар, озноб, пот	
	Озноб, жар, пот	+

126. Характер желтухи, которая может возникнуть при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Паренхиматозное	
	Гемолитическая	+
	Обтурационная	
	Связана с холестаазом	

127. Какой из возбудителей малярии зачастую может передаваться трансфузионно?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	<i>Pl. vivax</i>	
	<i>Pl. falciparum</i>	

	при сочетании <i>Pl. vivax</i> и <i>Pl. Ovale</i>	
	<i>Pl.malariae</i> .	+

128. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

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

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

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

130. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

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

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

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

132. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ— инфекции:

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

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

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

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Лимфогистиоцитарная инфильтрация	
	Воспалительные изменения	
	Склерозирование лимфоидной ткани	
	Гиперплазия лимфоидной ткани	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Внешний белок мембраны	
	Белки сердцевины вириона	
	Обратная транскриптаза	+
	Трансмембранный белок	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Артралгический	
	Диспепсический	+
	Астеновегетативный	
	Латентный	

138. Механизм передачи вирусного гепатита В:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------

выбора ответа		
	Аэрозольный	
	Контактный	
	Парентеральный	+
	Трансмиссивный	

139. Вирус гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	РНК - содержащий гепаднавирус	
	ДНК - содержащий гепаднавирус	+
	ДНК - содержащий энтеровирус	
	РНК - содержащий пикорнавирус	

140. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Интерферон	+
	Ацикловир	
	Фоскарнет	
	Азидотимидин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Выявление в крови HBs антигена	
	Выявление в крови HBe антигена	
	Тяжелое течение заболевания	
	Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15 - 32 день от начала желтухи	+

142. Для вирусного гепатита В характерно преобладание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Типичных легких форм болезни	
	Среднетяжелых форм болезни	+
	Тяжелых форм болезни	
	Злокачественных форм болезни	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грудное молоко	
	Интранатальный	+

	Контактный	
	Трансплацентарный	

144. При злокачественной форме вирусных гепатитов

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

145. Возбудитель бешенства относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Retroviridae	
	Herpesviridae	
	Rhabdoviridae	+
	Togaviridae	

146. К какой группе заболеваний относят бешенство?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Антропонозам	
	Зоонозам	+
	Зооантропонозам	
	Сапронозам	

147. Паралитический период бешенства характеризуется:

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

148. Паралитический период бешенства характеризуется:

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

149. Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	
	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+
	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	
	Все перечисленное	

150. Анатоксин столбнячный вводят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Подкожно	+
	Внутривенно	
	Внутрикожно	
	Внутримышечно	

151. Возбудителем рожи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Стафилококк	
	Клебсиелла	
	Бета-гемолитический стрептококк	+
	Пневмококк	

152. Наиболее частая локализация рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Живот	
	Грудная клетка	
	Верхние конечности	
	Нижние конечности	+

153. Наиболее ранним симптомом при первичной роже является:

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

154. Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Эритромицин	
	Бисептол	
	Линкомицин	

155. Синонимом названия «сибирская язва» является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------

выбора ответа		
	Экссудативная эритема	
	Злокачественный карбункул	+
	Эризипелоид	
	Шанкرويد	

156. При кожной форме сибирской язвы:

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

157. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Специфический глобулин	+
	Противосибирезвенную сыворотку	
	Противосибирезвенную вакцину	
	Нормальный человеческий иммуноглобулин	

158. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	От 8 до 12 часов	
	От 2 до 3 дней	+
	От 5 до 7 дней	
	Более 2-х недель	

159. Для вируса кори характерно:

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

160. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Непосредственно из крови	
Е.	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
Ж.	Из лимфатических образований кишечника	
З.	Из клеток эпителия кишечника	

162. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Вирулентность возбудителя	
Е.	Наличие рецидивов заболевания	
Ж.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
З.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репарационных	

163. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	1-8 дней	
Е.	9-14 дней	+
Ж.	15-25 дней	
З.	25-30 дней	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Головная боль	
Е.	Апатия, адинамия	
Ж.	Заторможенность	
З.	Общая слабость	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Желудок	
Е.	Тонкая кишка	
Ж.	Проксимальные отделы толстой кишки	
З.	Дистальные отделы тонкой кишки	+

166. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------



выбора ответа		
Д.	Высота и продолжительность лихорадки	
Е.	Гемодинамические расстройства	
Ж.	Степень интоксикации	+
З.	Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита	

167. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Патогенность	
Е.	Источник инфекции	
Ж.	Антигенная структура по О-антигенам	+
З.	Антигенная структура по Н-антигенам	

168. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 6 часов	
Е.	От 12 до 24 часов	+
Ж.	От 25 до 48 часов	
З.	От 49 до 72 часов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 6 часов	
Е.	От 7 до 24 часов	
Ж.	От 25 до 48 часов	
З.	Более 72 часов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 6 часов	+
Е.	От 7 до 12 часов	
Ж.	От 13 до 24 часов	
З.	Свыше 24 часов	

171. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
---------------------------------	------------------	-------------------------

Д.	Симпатическую нервную систему	
Е.	Чувствительные мотонейроны	
Ж.	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
З.	Периферические нервы	

172. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Угнетение дыхательного центра	
Е.	Поражение проводящих ретикулоспинальных путей	
Ж.	Угнетение активной моторной иннервации дыхательных мышц	+
З.	Все перечисленное	

173. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа	+
Е.	Выделении токсинов возбудителя из крови	
Ж.	Выделении возбудителя из испражнений	
З.	Все перечисленное	

174. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

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

175. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Тетрациклин	
Е.	Пенициллин	
Ж.	Канамицин	
З.	Левомицетин	+

176. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Крупный рогатый скот	

Е.	Мышевидные грызуны	
Ж.	Человек	+
З.	Птицы	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	1-6 дней	
Е.	7-12 дней	
Ж.	13-21 день	+
З.	22-30 дней	

178. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Желудка	
Е.	Тонкой кишки	
Ж.	Толстой кишки	
З.	Верхних дыхательных путей	+

179. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

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

180. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Клиническая картина заболевания	
Е.	Эпидемиологические данные	
Ж.	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
З.	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

181. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Капельный	
Е.	Фекально-оральный	+
Ж.	Парентеральный	
З.	Половой	

182. Для вирусного гепатита А характерно:

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

183. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Повышением активности АЛАТ	
Е.	Повышением уровня билирубина сыворотки крови	
Ж.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IM	+
З.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IC	

184. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	1 раз в месяц в течение 3 месяцев	
Е.	1 раз через 1 месяц после выписки	+
Ж.	1 раз в 3 месяца в течение 1 года	
З.	В течение 3 лет	

185. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

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

186. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Лихорадка	
Е.	Слабость, снижение аппетита	
Ж.	Боли в правом подреберье и эпигастральной области	+
З.	Артралгии	

187. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------

Д.	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
Е.	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
Ж.	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
З.	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

188. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пенициллин	+
Е.	Гентамицин	
Ж.	Доксициклин	
З.	Клафоран	

190. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Свиной	
Е.	Бычий	
Ж.	Козий	+
З.	Собачий	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Свиньи	
Е.	Коровы	
Ж.	Домашние птицы	+
З.	Козы, овцы	

192. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 3-х месяцев	+
Е.	От 3-х до 6 месяцев	

Ж.	Свыше 6 месяцев	
З.	Более года	

193. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 3-х месяцев	
Е.	До 6 месяцев	
Ж.	Свыше 6 месяцев	+
З.	Более года	

194. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Острой форме	
Е.	Острой и подострой форме	
Ж.	Острой, подострой и обострении хронической формы заболевания	+
З.	Хронической форме	

195. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену	+
Е.	Степени тяжести процесса	
Ж.	Степени активности инфекционного процесса	
З.	Реинфекции	

196. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Дифтерии	
Е.	Токсоплазмозе	+
Ж.	Сальмонеллезе	
З.	Коклюш	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Цистицеркоза	
Е.	Клонорхоза	
Ж.	Трихинеллеза	+
З.	Аскаридоза	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Нарушение аппетита	
Е.	Схваткообразные боли в животе	
Ж.	Перианальный зуд	+
З.	Головные боли	

199. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Бычьим цепнем	
Е.	Карликовым цепнем	
Ж.	Свиным цепнем	
З.	Широким лентецом	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Лейшманиоз	
Е.	Токсоплазмоз	
Ж.	Амебиаз	+
З.	Лямблиоз	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Трипаносомозом	
Е.	Лямблиозом	
Ж.	Токсоплазмозом	+
З.	Балантидиозом	

202. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Ротавирусам	
Е.	Пикорнавирусам	
Ж.	Энтеровирусам	
З.	Ортомиксовирусам	+

203. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Больной человек	+

Е.	Реконвалесцент	
Ж.	Объекты окружающей среды	
З.	Здоровый человек	

204. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Аэрозольный	+
Е.	Контактный	
Ж.	Фекально-оральный	
З.	Трансмиссивный	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Значительная интоксикация	+
Е.	Насморк с незначительными серозными выделениями:	
Ж.	Развитие синдрома крупа	
З.	Развитие мезаденита	

206. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Ремантадин	+
Е.	Интрон	
Ж.	Вальтрекс	
З.	Зовиракс	

207. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Толстая капля крови	
Е.	Иммуноферментный анализ	+
Ж.	Вирусологический анализ	
З.	РПГА	

208. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грипп	
Е.	Парагрипп	
Ж.	Аденовирусная инфекция	
З.	Риновирусная инфекция	+

209. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грипп	



Е.	Парагрипп	+
Ж.	Аденовирусная инфекция	
З.	РС инфекция	

210. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грипп	
Е.	Парагрипп	
Ж.	Аденовирусная инфекция	+
З.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грипп	
Е.	Парагрипп	
Ж.	Аденовирусная инфекция	+
З.	РС инфекция	

212. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грипп	
Е.	Парагрипп	
Ж.	Аденовирусная инфекция	+
З.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грипп	+
Е.	Парагрипп	
Ж.	Аденовирусная инфекция	
З.	РС инфекция	

214. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
К.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
Л.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
М.	Длительно сохраняется в воде	

215. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	7-20 дней	

К.	9-21 дней	+
Л.	4-14 дней	
М.	11-21 день	

216. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Везикулезная	
Е.	Пятнисто-папулезная	+
Ж.	Мелкоточечная	
З.	Пятнисто-везикулезная	

217. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Высыпает одновременно на всем теле	
Е.	Сгущается на разгибательных поверхностях	
Ж.	Имеет этапность высыпания сверху вниз	+
З.	После себя не оставляет пигментации	

218. Сколько дней длится катаральный период кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	1-2 дня	
Е.	3-4 дня	
Ж.	До 7-ми дней	+
З.	8-10 дней	

219. Пятна Филатова-Коплика появляются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	В инкубационный период	
Е.	В первый день катарального периода	
Ж.	За 1-2 дня до высыпания	+
З.	В период высыпания	

220. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Вирусологическое исследование	
Е.	Бактериологическое исследование	
Ж.	РПГА	
З.	Иммуноферментный анализ	+

221. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	3 мес	
Е.	6 мес	
Ж.	12 мес	+

З.	18 мес	
222. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Острое начало	
Е.	Катаральные проявления	
Ж.	Полиморфное высыпание на слизистой	
З.	Везикулезная сыпь	+
223. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Больной ветряной оспой	+
Е.	Вирусоноситель	
Ж.	Реконвалесцент	
З.	Бактерионоситель	
224. Выберите симптомы, характерные для буллезной формы ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Геморрагическое содержание везикул	
Е.	Поражение внутренних органов	
Ж.	Некрозы кожи	
З.	Большие пузыри с мутным содержимым	+
225. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Герпесвирус	+
Е.	Пикорнавирус	
Ж.	Энтеровирус	
З.	Парамиксовирус	
226. Входные ворота при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Верхние дыхательные пути	+
Е.	Конъюнктив	
Ж.	Кожа	
З.	Половые органы	
227. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Нейтрофилез + лимфопения	
Е.	Лимфопения + атипичные мононуклеары	
Ж.	Атипичные мононуклеары + лимфоцитоз	+
З.	Лимфоцитоз + эозинофилия	
228. Вирус Эпштейн-Барр относится к:		

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Семейству ортомиксовирусов	
Е.	Семейству парамиксовирусов	
Ж.	Семейству пикорнавирусов	
З.	Семейству герпесвирусов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Петехиальной сыпи	
Е.	Узловатой эритемы	
Ж.	Кореподобной сыпи	+
З.	Скарлатиноподобной сыпи	

230. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Ампициллин	+
Е.	Цефазолин	
Ж.	Эритромицин	
З.	Преднизолон	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Увеличение размеров	+
Е.	Болезненность	
Ж.	Изменение кожи над ними	
З.	Отек подкожной клетчатки	

232. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Арбовирус	
Е.	Парамиксовирус	+
Ж.	Герпесвирус	
З.	Риновирус	

233. Осложнения эпидемического паротита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пневмония	
Е.	Орхит	+
Ж.	Полиневриты	

3.	Шейные, пояснично-крестцовые радикулопатии	
----	--	--

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Снижение уровня лактатдегидрогеназы	
Е.	Повышенные уровни D-димера	+
Ж.	Нейтропения	
З.	Лимфоцитоз	

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Чихание	
Е.	Гипотония	
Ж.	Диарея	
З.	Лихорадка	+

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

Д.	Многочисленные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», преимущественно округлой формы периферической, мультилобарной локализации	+
Е.	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации	
Ж.	Единичные солидные узелки	
З.	Плевральный выпот	

239. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Мазок из ротоглотки и носа на менингококк	
Е.	Посев крови на менингококк	
Ж.	Бактериоскопия толстой капли крови	
З.	Посев ликвора на менингококк	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пенициллин	+
Е.	Левомецетин	
Ж.	Ампициллин	
З.	Сульфамонетоксин	

241. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пенициллин	+
Е.	Левомецетин	
Ж.	Ампициллин	
З.	Сульфамонетоксин	

242. Легионелла относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Простейшим	
Е.	Микоплазмам	
Ж.	Хламидиям	
З.	Бактериям	+

243. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Цефалоспорины	

Е.	Гентамицин	
Ж.	Эритромицин	+
З.	Пенициллин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Катаральной, катарально-язвенной	+
Е.	Пленчатой	
Ж.	Токсической	
З.	Распространенной	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Односторонняя некротическая ангина	
Е.	Отек миндалин на пораженной стороне	
Ж.	Отек подкожной клетчатки	+
З.	Умеренная боль в горле при глотании	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Надгортанник	
Е.	Боковые стенки гортани	
Ж.	Истинные голосовые складки	+
З.	Подскладковое пространство	

247. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Миндалинах	+
Е.	Миндалинах и передних небных дужках	
Ж.	Миндалинах и маленьком язычке	
З.	Миндалинах и задней стенке глотки	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грубый лающий кашель	
Е.	Шумное дыхание	
Ж.	Втяжение уступчивых мест грудной клетки	

3.	Стойкая афония	+
----	----------------	---

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Септический эндокардит	
Е.	Эндомиокардит вторичный	
Ж.	Порок сердца	
З.	Токсический миокардит	+

250. Характер сыпи при скарлатине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пятнисто-папулезная	
Е.	Уртикарная	
Ж.	Петехиальная	
З.	Мелкоточечная	+

251. Когда появляется пластинчатое шелушение при скарлатине?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	1–2 день	
Е.	14–16 день	
Ж.	5–8 день	+
З.	18–21 день	

252. Со стороны периферической крови при скарлатине отмечаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Лимфоцитоз	
Е.	Лимфопения	
Ж.	Нейтрофилез	+
З.	Нейтропения	

253. Для лечения скарлатины антибиотиком выбора являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Аминогликозиды	
Е.	Цефалоспорины	
Ж.	Пенициллин	+
З.	Тетрациклины	

254. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем коклюша:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Палочка Леффлера	
Е.	Палочка Афанасьева – Пфейфера	
Ж.	Палочка Борде — Жангу	+



3.	Палочка Коха	
----	--------------	--

255. Длительность заразного периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	10 дней с момента заболевания	
Е.	20 дней с момента заболевания	
Ж.	30 дней с момента заболевания	+
З.	10 дней от начала приступа кашля	

256. Ведущим звеном в патогенезе коклюша является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Бактериemia	
Е.	Токсемия	
Ж.	Интоксикация	
З.	Сенсибилизация	+

257. Решающее значение для диагностики легких форм коклюша имеет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Бактериологическое исследование	
Е.	Серологическое исследование	+
Ж.	Гематологическое исследование	
З.	Вирусологическое исследование	

258. Максимальная длительность продромального периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	3 дня	
Е.	7 дней	+
Ж.	14 дней	
З.	21 день	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Повышение мочевины	
Е.	Повышение креатинина и мочевины	
Ж.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
З.	Повышение калия редко	

260. Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Менингоэнцефалитический	
Е.	Абдоминальный	

Ж.	Геморрагический	+
З.	Диспептический	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	+
Е.	Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом	
Ж.	Острая почечная недостаточность	
З.	Суставной синдром	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	
Е.	Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС	
Ж.	Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом	+
З.	Суставной синдром	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Увеличение количества эозинофилов	
Е.	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
Ж.	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
З.	Увеличение тромбоцитов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Повышение мочевины	
Е.	Повышение креатинина и мочевины	
Ж.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
З.	Повышение калия редко	

265. Этиотропная терапия при клещевом энцефалите включает:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Д.	Антибиотики	
Е.	Специфический гамма — глобулин	+
Ж.	ГКС	
З.	Введение специфической сыворотки	

266. Возбудителем клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Листерия	
Е.	Боррелия	
Ж.	Хламидия	
З.	Вирус	+

267. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Деменция	
Е.	Атаксия	
Ж.	Слепота и снижение слуха	
З.	Атрофические параличи мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей	+

268. Диагноз клещевой энцефалит не может быть подтвержден:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Кожной аллергической пробой	+
Е.	Выделением вируса из крови и ликвора с использованием культуры тканей	
Ж.	Заражением кровью и ликвором больного лабораторных животных	
З.	РСК	

269. Основным средством лечения клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Антитоксическая сыворотка	
Е.	Ацикловир	
Ж.	Ганцикловир	
З.	Иммуноглобулин	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Амбулаторно	
Е.	В дневном стационаре	

Ж.	В инфекционном стационаре	+
З.	В консультативно-диагностическом центре	
271. Характер эритемы при клещевом энцефалите.		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Резко болезненная, с флюктуацией в центре, с нечеткими контурами	
Е.	Умеренно болезненная, с четкими контурами, которые выступают над уровнем кожи	
Ж.	Умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями	+
З.	Зудящая, безболезненная, красного цвета, резко отделяется	
272. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка	
Е.	Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета	
Ж.	Отек болезненный и равномерный	
З.	Первичный бубон чаще единичный	+
273. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии	
Е.	Геморрагическая септицемия	+
Ж.	Наличие токсических лимфаденитов	
З.	Инфекционно-токсический шок	
274. Для кожной формы чумы		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Последовательные изменения в виде: розеола, папулы, везикулы и пустулы	
Е.	Изъязвление пустулы с появлением темного струпа	
Ж.	Образование фликтены	
З.	Развитие лимфангоита	+
275. Для первично - септической формы чумы наиболее характерно:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	
Е.	Быстрое поражение сосудов	+
Ж.	Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
З.	Образование множественных очагов инфекции	
276. Для легочной формы чумы наиболее типично:		
Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Д.	Наличие режущих болей в груди, одышка	
Е.	Нарастание легочно-сосудистой недостаточности	+
Ж.	Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы	
З.	Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пунктат из бубона	
Е.	Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен	
Ж.	Мокрота, слизь из зева	
З.	Кровь, секционный материал	+

278. Возбудителем туляремии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Вирусы	
Е.	Риккетсии	
Ж.	Простейшие	
З.	Бактерии	+

279. Инкубационный период при туляремии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	19-21 день	
Е.	35 дней	
Ж.	3-7 дней	+
З.	10 дней	

280. Правила выписки из стационара больного туляремией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Не ранее 7 дня нормальной температуры	+
Е.	Не ранее 5 дня нормальной температуры	
Ж.	Не ранее 21 дня нормальной температуры	
З.	Не ранее 14 дня нормальной температуры	

281. Малярия – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Антропоноз	+
Е.	Зооноз	
Ж.	Зооантропоноз	
З.	Сапроноз	

282. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Примахин	+
Е.	Хинин	
Ж.	Делагил	
З.	Нитрофураны	

283. Половой цикл развития малярийного плазмодия проходит в организме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Комаров рода Anopheles	+
Е.	Комаров рода Culex	
Ж.	Комаров рода Aedes	
З.	Платяных вшей	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Pl.ovale	
Е.	Pl.vivax	
Ж.	Pl.falciparum	+
З.	При сочетании Pl. vivax и Pl. Ovale	

285. Типичный малярийный пароксизм клинически проявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Озноб, кашель, насморк	
Е.	Пот, озноб, жар	
Ж.	Жар, озноб, пот	
З.	Озноб, жар, пот	+

286. Характер желтухи, которая может возникнуть при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Паренхиматозное	
Е.	Гемолитическая	+
Ж.	Обтурационная	
З.	Связана с холестаазом	

287. Какой из возбудителей малярии зачастую может передаваться трансфузионно?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Pl. vivax	
Е.	Pl. falciparum	

Ж.	при сочетании Pl. vivax и Pl. Ovale	
З.	Pl.malariae.	+

288. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 3-х недель	
Е.	От 3-х недель до нескольких лет	
Ж.	От 3-х недель до 3-х месяцев	+
З.	От 5 до 10 дней	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Через 1 месяц после инфицирования	
Е.	Через 6 месяцев после инфицирования	
Ж.	В течение 1-2 недели после заражения	
З.	Через 3 месяца после заражения	+

290. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Наличие поверхностной мембраны	
Е.	Наличие РНК	
Ж.	Интеграция в геном клетки хозяина	+
З.	Наличие сердцевинной части	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Внешний белок мембраны	
Е.	Белки сердцевинны вириона	
Ж.	Обратная транскриптаза	+
З.	Трансмембранный белок	

292. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ— инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	До 6 месяцев	
Е.	6-12 месяцев	
Ж.	2-5 лет	
З.	Более 10- 15 лет	+

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Лихорадка	
Е.	Полиаденопатия	
Ж.	Тонзиллит	
З.	Появление в крови молодых форм лимфоцитов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Лимфогистиоцитарная инфильтрация	
Е.	Воспалительные изменения	
Ж.	Склерозирование лимфоидной ткани	
З.	Гиперплазия лимфоидной ткани	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Внешний белок мембраны	
Е.	Белки сердцевины вириона	
Ж.	Обратная транскриптаза	+
З.	Трансмембранный белок	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Артралгический	
Е.	Диспепсический	+
Ж.	Астеновегетативный	
З.	Латентный	

298. Механизм передачи вирусного гепатита В:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)



выбора ответа		
Д.	Аэрозольный	
Е.	Контактный	
Ж.	Парентеральный	+
З.	Трансмиссивный	

299. Вирус гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	РНК - содержащий гепаднавирус	
Е.	ДНК - содержащий гепаднавирус	+
Ж.	ДНК - содержащий энтеровирус	
З.	РНК - содержащий пикорнавирус	

300. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Интерферон	+
Е.	Ацикловир	
Ж.	Фоскарнет	
З.	Азидотимидин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Выявление в крови HBs антигена	
Е.	Выявление в крови HBe антигена	
Ж.	Тяжелое течение заболевания	
З.	Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15 - 32 день от начала желтухи	+

302. Для вирусного гепатита В характерно преобладание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Типичных легких форм болезни	
Е.	Среднетяжелых форм болезни	+
Ж.	Тяжелых форм болезни	
З.	Злокачественных форм болезни	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Грудное молоко	
Е.	Интранатальный	+

Ж.	Контактный	
З.	Трансплацентарный	

304. При злокачественной форме вирусных гепатитов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Увеличиваются размеры печени	
Е.	В клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз	
Ж.	Уменьшаются размеры печени	+
З.	Уменьшается желтуха	

305. Возбудитель бешенства относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Retroviridae	
Е.	Herpesviridae	
Ж.	Rhabdoviridae	+
З.	Togaviridae	

306. К какой группе заболеваний относят бешенство?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Антропонозам	
Е.	Зоонозам	+
Ж.	Зооантропонозам	
З.	Сапронозам	

307. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Нарастанием мышечного тонуса	
Е.	Нормализацией сердечной деятельности	
Ж.	Параличи развиваются по нисходящему типу	
З.	Летальным исходом у 100 % больных	+

308. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Гипотермией	
Е.	Прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии	+
Ж.	Нарастанием мышечного тонуса	
З.	Нормализацией сердечной деятельности	

309. Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Д.	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	
Е.	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+
Ж.	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	
З.	Все перечисленное	

310. Анатоксин столбнячный вводят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Подкожно	+
Е.	Внутривенно	
Ж.	Внутрикожно	
З.	Внутримышечно	

311. Возбудителем рожи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Стафилококк	
Е.	Клебсиелла	
Ж.	Бета-гемолитический стрептококк	+
З.	Пневмококк	

312. Наиболее частая локализация рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Живот	
Е.	Грудная клетка	
Ж.	Верхние конечности	
З.	Нижние конечности	+

313. Наиболее ранним симптомом при первичной роже является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Появление эритемы на коже	
Е.	Боли в очаге поражения	
Ж.	Повышение температуры с ознобом	+
З.	Отек мягких тканей в очаге поражения	

314. Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Пенициллин	+
Е.	Эритромицин	
Ж.	Бисептол	
З.	Линкомицин	

315. Синонимом названия «сибирская язва» является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
-------------	------------------	-------------------------

выбора ответа		
Д.	Экссудативная эритема	
Е.	Злокачественный карбункул	+
Ж.	Эризипелоид	
З.	Шанкرويد	

316. При кожной форме сибирской язвы:

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

317. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Специфический глобулин	+
Е.	Противосибиреязвенную сыворотку	
Ж.	Противосибиреязвенную вакцину	
З.	Нормальный человеческий иммуноглобулин	

318. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	От 8 до 12 часов	
Е.	От 2 до 3 дней	+
Ж.	От 5 до 7 дней	
З.	Более 2-х недель	

319. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
О.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
П.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
Р.	Длительно сохраняется в воде	

320. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	7-20 дней	
О.	9-21 дней	+
П.	4-14 дней	
Р.	11-21 день	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Непосредственно из крови	
К.	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
Л.	Из лимфатических образований кишечника	
М.	Из клеток эпителия кишечника	

322. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Вирулентность возбудителя	
К.	Наличие рецидивов заболевания	
Л.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
М.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репарационных	

323. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	1-8 дней	
К.	9-14 дней	+
Л.	15-25 дней	
М.	25-30 дней	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Головная боль	
К.	Апатия, адинамия	
Л.	Заторможенность	
М.	Общая слабость	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Желудок	
К.	Тонкая кишка	
Л.	Проксимальные отделы толстой кишки	
М.	Дистальные отделы тонкой кишки	+

326. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------

выбора ответа		
И.	Высота и продолжительность лихорадки	
К.	Гемодинамические расстройства	
Л.	Степень интоксикации	+
М.	Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита	

327. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Патогенность	
К.	Источник инфекции	
Л.	Антигенная структура по О-антигенам	+
М.	Антигенная структура по Н-антигенам	

328. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	До 6 часов	
К.	От 12 до 24 часов	+
Л.	От 25 до 48 часов	
М.	От 49 до 72 часов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	До 6 часов	
К.	От 7 до 24 часов	
Л.	От 25 до 48 часов	
М.	Более 72 часов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	До 6 часов	+
К.	От 7 до 12 часов	
Л.	От 13 до 24 часов	
М.	Свыше 24 часов	

331. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
---------------------------------	------------------	-------------------------

И.	Симпатическую нервную систему	
К.	Чувствительные мотонейроны	
Л.	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
М.	Периферические нервы	

332. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Угнетение дыхательного центра	
К.	Поражение проводящих ретикулоспинальных путей	
Л.	Угнетение активной моторной иннервации дыхательных мышц	+
М.	Все перечисленное	

333. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа	+
К.	Выделении токсинов возбудителя из крови	
Л.	Выделении возбудителя из испражнений	
М.	Все перечисленное	

334. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

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

335. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Тетрациклин	
К.	Пенициллин	
Л.	Канамицин	
М.	Левомицетин	+

336. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Крупный рогатый скот	

К.	Мышевидные грызуны	
Л.	Человек	+
М.	Птицы	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	1-6 дней	
К.	7-12 дней	
Л.	13-21 день	+
М.	22-30 дней	

338. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Желудка	
К.	Тонкой кишки	
Л.	Толстой кишки	
М.	Верхних дыхательных путей	+

339. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

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

340. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Клиническая картина заболевания	
К.	Эпидемиологические данные	
Л.	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
М.	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

341. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Капельный	
К.	Фекально-оральный	+
Л.	Парентеральный	
М.	Половой	



342. Для вирусного гепатита А характерно:

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

343. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Повышением активности АЛАТ	
К.	Повышением уровня билирубина сыворотки крови	
Л.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IM	+
М.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IC	

344. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	1 раз в месяц в течение 3 месяцев	
К.	1 раз через 1 месяц после выписки	+
Л.	1 раз в 3 месяца в течение 1 года	
М.	В течение 3 лет	

345. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

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

346. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Лихорадка	
К.	Слабость, снижение аппетита	
Л.	Боли в правом подреберье и эпигастральной области	+
М.	Артралгии	

347. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------

И.	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
К.	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
Л.	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
М.	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

348. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Пенициллин	+
К.	Гентамицин	
Л.	Доксициклин	
М.	Клафоран	

350. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Свиной	
К.	Бычий	
Л.	Козий	+
М.	Собачий	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Свиньи	
К.	Коровы	
Л.	Домашние птицы	+
М.	Козы, овцы	

352. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	До 3-х месяцев	+
К.	От 3-х до 6 месяцев	

Л.	Свыше 6 месяцев	
М.	Более года	

353. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	До 3-х месяцев	
К.	До 6 месяцев	
Л.	Свыше 6 месяцев	+
М.	Более года	

354. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Острой форме	
К.	Острой и подострой форме	
Л.	Острой, подострой и обострении хронической формы заболевания	+
М.	Хронической форме	

355. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену	+
К.	Степени тяжести процесса	
Л.	Степени активности инфекционного процесса	
М.	Реинфекции	

356. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Дифтерии	
К.	Токсоплазмозе	+
Л.	Сальмонеллезе	
М.	Коклюш	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Цистицеркоза	
К.	Клонорхоза	
Л.	Трихинеллеза	+
М.	Аскаридоза	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Нарушение аппетита	
К.	Схваткообразные боли в животе	
Л.	Перианальный зуд	+
М.	Головные боли	

359. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Бычьим цепнем	
К.	Карликовым цепнем	
Л.	Свиным цепнем	
М.	Широким лентецом	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Лейшманиоз	
К.	Токсоплазмоз	
Л.	Амебиаз	+
М.	Лямблиоз	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Трипаносомозом	
К.	Лямблиозом	
Л.	Токсоплазмозом	+
М.	Балантидиозом	

362. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Ротавирусам	
К.	Пикорнавирусам	
Л.	Энтеровирусам	
М.	Ортомиксовирусам	+

363. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Больной человек	+

К.	Реконвалесцент	
Л.	Объекты окружающей среды	
М.	Здоровый человек	

364. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Аэрозольный	+
К.	Контактный	
Л.	Фекально-оральный	
М.	Трансмиссивный	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Значительная интоксикация	+
К.	Насморк с незначительными серозными выделениями:	
Л.	Развитие синдрома крупа	
М.	Развитие мезаденита	

366. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Ремантадин	+
К.	Интрон	
Л.	Вальтрекс	
М.	Зовиракс	

367. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Толстая капля крови	
К.	Иммуноферментный анализ	+
Л.	Вирусологический анализ	
М.	РПГА	

368. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Грипп	
К.	Парагрипп	
Л.	Аденовирусная инфекция	
М.	Риновирусная инфекция	+

369. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Грипп	

К.	Парагрипп	+
Л.	Аденовирусная инфекция	
М.	РС инфекция	

370. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Грипп	
К.	Парагрипп	
Л.	Аденовирусная инфекция	+
М.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Грипп	
К.	Парагрипп	
Л.	Аденовирусная инфекция	+
М.	РС инфекция	

372. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Грипп	
К.	Парагрипп	
Л.	Аденовирусная инфекция	+
М.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Грипп	+
К.	Парагрипп	
Л.	Аденовирусная инфекция	
М.	РС инфекция	

374. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
Т.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
У.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
Ф.	Длительно сохраняется в воде	

375. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	7-20 дней	

Т.	9-21 дней	+
У.	4-14 дней	
Ф.	11-21 день	

376. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Везикулезная	
К.	Пятнисто-папулезная	+
Л.	Мелкоточечная	
М.	Пятнисто-везикулезная	

377. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Высыпает одновременно на всем теле	
К.	Сгущается на разгибательных поверхностях	
Л.	Имеет этапность высыпания сверху вниз	+
М.	После себя не оставляет пигментации	

378. Сколько дней длится катаральный период кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	1-2 дня	
К.	3-4 дня	
Л.	До 7-ми дней	+
М.	8-10 дней	

379. Пятна Филатова-Коплика появляются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	В инкубационный период	
К.	В первый день катарального периода	
Л.	За 1-2 дня до высыпания	+
М.	В период высыпания	

380. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Вирусологическое исследование	
К.	Бактериологическое исследование	
Л.	РПГА	
М.	Иммуноферментный анализ	+

381. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	3 мес	
К.	6 мес	
Л.	12 мес	+

М.	18 мес	
382. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Острое начало	
К.	Катаральные проявления	
Л.	Полиморфное высыпание на слизистой	
М.	Везикулезная сыпь	+
383. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Больной ветряной оспой	+
К.	Вирусоноситель	
Л.	Реконвалесцент	
М.	Бактерионоситель	
384. Выберите симптомы, характерные для буллезной формы ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Геморрагическое содержание везикул	
К.	Поражение внутренних органов	
Л.	Некрозы кожи	
М.	Большие пузыри с мутным содержимым	+
385. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Герпесвирус	+
К.	Пикорнавирус	
Л.	Энтеровирус	
М.	Парамиксовирус	
386. Входные ворота при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Верхние дыхательные пути	+
К.	Конъюнктив	
Л.	Кожа	
М.	Половые органы	
387. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Нейтрофилез + лимфопения	
К.	Лимфопения + атипичные мононуклеары	
Л.	Атипичные мононуклеары + лимфоцитоз	+
М.	Лимфоцитоз + эозинофилия	
388. Вирус Эпштейн-Барр относится к:		



Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Семейству ортомиксовирусов	
К.	Семейству парамиксовирусов	
Л.	Семейству пикорнавирусов	
М.	Семейству герпесвирусов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Петехиальной сыпи	
К.	Узловатой эритемы	
Л.	Кореподобной сыпи	+
М.	Скарлатиноподобной сыпи	

390. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
И.	Ампициллин	+
К.	Цефазолин	
Л.	Эритромицин	
М.	Преднизолон	

### **Комплект ситуационных задач для проведения текущей аттестации**

391. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Ответ: 9-14 дней

392. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Ответ: От 12 до 24 часов

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

Ответ: Более 72 часов

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

Ответ: До 6 часов

395. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Ответ: Левомецетин

396. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Ответ: Человек

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

Ответ: 13-21 день

398. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Ответ: Верхних дыхательных путей

399. Механизм передачи вируса гепатита А:

Ответ: Фекально-оральный

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

- Ответ: Пенициллин
401. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:  
Ответ: Козий
402. Укажите, кто не является источником инфекции при бруцеллезе:  
Ответ: Домашние птицы
403. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:  
Ответ: Свыше 6 месяцев
404. Поражение печени может отмечаться при:  
Ответ: Токсоплазмозе
405. Лихорадка, боль в мышцах при движении и в покое, одутловатость лица, эозинофилия крови характерны для:  
Ответ: Клонорхоза
406. Укажите правильное утверждение. Клинический симптом наиболее характерный для энтеробиоза:  
Ответ: Периаанальный зуд
407. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:  
Ответ: Широким лентецом
408. У больного с язвенным поражением кишечника в жидких фекалиях со слизью обнаружена кровь. Какую протозойную болезнь наиболее вероятно предположить?  
Ответ: Амебиаз
409. Возбудитель гриппа относится к:  
Ответ: Ортомиксовирусам
410. Источником инфекции при гриппе является  
Ответ: Больной человек
411. Механизм передачи гриппа:  
Ответ: Аэрозольный
412. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:  
Ответ: Ремантадин
413. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:  
Ответ: Риновирусная инфекция
414. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:  
Ответ: Парагрипп
415. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:  
Ответ: Аденовирусная инфекция
416. Для какой ОРВИ характерно относительно длительное волнообразное течение с элементами рецидивирования:  
Ответ: Аденовирусная инфекция
417. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:  
Ответ: Аденовирусная инфекция
418. При какой ОРВИ наиболее часто развиваются гипертермический и судорожный синдромы:  
Ответ: Грипп
419. Для вируса кори характерно:

- Ответ: Низкая устойчивость в окружающей среде
420. Инкубационный период кори имеет продолжительность:  
Ответ: 9-21 дней
421. Назовите характерную сыпь при кори:  
Ответ: Пятнисто-папулезная
422. Назовите характерную особенность сыпи при кори:  
Ответ: Имеет этапность высыпания сверху вниз
423. Сколько дней длится катаральный период кори:  
Ответ: До 7-ми дней
424. Пятна Филатова-Коплика появляются:  
Ответ: За 1-2 дня до высыпания
425. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:  
Ответ: Иммуноферментный анализ
426. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:  
Ответ: 12 мес
427. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:  
Ответ: Везикулезная сыпь
428. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:  
Ответ: Больной ветряной оспой
429. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:  
Ответ: Герпесвирус
430. Входные ворота при ветряной оспе:  
Ответ: Верхние дыхательные пути
431. Вирус Эпштейн-Барр относится к:  
Ответ: Семейству герпесвирусов
432. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:  
Ответ: Кореподобной сыпи
433. Какие изменения лимфоузлов можно выявить у больного с инфекционным мононуклеозом:  
Ответ: Увеличение размеров
434. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:  
Ответ: Парамиксовирус
435. Осложнения эпидемического паротита:  
Ответ: Орхит
436. Какой из нижеперечисленных показателей наиболее точно отражает предполагаемый инкубационный период COVID-19?  
437. Ответ: От 2 дней до 2 недель

438. Какое из клинических проявлений является наиболее часто регистрируемым у пациентов с COVID-19?  
Ответ: Лихорадка
439. В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:  
Ответ: Пенициллин
440. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:  
Ответ: Пенициллин
441. Легионелла относится к:  
Ответ: Бактериям
442. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:  
Ответ: Эритромицин
443. Чаще всего дифтерия носа у взрослых протекает в форме:  
Ответ: Катаральной, катарально-язвенной
444. Местом обязательной ликвидации фибринозной пленки при дифтерии гортани является:  
Ответ: Истинные голосовые складки
445. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:  
Ответ: Миндалинах

### **Комплект вопросов для проведения текущей аттестации**

446. **Ротавирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.**

**Ротавирусная инфекция** вызывается одноименным вирусом. Это заболевание еще называют ротавирусом, **ротавирусным** энтероколитом, желудочным или кишечным гриппом (последнее название обусловлено совпадением вспышек **ротавирусной инфекции** с эпидемиями гриппа).

**Ротавирусная инфекция** отличается сезонностью, наиболее часто она диагностируется в зимне-весенний период (с декабря по май).

**Патогенез.** Размножение ротавируса происходит в зрелых энтероцитах, т.е. вблизи кончиков ворсинок и в энтероэндокринных клетках тонкой кишки. Энтероциты вырабатывают факторы, необходимые для эффективного прикрепления патогена к стенке кишечника. Присоединение ротавируса к клеткам-хозяевам обеспечивается внешним капсидным белком VP4 и партнёрами по связыванию на поверхности клеток-хозяев — ганглиозидами GM1, GD1a и антигенами гистогруппы крови (HBGA).

**Клиника.** Для ротавирусной инфекции характерно **острое начало - рвота, резкое повышение температуры, возможен понос, зачастую и очень узнаваемый стул - в первый день жидкий желтый, на второй, третий день серо-жёлтый и глинообразный.** У большинства заболевших появляются насморк, покраснения в горле, они испытывают боли при глотании. В острый период отсутствует аппетит, наблюдается состояние упадка сил.

**Диагностика.** Антигены ротавируса могут быть обнаружены в кале благодаря иммуноферментному анализу (ИФА), иммунохроматографии и методу обратнотранскриптазной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР).

Менее чувствительным методом, но дающим быстрый ответ является использование **иммунохроматографических тест-полосок.** С помощью ИФА вирус

обнаруживается в 94 % случаев после 1-4 дней болезни и в 76 % случаев после 4-8 дней болезни.

**ОТ-ПЦР** является высокочувствительным методом, который позволяет генотипировать вирусные изоляты и выявлять вирус в течение более длительного периода по сравнению с ИФА. Количество выделяемой с калом РНК вируса напрямую связан с тяжестью ротавирусной диареи у детей.

**Лечение.** Медикаментозное: противовирусные препараты (циклоферон), регидратация, дезинтоксикация, диетотерапия и применение ферментных препаратов и энтеросорбентов.

#### **447. Бруцеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.**

Бруцеллез — зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание, которое вызывается бактериями рода *Brucella*. Иногда — обычно при несвоевременной диагностике и запоздалом лечении — болезнь приобретает хроническое рецидивирующее течение.

**Этиология.** Возбудители — аэробные и микроаэрофильные неподвижные грамотрицательные бактерии рода *Brucella*. По международной классификации род *Brucella* состоит из 6 самостоятельных видов, которые подразделяют на ряд биоваров.

**Эпидемиология.** Основной источник и резервуар инфекции — овцы, козы, крупный рогатый скот и свиньи. Отмечены случаи заражения людей бруцеллёзом от северных оленей. В редких случаях источником заражения могут быть лошади, верблюды, яки и Зоонозы 55 1 некоторые другие животные, которые выделяют возбудитель с молоком, мочой, калом, околоплодной жидкостью. Наиболее часто человек заражается бруцеллёзом от мелкого скота, возбудитель которого (*B. melitensis*) вызывает большинство тяжёлых форм заболевания. Также довольно часто человек заражается *B. abortus* от крупного рогатого скота, однако клинически выраженную инфекцию регистрируют в единичных случаях. Течение болезни лёгкое; больной человек не опасен для окружающих.

**Патогенез. Входные ворота инфекции** — слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей, механически повреждённая кожа, конъюнктива глаза. Инфицирующая доза — 10-100 бактерий. В месте проникновения бруцелл изменения отсутствуют. После попадания в организм патогенные бактерии движутся к регионарным лимфоузлам. Там они размножаются, а затем проникают в кровь, выделяя токсины и приводя к появлению первых признаков заболевания.

Дальнейшее развитие и размножение бруцелл происходит в лимфатических узлах, откуда они периодически проникают в кровоток, приводя при неоднократных атаках к распространению инфекции по всему организму. В ответ на инфицирование происходит выработка антител, стимуляция фагоцитоза (поглощение иммунными клетками крови), что ведёт к исчезновению возбудителя бруцеллёза из крови и изменению клинической картины болезни (сглаживанию симптомов). Однако часто бактерии сохраняются в некоторых органах и тканях, где они избегают пагубного воздействия иммунной системы хозяина. Это приводит к хронизации болезни.

#### **Классификация.**

- острая форма — до 1,5 месяцев;
- подострая форма — до 4 месяцев;
- хроническая форма — более 4 месяцев;
- резидуальная форма — остаточные явления.

#### **448. Бруцеллез. Клиника острой формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.**

**Клиника острой формы.** При быстром развитии острый бруцеллёз проявляется подъёмом температуры тела до высоких цифр (39 °С и выше) в течение 1—2 первых дней заболевания. Лихорадку ремиттирующего, волнообразного или интермиттирующего характера сопровождает выраженный озноб, завершающийся профузным потоотделением. Лихорадочная реакция обычно продолжается несколько дней, но может удлиняться до 3—4 нед, принимая волнообразный характер. Вместе с тем в большинстве случаев самочувствие больных вследствие умеренной интоксикации остаётся относительно

удовлетворительным даже на фоне высокой температуры тела и достаточно существенных объективных изменений. Больные жалуются на головную боль, эмоциональную неустойчивость, раздражительность, нарушения сна, боли в мышцах и суставах. При осмотре на высоте лихорадки отмечают гиперемия лица и шеи, бледность кожных покровов туловища и конечностей. Периферические лимфатические узлы, особенно шейные и подмышечные, незначительно увеличиваются в размерах, могут быть несколько болезненными при пальпации.

**Дифференциальная и лабораторная диагностика.** Острый бруцеллёз дифференцируют от заболеваний, сопровождающихся длительной лихорадкой (тифо-паратифозные заболевания, малярия, туберкулёз, неспецифические системные заболевания, ВИЧ-инфекция, сепсис, лимфогранулематоз и др.).

**Лабораторная диагностика.** В последнее время в практику внедряют реакцию агрегатгемагглютинации, РКА и РЛА, ИФА, обнаруживающие Аг бруцелл в биологических средах (в первую очередь в крови). Широко применяют серологические реакции (РА Райта, РСК, РНГА, РИФ), выявляющие нарастание титров специфических АТ в парных сыворотках, ценность которых повышается при наличии клинических признаков бруцеллёза. При хроническом бруцеллёзе выявляют неполные АТ в реакции Кумбса. Реакция Райта наиболее информативна при остром бруцеллёзе. В последнее время с успехом применяют реакцию лизиса бруцелл под воздействием сыворотки крови больного. Широко распространена внутрикожная аллергическая проба Бюрне.

#### **449. Бруцеллез. Клиника хронической формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.**

**Клиника хронической формы.** Характерны вариабельность клинических проявлений и рецидивирующее течение. Температурная реакция и другие проявления интоксикации слабые или умеренно выражены. Периоды обострений сменяют ремиссии, длительность которых может достигать 1-2 мес. Ухудшение состояния наблюдают при возникновении свежих очаговых процессов. В клинической картине хронического бруцеллёза преобладают очаговые поражения со стороны различных органов и систем.

**Дифференциальная диагностика.** При подостром и хроническом бруцеллёзе необходимо исключить ревматизм и ревматоидный артрит, туберкулёзные очаговые поражения, сифилитические и гонорейные артриты. При этих формах бруцеллёза периоды повышенной температуры тела сменяют эпизоды апирексии, жалобы больных многочисленны и разнообразны (боли в суставах, мышцах, костях, парестезии и др.); характерны очаговые полиорганные проявления и аллергические реакции, фиброзиты и целлюлиты.

**Лабораторная диагностика.** В последнее время в практику внедряют реакцию агрегатгемагглютинации, РКА и РЛА, ИФА, обнаруживающие Аг бруцелл в биологических средах (в первую очередь в крови). Широко применяют серологические реакции (РА Райта, РСК, РНГА, РИФ), выявляющие нарастание титров специфических АТ в парных сыворотках, ценность которых повышается при наличии клинических признаков бруцеллёза. При хроническом бруцеллёзе выявляют неполные АТ в реакции Кумбса. Реакция Райта наиболее информативна при остром бруцеллёзе. В последнее время с успехом применяют реакцию лизиса бруцелл под воздействием сыворотки крови больного. Широко распространена внутрикожная аллергическая проба Бюрне.

**Лечение.** Режим амбулаторный в легких и стационарный в тяжёлых случаях заболевания. Этиотропная терапия эффективна при остром бруцеллёзе; меньший эффект наблюдают при активации процесса у больных подострыми и хроническими формами. Оптимальным считают назначение двух антибиотиков, один из которых должен проникать через клеточную мембрану. Применяют одно из следующих сочетаний с учётом противопоказаний (дети до 15 лет, беременность, лактация, эпилепсия). • Рифампицин (по 600-900 мг/сут) и доксициклин (по 200 мг/сут) внутрь непрерывным курсом, длительностью не менее 6 нед. При рецидивах курс лечения повторяют. •

Доксициклин (по 100 мг 2 раза в сутки) курсом на 3—6 нед и стрептомицин (по 1 г внутримышечно 2 раза в сутки) в течение 2 нед. Это сочетание эффективнее предыдущего, особенно при спондилите, но применяемые препараты проявляют высокую токсичность. • Офлоксацин (по 200—300 мг 2 раза в сутки) внутрь и рифампицин в вышеуказанных дозах. В комплексной терапии бруцеллёза применяют дезинтоксикационные средства по общим принципам их применения, АТФ, метионин, мягкие иммуностимуляторы (дибазол, пентоксил, тималин и др.). Широко применяют противовоспалительные средства — нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, бруфен и др.). При болях (невриты, невралгии, боли вегетативного характера) проводят симптоматическую терапию в виде новокаиновых блокад 1% раствором новокаина, внутривенные введения 0,25% раствора новокаина в возрастающих дозах. Применение глюкокортикоидов следует проводить с большой осторожностью. Их назначение вынужденно при поражениях ЦНС (менингит, менингоэнцефалит), а так же при выраженных воспалительных изменениях (орхиты, невриты и др.) и отсутствии эффекта других противовоспалительных средств. Лечебную (убитую) бруцеллёзную вакцину в последние годы для лечения больных применяют всё реже из-за её способности вызывать подавление иммунитета, увеличивать возможность рецидивов, вызывать аутоиммунные реакции и реакции на содержащиеся в ней балластные вещества. В период стойкой ремиссии при хронической форме и резидуальном бруцеллёзе назначают лечебную физкультуру, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение (УВЧ, кварц, парафиновые аппликации, радоновые ванны).

#### **450. Лептоспироз. Клиника. Дифференциальная и лабораторная диагностика.**

Лептоспироз — острая зоонозная природно-очаговая инфекция с преимущественным поражением почек, печени и нервной системы. Сопровождается развитием интоксикации, геморрагического синдрома и нередко желтухи.

**Клиника.** Начало заболевания характеризуется внезапным повышением температуры тела до 39-40°C (продолжительность до 10 дней), сопровождающееся потрясающим ознобом, нарастающей головной болью, бессонницей, нарушением аппетита, тошнотой и выраженной жаждой. Появляются боли в мышцах (преимущественно в икроножных), позже присоединяется желтушность кожи и слизистых оболочек, высыпания на коже различного характера.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная заторможенность, при развитии тяжёлых форм — бред, нарушения сознания и адинамия (бессилие). Лицо гиперемированное, одутловатое, часто с продолжением на шею и верх грудной клетки (симптом «капюшона»). Склеры глаз инъектированы (выраженные сосуды).

На 3-6 сутки появляются высыпания на туловище и конечностях (сыпь различного характера – пятнисто-папулёзная, мелкопятнистая, мелкоточечная, петехиальная, эритематозная с тенденцией к слиянию; после разрешения оставляет шелушение). При развитии желтухи на 3-5 день появляется желтушное окрашивание кожи различной интенсивности, иктеричность (желтушность) склер, темнеет моча.

**Дифференциальная диагностика.** В начальный период лептоспироз следует отличать от острых лихорадочных состояний, при развитии органических поражений — от вирусных гепатитов, геморрагических лихорадок, малярии, иерсиниозов, иногда менингитов.

**Лабораторная диагностика.** В гемограмме обнаруживают лейкоцитоз, выраженный нейтрофильный сдвиг влево, значительное нарастание СОЭ. В разгар болезни уменьшается число эозинофилов, эритроцитов и тромбоцитов, снижается содержание НЬ. Биохимические показатели крови при желтушной форме лептоспироза включают повышение билирубина (с преобладанием связанного), повышение показателей аминотрансфераз, гипохолестеринемии, повышение активности щелочной фосфатазы. Значительно более популярны в клинической практике серологические методы. Диагноз

подтверждают с помощью реакций микроагглютинации и агглютинации-лизиса, а также РСК и РНГА.

**451. Вирусный гепатит А. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация.**

**Этиология.** Возбудителем является вирус гепатита А принадлежащий к семейству пикорнавирусы, подклассу – Hepatovirus.

**Эпидемиология.** Заражение гепатитом А происходит при контакте с источником инфекции — живым человеком (больной различными формами заболевания и вирусоноситель). Механизм передачи: фекально-оральный (пути — водный, контактно-бытовой, пищевой), парентеральный (редко при переливании крови), половой (орально-анальный контакт).

**Патогенез.** Воротами для проникновения вируса является слизистая оболочка органов желудочно-кишечного тракта, где происходит его первичное размножение в эндотелиальной выстилке тонкого кишечника и мезентериальных лимфоузлах. В результате этого происходит повреждение клеток: проникновение вируса в клетку; захват лизосомой; разрушение белковой оболочки вируса; сборка белков по программе вирусной РНК; встраивание этих белков в цитолемму клетки; образование патологических пор в оболочке клетки; поступление внутрь клетки ионов натрия и воды; баллонная дистрофия (разрушение ультраструктур клетки и образование крупных вакуолей) с последующим некрозом (его объём, как правило, ограничен); гибель клетки и лимфоцитарная иммунная реакция, приводящая к основному объёму поражения.

**Клиническая классификация** По степени разнообразия проявлений выделяют две формы гепатита А: клинически выраженная (желтушная, безжелтушная, стёртая); субклиническая (инаппарантная).

По длительности течения также выделяют две формы гепатита А: острая циклическая (до трёх месяцев); острая затяжная (более трёх месяцев).

Степени тяжести гепатита А: лёгкая; среднетяжёлая; тяжёлая; фульминантная (молниеносная).

**452. Вирусный гепатит А. клиника желтушного периода, диагностические критерии.**

Желтушный период длительностью около 7-15 дней характеризуется снижением выраженности симптомов предшествующего периода (*то есть с появлением желтухи самочувствие улучшается*). Усиливается желтушное окрашивание склер, кожных покровов и слизистой оболочки ротоглотки. Моча приобретает цвет тёмного пива, кал белеет. Присутствует общая слабость, недомогание, плохой аппетит, чувство тяжести и переполненности в правом подреберье, больной расчёсывает себя из-за зуда кожи (лихенификация), появляются петехии (мелкие кровоизлияния) на коже. При врачебном исследовании выявляется увеличение печени и селезёнки, явственно положителен симптом Ортнера (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге), гипотония (может быть и нормотония), токсическая брадикардия (снижение ЧСС), появляются периферические отёки, возможны боли в суставах (артралгии).

**453. Вирусный гепатит Е. Этиология, эпидемиология, клиника.**

**Этиология.** Возбудителем является вирус гепатита Е принадлежащий к семейству Hepadnaviridae.

**Эпидемиология.** Источник инфекции — вирусоноситель или человек, который уже болен какой-либо формой гепатита Е, в особенности острой. Механизм передачи: фекально-оральный — через заражённые вирусом руки (контактно-бытовой путь), воду или пищу, парентеральный — при переливании крови (встречается редко), половой путь — при орально-анальном контакте, вертикальный — от матери к плоду.

**Клиника.** При возникновении явных клинических признаков (т. е. при манифестации), преобладают случаи лёгкого и среднетяжёлого течения. Симптоматика медленно нарастает. Появляется немотивированная слабость, подташнивание, снижение аппетита,



повышение температуры до 37,1-38,0°C (субфебрилитет), дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, дискомфорт в суставах, возможна рвота. Вслед за этими симптомами через 3-7 дней наступает желтушный период, который длится максимум один месяц. Он сопровождается пожелтением кожи и слизистых оболочек, потемнением мочи и обесцвечиванием кала. Общее состояние больных не улучшается, сохраняется плохое самочувствие, выраженный дискомфорт в правом подреберье, увеличение размеров печени и селезенки, желтушность кожных покровов, нарастает зуд кожи. Специфичной симптоматики у хронического гепатита Е нет. Больные жалуются на повышенную утомляемость, артралгии, неустойчивый стул, тяжесть в правом подреберье, субфебрилитет, иногда устойчивый лёгкий зуд кожи. Если не лечить это состояние, может развиться цирроз печени.

#### **454. Пищевые токсикоинфекции. Этиология, классификация, клиника, диагностическая и лечебная тактика.**

**Этиология.** Источником и резервуаром инфекции, обычно, являются люди и сельскохозяйственные животные, птица. Для некоторых родов бактерий, способных вызвать пищевую токсикоинфекцию, резервуаром может служить почва и вода, загрязненные фекалиями животных и человека объекты окружающей среды. Токсикоинфекции передаются по фекально-оральному механизму преимущественно пищевым путем.

**Классификация.** По клиническим формам: гастритическая, энтеритическая, гастроэнтеритическая, гастроэнтероколитическая.

По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая.

По наличию осложнений: неосложненная, осложненная.

**Клиника.** Инкубационный период токсикоинфекции редко превышает несколько часов, но в некоторых случаях может укорачиваться до получаса или удлиняться до суток. Хотя возбудители токсикоинфекции довольно многообразны, клиническая картина при заражении, как правило, сходная. Заболевание обычно начинается остро, с приступов тошноты и многократной рвоты. Характерна энтеритная диарея с частотой дефекаций 10 раз в сутки и более. Могут наблюдаться боли в животе схваткообразного характера, повышение температуры (обычно длится не более суток), признаки интоксикации (озноб, ломота в теле, слабость, головная боль). Быстрая потеря жидкости с рвотой и калом приводит к развитию синдрома дегидратации. Больные, как правило, бледны, кожные покровы сухие, конечности холодные. Отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии и около пупка, тахикардия, артериальная гипотензия. Заболевание обычно длится не более 1-3 дней, после чего клиническая симптоматика стихает.

**Диагностическая и лечебная тактика.** При диагностировании пищевых токсикоинфекций производят выделение возбудителя из рвотных масс, испражнений, промывных вод желудка. При выявлении возбудителя производят бакпосев на питательные среды и определяют его токсигенные свойства. Однако во многих случаях выявление невозможно. Кроме того, не всегда выявленные микроорганизмы являются непосредственной причиной токсикоинфекции. Связь возбудителя с заболеванием определяют либо посредством серологических тестов, либо, выделив его из пищевых продуктов и у лиц, употреблявших ту же пищу, что и больной.

Первостепенным лечебным мероприятием при пищевой токсикоинфекции является максимально быстрое зондирование и промывание желудка (в первые же часы возникновения клинических признаков отравления). Если тошнота и рвота затягиваются, эту процедуру можно провести и позднее. Для освобождения от токсинов кишечника применяют энтеросорбенты и производят сифонную клизму. Для предупреждения дегидратации больному дают дробно небольшими порциями регидратационные растворы, сладкий чай. Количество жидкости, принимаемой больным, должно компенсировать ее потерю с рвотой и калом.

При развитии тяжелой степени дегидратации производят внутривенное введение регидратационных смесей. Больным с токсикоинфекцией на время острого периода рекомендовано лечебное питание. При тяжелом течении могут назначаться антибактериальные средства. После прекращения рвоты и диареи нередко рекомендуют ферментные препараты (панкреатин, трипсин, липаза, амилаза) для скорейшего восстановления пищеварения и пробиотики или продукты, содержащие необходимые для нормализации кишечного биоценоза бактерии.

#### **455. Шигеллёз. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

**Этиология.** Возбудитель – шигелла.

**Эпидемиология.** Антропоноз (повсеместное распространение). Источник инфекции — человек (больной, носитель и лица с субклинической формой заболевания). Механизм передачи — фекально-оральный (пищевой, водный, контактно-бытовой).

**Патогенез.** Входные ворота — ротовая полость, в которых начинается воздействие факторов неспецифического иммунитета на возбудителя. Далее шигеллы попадают в желудок, где происходит их контакт с соляной кислотой, после чего микроорганизмы частично гибнут, высвобождая эндотоксин. Уцелевшие бактерии продвигаются в тонкий кишечник, производя неярко выраженный процесс из-за отсутствия их сродства к энтероцитам, и проявляется патогенное по отношению к шигеллам действие лимфоцитов. После возбудитель достигает дистальных отделов толстого кишечника, где происходит активное размножение бактерий и их частичная гибель, сопровождающаяся значительным образованием эндотоксина (острый инфекционный токсикоз).

**Классификация.** Шигеллы подразделяются на четыре серогруппы: серогруппа А: *S. dysenteriae*, серогруппа В: *S. flexneri*, серогруппа С: *S. boydii*, серогруппа D: *S. sonnei*.

Выделяют следующие клинические формы шигеллёза: колитический вариант, гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический вариант, стертые течение, субклиническое течение, затяжное течение, хронический шигеллез, бактерионосительство.

Кроме того, шигеллёз классифицируют по типу – типичный и атипичный. К атипичным формам относят стертую и бессимптомную, а также транзиторное бактерионосительство. По тяжести течения бывает шигеллёз легкой, средней и тяжелой степени. По длительности выделяют: Острое течение – до 1 месяца. Затяжное течение – до 3 месяцев. Хроническое течение – более 3 месяцев. Для этого типа характерно непрерывное или рецидивирующее течение, длительное выделение бактерий даже при нормальном стуле.

#### **456. Шигеллез. Клиника гастроэнтероколитической формы.**

##### **Дифференциальная диагностика. Лечение.**

Гастроэнтероколитический вариант острой дизентерии. Его основным отличием является бурное начало после короткого инкубационного периода (6–8 ч и короче), что преимущественно обусловлено массивным инфицированием пищевых продуктов (молоко, молочные продукты и т. д.). Причиной гастроэнтероколитического варианта острой дизентерии являются, как правило, шигеллы Зонне. Для него в начальном периоде характерно одновременное развитие синдромов общей интоксикации и гастроэнтерита. Затем наступает период с отчетливым синдромом энтероколита, который в дальнейшем выступает на передний план. Болезнь начинается с озноба, повышения температуры тела до 38–39 °С, появления болей в подложечной области, тошноты и многократной рвоты. Через некоторое время появляется урчание и боли по всему животу, императивные позывы на дефекацию. Испражнения обильные, жидкие, светложелтой или зеленой окраски с кусочками непереваренной пищи, нередко с примесью слизи. При объективном исследовании выявляются признаки обезвоживания — заостренные черты лица, запавшие глаза, сниженная влажность конъюнктив, сухость слизистых оболочек ротовой полости и глотки. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление снижено, тоны сердца ослаблены. При пальпации живота по ходу толстой кишки

отмечается грубое громкое урчание, шум плеска. На 2–3-й день болезни появляются ложные позывы, тенезмы, в кале — примесь слизи, иногда крови. При осмотре выявляются спазм и умеренная болезненность сигмовидной кишки, при ректороманоскопии — катаральный или катарально-эрозивный проктосигмоидит. По тяжести течения этот вариант, как и колитический, может быть легким, среднетяжелым и тяжелым, но при оценке степени тяжести дополнительно должна учитываться степень обезвоживания. Легкое течение болезни не сопровождается симптомами обезвоживания. При среднетяжелом течении имеются признаки обезвоживания I степени. При тяжелом течении болезни развивается обезвоживание II–III степени с потерей организмом 4–10 % жидкости от массы тела. Дифференциальная диагностика дизентерии проводится с другими острыми диарейными заболеваниями на основании клинико-эпидемиологических данных. При этом необходимо иметь в виду: – пищевые токсикоинфекции; – сальмонеллез; – эшерихиоз; – кишечный иерсиниоз; – отравление стафилококковым энтеротоксином; – холеру; – амебиаз; – балантидиаз; – кишечный шистосомоз; – новообразования толстой кишки; – тромбоз мезентериальных сосудов; – непроходимость кишечника; – неспецифический язвенный колит; – болезнь Крона. Лечение 1.

Госпитализация по клиническим (больные со среднетяжелым и тяжелым течением болезни, с отягощенным преморбидным фоном, дети до 1 года) и эпидемиологическим (больные из неблагоустроенных жилищ, закрытых коллективов, общежитий, работники декретированных групп – пищевики, торговой сети, водоснабжения) показаниям

2. При тяжелых формах – постельный режим, при среднетяжелых и легких – палатный, диета в остром периоде – стол №4, дробное питание до 4-6 раз/сут, с улучшением состояния – стол №2.

3. Этиотропная терапия

4. Патогенетическая и симптоматическая терапия:

#### **457. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

Сальмонеллез – это острое зооантропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным путем передачи возбудителя, вызываемое различными серотипами бактерий рода *Salmonella*, характеризующееся сочетанием интоксикационного и диспепсического синдрома, приводящего к дегидратации организма.

Этиология: большая группа сальмонелл – Гр- палочек, наиболее значимы из которых *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. heidelberg*, *S. infantis*, *S. newport*, *S. agona*, *S. derby*, *S. london*, *S. panama*, *S. anatum*, *S. heifa* и др.; имеют О- и Н-АГ (некоторые и Vi-АГ), основные факторы патогенности – холероподобный энтеротоксин (вызывает интенсивную секрецию жидкости в просвет кишки), цитотоксин (повреждает эритроциты) и эндотоксин (ЛПС, вызывающий общие проявления интоксикации).

Эпидемиология: источник - в основном домашние животные (мелкий и крупный рогатый скот, свиньи, домашние птицы, и др.), реже человек – больной или хронический носитель; механизм передачи – фекально-оральный (основные пути передачи – алиментарный - употребление в пищу мясных продуктов, яиц, реже молока с большим количеством сальмонелл, контактно-бытовой – отмечается чаще у недоношенных, детей первого года жизни с отягощенным преморбидным фоном через полотенца, игрушки, столики, руки персонала и др.); заболеваемость до 1 года в 10-15 раз выше, чем у детей школьного возраста и взрослых; наибольший подъем заболеваемости в летне-осенний период; иммунитет типоспецифический непродолжительный

В последние годы отмечается рост заболеваемости сальмонеллезом в родильных домах, соматических и инфекционных больницах, отделениях реанимации новорожденных и недоношенных, а также в закрытых детских учреждениях (вызывается госпитальными штаммами - *S. typhimurium* v. *corngagen*, *S. panama*, *S. haifa*, *S. virchov*, которые характеризуются биохимической однородностью, полирезистентностью к АБ и дезинфектантам, не лизируются специфическими фагами). Источником госпитального сальмонеллеза является человек (больные дети или медицинский персонал), пути

передачи - преимущественно контактно-бытовой, реже пищевой, характерны высокая контагиозность, вялое, торпидное течение, преобладание тяжелых форм, высокая летальность.

Патогенез: попадание сальмонелл в инфицирующей дозе в тонкую кишку (ворота инфекции) --> адгезия с помощью пилей к энтероцитам и их повреждение --> проникновение возбудителя до базальной мембраны энтероцитов --> выделение ряда токсинов:

а) энтеротоксина --> активация аденилатциклазы энтероцитов --> увеличение внутриклеточного цАМФ --> нарушение транспорта ионов Na и Cl через мембрану клеток энтероцитов с накоплением их в просвете кишки --> интенсивная секреция жидкости в просвет пищеварительного канала --> водянистая диарея, рвота --> дегидратация (вплоть до гиповолемического шока)

б) эндотоксина --> местные воспалительные изменения, синдром интоксикации, поражение нервно-мышечного аппарата желудка и кишечника с усилением моторики, характерными спастическими болями, антиперистальтикой

Классификация клинических форм сальмонеллеза:

1. Типичная форма – гастроинтестинальная (локализованная):

- а) гастритический вариант
- б) гастроэнтеритический вариант
- в) гастроэнтероколитический вариант
- г) энтероколитический вариант
- д) колитический вариант

2. Атипичные формы:

- а) тифоподобная
- б) септическая
- в) токсико-септическая
- г) стертая
- д) бессиптомная (иннапарантная)
- е) транзиторное бактерионосительство

По тяжести: легкая форма, среднетяжелая форма, тяжелая форма (критерии тяжести: выраженность синдрома интоксикации, эксикоза, местных изменений)

По течению: острое (до 1 мес); затяжное (1-3 мес); хроническое (свыше 3 мес).

#### **458. Сальмонеллез. Клиника и лечение гастроинтестинальной формы.**

Самая частая форма болезни - гастроинтестинальная. В клинической картине при гастроэнтеритическом варианте болезни сочетаются симптомы поражения пищеварительного тракта и общей интоксикации, они могут появиться одновременно, или интоксикация предшествует на несколько часов появлению диспепсических расстройств, реже наблюдаются обратные соотношения. Интоксикационный синдром характеризуется ознобом, головной болью, повышением температуры тела до 38-39 °С и выше. Реже отмечаются боли в пояснице, миалгия и артралгия. Первые симптомы поражения пищеварительного тракта - тошнота, схваткообразные боли в эпигастрии, рвота, несколько позже - жидкий стул. Симптомы болезни достигают максимальной выраженности к концу 1-го или на 2-й день болезни. В зависимости от тяжести болезни общая ее продолжительность составляет от 2-3 до 10 сут. Лихорадка длится от 1-2 до 5-7 сут, уровень ее отражает тяжесть течения болезни. Боли в животе, начинаясь в эпигастрии, быстро принимают разлитой характер, но могут локализоваться преимущественно в области пупка или в подвздошных областях. Живот обычно вздут, при его пальпации отмечается болезненность, чья локализация совпадает с болевыми ощущениями пациента. В тяжелых случаях возможны переходящие симптомы раздражения брюшины. Стул обильный, водянистый, зловонный, зеленоватой окраски, часто с примесью слизи (рис. 2). Частота дефекаций составляет от 1-11 до 10 раз и более. Длится диарея от 1-2 до 10-12 сут, особенно у лиц с отягощенным преморбидным

фоном (хронический алкоголизм, ферментативная недостаточность). Рвота прекращается обычно не позднее 2- 4-го дня болезни. Лечение больных сальмонеллезом.

1. Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям (как при шигеллезе), обязательно госпитализируются дети любого возраста с клиническими проявлениями пищевой токсикоинфекции

2. Постельный режим при тяжелых формах - до 3 нед., среднетяжелых - 2 нед., легких - 1 нед; расширение режима осуществляется при улучшении общего состояния, нормализации температуры тела и стула

3. Диета как при шигеллезе; в острый период болезни детям с тяжелыми и среднетяжелыми гастроинтестинальными формами назначают питание преимущественно кисло-молочными смесями с уменьшением суточного объема и увеличением кратности приема пищи, при легких формах ограничивают только количество пищи в первые 2-3 дня

4. Этиотропная терапия

5. Патогенетическая и симптоматическая терапия:

#### **459. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

Брюшной тиф – циклическое антропонозное острое инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи. Характеризуется поражением лимфатического аппарата кишечника, бактериемией, выраженной интоксикацией, увеличением печени и селезенки, розеолезной сыпью и в ряде случаев энтеритом. Этиология Возбудитель — *Salmonella typhi*, принадлежит к роду *Salmonella*, серологической группе D, семейству кишечных бактерий *Enterobacteriaceae*. Мелкая грамотрицательная палочка, подвижная благодаря наличию большого количества жгутиков, хорошо растет на питательных средах, особенно содержащих желчь, оптимум роста 35-37°C. Устойчива в окружающей среде. В пресной воде сохраняется до 1 месяца, на овощах и фруктах – до 10 суток, в молоке и молочных продуктах способна размножаться. Наиболее важные антигены: жгутиковый – H-антиген, соматический – O-антиген и Vi-антиген (антиген вирулентности). Брюшнотифозная палочка лизируется специфическими фагами, известно более 100 фаготипов; способна образовывать L-формы. Содержит эндотоксин (ЛПС). Эпидемиология Эпидемиология Резервуар и источник инфекции - человек (больной или бактерионоситель). Опасность больного для окружающих в разные периоды болезни неодинакова. В инкубационном периоде зараженный человек практически не опасен. Опасность больного для окружающих увеличивается по мере развития болезни и достигает максимума на 2-3-й неделе болезни - в период выделения бактерий с испражнениями, мочой и потом; также их можно обнаружить в грудном молоке и носоглотке. Большая часть переболевших освобождается от возбудителя в первые 1-2 нед или в ближайшие 2-3 мес реконвалесценции. Примерно 3-5% остаются носителями на длительный срок, а некоторые - на всю жизнь. Эпидемиологическая опасность хронического носителя определяется его профессией и зависит от соблюдения им правил личной гигиены. Особую опасность представляют носители, имеющие доступ к приготовлению, хранению и реализации пищевых продуктов. Механизм передачи – фекально-оральный (Рис.4), пути передачи – водный (вода), пищевой (молоко, молочные продукты, мясные продукты, овощи и др.), бытовой (грязные руки, бытовые предметы). Восприимчивость к брюшному тифу высокая, перенесенное заболевание оставляет длительный иммунитет, но повторные случаи не исключены. При высоком уровне заболеваемости имеется выраженная сезонность с максимумом заболеваемости в летне-осенний период Для развития заболевания необходима определенная инфицирующая доза. Внедрение возбудителя происходит в тонкой кишке, где развивается специфический брюшнотифозный энтерит. Поражаются лимфатические образования кишечника, возникает лимфангит. Затем микробы попадают в мезентериальные лимфатические узлы, в которых возбудитель размножается. Следующий этап – проникновение микробов в кровь, развиваются бактериемия и эндотоксинемия с проявлениями интоксикационного синдрома; происходит паренхиматозная диффузия возбудителей по паренхиматозным

органам системы мононуклеарных фагоцитов (печень, селезенка, лимфатические узлы, костный мозг). Классификация По форме: 1. Манифестная 2. Субклиническая 3. Бактерионосительство острое (после выздоровления возбудитель еще может выделяться в течение 3 месяцев); хроническое (длительное выделение возбудителя); транзиторное (однократное выделение возбудителя). По течению: 1. Гладкое 2. Негладкое С осложнениями – специфические осложнения (кишечное кровотечение, перфорация кишечника, ИТШ), – неспецифические (пневмония, эпидемический паротит, холецистит, тромбофлебит, отиты и др.) С обострениями и рецидивами Брюшной тиф Типичная форма Атипичная форма Замаскированная форма По периодам: -начальный -разгара -угасания клинических проявлений -реконвалесценции Легчайший Abortивный Стертый - пневмотиф -менинготиф -колитиф -тифозный гастроэнтерит -холанготиф По степени тяжести: -легкой -средней -тяжелой с наслоением вторичной инфекции С обострениями хронических заболеваний

#### 460. Паратиф А и В. Особенности течения. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика.

Паратифы А и В — острые инфекционные заболевания с фекально-оральным механизмом передачи, сходные по патогенезу и основным клиническим проявлениям с брюшным тифом.

Клинические проявления брюшного тифа и паратифов во многом сходны. Вместе с тем при паратифе А инкубационный период короче, чем при брюшном тифе, в среднем 6—10 сут. Характерно острое начало заболевания с быстрым повышением температуры тела и наличием в начальном периоде катаральных явлений. Температурная реакция не столь постоянна, как при брюшном тифе, часто принимает неправильный характер, а длительность её меньше. Сыпь появляется на 5-7 сутки болезни, более обильная, чем при БТ. Характерны полиморфизм высыпаний и «подсыпания» в динамике заболевания. Интоксикация выражена умеренно, а её продолжительность меньше, чем при брюшном тифе. Характерны гепатолиенальный синдром, диспептические расстройства. Осложнения реже чем при БТ.

Инкубационный период при паратифе В 3-21 дней. Заболевание начинается остро; характерно развитие гастроэнтерита с диспептическими расстройствами. Лихорадка высокая, ремиттирующая. Сыпь обильная розеолезно-папулезная, на 5-7 сутки. Наряду с типичными осложнениями – гнойно-септические осложнения – артрит, остеомиелит, пиелонефрит и т.д.

Диагностика: анамнез, из эпидемиологических данных – контакт с лихорадящими больными, употребление воды из открытых водоемов без термической обработки, употребление немывтых овощей, питание в предприятиях общественного питания с признаками санитарного неблагополучия, неблагополучие по заболеваемости кишечными инфекциями по месту нахождения больного; бактериологическое исследование кала, мочи, дуоденального содержимого; РНГА; ИФА

#### 461. Гельминтозы. Классификация. Общие закономерности патологического процесса. Понятие девакации и дегельминтизации.

Гельминтозы — болезни человека, животных и растений, вызываемые паразитическими червями (гельминтами), резко отличающимися по своей биологии от других живых возбудителей: вирусов, бактерий, простейших.

- **Геогельминтозы** - взрослые черви живут в почве, а их яйца и личинки

Таблица 6-2. Классификация гельминтозов человека

Группа	Важнейшие представители
Биогельминтозы — пероральные антропонозы	Тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз
Биогельминтозы — пероральные зоонозы	Эхинококкоз, альвеококкоз, описторхоз, трихинеллёз, фасциолёз
Биогельминтозы — перкутанные антропонозы	Шистосомоз кишечный и мочеполовой, вухерериоз, онхоцеркоз
Биогельминтозы — перкутанные зоонозы	Шистосомоз японский
Геогельминтозы — пероральные антропонозы	Аскаридоз, трихоцефалёз
Геогельминтозы — перкутанные антропонозы	Анкилостомоз, стронгилоидоз
Контагиозные гельминтозы — пероральные антропонозы	Гименолепидоз (карликовый цепень), энтеробиоз
Контагиозные гельминтозы — пероральные зоонозы	Гименолепидоз (крысиный цепень)

распространяются с грязью. Глистная инвазия происходит из-за нарушения правил гигиены. Среди частых причин не только загрязненная вода или немытые продукты, но и привычка грызть ногти или есть грязными руками.

- **Биогельминтозы** - жизненный цикл у этих паразитов более сложный. Цикл развития может предполагать смену хозяев. Например, паразит сначала может обитать в животном, а затем заразить человека. Распространение — с продуктами животного происхождения.
- **Контактные гельминтозы** - в этой группе особенно заразные паразиты. Чтобы их яйца или личинки попали в организм, человеку достаточно коснуться кого-то, кто уже болен, или вещей, которыми пользуется зараженный.

Инвазионный процесс в организме человека проходит ряд последовательных фаз, характеризующихся определенной симптоматикой. Острая или ранняя стадия (фаза) инвазии определяется аллергической реакцией организма немедленного или замедленного типов на внедрение инвазионных стадий и паразитирование незрелых червей (юные гельминты), совершающих нередко сложную и продолжительную миграцию в человеческом организме. Эта стадия наиболее изучена при трематодозах и нематодозах, может проявляться температурной реакцией, нейроциркуляторными нарушениями, аллергическими реакциями в виде экзантемы, бронхоспазма, эозинофилии крови и т.д. Продолжительность этой стадии 2-4 нед. В некоторых случаях может протекать латентно и субклинически.

Хроническая стадия (фаза) гельминтозов развивается после созревания паразита, с момента образования первой генерации пропативных стадий. Клинически проявления хронической стадии инвазии в значительной мере определяются видом паразита и его тропностью к различным системам организма человека, интенсивностью инвазии (числом паразитических червей), а также характером возникающих осложнений. Хроническая стадия в некоторых случаях может длительно протекать субклинически или сопровождаться минимально выраженной клинической симптоматикой

**Деваستация** – полная ликвидация гельминта как вида на территории страны или отдельных областей.

**Дегельминтизация** – комплекс мероприятий, направленных на излечение больного от гельминтоза и на предохранение внешней среды от загрязнения инвазионным материалом.

#### **462. Цестодозы (тениаринхоз, тениоз). Клиника, диагностика и лечение.**

Тениаринхоз — биогельминтоз, проявляющийся токсико-аллергическими реакциями и диспептическими расстройствами.

Тениоз — биогельминтоз, проявляющийся диспептическими нарушениями и функциональными расстройствами ЦНС, с возможными тяжёлыми органическими поражениями головного мозга, глаз и других органов.

Инкубационный период от 20 до 60 дней. Дифиллоботриоз нередко протекает бессимптомно или со слабо выраженной клиникой. Обычно больных беспокоят непостоянные боли и шевеление в животе, метеоризм, гиперсаливация, тошнота, неустойчивость стула. Аппетит снижен или повышен. Похудание, снижение работоспособности, изжога, неприятный вкус во рту. Иногда кожные высыпания. При развитии анемии – головокружение, сердцебиение, повышенная утомляемость, глоссит (ранний признак анемии). В тяжелых случаях наблюдается увеличение печени и селезенки. При осмотре: пастозность лица и конечностей, бледность кожных покровов, субъиктеричность склер, тахикардия, систолический шум на верхушке. При любом клиническом течении наблюдают отхождение фрагментов, члеников гельминта с испражнениями.

Диагностика: обнаружение члеников (визуально) и яиц гельминта в фекалиях.

Лечение: проводят Никлозамидом или Празиквантелом которые назначают однократно

#### **463. Трематодозы (описторхоз, фасциолез). Клиника, диагностика и лечение.**

Описторхозы — зооантропонозные биогельминтозы с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

Фасциолёзы — зоонозные биогельминтозы, протекающие с преимущественными нарушениями гепатобилиарной системы.

Различают острую и хроническую стадию (фазы) заболевания. По течению заболевания может быть бессимптомным, стертым и манифестным. Инкубационный период в среднем 2-4 недели. *Острая форма болезни* протекает как острый аллергоз с лихорадкой 38-39° или субфебрилитетом и органными поражениями. Лихорадка постоянного, ремиттирующего или неправильного типа 1-3 недели. Нередко наблюдаются артралгии, миалгии; могут возникать разнообразные высыпания на коже, пастозность лица; кашель, лимфаденопатия, нередко боли в животе, чаще в правом подреберье. Печень увеличена в размерах плотноватая при пальпации. У 30% больных – спленомегалия. Почти у половины больных отмечаются тошнота, рвота, иногда неустойчивый стул. Иногда развиваются признаки миокардита. *При бессимптомной инвазии* острую фазу диагностируют по незначительной эозинофилии и повышенному содержанию Ig M, а через 4-6 недель после заражения по обнаружению яиц паразита в фекалиях и дуоденальном содержимом. *Стертую форму*, кроме указанных критериев, характеризует кратковременный субфебрилитет, эозинофилия до 15-30% на фоне умеренного лейкоцитоза или нормального уровня лейкоцитов. В хронической форме болезни аллергические проявления сохраняются, но на первый план выходят признаки поражения желчевыводящих путей: боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота, преходящая желтуха. При присоединении вторичной бактериальной инфекции боли становятся интенсивными, принимают приступообразный характер, появляется лихорадка, желтуха, гипербилирубинемия. Возможны гнойный холангит, абсцесс печени. Длительность инвазии составляет 5-7 лет, но и после освобождения организма от паразита поражение желчевыводящих путей нередко сохраняется.

Диагностика: на основании клинико-эпидемиологических данных; исследование дуоденального содержимого и фекалий на яйца гельминтов; иммунологическая диагностика (РНГА, ИФА)

Лечение: Празиквантел однократно в соответствии с массой тела, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия; спазмолитические, желчегонные средства, при присоединении вторичной инфекции – антибиотики.

#### **464. Грипп. Этиология, эпидемиология, клиника.**

Грипп — острая респираторная антропонозная инфекция, вызываемая вирусами типов А, В и С, протекающая с развитием интоксикации и поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, чаще трахеи. Заболевание склонно к быстрому и глобальному распространению

Возбудитель — РНК-геномный вирус рода *Influenzavirus* семейства *Orthomyxoviridae*. Известно три типа вирусов — А, В, С. Тип вируса определяет набор внутренних Аг, проявляющих слабую иммуногенность. Вирусы гриппа типа А поражают человека, некоторые виды животных (лошадей, свиней и др.) и птиц. Вирусы гриппа типов В и С патогенны только для людей. Поверхностные Аг вирусов гриппа — гемагглютинин и нейраминидаза (позволяют разделить вирус гриппа типа А на подтипы H1N1, H3N2 и др.). Особенность вирусов гриппа — их способность к антигенной изменчивости. Она может реализовываться путём «дрейфа» (частичная изменчивость антигенных детерминант) или «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего синтез гемагглютинина или нейраминидазы)

Эпидемиология:

- Резервуар и источник инфекции — человек с явными и стёртыми формами болезни.



- Механизм передачи — аэрозольный, путь передачи — воздушно-капельный. Вирус выделяется с каплями слюны, слизи и мокроты при дыхании, разговоре, плаче, кашле и чихании.

Клиника:

1. Интоксикационный синдром является ведущим и характеризуется острым началом заболевания, быстрым (в течение нескольких часов) повышением температуры тела от субфебрильной до 40 °С и выше, сопровождающимся ознобом. Больные жалуются на головную боль, преимущественно в лобно-орбитальной области, выраженную общую слабость, разбитость и недомогание
2. Катаральный синдром развивается несколько позже, в ряде случаев он выражен слабо или отсутствует. Присоединяются жалобы на сухость, першение в горле и болезненность в носоглотке, заложенность носа. Отмечают застойную гиперемию, сухость, набухание и отёк слизистой оболочки носоглотки.
3. Геморрагический синдром проявляется лишь в 5—10% случаев. На фоне гиперемии ротоглотки возможны точечные кровоизлияния. В некоторых случаях отмечают носовые кровотечения. Возможны тяжёлые проявления этого синдрома при развитии острого геморрагического отёка лёгких.

#### **465. Грипп. Осложнения. Лечение.**

Осложнения. Пневмония — одно из частых осложнений гриппа. Развившиеся на фоне вирусной инфекции пневмонии относят к первичным вирусно-бактериальным (чаще всего стрептококковой и стафилококковой этиологии). Они чаще развиваются у пациентов группы «высокого риска»: с хроническими заболеваниями легких и сердца, лиц пожилого возраста. Постгриппозные пневмонии развиваются в конце 1-й — начале 2-й недели болезни. Антибактериальное лечение дает хорошие результаты. Пневмонии могут иметь как интерстициальный, так и очаговый характер. Постгриппозные пневмонии опасны для лиц старших возрастных групп. Молниеносная форма болезни с тяжелым течением может закончиться смертью на 2–3-и сутки (развивается острый геморрагический отек легких на фоне резкой интоксикации). С первых часов возникает высокая лихорадка, быстро нарастают одышка и цианоз. Появляется кровянистая, иногда пенящаяся мокрота. На рентгенограммах выявляют очаги затемнения округлой или неправильной формы. Приглушение перкуторного звука отсутствует или выражено незначительно. В последующие дни на фоне высокой температуры и резкой одышки нарастает ДН, развиваются гипоксическая кома и коллапс. Тяжелое осложнение гриппа — ОНГМ. Для него характерны: сильная головная боль, рвота, судороги, оглушенность, потеря сознания, повышение АД, одышка, тахикардия, менингеальный синдром, застойные явления на глазном дне. Частые осложнения гриппа — синуситы и отиты; реже — пиелонефрит и пиелостит. Возможны и другие осложнения: диэнцефальный синдром, менингоэнцефалит и астеновегетативный синдром. На тяжесть течения и исход болезни оказывают влияние сопутствующая хроническая патология и нейроэндокринные нарушения. Летальность и причины смерти

**ЛЕЧЕНИЕ.** Режим. Диета. Рекомендован постельный режим в течение всего лихорадочного периода. Назначают полноценное питание, включая молочнокислые продукты, фруктовые и овощные соки. Для дезинтоксикации применяют обильное теплое питье до 1,5–2 л/сут (чай, соки, отвар шиповника, отвар липового цвета, минеральные щелочные воды, молоко). Медикаментозное лечение. Противовирусные препараты показаны при среднетяжелом и тяжелом течении болезни, а также больным с сопутствующей патологией, обострение которой может представлять угрозу жизни. Этиотропное лечение включает назначение ЛС адамантанового ряда (например, римантадина). Римантадин обладает противовирусной активностью в отношении штаммов вируса гриппа А. Эффективен при назначении в первые 2 сут течения заболевания. Принимают внутрь после еды (запивая водой) по схеме: в 1-е сутки — 300 мг

в три приема; на 2-е и 3-и сутки — 200 мг в два приема; на 4-е сутки — 100 мг одномоментно. При лечении гриппа, вызванного вирусами серотипов А и В, эффективны ингибиторы нейраминидазы (осельтамивир — Тамифлю, назначаемый по 150 мг в два приема в течение 5–7 сут). Препарат выбора — умифеновир (Арбидол♣) (группа индолов) — противовирусное ЛС с интерферониндуцирующими, иммуномодулирующими и антиоксидантными свойствами. Эффективен в отношении вирусов А и В. Назначают по 600 мг/сут в 3 приема в течение 5–7 сут. Наиболее распространенные препараты ИФН: интерферон лейкоцитарный человеческий и рекомбинантные соединения (ИФН-α2, например, Гриппферон с лоратадином).

#### **466. Грипп А (H5N1). Пандемический грипп (H1N1). Особенности клинического течения.**

Грипп А— острое вирусное заболевание, протекающее у человека с инфекционно-токсическим, желудочно-кишечным и респираторным синдромами. РНК-содержащий вирус, вызывающий птичий грипп, принадлежит к вирусам [гриппа](#) типа А, семейству Orthomyxoviridae. В зависимости от вида белков (гемагглютинина и нейраминидазы), содержащихся в его наружной оболочке, выделяют различные антигенные типы вируса птичьего гриппа. Для человека наибольшую опасность представляют штаммы H5N1 и H7N7, поскольку они способны быстро мутировать и вызывать тяжелые формы заболевания с молниеносным течением и высокой летальностью. Особенно опасны данные штаммы в сочетании с вирусами сезонного и свиного гриппа

Источником распространения инфекции выступают дикие водоплавающие (гуси, утки, лебеди) и домашние птицы (куры, индюки), у которых вирус птичьего гриппа находится в кишечнике и выделяется во внешнюю среду с фекалиями. Благодаря сезонной миграции дикие птицы способны переносить вирус на огромные расстояния. Заражение человека осуществляется воздушно-капельным и фекально-оральным путем при контакте с инфицированной или умершей от птичьего гриппа птицей. Случаи передачи вируса от человека к человеку не зарегистрированы. Повышенному профессиональному риску заражения птичьим гриппом подвержены работники птицеводств, зоотехники, ветеринары.

Пандемический грипп – глобальная эпидемия, вызванная новым вирусом гриппа, против которого в человеческой популяции нет исходного иммунитета или он весьма низок.

Вирус гриппа А (H1N1) легко передается от человека к человеку и вызывает респираторные заболевания разной тяжести. Симптомы заболевания аналогичны симптомам обычного (сезонного) гриппа. Тяжесть заболевания зависит от целого ряда факторов, в том числе от общего состояния организма и возраста.

Предрасположены к заболеванию: пожилые люди, маленькие дети, беременные женщины и люди, страдающие хроническими заболеваниями (астмой, диабетом, сердечнососудистыми заболеваниями), и с ослабленным иммунитетом.

#### **Особенности клинического течения.**

1. Поражение всех возрастных групп населения;
2. Быстрое поражение нижних дыхательных путей с развитием альвеолита, бронхоолита, тяжелой вирусной пневмонии, ОРДС и геморрагического отека легких;
3. Поражение ЖКТ в виде тошноты, рвоты и жидкого стула в дебюте заболевания;
4. Поражение микроциркуляторного русла с развитием микротромбозов и связанных с ним осложнений;
5. Особая тяжесть течения и возможность крайне серьезного прогноза у пациентов из «группы риска»;
6. Преимущественное поражение невакцинированных пациентов.

#### **467. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

Дифтерия (diphtheria, удушающая болезнь) — острая антропонозная инфекционная болезнь с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся

преимущественным поражением ротоглотки и дыхательных путей с развитием местного фибринозного воспаления и токсическим поражением сердечно-сосудистой системы, нервной системы и почек.

**ЭТИОЛОГИЯ.** *Corynebacterium diphtheriae* (род *Corynebacterium*, семейство *Corynebacteriaceae*) — не образующая спор грамположительная палочка булавовидной формы. *Corynebacterium diphtheriae* растет только на специальных питательных средах (наиболее распространена теллуритовая среда). По своим биологическим свойствам коринебактерии дифтерии разделяются на три биовара: *mitis* (40 сероваров), *gravis* (14 сероваров) и близкий к нему *intermedius* (4 серовара). Основным фактором патогенности возбудителя — экзотоксин. Нетоксигенные штаммы заболевания не вызывают. Дифтерийный экзотоксин обладает термолабильностью, высокой токсичностью (уступает только ботулотоксину и столбнячному токсину), иммуногенностью, нейтрализуется антитоксической сывороткой. Дифтерийная палочка устойчива в окружающей среде: в дифтерийных пленках, на предметах домашнего обихода, в трупах сохраняется около 2 нед; в воде, молоке — до 3 нед. Под воздействием дезинфицирующих средств в обычных концентрациях гибнет в течение 1–2 мин, при кипячении — мгновенно.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.** Дифтерийная инфекция отличается клиническим многообразием от бессимптомного течения (бактерионосительства) до очень тяжелых форм. Источник возбудителя — больные любой клинической формой дифтерии, а также бактерионосители токсигенных штаммов. Основной путь передачи возбудителя — воздушно-капельный, возможен контактно-бытовой (при дифтерии кожи, половых органов, глаз), вредных случаях — алиментарный (молоко). Восприимчивость к дифтерии всеобщая, но у части людей инфекционный процесс протекает в форме бессимптомного носительства. Иммунитет при дифтерии антитоксический и антибактериальный. Возможны повторные заболевания и заболевания у вакцинированных антидифтерийным анатоксином, протекающие чаще в легкой форме. Наиболее интенсивный источник возбудителя — больные люди. Сроки заразности индивидуальны, определяются результатами бактериологического исследования. Носители опасны в связи с их большей по сравнению с больными численностью, отсутствием клинических симптомов, активным образом жизни. Особенно опасны носители, страдающие респираторными инфекциями, при которых активизируется механизм передачи возбудителя.

#### ПАТОГЕНЕЗ

Дифтерийный экзотоксин — первичный поражающий фактор при дифтерии. Тяжелые формы дифтерии у отдельного индивидуума развиваются только при отсутствии или низком титре антитоксических антител. Проникший в кровь токсин взаимодействует с клеткой посредством связывания с цитоплазматическими рецепторами.

#### Классификация

Дифтерию классифицируют по локализации процесса и тяжести течения болезни. Самые частые формы — дифтерия ротоглотки (зева) и дыхательных путей. Возможна также дифтерия носа, глаз, уха, половых органов. Эти формы обычно сочетаются с дифтерией ротоглотки. Дифтерия кожи и ран встречается главным образом в тропических странах.

#### **468. Дифтерия. Клиника локализованной и распространенной форм.**

**локализованная** (островчатая, пленчатая) — налеты не выходят за пределы миндалин; **распространенная** — налеты переходят на мягкое и твердое небо, десны. Возможно формирование налетов на слизистой оболочке щек после химического ожога, на ранке после экстракции зуба и прикуса языка. По тяжести течения эти формы относят к легкой дифтерии. Для легкой формы дифтерии ротоглотки характерны острое начало с повышения температуры тела до 37,5–38,5°C, общего недомогания, боли в горле (незначительной или умеренной). Налеты появляются через сутки, на 2-й день приобретают характерный вид. При осмотре отмечают бледность лица, умеренную гиперемию миндалин с синюшным оттенком. Поднижнечелюстные ЛУ, как правило, не

увеличены, безболезненны при пальпации. Лихорадка длится до 3 сут. Без лечения налеты сохраняются до 6–7 дней. При легких формах дифтерии ротоглотки (локализованная и распространенная) возможен отек только миндалин.

#### **469. Дифтерия дыхательных путей. Клиника, диагностика. Осложнения**

Дифтерия дыхательных путей (дифтерийный круп) — частая форма болезни. Дифтерийный круп может быть локализованным (дифтерия гортани), распространенным (дифтерия гортани и трахеи) и нисходящим, когда процесс распространяется на бронхи и бронхиолы. Тяжесть течения этой формы болезни определяется степенью стеноза (т.е. выраженностью ДН). Болезнь начинается с небольшого повышения температуры тела, появления сухого, «лающего» кашля, охриплости голоса, переходящей в афонию. В течение 1–3 сут процесс прогрессирует, появляются признаки стеноза гортани: шумный вдох, сопровождающийся втяжением эпигастральной области, межреберий, над- и подключичных ямок, яремной ямки. Через несколько часов — 2–3 сут присоединяются признаки ДН: двигательное беспокойство, бессонница, цианоз, бледность кожи, тахикардия, повышение АД, сменяющиеся заторможенностью, судорогами, артериальной гипотензией. При исследовании крови выявляют нарастающую гипоксемию, гиперкапнию, респираторный ацидоз. У взрослых из-за широкого просвета гортани такие симптомы, как афония и стенотическое дыхание, могут отсутствовать, процесс развивается медленно. Признаки ДН проявляются на 5–6-й день болезни при развитии нисходящего крупа: возникают чувство нехватки воздуха, тахикардия, бледность кожных покровов, цианоз, аускультативно — ослабление дыхания. Локализованный и распространенный круп часто выявляют только при ларингоскопии — обнаруживают дифтерийные пленки на голосовых связках. Пленки легко снимаются и могут быть удалены электроотсосом.

#### **ДИАГНОСТИКА**

Диагноз дифтерии, независимо от локализации процесса, устанавливают на основании наличия на слизистых оболочках или коже фибринозной пленки, обладающей характерными свойствами. При распространенной и токсических формах большое диагностическое значение имеет распространение налетов за пределы миндалин, отек миндалин, а при токсических формах — отек мягких тканей. Для подтверждения диагноза важны данные микробиологического исследования мазков с пораженной поверхности (слизистая оболочка миндалин, носа и др.). После выделения культуры возбудителя определяют ее токсигенные и биологические свойства. Однако клинические проявления при токсических формах дифтерии настолько типичны и специфичны, что диагноз может быть установлен без лабораторного подтверждения.

#### **Осложнения**

Осложнения дифтерии зависят, главным образом, от развития на почве интоксикации периферических невритов, которые, как правило, появляются в стадии выздоровления на 2-й и даже 3-й неделе. Образующиеся в результате токсического неврита параличи далеко не всегда соответствуют тяжести перенесенной дифтерии. Известны случаи распространенных параличей при легких формах дифтерии и отсутствие такого рода осложнений при резко выраженных изменениях зева. Самым частым осложнением дифтерии является паралич мягкого неба, в результате чего происходит затекание во время еды жидкой пищи в нос и изменение речи, которая приобретает характерный носовой оттенок. Если к длительным расстройствам присоединяется и неврит чувствительных нервов, то вследствие анестезии гортани может наблюдаться попадание пищи в дыхательные пути со всеми его последствиями.

26. Коронавирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Лабораторная диагностика методы экспресс-диагностики. Особенности клинического течения. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae.

Этиология: Возбудители болезни – семейство РНК-содержащих коронавирусов. Внутри семейства выделяют три группы инфекционных агентов, опасных для человека: человеческий коронавирус 229 E, человеческий вирус ОС-43 и кишечные коронавирусы человека.

Патогенез: патогенез коронавирусной инфекции изучен недостаточно. После попадания в верхние дыхательные пути коронавирусы колонизируют эпителиальные клетки носо- и ротоглотки, активно размножаются, разрушая эпителиоциты. При недостаточной иммунной реактивности организма коронавирусы проникают в альвеолярные эпителиоциты, в цитоплазме которых происходит репликация возбудителя. Готовые вирионы путём экзоцитоза располагаются на наружной мембране клетки, что способствует слиянию эпителиоцитов и образованию синцития.

В дальнейшем возникает избыточное пропотевание жидкости и белка в ткань лёгких, массивное разрушение сурфактанта и коллапс альвеол с резким снижением газообмена. Во время выздоровления пораженные участки легочной ткани замещаются соединительной. Иммуитет после перенесенной болезни типоспецифичный, стойкий.

Лабораторная диагностика: ПЦР.

Особенности клиники: лихорадка (88%), сухой кашель (68%), одышка, респираторный дистресс-синдром, слабость, боль в мышцах. В анализах крови обнаруживается лейкопения, лимфопения, на рентгенограммах больных определяются двусторонние инфильтраты.

Дифф.диагностика: другие инфекции дыхательных путей.

Лечение: симптоматическое.

#### **470. Осложнения острых респираторных заболеваний. Клиническая характеристика в зависимости от возраста. Лечение.**

К осложнениям можно отнести острую дыхательную недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром взрослых, сердечно-сосудистую недостаточность, поражения центральной нервной системы (менингит, энцефалит). А к осложнениям, вызванным бактериальной микрофлорой, – синусит, отит, тонзиллит, фарингит, бронхит, пневмонию (вирусную и бактериальную) и обострения хронических легочных заболеваний. Осложнения могут развиваться у людей разного возраста.

Лечение: лечение симптоматическое.

#### **471. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника и течение болезни. Осложнения. Краснуха у беременных. диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.**

Краснуха – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Местом внедрения (входными воротами) вируса краснухи (Rubella virus) является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Человек - единственный известный носитель этого вируса.

Механизм передачи: аэрозольный, путь-воздушно-капельный.

Восприимчивость: всеобщая, наиболее высока от 3 до 4 лет.

Пик заболеваемости: зимне-весенний период.

Патогенез. Попадая в носоглотку, вирус краснухи через слизистые оболочки поступает в кровь и вместе с ее током достигает лимфоузлов. В них он "оседает", а с током крови достигает всех тканей и оказывает негативное воздействие на кожу, вызывая появление характерной сыпи. У больного могут возникать и другие симптомы краснухи.

Клиника. После инкубационного периода, длящегося 2—3 недели, появляется умеренная температура с головной болью, фарингитом, заднешейной и затылочной лимфаденопатией (которую можно квалифицировать как патогномичный

признак данного заболевания), конъюнктивитом. Высыпания появляются через 48 часов, сыпь макулезная (пятнистая) не зудящая, вначале на лице, потом спускается на всё тело в течение нескольких часов; вначале сыпь морбиллиформная (т.е. напоминающая коревую), затем скарлатиноморфная. Она преобладает на лице, в области поясицы и ягодиц, разгибательных поверхностях рук, ног. Сыпь держится 2—4, изредка 5—7 дней, затем исчезает без пигментации и шелушения. Довольно часты смягченные и асимптоматичные формы.

Осложнения: ангина, отит, пневмония, бронхит, менингиты, параличи и т.д. При врожденной краснухе: микроцефалия, катаракта, миокардит, вторичный иммунодефицит и т.д.

Краснуха у беременных: Для самой женщины патология не представляет особой угрозы, но в акушерстве ее принято считать опасным недугом из-за высокой вероятности поражения эмбриона. Краснуха при беременности диагностируется нечасто. Это заболевание поражает преимущественно детей, однако примерно 20-30% женщин детородного возраста остаются подверженными заражению из-за отсутствия антител в крови.

Дифф.диагноз: корь, скарлатина.

Лечение: Нет специфического лечения.

Прогноз: Прогноз выздоровления благоприятный. После перенесенного заболевания вырабатывается пожизненный иммунитет.

Профилактика: Основным методом является вакцинация.

В соответствии с российским национальным календарём прививок, который утверждён приказом Министерства здравоохранения РФ № 125н от 21 марта 2014 г, вакцинация против краснухи проводится комбинированной живой вакциной от кори, краснухи и паротита в возрасте 12 месяцев, ревакцинация — в шесть лет.

#### **472. Корь. Этиология, эпидемиология, иммунитет. Клиника и течение болезни. Проблема персистенции вируса. Осложнения.**

##### **Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз и профилактика.**

**Корь** (лат. *Morbilli*) — острое инфекционное вирусное заболевание с очень высоким уровнем заразности, возбудителем которого является вирус кори. Характеризуется высокой температурой (до 40,5 °С), воспалением слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, конъюнктивитом и характерной пятнисто-папулезной сыпью кожных покровов, общей интоксикацией.

Путь передачи инфекции — воздушно-капельный, вирус выделяется во внешнюю среду в большом количестве больным человеком со слизью во время кашля, чихания и так далее. Корь является одной из самых заразных болезней в мире, контагиозность составляет 90 %, то есть каждый больной заражает 9 из 10 контактировавших с ним неиммунных к кори людей.

Источник инфекции — больной корью в любой форме, который заразен для окружающих с последних дней инкубационного периода (последние 4 дня) до 4-го дня высыпаний. С 5-го дня высыпаний больной считается незаразным.

Иммунитет после перенесенного заболевания пожизненный, после вакцинации сохраняется около 20 лет.

Клиника: Инкубационный период от 8 до 17 дней. У пациентов, получавших иммуноглобулин, компоненты крови, плазму — 21 день. Острое начало — подъём температуры до 38—40 °С, сухой кашель, насморк, светобоязнь, чихание, осиплость голоса, головная боль, отёк век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зёва и коревая энантема — красные пятна на твёрдом и мягком нёбе. На 2-й день болезни на слизистой щёк в области моляров появляются мелкие белёсые пятнышки, окружённые узкой красной каймой: это так называемые пятна Бельского — Филатова — Коплика, представляющие собой патогномичный симптом кори. Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4—5-й

день болезни, сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день на туловище и на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы. Сыпь состоит из мелких папул, окружённых пятном и склонных к слиянию (в этом её характерное отличие от краснухи, сыпь при которой не сливается).

Обратное развитие элементов сыпи начинается с 4-го дня высыпаний: температура нормализуется, сыпь темнеет, буреет, пигментируется, шелушится (в той же последовательности, что и высыпания). Пигментация сохраняется на протяжении от одной до полутора недель.

Осложнения: При кори возможны осложнения, связанные с работой центральной нервной системы, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта, среди них: ларингит, круп (стеноз гортани), бронхит, трахеит, отит, синусит, первичная коревая пневмония, вторичная бактериальная пневмония, коревой энцефалит, гепатит, лимфаденит, мезентериальный лимфаденит. Довольно редкое позднее осложнение — подострый склерозирующий панэнцефалит

Дифф.диагноз: краснуха, скарлатина.

Лечение: специфического нет, только симптоматическое.

Прогноз: Возможные последствия кори: ларинготрахеобронхит, нейросенсорная тугоухость, панэнцефалит (от 1 до 30 на 300 000 случаев). Мозг при коревом энцефалите повреждается настолько, что пациент может впасть в кому или умереть<sup>1</sup>.

Профилактика: вакцинопрофилактика (ЖКВ, MMR, MMRV и т.д.)

#### **473. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.**

**Иммунитет. Клинические варианты течения болезни. Особенности у взрослых. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.**

**Прогноз. Профилактика.**

**Эпидемический паротит (свинка, заушница; лат. *parotitis epidemica*)**— острое инфекционное заболевание с негнойным поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа, семенники), вызванное парамиксовирусом. Возбудитель эпидемического паротита — вирус семейства *Paramyxoviridae*, рода *Paramyxovirus*.

Эпидемиология: болезнь распространяется от человека к человеку контактно-бытовым и воздушно-капельным путями (через предметы быта, выделения из носа и слюну). Риск заражения повышается при тесном и длительном контакте. Вирус выделяется достаточно долго, но наиболее активен за 2 дня до появления симптомов и через 5 дней после проявления клинической картины. Болезнь очень заразна, особенно в зимне-весеннее время.

Иммунитет: после перенесённого эпидемического паротита образуется стойкий пожизненный иммунитет к этой болезни.

Патогенез: Сперва возбудитель крепится к слизистой оболочке верхних дыхательных путей. После накопления вирус попадает в кровеносное русло и по ходу движения крови распространяется по всему организму, прикрепляясь к органам-мишеням (органам из железистой ткани и нервной системе), особенно к слюнным железам. Там он размножается и накапливается. Далее вирус повторно попадает в кровоток и разносится по другим органам (поджелудочной железе, семенникам, яичникам, предстательной железе и нервной системе).

Повторная циркуляция вируса в крови продолжается около пяти дней. За это время возбудитель преодолевает барьер между кровеносной и центральной нервной системами и поражает головной мозг.

Иногда вирус проникает в нервную систему, другие органы и слюнные железы одновременно. В некоторых случаях слюнные железы поражаются в последнюю очередь, но это случается очень редко

Клиника:

Типичные формы паротитной инфекции:

- железистая — поражены органы из железистой ткани (паротит — повреждение околоушных желёз, сублингвит — повреждение подъязычных слюнных желёз, субмандибулит — повреждение подчелюстных слюнных желёз);
- нервная — поражена центральная нервная система (серозный менингит, менингоэнцефалит);
- комбинированная (нейро-железистая) — поражена и центральная нервная система, и железистые органы (серозный менингит-паротит и другие комбинации)

Осложнения: панкреатит, орхит, менингит, простатит, оофорит.

Дифф. диагноз: инфекционный мононуклеоз, лимфогранулематоз, синдром Микулича, гнойный паротит.

Лечение: специфического лечения нет, только симптоматическое.

Прогноз: При неосложнённых формах эпидемического паротита прогноз благоприятный, выздоровление наступает через 1–2 недели. Поражение семенников при орхите может привести к бесплодию, но орхит возникает редко: примерно у 30 % невакцинированных и у 6 % вакцинированных мужчин. А при поражении нервной системы могут остаться парезы и паралич различных групп мышц

Профилактика: иммунопрофилактика

#### **474. Ветряная оспа. Этиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.**

Ветряная оспа — острое [высококонтрагиозное вирусное заболевание](#) с [воздушно-капельным путём](#) передачи. Обычно характеризуется [лихорадочным состоянием](#), папуловезикулёзной [сыпью](#) с доброкачественным течением.

Возбудителем ветряной оспы является вирус ветряной оспы (Varicella Zoster). [Восприимчивость](#) к ветряной оспе составляет 70 %. Заразными больные ветряной оспой становятся за 48 ч до появления [сыпи](#) и остаются таковыми до тех пор, пока все поражения кожи не покроются корочкой. Вирус ветряной оспы поражает только человека, единственный резервуар дикого вируса — человек.

Вирус проникает в организм через [слизистые оболочки верхних дыхательных путей](#) и внедряется в [эпителиальные клетки](#) слизистой оболочки. Затем вирус проникает в [кровь](#) и фиксируется в коже, вызывая в её поверхностном слое патологический процесс: ограниченное расширение капилляров (пятно), серозный [отёк](#) ([папула](#)), отслоение [эпидермиса](#) ([везикула](#)). Из-за размножения вируса и аллергического ответа организма возникают [лихорадка](#) и другие общие неспецифические проявления инфекции.

После болезни возникает стойкий [иммуитет](#).

Выделяют следующие периоды: [инкубационный](#), [продромальный период](#), периоды высыпания и образования корочек.

[Инкубационный период](#) продолжается от 10 до 21 дня, чаще всего — 14—16 дней.

[Продромальный период](#) наступает в течение 1—2 суток до начала высыпания.

Продромальные явления у детей могут не наблюдаться, а у взрослых обычно проявляются в виде лихорадки и недомогания.

Период высыпания у большинства детей протекает без особых нарушений общего состояния.

Комплексное лечение наиболее эффективное и включает в себя: режим, диету, медикаментозное лечение, а также методы немедикаментозного лечения ([аэрация](#) помещения, гигиенические мероприятия, физическое снижение температуры)

Профилактика. В случае заболевания человек обычно изолируется на дому. Методом специфической профилактики является [вакцинация](#).

#### **475. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.**



Инфекционный мононуклеоз — острое [вирусное заболевание](#), которое характеризуется [лихорадкой](#), поражением зева, лимфатических узлов, [печени](#), [селезёнки](#) и характерными изменениями состава [крови](#).

Возбудитель — ДНК-геномный [вирус Эпштейна — Барр](#). Вирус способен реплицироваться, в том числе в [В-лимфоцитах](#); в отличие от других вирусов герпеса он не вызывает гибели клеток, а напротив, активирует их [пролиферацию](#).

Источником инфекции является человек, в том числе со стёртыми формами болезни, и вирусоноситель. От больного человека к здоровому возбудитель передаётся воздушно-капельным путём, чаще всего со слюной. Заражению способствуют скученность и тесное проживание больных и здоровых людей, поэтому нередки вспышки заболевания в общежитиях, интернатах, лагерях, детских садах.

[Инкубационный период](#) может достигать 21 дня, обычно составляет около недели. Период болезни до двух месяцев.

Симптомы: слабость, частые головные боли, [мигрень](#), головокружения, повышение температуры тела, воспаление и увеличение [лимфатических узлов](#), их болезненность и тд.

Специфическая терапия не разработана. Лечение симптоматическое, общеукрепляющее. Из-за риска разрыва селезёнки рекомендовано ограничение тяжёлой физической нагрузки в первые 3—4 недели болезни. Рекомендуется одеваться теплее. При осложнениях требуются антибиотики (для борьбы с бактериями при ослабленном иммунитете).

#### **476. Геморрагические лихорадки. Общая характеристика болезней, объединенных этим термином.**

Геморрагические лихорадки – вирусные инфекции с природно-очаговым распространением, протекающие с геморрагическим и острым лихорадочным синдромом. Симптоматика геморрагических лихорадок включает выраженную интоксикацию, высокую температуру тела, геморрагическую сыпь, кровотечения различной локализации, полиорганные нарушения. Форма геморрагической лихорадки определяется с учетом клинко-эпидемиологических и лабораторных данных (ПЦР, ИФА, РИФ).

Вызывают геморрагические лихорадки вирусы следующих семейств: *Togaviridae*, *Bunyaviridae*, *Arenaviridae* и *Filoviridae*. Характерной особенностью, объединяющей эти вирусы, является сродство к клеткам эндотелия сосудов человека.

Резервуаром и источником этих вирусов является человек и животные (различные виды грызунов, обезьяны, белки, летучие мыши и др.), переносчиком – комары и клещи. Некоторые геморрагические лихорадки могут передаваться контактно-бытовым, пищевым, водным и другими путями.

Восприимчивость к геморрагическим лихорадкам у человека довольно высока, заболевают преимущественно лица, чья профессиональная деятельность связана с дикой природой. Заболеваемость в городах чаще отмечается у граждан, не имеющих постоянного места жительства и сотрудников бытовых служб, контактирующих с грызунами.

Геморрагические лихорадки в большинстве случаев объединяет характерное течение с последовательной сменой периодов: инкубации (как правило, 1-3 недели), начальный (2-7 дней), разгара (1-2 недели) и реконвалесценции (несколько недель). Начальный период проявляется общеинтоксикационной симптоматикой, обычно весьма интенсивной. Лихорадка при тяжелом течении может достигать критических цифр, интоксикация – способствовать расстройству сознания, бреду, галлюцинациям.

На фоне общей интоксикации уже в начальном периоде отмечают токсическую геморрагию: лицо и шея, конъюнктивы больных обычно гиперемированы, склеры инъектированы.

Больные с любой геморрагической лихорадкой подлежат госпитализации. Прописан постельный режим, полужидкая калорийная легкоусвояемая диета, максимально

насыщенная витаминами (в особенности С и В). Ежедневно в течение четырех дней принимается викасол (витамин К).

**477. Геморрагические лихорадки, встречающиеся на территории России. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.**

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острая вирусная природно-очаговая болезнь, протекающая с высокой лихорадкой, выраженной общей интоксикацией, геморрагическим синдромом и поражением почек.

Возбудители ГЛПС относятся к роду Ортохантавирус семейства Bunyaviridae. ирус способен размножаться в куриных эмбрионах 6—7-дневного возраста, пассируется на полевых мышах, степных пеструшках, джунгарских и золотистых хомяках, крысах.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является природно-очаговой зоонозной инфекцией. В России занимает ведущее место по уровню заболеваемости и географическому распространению среди всех природно-очаговых инфекций. Заболевание было зарегистрировано на 62 административной территории России.

Резервуаром и источником возбудителя являются различные животные (около 60 видов млекопитающих), но к основным хозяевам вируса можно отнести следующих животных: полёвка, полевая мышь, серая и черная крысы, разные виды серых полёвок. Следует отметить, что инфицированный человек эпидемиологической опасности не представляет.

После проникновения вируса в организм человека, через кожу или слизистые оболочки, происходит его миграция и локализация в эндотелии сосудов и эпителиальных клетках ряда органов. В эндотелии сосудов происходит его накопления и репликация. Затем наступает фаза вирусемии, совпадающая с началом заболевания и появлением синдрома интоксикации.

Инкубационный период заболевания длится от 10 до 45 дней. Выделяют 4 стадии болезни:

- лихорадочная стадия;
- олигурическая стадия;
- полиурическая стадия;
- реконвалесценция.

Стандартных схем терапии ГЛПС не существует. Лечение комплексное, симптоматическое, направленное на коррекцию основных патогенетических синдромов — интоксикации, геморрагического синдрома, острой почечной недостаточности, ДВС-синдрома, а также сопутствующих осложнений.

Профилактика направлена на уничтожение мышевидных грызунов как источника инфекции, а также прерывания путей ее передачи от грызунов к человеку.

**478. ГЛПС. Особенности возбудителей ГЛПС. Основные источники заражения и пути передачи. Клиника. Лечение. Профилактика.**

**Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)** - острая вирусная природно-очаговая инфекция, характеризующаяся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек по типу острого интерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности.

**Особенности возбудителей ГЛПС:** возбудитель ГЛПС относится к семейству буньявирусов (Bunyaviridae) и принадлежит к самостоятельному роду – Hantavirus. Он имеет сферическую форму, диаметром 85-120 нм. Геном вируса состоит из трех сегментов: L -, M -, S – одноцепочечной (минус-цепь) РНК. Вирус ГЛПС относительно устойчив во внешней среде при температуре от 4 до 20С. В сыворотке крови, взятой у больных людей, сохраняется свыше 4 суток при 4С. Инактивируется при температуре 50С в течение 30 мин. Хорошо сохраняется при температуре ниже - 200С. Вирус кислотолабилен – полностью инактивируется при рН ниже 5.0. Чувствителен к эфиру,

хлороформу, ацетону, бензолу, ультрафиолетовым лучам. Вирус способен размножаться в куриных эмбрионах, пассируется на полевых мышах, степных пеструшках, золотистых хомяках, крысах.

**Основные источники заражения и пути передачи:** *источником заражения и резервуаром* вируса ГЛПС являются дикие мышевидные грызуны (рыжая полевка, полевая мышь, черная и серая крысы). Ведущий механизм передачи инфекции — аэрозольный, путь воздушно-пылевой (до 90%). Заражение происходит во время работ, связанных с пылеобразованием (раскорчевка пней, заготовка дров, копка траншей, перевозка сена, разборка старых построек и т.д.). Передача вируса возможна также контактный — при попадании инфицированного материала из внешней среды на поврежденную кожу или слизистые оболочки, а также при укусе животного. Алиментарный - при употреблении термически необработанных продуктов, обсеменённых вирусом (овощей, корнеплодов). Водный - при употреблении некипячёной воды с попавшим в неё вирусами.

**Клиника:** различают следующие периоды болезни: инкубационный (от 1 до 5 недель, в среднем 2-3 недели), лихорадочный (начальный, общетоксический), продолжающийся в среднем от 3-х до 7-и дней; олигурический (в среднем 6-12 дней), полиурический (в среднем 6-14 дней), период реконвалесценции (ранний – до 2 мес. и поздний – до 2-3 лет).

**Лечение:** В лечении больных ГЛПС рекомендовано использование препаратов с прямым противовирусным действием - рибавирин.

**Профилактика:** *Специфическая профилактика* - специфическая вакцинопрофилактика ГЛПС находится в фазе клинических исследований. *Неспецифическая профилактика:* рекомендована организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусматривающие уничтожение грызунов в очагах ГЛПС (дератизация) и к защите людей от соприкосновения с грызунами или предметами, загрязненными их выделениями, обеззараживание посуды, воздуха и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств и методов.

#### **479. Лихорадка Эбола. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок. Лечение.**

**Лихорадка Эбола** — острая вирусная высококонтагиозная болезнь, характеризуется тяжелым течением, высокой летальностью и развитием геморрагического синдрома. **Этиология.** Вирус Эбола (Ebolavirus) принадлежит к семейству филовирусов и по своим морфологическим признакам схож с вирусом, вызывающим [геморрагическую лихорадку Марбург](#), однако отличается от последнего в антигенном отношении. Всего известно 5 видов вируса Эбола: Zaire ebolavirus (Заир), Sudan ebolavirus (Судан), Tai Forest ebolavirus (Таи форест), Bundibugyo ebolavirus (Бундибуджио), Reston ebolavirus (Рестон). Крупные вспышки лихорадки Эбола в Африке ассоциируются с эболавирусами Заир, Судан и Бундибуджио; эпидемия 2014 года вызвана вирусом вида Заир. **Клиника.** Инкубационный период продолжается от 4 до 6 дней. Заболевание начинается остро, больных беспокоит сильная головная боль, боли в мышцах, понос, боли в животе. Несколько позднее появляется сухой кашель и колющие боли в грудной клетке, развиваются признаки дегидратации. На 5-7-й день болезни появляется макулопапулезная сыпь, после исчезновения которой отмечается шелушение кожи. Геморрагический синдром проявляется в виде носовых кровотечений, кровавой рвоте, маточных кровотечений, у беременных наступает выкидыш. При исследовании крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, анемия. Смерть наступает обычно на 2-й неделе болезни на фоне кровотечений и шока. **Диагноз и дифференциальный диагноз.** Распознавание основывается на эпидемиологических предпосылках (пребывание в эндемичной местности, контакты с больными и др.) и характерной клинической симптоматике. Специфические лабораторные исследования допускаются лишь в специально оборудованных лабораториях. **Лечение.** Этиотропная терапия не разработана. Основное

значение имеет патогенетическая терапия. Проводится комплекс мероприятий, направленных на борьбу с обезвоживанием, инфекционно-токсическим шоком и геморрагическим синдромом. При наслоении вторичной бактериальной инфекции назначают антибиотики, преимущественно противостафилококкового действия (оксациллин, метициллин, эритромицин). Прогноз всегда серьезный, летальность 30—90%.

#### **480. Чума. Клиника легочной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.**

Чума – острое инфекционное заболевание человека из группы карантинных инфекций, проявляющаяся тяжелой интоксикацией, поражением кожи, лимфатических узлов, легких и других органов. Вызывается *Yersinia pestis*. Передается трансмиссивным путем (от грызунов человеку, переносчиком являются блохи) либо воздушно-капельным путем (от человека к человеку). Заболевание отличается высокой летальностью, склонностью к рецидивам и частым возникновением осложнений. **Клиническая картина легочной чумы**, особенно в начальный период болезни, может быть весьма многообразной. Начало болезни обычно бывает внезапным, без продромальных явлений. У больного появляются озноб, сильные головные боли, боли в пояснице и конечностях, слабость, часто тошнота и рвота. Лицо становится одутловатым и красным. Температура быстро повышается до 39,5-40,5. Больной беспокоен, жалуется на боли в груди. Пульс частый, иногда аритмичный. Указанные симптомы появляются в первые сутки заболевания. В разгаре болезни у больных отмечается учащенное дыхание и одышка, которые усиливаются с развитием заболевания. Больные жалуются на боли и чувство сжатия в груди, часто ощущают недостаток воздуха и испытывают чувство страха смерти, пытаются встать и выходить из палаты. В агональном периоде у больных отмечается поверхностное дыхание, резко выраженная адинамия. **Диагностика.** Легочный вариант патологии диагностируется на основании клинических и лабораторных данных. При объективном осмотре на начальных стадиях [врач-инфекционист](#) обращает внимание на одутловатость и гиперемию лица, инъекцию сосудов склеры, обложенность языка. Отмечается фебрильная лихорадка, кашель с примесью крови, боль в грудной клетке. При аускультации выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, шум трения плевры, тахипноэ, в сердечных точках – глухость тонов, тахикардия, [аритмии](#). Нарастает гипотензия. **Общелабораторные исследования.** В общем анализе крови отмечается [лейкоцитоз](#) со сдвигом формулы влево, [ускорение СОЭ](#). В анализе мочи обнаруживается протеинурия и гематурия, гиалиновые и зернистые цилиндры. При присоединении ДВС-синдрома изменения в коагулограмме соответствуют стадии процесса. **Идентификация возбудителя.** Определяющий способ в диагностике – бактериоскопический метод. В качестве материала используют [мокроту](#), кровь, мазки из зева, пунктат из бубонов, отделяемое из язв. Проводят микроскопию мазков. Выполняют посев биологических жидкостей на питательные среды. Быстрым и качественным анализом считается ПЦР. Дополнительно применяют ИФА, РИФ, РПГА. Возможен биологический способ с заражением лабораторных животных. [Рентгенография грудной клетки](#). При рентгенологическом исследовании определяются очаговые и инфильтративные тени, что подтверждает наличие пневмонии. Нередко на снимках отмечаются признаки вовлечения плевры, возможно обнаружение выпота.

#### **481. Чума. Лечение и профилактика.**

**Лечение чумы.** Независимо от формы болезни, необходима строгая изоляция пациента в инфекционном отделении больницы или ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии) боксового типа. Режим — палатный, постельный или полупостельный. Диета — №2 или №7 по Певзнеру с ограничением поступления ионов натрия и контролем уровня потребляемой жидкости. Антибиотикотерапию необходимо начать сразу, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза. Даже при лёгочной форме чумы в первые 12-15 часов болезни есть шансы на выздоровление. Назначаются препараты: тетрациклины; фторхинолоны; аминогликозиды; возможно подключение цефалоспоринов с

обязательным предшествующим и сопутствующим внутривенным введением глюкокортикоидов и дезинтоксикационных средств для предотвращения массивного бактериолиза (растворения оболочек бактерий с выходом содержимого клетки в окружающую среду) и инфекционно-токсического шока. Длительность введения антибиотиков — не менее 10 дней или до двух дней после исчезновения лихорадки. Параллельно проводятся применяя сорбенты и противоаллергические препараты. Для улучшения состояния ЖКТ принимают пищеварительные ферменты и пробиотики.

**Меры профилактики:** При выявлении больного или подозрении на заболевание вводится карантин (ограничение контактов инфицированного или подозреваемого в заражении лица и изоляция эпидемического очага). Больного и лихорадящих окружающих госпитализируют. Лиц, предположительно контактировавших с больным, подвергают профилактическому лечению и иммунизируют вакциной, позволяющей получить защитный уровень иммунитета через несколько дней после вакцинации, при необходимости проводят ревакцинацию. Грамотно организованная вакцинация снижает заболеваемость в 10 раз. Организуют активные обходы населения для выявления и госпитализации лихорадящих больных. Проводят заключительную дезинфекцию в очаге при помощи дезинфицирующих средств. Ежегодная иммунизация живой противочумной вакциной работников специализированных служб и лиц, проживающих или выезжающих в опасные регионы. Мероприятия неспецифической профилактики государственного масштаба — эпидемиологический надзор за природными очагами, контроль численности грызунов-переносчиков, контроль за лицами, проживающими на эндемичных территориях, санитарно-просветительская работа. Мероприятия неспецифической профилактики населения — защита домов и околodomовых территорий от грызунов (не складировать отходы, мусор, заделывать щели), взаимодействовать с дикими грызунами только при крайней необходимости (убирать трупы, снимать шкуру и т.п. в резиновых перчатках). При увеличении численности грызунов и распространении блох использовать репелленты для одежды и кожи, не допускать контакта домашних животных с дикими, не позволять собакам и кошкам спать на кровати, особенно в эндемичных по чуме регионах.

#### 482. **Туляремия. Этиология, эпидемиология, классификация.**

**Туляремия** — острое природно-очаговое зоонозное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в месте внедрения возбудителя, регионарным лимфаденитом и симптомами выраженной интоксикации. **Этиология.** Возбудителем являются мелкие, неподвижные, грам-отрицательные палочки *Francisella tularensis*. В зависимости от патогенности для людей и кроликов выделяют два подвида: А и В. Подвид А является более патогенным и вызывает тяжелые формы заболевания у людей. Микроб устойчив к факторам внешней среды и может сохраняться в воде до 3 мес, в пыли и земле до 5 — 6 мес, на шкурах животных — до 40 сут. **Эпидемиология.** Естественным резервуаром и источником инфекции при туляремии являются многие виды диких и домашних животных. Наибольшее значение в поддержании природных очагов имеют многочисленные виды грызунов (мыши, полевки, водяная крыса, суслики, ондатра и др.) и зайцевидные животные. Кроме того, источником инфекции могут быть белки, лисицы, собаки, кошки, верблюды, овцы, крупный рогатый скот, лошади и др. Для туляремии возможны множественные механизмы и пути передачи инфекции. Больные животные выделяют возбудителя во внешнюю среду с экскрементами, инфицируя воду и другие объекты внешней среды (включая продукты), посредством которых происходит заражение человека. Важное значение в распространении возбудителя имеет трансмиссивный механизм, реализация которого происходит через укусы клещей, оводов, слепней и других членистоногих. Кроме того, передача возбудителя от животных к человеку может произойти контактным путем при снятии шкурок, разделывании туш и т.д. Описан и аэрогенный механизм заражения при вдыхании инфицированной пыли. В зависимости от того, каким путем возбудитель попал в организм человека, формируется соответствующая клиническая форма заболевания. В зависимости от локализации патологического процесса

выделяют: бубонную, язвенно-бубонную, ангинозно-бубонную, абдоминальную, легочную и генерализованную туляремию.

**483. Туляремия. Клиника, дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.**

**Клиническая картина.** Длительность инкубационного периода при туляремии составляет в среднем 3 — 7 сут, но иногда до 1 — 2 сут или 2 — 3 нед. Начальные проявления болезни несмотря на различия в клинических проявлениях, связанных с локализацией процесса, достаточно типичны. Болезнь начинается остро. Больные отмечают появление озноба, слабости, быстрый подъем температуры тела до 38 — 40 °С, головную боль, ломоту в теле, мышечные боли, снижение аппетита, нарушение сна. В силу развития токсико-аллергических реакций может наблюдаться сыпь различного характера: от розеолезной до петехиальной. Лихорадка сохраняется в течение 2 — 3 нед и носит неправильный характер. Со стороны сердечно-сосудистой системы выявляются относительная брадикардия и гипотония. Уже со 2 — 4-х суток на фоне общих проявлений у больных появляются локальные проявления болезни, характер и выраженность которых определяются входными воротами инфекции. К концу первой недели заболевания выявляется увеличение печени и селезенки. Типичный признак туляремии — увеличение регионарных (по отношению к входным воротам) лимфатических узлов с возможным формированием бубонов. В зависимости от локализации процесса выделяют бубонную, язвенно-бубонную, глазобубонную, ангинозно-бубонную, легочную, абдоминальную и генерализованную формы болезни. По длительности течения характеризуют острую, затяжную и рецидивирующую туляремию. **Бубонная форма** формируется при проникновении возбудителя через кожу. При данной форме никаких изменений на коже не определяется. На фоне интоксикационного синдрома на 2 — 3-е сутки болезни отмечается сначала небольшая болезненность, а потом и увеличение периферических лимфатических узлов определенных групп с образованием бубона. Лимфатические узлы увеличиваются в размере, достигая 3 — 5 см. Поскольку для развития бубона не характерен периаденит, он имеет четкие контуры, не спаян с окружающей тканью, а кожные покровы над ними не изменены. Бубоны длительное время (в течение нескольких недель) сохраняются увеличенными, но впоследствии медленно рассасываются. Бубоны могут сохраняться даже на фоне удовлетворительного состояния больных и нормальной температуры тела. Однако такой исход заболевания встречается не во всех случаях, иногда отмечается нагноение и вскрытие бубона с выделением густого гноя и образованием свища. В более редких случаях происходит его склерозирование. **Язвенно-бубонная форма** туляремии чаще формируется при трансмиссивном заражении. Характеризуется тем, что на месте входных ворот появляется болезненное и зудящее красное пятно, которое в последующем трансформируется в везикулу, пустулу и после вскрытия — в язву. Края язвы несколько приподняты, дно покрыто корочкой, после отпадения которой остается рубец. Обычно со дня образования язвы до ее рубцевания проходит несколько недель. Одновременно с образованием язвы у больного формируется бубон. **Глазобубонная форма** является редкой формой заболевания. Обычно она развивается при поступлении возбудителя на слизистую глаза с инфицированной водой или пылью. Процесс чаще бывает односторонним. Клинически характеризуется развитием одностороннего эрозивно-язвенного конъюнктивита, отека век. Бубон формируется в околоушной или подчелюстной областях. **Ангинозно-бубонная форма** возникает при алиментарном или водном заражении. Чаще регистрируется одностороннее поражение. Больные отмечают боли в горле и затруднение глотания. В ротоглотке отмечается односторонний тонзиллит. На пораженной миндалине выражен язвенно-некротический процесс, имеются фибриновые налеты. Выявляется шейный или подчелюстной бубон. **Абдоминальная форма** развивается при алиментарном заражении. Возбудитель поражает слизистую кишечника и мезентериальные лимфатические узлы. Клинически данная форма болезни будет характеризоваться появлением болей в животе,

жидким стулом, тошнотой, иногда — рвотой. При пальпации живота выявляется боль в правой подвздошной или в околопупочной областях, увеличение печени и селезенки. Данная форма заболевания может вызвать затруднения в своевременной диагностике, поскольку отчетливо пропальпировать мезентериальные лимфатические узлы удается не всегда. **Легочная форма** туляремии возникает в случае аэрогенного (вдыхание инфицированной пыли) заражения. В зависимости от характера поражения заболевание может протекать в виде бронхитического или пневмонического вариантов.

Бронхитический вариант характеризуется более легким течением, чем пневмонический. У больных на фоне выраженной интоксикации отмечаются боли в груди, сухой кашель или со скудной слизисто-гнойной мокротой. В легких могут выслушиваться сухие или влажные хрипы. Рентгенологически отмечается увеличение прикорневых, медиастинальных или паратрахеальных лимфатических узлов. При пневмоническом варианте на рентгенограмме легких выявляются очаговые инфильтраты.

Развитие **генерализованной формы** чаще происходит при прогрессировании абдоминальной или легочной форм. Заболевание может протекать по септическому или тифоподобному вариантам.

**Лечение.** В соблюдении специальной диеты больные с туляремией не нуждаются. В острый период болезни обычно назначают стол № 2 с последующим переходом на общий стол. Больным обязательно назначается этиотропная терапия. Обычно применяется комбинированная терапия стрептомицина (1 г в, сутки) и гентамицина (80 мг 3 раза в сутки). Кроме того, назначаются доксициклин, канамицин, левомицетин, цефалоспорины третьего поколения, рифампицин. Курс лечения продолжают в течение 10—14 сут (до 5—7 сут нормальной температуры). Больным обязательно проводится дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, противовоспалительная и симптоматическая терапии. Вакциноterapia в настоящее время практически не применяется, ввиду низкой эффективности. При появлении флюктуации бубона необходимо его вскрытие, промывание и дренаж. **Диагностика:** лабораторные методы, а также комплекс инструментальных методов и сбор анамнеза.

**Дифференциальная диагностика** проводится с след. заболеваниями: **чума** — положительные результаты специфических серологических тестов, инфекционно-токсический шок и ДВС-синдром, выраженное воспаление клетчатки вокруг лимфатических узлов (периаденит); листериоз — бубонов, как правило, нет, положительные результаты серологических тестов; **йерсиниоз** и **псевдотуберкулез** — поражены в основном внутрибрюшные лимфоузлы, положительные результаты специфических лабораторных тестов; Ку-лихорадка — органы ЖКТ не поражены, отсутствуют кожные аффекты, язвы и регионарные лимфадениты, заболевание определяют по специфическим серологическим реакциям; **сепсис** — возникают септические очаги, поражаются различные органы, возбудитель выявляется при посеве крови; **малярия** — пребывание в тропиках, типичные малярийные приступы, нет бубонов, данные лабораторных исследований; **болезнь кошачьих царапин (фелиноз)** — пациента незадолго до появления симптомов поцарапала кошка, заболевание развивается медленно и длительно без выраженных симптомов и лихорадки; венерическая лимфогранулема — предшествующий незащищенный половой контакт, красная язва в месте внедрения, чаще в паховой области или во рту, отсутствует выраженная лихорадка и интоксикация.

#### **484. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.**

**Клещевой энцефалит** — это острая природно-очаговая вирусная трансмиссивная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, поражением серого и белого вещества головного мозга и оболочек головного и спинного мозга.

**Этиология:** вирус клещевого энцефалита впервые выделен в 1937 году Л. Зильбером. Группа — арбовирусы; семейство — тогавирусы; род — Flavivirus (группа В). Вид — вирус клещевого энцефалита, который делится на шесть генотипов (наиболее значимы

дальневосточный, урало-сибирский и западный). Клещевой энцефалит представляет собой РНК-вирус, который локализуется в нервной ткани. Он имеет сферическую форму 40-50 нм в диаметре. Содержит нуклеокапсид, окружённый наружной липопротеидной оболочкой со встроенными в него шипиками гликопротеида (способны склеивать эритроциты).

**Эпидемиология:** переносчиком и основным резервуаром вируса клещевого энцефалита в природе являются иксодовые клещи: лесной клещ - *I. ricinus* и таежный клещ - *I. persulcatus*. Второстепенный резервуар вируса в природе-теплокровные млекопитающие (зайцы, белки, бурундуки, мыши, лисы, волки, козы и другие) и птицы (дрозд, снегирь, терев и другие). Основной механизм заражения клещевым энцефалитом человека -трансмиссивный (при укусах инфицированными клещами во время кровососания). Ареал распространения охватывает Сибирь, Дальний Восток, Урал, Европейскую часть России, а также Европу. Из общего числа заболевших клещевым энцефалитом до 75–80% больных составляют жители городов, заражение которых происходит в антропоургических очагах (пригородной зоне) во время поездок по бытовым причинам, связанным со сбором грибов, ягод и работой и отдыхом на природе, дачных участках. Присасывание клещей на человека может происходить не только в лесу, но и в домашних условиях. Клещи заносятся в дом на рабочей одежде, с домашними животными, букетом полевых цветов.

**Клиника:** различают следующие острые формы клещевого энцефалита: лихорадочная (около 35-45%), менингеальная (около 35-45%) и очаговая с различными сочетаниями поражения головного и спинного мозга (около 1-10%). У 1-3% переболевших острым клещевым энцефалитом болезнь переходит в прогрессивную (неуклонно прогрессирующую) форму с переходом в хроническую форму (лат. *gradatio* - постепенное усиление, неуклонное прогрессирование). Доля бессимптомной формы инфекции у людей после присасывания инфицированного клеща в зависимости от очага может составлять до 90%. Различают следующие периоды заболевания: инкубационный период; продромальный период; период разгара заболевания (лихорадочный период); период реконвалесценции. Инкубационный период составляет до 30 дней, чаще 10-12 дней. Инфекция начинается остро. Температура тела повышается до 38-39С, появляется резкая головная боль, чувство разбитости, нарушение сна. Продромальный период продолжается 1-2 дня. Отмечается слабость, недомогание, разбитость, боли в области мышц шеи и плечевого пояса, боли в поясничной области, головная боль. Лихорадочный период продолжается от 3 до 14 дней. Характерны мышечные боли, особенно в тех группах мышц, в которых в последующем возникают парезы и параличи. После снижения температуры у 10-20% развивается симптоматика со стороны ЦНС: менингит (50-60% случаев), менингоэнцефалит (30%) и менингоэнцефаломиелит (5% случаев). У 2-12% больных развивается прогрессивное течение заболевания.

**Диагностика:** лабораторная диагностика (клинический анализ крови - нормопения (нормальное содержание лейкоцитов) или умеренный лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз; иммуноферментный анализ крови и ликвора — выявление специфических IgM в острой, подострой или хронической стадии, изолированное выявление IgG как показатель перенесённого процесса с выздоровлением, комбинации IgM и IgG; полимеразная цепная реакция крови и ликвора - выявление нуклеиновых кислот вируса клещевого энцефалита как показатель активно протекающей инфекции; спинномозговая пункция:цитологические показатели - подсчёт количества и качества клеток (лимфоцитарный или смешанный цитоз от 10 до 1000 клеток в мкл); биохимические исследования ликвора-уровни общего белка, глюкозы и хлоридов;

МРТ головного мозга-очаги глиоза и нейродегенерации.

Электроэнцефалография (ЭЭГ)-выявление эпиактивности головного мозга, очаговых изменений (в височных областях): угнетение а-ритма, наличие медленных J и d-волн,



острые пик-волны быстрого диапазона, неблагоприятные длительные молчания, периодические эпилептиформные разряд.

**Лечение:** Этиотропное лечение (направленное на вирус) включает в себя введение специфического противоклещевого иммуноглобулина. Показано использование противоклещевой иммунной плазмы. Также при ранней диагностике хорошие результаты дает применение препаратов интерферона, индукторов интерферона. Для достижения максимальной эффективности требуется как можно более раннее назначение препаратов.

#### **485. Малярия. Клиника трехдневной малярии (Pl. Vivax, ovale), диагностика и лечение.**

Малярия, или болотная лихорадка (Malaria) — группа протозойных трансмиссивных заболеваний человека, вызываемых возбудителями рода Plasmodium, передающимися комарами рода Anopheles и поражающими элементы ретикулогистиоцитарной системы и эритроциты.

**P. vivax-малярия** (трехдневная малярия) относится к доброкачественным видам малярийной инвазии и в большинстве случаев не сопровождается тяжелыми осложнениями. Инкубационный период продолжается от 10-21 дня (при инвазии тахизоитами) до 6-14 мес (при инвазии гипнозоитами). Развитию характерной клинической картины может предшествовать продромальный период продолжительностью в несколько дней, проявляющийся познабливанием, несильными миалгиями и астенией. Заболевание начинается остро, нередко внезапно, с познабливания или сильного озноба, быстрого повышения температуры тела, достигающей в течение 1-2 ч 39-40 °С, и сопровождается головной болью, иногда головокружением, миалгиями, разбитостью с астенизацией, тошнотой и в отдельных случаях рвотой. В течение первых нескольких дней лихорадка может отмечаться ежедневно и иметь ремиттирующий, субконтинуальный или неправильный тип, при этом стадии малярийного пароксизма, в особенности стадия озноба, могут быть невыраженными («инициальная лихорадка»). Спустя 5-7 дней лихорадка принимает характерный интермиттирующий тип, более выраженными становятся фазы «озноба», «жара» и «пота», при этом общая продолжительность приступов составляет 6-12 ч. Нередко приступы лихорадки возникают ежедневно (febris quotidiana), что обусловлено паразитированием двух генераций возбудителей. Как правило, приступы развиваются в первой половине дня.

После 2-3 температурных пароксизмов отчетливо выявляются увеличенные печень и селезенка, пальпация последней чувствительна, консистенция эластичная. В течение 2-й и особенно 3-й недели болезни становятся заметными анемия, субиктеричность склер и нередко желтушность кожи. Температура тела достигает максимума на 3-5-й день болезни, в дальнейшем интенсивность лихорадки уменьшается и приступы постепенно угасают, размеры печени и селезенки уменьшаются. Однако у нелеченных больных спустя 2 нед -2 мес вновь возникают лихорадочные пароксизмы, характеризующиеся синхронной и стадийно развивающейся лихорадкой, ранним выявлением увеличения печени и селезенки, анемией и умеренно выраженным токсическим синдромом (ранние рецидивы). Через 6-18 мес после окончания серии ранних рецидивов у значительной части больных возникают поздние, экзоэритроцитарные рецидивы, обусловленные окончанием тканевой шизогонии гипнозоитов. Для клинической картины характерны синхронные температурные пароксизмы с выраженными фазами «озноба», «жара» и «пота», быстрое развитие анемии, гепатоспленомегалии, причем консистенция печени и селезенки в отличие от первичных проявлений болезни плотная, пальпация малоболезненна. Наибольшее число рецидивов малярии наблюдается при инвазии тихоокеанскими вариантами *P. vivax* (штамм Chesson). В отдельных случаях при заражении лишь гипнозоитами (в естественных условиях наблюдается редко) или использовании с целью индивидуальной химиопрофилактики делагила, который супрессирует первичные проявления, обусловленные тахизоитами, первые симптомы болезни при *P. vivax* или *P. ovale*-малярии могут появиться спустя несколько (6-18) месяцев после заражения. После

завершения периода поздних рецидивов обычно наступает выздоровление. Общая продолжительность болезни составляет от 1,5-2 до 3-4 лет (редко до 8 лет). *P. ovale*-малярия по многим клинико-патогенетическим признакам сходна с *P. vivax*-малярией. Инкубационный период продолжается 11-16 дней. Заболевание обычно протекает доброкачественно, начинается без выраженного продрома. Приступы лихорадки возникают преимущественно во второй половине дня, развиваются с умеренно выраженным токсическим синдромом, медленно прогрессирующей гепатоспленомегалией при относительно невысоком уровне паразитемии. Рецидивы болезни протекают с небольшим числом приступов лихорадки. Общая продолжительность болезни составляет 2-4 года (в отдельных случаях до 8 лет).

При подозрении на малярию назначают анализ «толстая капля», который позволяет выявить паразитов. У пациента берут образец крови, подкрашивают специальным реагентом (окрашивание по Романовскому — Гимзе) и затем изучают с помощью светового микроскопа. Анализ рекомендуется сделать несколько раз в течение 2–3 суток, кровь берут при нормальной температуре и в момент приступа лихорадки.

ВОЗ рекомендует терапию комбинированными препаратами на основе артемизинина. Их применяют в сочетании с другими противомалярийными препаратами, антибиотиками и противогельминтными средствами.

#### **486. Клиника тропической малярии. Этиология, эпидемиология, диагностика, лечение.**

Начинается остро.

Инкубационный период 8-16 дней (иногда месяц при внутривенном заражении, например, при переливании крови);

Основной синдром заболевания — специфическая общая инфекционная интоксикация, которая протекает в виде малярийного приступа. Начинается чаще в первой половине дня со сменой фаз озноба, жара и пота. Иногда предшествует продрома (недомогание). Приступ начинается с озноба, больной не может согреться, кожные покровы становятся бледными, холодными на ощупь и шероховатыми (продолжительность — 20-60 минут). За это время человек теряет до 6000 ккал. Затем начинается жар (температура тела в течение 2-4 часов повышается до 40°C). Затем наступает период повышенного потоотделения (снижается температура тела, улучшается общее самочувствие). В межприступный период самочувствие человека можно охарактеризовать как состояние «после банкета». Далее всё снова повторяется.

В среднем возможно около 10 малярийных приступов. К этому моменту в крови появляются антитела, которые вызывают частичную гибель плазмодиев, однако паразиты изменяют свою антигенную структуру и могут вызывать повторные заболевания. Если это брадиспорозоиты, то после последней серии приступов наступает длительная ремиссия, но весной следующего года процесс начинается снова. Отличительная особенность малярии Knowlesi — ежедневные приступы, тогда как при других формах малярии межприступный интервал может длиться несколько суток (у трёхдневной и овале-малярии повторный приступ возникает через день, у четырёхдневной — через два дня, у тропической — длительные приступы без чёткой периодичности).

При осмотре можно выявить различные степени угнетения сознания (исходя из тяжести заболевания). Положение больного так же соответствует степени тяжести болезни. Проявляется болезненность мышц и суставов, бледная сухая кожа;

Периферические лимфоузлы не увеличиваются. Со стороны сердечно-сосудистой системы характерна тахикардия, понижение артериального давления, при четырёхдневной малярии встречается шум «волчка», приглушение тонов. В лёгких выслушиваются сухие хрипы, тахипноэ (учащённое поверхностное дыхание), повышение ЧДД, сухой кашель. При тяжёлой степени появляются патологические типы дыхания. Со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдается снижение аппетита, тошнота, рвота, вздутие живота и

синдром энтерита (воспаление тонкого кишечника), гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезёнки). Нередко темнеет моча.

Тип — простейшие (Protozoa) Класс — споровики (Sporozoa) Отряд — гемоспоридий (Haemosporidia) Семейство — Plasmodiidae Род — Plasmodium

Продолжительность экзоэритроцитарной шизогонии (тканевого размножения):

*P. falciparum* — 6 суток

Основными видами диагностики малярии являются:

общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и гематокритом;

общий анализ мочи;

микроскопия толстой капли крови и тонкого мазка крови, окрашенных по

Романовскому-Гимзе;

иммунологический анализ экспресс тестом;

анализ полимерной цепной реакции и видеоспецифические исследования ДНК;

УЗИ органов брюшной полости.

Немедикаментозное лечение: Режим:

- полупостельный (малярия без осложнений);
- постельный (при развитии осложнений).

Диета (легкоусвояемая);

• диета №5

• диета №7 (при развитии нефротического синдрома).

Обильное питье до 2,5-3,0 л жидкости.

Медикаментозное лечение:

Лечение больных малярией, вызванных *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* и *P. falciparum* (при отсутствии резистентности к хлорохину) [7]:

• Купирование острых клинических проявлений проводится гематошизотропным препаратом

Для взрослых:

Хлорохина\* (хлорид или дифосфат) (chloroquine-CQ) в курсовой дозе 25 мг основания/кг в течение 3 дней (15+5+5) per os:

- 1-й день в 2 приема: 10 мг/кг и 5 мг/кг с интервалом 6 часов;

- 2-й день – 5 мг/кг однократно;

- 3-й день - 5 мг/кг однократно.

При сохранении лихорадки на 3-и сутки и высокой паразитемии курс лечения может быть продолжен еще на 2 дня:

- 4-й день - 5 мг/кг однократно;

- 5-й день – 5 мг/кг однократно.

#### 487. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.

ВИЧ-инфекция — это хроническое инфекционное заболевание, которое провоцирует вирус иммунодефицита человека, поражающий клетки иммунной системы (CD4). При отсутствии лечения закономерно приводит к синдрому приобретённого иммунодефицита (СПИДа).

Вирус иммунодефицита человека принадлежит семейству ретровирусов (Retroviridae), роду Lentivirus. Впервые информация о болезни появилась в 1970 годах. Сам вирус был выделен в 1983 году одновременно во Франции вирусологом Франсуазой Барре-Синусси и в США учёным Робертом Гало, однако название, одобренное Всемирной организацией здравоохранения, получил только через пять лет — в 1987 году. Тогда же впервые был зарегистрирован случай ВИЧ-инфекции в СССР.

В настоящее время выделяют два типа вируса — ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличаются по своим структурным характеристикам. На территории России, США, Европы и Центральной Африки распространён вирус первого типа (ВИЧ-1), на территории Индии и Западной Африки эпидемиологическое значение имеет второй тип вируса (ВИЧ-2).

В естественных условиях ВИЧ в высушенном состоянии сохраняет активность на протяжении нескольких часов, в биологических жидкостях — несколько дней, в замороженной сыворотке крови — несколько лет. При нагревании до 70-80°C вирус гибнет через 10 минут, при обработке 70% раствором этилового спирта инактивируется через одну минуту. Также чувствителен к 0,5% раствору гипохлорита натрия, 6% раствору перекиси водорода, 5% раствору лизола, эфира или ацетона.

#### Патогенез вич-инфекции

Проникнув в организм человека любым из вышеперечисленных способов, вирус с помощью специфического гликопротеида gp120 фиксируется на мембране клеток-мишеней, в которых есть белок CD4. Данный рецептор есть у Т-лимфоцитов (Т4, хелперы), он играет главную роль в иммунном ответе. Также белок CD4 есть у моноцитов, макрофагов, эндотелиальных и других клеток.

После фиксации на мембране вирус проникает в клетку, там его РНК благодаря ферменту ревертазы синтезирует (создаёт) ДНК, которая встраивается в генетический аппарат здоровой клетки. Там она может существовать в виде провируса в течение всей жизни, при этом оставаясь неактивной. Когда провирус активируется, в заражённой клетке происходит активное накопление новых вирусных частиц, что приводит к разрушению текущей клетки и поражению новых.

Свободный белок gp120 также способен соединяться с рецептором CD4, который присутствует у неинфицированных Т4 лимфоцитов. Вместе они распознаются иммунной системой как чужеродные и разрушаются клетками-киллерами. Ещё одной причиной гибели CD4 клеток являются биологически активные вещества, которые секретируют инфицированные ВИЧ макрофаги. Кроме того, у инфицированных Т-хелперов появляется способность формирования массивных скоплений, в связи с чем их количество резко уменьшается.

Клетки иммунной системы необходимы организму человека для его защиты от бактерий, вирусов, простейших, опухолевых клеток и других чужеродных агентов. Заражённые ВИЧ Т4 клетки не способны осуществлять свою основную функцию, в связи с чем разрушается иммунная система и нарушается нормальная реакция на чужеродные агенты. ВИЧ-инфицированный человек становится беззащитным перед микроорганизмами, даже включая те, которые не представляют опасности для незаражённого человека (оппортунистические инфекции), повышается риск развития онкологических заболеваний.

Также в патологический процесс зачастую вовлекается нервная система. Это становится причиной функциональных, а затем и трофических поражений нейронов и нарушения мозговой деятельности.

#### Классификация и стадии развития вич-инфекции

Выделяют пять стадий инфицирования:

- 1) Стадия инкубации — фаза от момента заражения до выработки антител и/или появления реакции, представленных признаками "острой ВИЧ-инфекции".
- 2) Стадия первичных проявлений — этап, который начинается, соответственно, через 3-6, максимум 12 месяцев от момента заражения. В
- 3) Субклиническая, или латентная, стадия ВИЧ — период замедленного размножения вируса, по сравнению с предыдущими стадиями.
- 4) Стадия вторичных заболеваний — фаза, в которой продолжается репликация ВИЧ.
- 5) Стадия СПИДа (терминальная стадия) — финальный этап течения ВИЧ-инфекции.

#### **488. ВИЧ-инфекция. Клиника первичных проявлений, диагностика, лечение.**

ВИЧ-инфекция не имеет специфических симптомов. Все клинические проявления могут относиться как к другим инфекционным и неинфекционным заболеваниям, так и к проявлениям вторичных заболеваний, которые развиваются на фоне иммунодефицита.

Однако можно выделить лишь основные симптомы острой ВИЧ-инфекции, которые проявляются в первые три недели – три месяца от момента инфицирования:

- увеличение лимфатических узлов (чаще всего шейных и подмышечных);
- лихорадка (температура при ВИЧ чаще субфебрильная — от 37,1°C до 38,0°C);
- сыпь;
- воспаление нёбных миндалин и, как следствие, боли в горле;
- слабость, бессонница;
- головные боли.

Вышеперечисленные симптомы ВИЧ могут наблюдаться примерно у 30% заболевших. Ещё у 30-40% острая ВИЧ-инфекция может протекать в более тяжёлой форме (с развитием герпетической инфекции, пневмонии, менингита, энцефалита) и примерно у 30% не наблюдается.

Продолжительность клинических проявлений в случае их возникновения варьируется от нескольких дней до нескольких месяцев. Обычно симптомы ВИЧ длятся около 2-3 недель, после чего все проявления исчезают. Исключение может составлять увеличение лимфоузлов, которое часто сохраняется на протяжении всего заболевания.

#### Диагностика вич-инфекции

Для диагностики ВИЧ-инфекции применяется специальный иммуноферментный анализ (ИФА) 4-го поколения, который заключается в реакции "антиген-антитело". Он позволяет определить наличие антител к ВИЧ в организме человека. Соответственно, тест на ВИЧ будет достоверным только после завершения периода инкубации, т.е. после того, как организм выработает достаточное количество антител (не ранее четвёртой недели после заражения). У большинства людей тест будет достоверным через три месяца, однако для исключения ВИЧ-инфекции на 100% необходимо сдать анализ через 6 и 12 месяцев.

В случае положительного анализа на ВИЧ тот же образец крови исследуется в лаборатории ещё раз: если результат вновь положительный, то необходим тест другого типа — иммунный блоттинг. Положительный результат иммунного блоттинга (после положительного результата ИФА) достоверен на 99,9%, что является максимально точным для любого медицинского теста. Если же иммуноблот отрицательный, то делается вывод, что первый тест был ложноположительным, и ВИЧ у человека нет.

Результат иммуноблота может интерпретироваться как положительный, отрицательный или неопределённый (т.е. наличие в иммуноблоте как минимум одного белка к вирусу). Неопределённый результат может наблюдаться, если анализ сдан в период инкубации: заражение произошло не так давно, поэтому в крови пока находится немного антител к ВИЧ, но спустя некоторое время иммуноблот станет положительным. Также неопределённый результат может возникнуть при отсутствии ВИЧ-инфекции и наличии некоторых хронических заболеваний. В таком случае иммуноблот станет отрицательным, либо будет выявлена причина неопределённого результата.

Как считаю многие, анализ на ВИЧ-инфекцию сдаётся не при любом заборе крови. Однако данное исследование является добровольным для всех, кроме:

- оноров крови;
- иностранцев и лиц без гражданства, которые хотят въехать на территорию Российской Федерации более чем на три месяца;
- медперсонала, работающего с кровью;
- лиц, находящихся в местах лишения свободы.

Люди, не относящиеся ни к одной из перечисленных категорий граждан, не сдают анализ на ВИЧ во время ежегодных профилактических медицинских осмотров, поэтому наличие медицинской книжки также не гарантирует отсутствие ВИЧ-инфекции.

#### Лечение вич-инфекции

В случае, если ВИЧ-инфекция обнаружена, человек встаёт на учёт в Центре по борьбе со СПИДом, где в дальнейшем наблюдается у врача-инфекциониста.

Лекарственного средства, которое могло бы полностью избавить от ВИЧ, в настоящее время нет. Однако, существуют препараты, значительно продлевающие жизнь и способные предупредить развитие СПИДа. Препараты для лечения показаны всем ВИЧ-инфицированным. Они предоставляются бесплатно после обследования, назначаемого врачом-инфекционистом.

Препараты для лечения ВИЧ называются антиретровирусными (АРВ). Благодаря АРВ подавляется размножение вируса, в результате чего восстанавливается или не нарушается функция иммунной системы. ВИЧ-инфицированные пациенты, регулярно принимающие данные препараты, не способны передавать вирус даже при незащищённых половых контактах.

Особенность лечения ВИЧ-инфекции заключается в:

необходимости ежедневного пожизненного приёма препаратов (как правило, не менее трёх);

контроле эффективности лечения у врача-инфекциониста;

наблюдении возможных нежелательных явлений, связанных с приёмом препаратов.

Для лечения используются хорошо изученные современные препараты, не оказывающие опасного токсического влияния на другие органы и системы, при условии соблюдения рекомендаций врача и своевременного обследования.

489. **Стадия СПИДа (терминальная стадия)** — финальный этап течения ВИЧ-инфекции. Происходит развитие тяжёлых вторичных инфекций, угрожающих жизни, их генерализация (распространение по всему организму), развитие онкологических заболеваний и поражение центральной нервной системы, которое может сопровождаться **неврологическими симптомами**: растерянностью и забывчивостью, неспособностью сконцентрироваться, изменением поведения, головными болями, расстройствами настроения, нарушением координации и трудностями при ходьбе

Клиника: 1. Пневмоцистная пневмония. 2. Церебральный токсоплазмоз. 3. Криптоспороидоз с диареей. 4. Герпетическое поражение кожи, слизистых оболочек >1 мес или висцеральное герпетическое поражение независимо от длительности. 5. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия. 6. Любой диссеминирующий эндемический микоз. 7. Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов, легких. 8. Атипичный диссеминированный микобактериоз. 9. Нетифозная сальмонеллезная септицемия. 10. Экстрапульмонарный туберкулез. 11. Лимфома. 12. Саркома Капоши. 13. ВИЧ-энцефалопатия.

Основные методы подтверждения ВИЧ — это диагностические тесты:

- **Иммуноферментный анализ**. Это предварительный тест на наличие антител к вирусу в крови. Чувствительность теста до 99%. Положительный и сомнительный результаты требуют проведения дополнительных исследований.
- Иммуный блоттинг. Подтверждающий тест, позволяет обнаружить антитела к вирусным белкам возбудителя. Положительный результат — это достоверный признак ВИЧ-инфекции.
- **ПЦР-диагностика**. Это выявление генетического материала вируса. Исследование информативно на ранних сроках инфицирования с 10 по 33 день. Достоверность анализа — 80%. Чаще используют для прогноза, мониторинга динамики заболевания, контроля эффективности лечения.
- Фенотипирование лимфоцитов. Это оценка показателей клеточного иммунитета. Снижение уровня Т-лимфоцитов до 500/мкл и ниже свидетельствует о заражении вирусом иммунодефицита человека.

Заболевание неизлечимо, но существуют меры, позволяющие замедлить прогрессирование ВИЧ-инфекции. Пациенты вынуждены получать терапию пожизненно и находятся под постоянным наблюдением врача-инфекциониста для контроля за состоянием иммунного статуса, лечения и профилактики сопутствующих патологий.

Всем пациентам назначают антиретровирусные препараты, которые подавляют размножение вируса, предотвращают развитие оппортунистических заболеваний. Антиретровирусная терапия позволяет улучшить качество и увеличить срок продолжительности жизни. В настоящее время наиболее эффективна высокоактивная антиретровирусная терапия, включающая не менее 3 противовирусных препаратов. Применяют ингибиторы обратной транскриптазы (зидовудин, ламивудин), ингибиторы протеазы (саквинавир, индинавир), ингибиторы интегразы (ралтегравир), ингибиторы слияния (энфувиртид). Успех лечения зависит от своевременности и непрерывности лечения, правильной организации образа жизни и питания.

Для профилактики и лечения пневмоцистной пневмонии применяют ко-тримоксазол, дапсол; при грибковых поражениях- флуконазол, кетоконазол, амфотерицин В; при герпетической инфекции- ацикловир, валацикловир

В качестве симптоматической терапии используют противоаллергические, жаропонижающие препараты, нестероидные противовоспалительные, витаминные комплексы, антиоксиданты и пробиотики. Хирургическое лечение ВИЧ не показано.

#### **490. Основные оппортунистические заболевания:**

- Туберкулез
- Пневмоцистная пневмония
- Цитомегаловирусная инфекция
- Токсоплазмоз
- Герпес

##### **Туберкулез.**

При ВИЧ-инфекции туберкулез протекает более агрессивно.

Бактерия-возбудитель распространяется по крови и попадает в разные органы и ткани. При этом поражения легких может вообще не быть.

Если отмечается утомляемость, потливость, температура в пределах 37,2 – 37,5°С более 1 недели, кашель, необходимо срочно обратиться к врачу-специалисту (фтизиатру) и пройти обследование.

Основными способами выявления туберкулеза являются флюорограмма (разновидность рентгена легких) и проба Манту или Диаскин-тест. Эти исследования необходимо проходить минимум 2 раза в год.

Вовремя выявленный туберкулез может быть вылечен.

##### **Пневмоцистная пневмония (ПЦП).**

Возбудитель ПЦП широко распространен среди людей. При нормальных показателях иммунитета этот микроб находится в легких, но заболевания не вызывает.

Болезнь возникает только на фоне резкого снижения иммунитета. Такое состояние возникает на поздней стадии ВИЧ-инфекции – стадии СПИДа.

Как видно из названия заболевание протекает с поражением легких. Отмечается сухой кашель, одышка, температура.

Люди, живущие с ВИЧ/СПИД, при показателях CD4 ниже 200 клеток, даже при отсутствии признаков ПЦП, должны постоянно принимать этот препарат с профилактической целью.

##### **Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ).**

У ВИЧ-позитивных людей, особенно при снижении показателей иммунограммы, цитомегаловирус может вызывать поражения самых разных органов – от легких до глаз и головного мозга. Из частых признаков болезни можно отметить длительное повышение температуры, выраженное снижение аппетита, боли в мышцах, суставах, потливость (особенно по ночам).

##### **Герпес (герпетическая инфекция).**

У людей, живущих с ВИЧ/СПИД, герпес протекает тяжело. Высыпания на коже могут занимать большие участки. Кроме пузырьков могут образовываться длительно незаживающие язвы. Возможно поражение глаз, головного мозга.

Существующие препараты полностью герпес не вылечивают. Тем не менее, они активно подавляют вирус и позволяют добиться исчезновения признаков болезни на длительное время.

#### **Токсоплазмоз.**

В отличие от предыдущих инфекций токсоплазмоз передается человеку от животных. По современным представлениям до 30% населения инфицировано этим паразитом. Основную опасность в плане заражения для человека представляют кошки. Они могут выделять возбудителя с испражнениями. При этом сами кошки не болеют. Крайне редко можно заразиться при употреблении сырого мяса.

У людей, живущих с ВИЧ, токсоплазмоз наиболее часто протекает с поражением нервной системы, в первую очередь головного мозга. Это менингиты, энцефалиты, абсцессы головного мозга.

Для выявления токсоплазмоза используются специальные лабораторные тесты и компьютерная томография головного мозга.

Основные признаки токсоплазмоза:

- длительное повышение температуры
- головные боли
- тошнота, рвота
- судороги

491. **Вирусный гепатит В** — острое и хроническое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита В, с гемоконтактным механизмом передачи (через кровь), протекающее в различных клинико-морфологических вариантах, и возможным развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Вирус гепатита В включён в состав рода Orthohepadnavirus семейства Hepadnaviridae. Геном представлен двухнитевой ДНК.

Источник вирус- человек.

Механизм передачи: гемоконтактный и вертикальный (от матери к ребёнку). Основные пути передачи вируса гепатита В гемотрансфузионный и половой.

Патогенез: Вирус проникает в организм человека через повреждённые кожные покровы или слизистые оболочки, затем гематогенно диссеминирует в печень, где фиксируется на гепатоцитах благодаря поверхностным рецепторам, содержащим HBsAg. Экспрессия HBsAg происходит на мембране печёночных клеток. При этом возбудитель не оказывает прямого цитопатического действия на клетки печени.

Процесс репродукции в гепатоцитах обусловлен активностью ДНК-полимеразы, активно участвующей в «достройке» неполноценной цепочки вирусной ДНК за счёт антигенов гистосовместимости, общих для различных клеток организма хозяина. Дочерние популяции накапливаются в поверхностной мембране гепатоцитов.

Цитолиз печёночных клеток происходит под действием цитотоксических иммунных механизмов. Мишенями для последних являются антигенные детерминанты вируса вирусного гепатита В, ассоциированные с антигенами главного комплекса гистосовместимости (HLA) на поверхности гепатоцитов.

Существенную роль в патогенезе вирусного гепатита В играют иммунные комплексы (HBsAg-антитела), оседающие на эндотелии сосудов различных органов и в лимфатических узлах, обуславливая внепечёночные поражения (например, гломерулонефрит и узелковый периартериит).

Аутоиммунные реакции возникают также в ответ на воздействие фрагментов гепатоцитов после их гибели. Это ведёт не только к элиминации указанных фрагментов, но и к повреждению здоровых печёночных клеток.



Морфологические изменения характеризуются дистрофическими и некробиотическими процессами в центроlobулярных и перипортальных зонах печёночной дольки с последующим развитием фиброза. Одновременно в процесс вовлекаются внутрипечёночные жёлчные ходы, что ведёт к формированию холестаза.

#### **492. Лабораторная диагностика**

**На высоте заболевания в сыворотке крови обнаруживают HBsAg, HBeAg или HBcIgM с помощью ИФА, РИА, в период ранней реконвалесценции - HBcIgG, HBeIgG, на стадии выздоровления - HBsIgG и HBcIgG. Для верификации возбудителя всё большее значение приобретает ПЦР, выявляющая вирусную ДНК, что определяет степень активности репликации вируса**

- общеклинический анализ крови с лейкоцитарной формулой (лейкопения, лимфо- и моноцитоз, уменьшение СОЭ, тромбоцитопения);
- общий анализ мочи (появление уробилина);
- биохимический анализ крови (гипербилирубинемия в основном за счёт связанной фракции, повышение уровня АЛТ и АСТ, ГГТП, холестерина, щелочной фосфатазы, снижение протромбинового индекса, фибриногена, положительная тимоловая проба);
- УЗИ органов брюшной полости, КТ и МРТ диагностика;
- фиброскан (применяется для оценки степени фиброза).

**Дифференциальную диагностику гепатита В** проводят вирусными гепатитами А, С. В отличие от гепатита А гепатит В протекает в более тяжёлой форме с выраженными симптомами интоксикации, интенсивной желтухой и нередко с геморрагическими проявлениями (подкожные кровоизлияния, носовые кровотечения). Большое подспорье в дифференциальной диагностике имеют указания на то, что больной в течение последних 6 мес переносил вмешательства с повреждением кожных покровов и слизистых оболочек или имел половые контакты с лицами, перенёсшими гепатит В. Окончательный этиологический диагноз устанавливают с помощью реакций ИФА и ПЦР

# Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов

Признаки	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С
Эпидемиология	Пребывание в очаге ГА за 15-40 дней до заболевания	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГС
Преджелтушный период	Острое начало заболевания, короткий преджелтушный период до 4-7 дней	Постепенное начало болезни, длительный преджелтушный период до 7-14 дней	Отсутствует
Желтушный период	Быстрое развитие желтухи	Постепенное развитие желтухи, с появлением которой, как правило, отсутствует улучшение самочувствия, или оно ухудшается.	Быстропроходящая желтуха
Лабораторная диагностика	Наличие антител к вирусу гепатита А класса IgM (анти-HAV IgM)	Наличие поверхностного антигена (HBsAg), антител к ядерному антигену класса IgM (анти- HBc IgM), ДНК вируса гепатита В	Наличие антител к ядерному антигену класса IgM (анти- HCVc IgM), РНК, реже - общих антител (анти- HCV); при отсутствии антител к неструктурному белку 4 (анти- NS4) вируса гепатита С
Хронизация	Не характерна	5-10%	90%

## 493. Вирусный гепатит В. Исходы, прогноз, лечение, профилактика, диспансеризация.

Вирусный гепатит В (ВГВ) - вирусная антропонозная инфекционная болезнь с контактным и вертикальным механизмами передачи возбудителя. Характеризуется циклически протекающим паренхиматозным гепатитом с наличием в части случаев желтухи и возможной хронизацией.

**Исходы** вирусного гепатита В:

- Выздоровление (90%)
- Хронический гепатит В (от 5 до 10%)
- Цирроз печени (2-30%), первичный рак печени
- Летальность около 1% вследствие ОПН
- Бессимптомное носительство HBsAg

**Прогноз:** Вирусная инфекция гепатита В может быть как острой, так и хронической (затяжной). Лица с острой инфекцией избавляются от инфекции спонтанно в течение нескольких недель или месяцев. У детей меньше шансов, чем у взрослых, избавиться от инфекции. Более 95% людей, заразившихся во взрослом возрасте или у детей старшего возраста, полностью выздоравливают и вырабатывают защитный иммунитет к вирусу. Однако у детей младшего возраста этот показатель снижается до 30%, и только 5% новорожденных, заразившихся от матери при рождении, избавляются от инфекции. У этой популяции пожизненный риск смерти от цирроза или гепатоцеллюлярной карциномы составляет 40%. Из инфицированных в возрасте от одного до шести лет 70% избавляются от инфекции.

**Лечение:** Обязательна госпитализация в инфекционную больницу. Полупостельный режим. Диета – стол № 5 по Певзнеру. Обильное питье до 2-3 л в сутки. Дезинтоксикационная терапия (кристаллоиды, коллоиды) с витаминами С и группы В. Глюкокортикостероиды (преднизолон) – в тяжелых случаях. Диуретики (лазикс). Противовирусные препараты: группы интерферона (реаферон, интрон А). В последние

годы широко используются нуклеозидные противовирусные препараты (ламивудин, зидовудин, рибавирин). Гепатопротекторы (карсил, легалон, рибоксин). Проводят плазмаферез, гемосорбцию, гипербарическую оксигенацию. Выписка из стационара проводится при хорошем самочувствии, отсутствии желтухи, уменьшении размеров печени, улучшении лабораторных показателей. Реконвалесценты находятся под диспансерным наблюдением в КИЗе поликлиники в течение 12 месяцев (клинико-лабораторное обследование проводится через 1 месяц после выписки - в стационаре, где лечился больной, а затем через 2 месяца в КИЗе и далее каждые 3 месяца в КИЗе поликлиники). Реконвалесцентам вирусного гепатита В, в течение года после выписки из стационара, противопоказаны профилактические прививки, кроме иммунизации против столбняка и бешенства. Нежелательно проведение плановых операций и применение каких-либо лекарственных средств. Алкоголь на это время должен быть исключен полностью. Женщинам не рекомендуется беременность.

#### **Профилактика:**

*Неспецифическая.* Тщательное обследование всех доноров. Применение медицинского и лабораторного инструментария одноразового пользования. Строгое соблюдение правил обработки медицинских инструментов и оборудования. Медицинские работники при проведении манипуляций, связанных с кровью или другими биожидкостями, должны работать в защитной спецодежде.

Медицинские работники, контактирующие с кровью, подлежат обязательному обследованию на HB sAg и анти- HCV при поступлении на работу и далее не реже 1 раза в год. Специфическая профилактика включает пассивную и активную иммунизацию. Для пассивной иммунизации используется донорский иммуноглобулин.

*Специфическая.* Активная иммунизация (вакцинация) проводится вакциной Энджерикс В, полученной методом генной инженерии. Вакцина вводится согласно календарю профилактических прививок от 2006 года: первая вакцинация проводится в течение 24 ч после рождения ребенка, вторая – в возрасте 1 месяц, третья – в возрасте 6 месяцев.

Помимо плановых прививок вакцинации подлежат группы риска: медицинские работники, студенты-медики, больные, получающие повторные гемотрансфузии или находящиеся на гемодиализе и др.

**Диспансеризация:** Больные с парентеральными ВГ подлежат обязательной диспансеризации. Ее организация и содержание зависят от нозологической формы ВГ, а также от характера остаточных явлений и форм перенесенного заболевания. В процессе диспансерного наблюдения первый контрольный осмотр должен проводиться не позже, чем через 1 месяц после выписки из стационара. В случаях, когда больным был выписан со значительно повышенными (более чем в 3 раза) показателями активности АлАТ, АсАТ, осмотр выполняется через 10–14 дней после выписки. Лица, перенесшие острый гепатит В, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 12 месяцев. Медицинские обследования (клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты) проводят каждые 3 месяца.

#### **494. Вирусный гепатит В. Осложнения. Клиника и лечение острой печеночной энцефалопатии.**

Печеночная энцефалопатия (гепатоцеребральный синдром) - нервно-психическое расстройство с нарушением интеллекта, сознания, рефлекторной деятельности и функций жизненно важных органов.

#### **О заболевании**

Основными проявлениями энцефалопатии являются нарушения нервного и психического статуса, возникающие на фоне выраженной дисфункции печени. Однако для постановки окончательного диагноза важно исключить другие поражения головного мозга, которые могут проявляться схожими симптомами.

Основными симптомами печеночной энцефалопатии являются психические нарушения (нервозность, возбудимость, агрессивность, частые перепады настроения), внезапно

возникающая мышечная слабость, подергивания отдельных мышечных волокон. У пациентов с печеночной энцефалопатией нарушается сознание вплоть до развития комы.

Патогенетический механизм поражения церебральных структур связан с токсическим воздействием аммиака. Поэтому основу лечения печеночной энцефалопатии составляет уменьшение продукции этого соединения аммониегенными бактериями кишечника и ускорение его выведения гепатоцитами.

### **Виды**

Развитие печеночной энцефалопатии проходит несколько последовательных стадий: нулевая – на фоне острой или хронической патологии печени не отмечается расстройства психики, личности и поведения;

первая – появляются первые признаки нервно-психических нарушений (беспричинно приподнятое настроение или необоснованная тревожность, плохая концентрация внимания, трудности при складывании и вычитании чисел, плохое засыпание ночью, сонливость в дневное время, подавленность, раздражительность);

вторая – уровень нервно-психических нарушений усугубляется (безучастность к происходящему или, наоборот, чрезмерно радужное восприятие действительности, невнятность речи, сонливость, большие сложности при выполнении интеллектуальных задач, видимые изменения личности, неадекватное ситуации поведение, периодическое нарушение ориентации во времени, спонтанная мышечная слабость, особенно часто возникающая в руках;

третья – выраженные нервно-психические нарушения, которые требуют постороннего ухода за пациентом (периодический ступор, возбуждение, спутанное сознание, нарушенная ориентация во времени и пространстве, потеря памяти, внезапные эпизоды ярости, абсолютно непонятная речь;

четвертая – кома, при этом у пациента может быть сохранена болевая чувствительность.

### **Симптомы печеночной энцефалопатии**

Печеночная энцефалопатия может быть периодической или персистирующей.

Эпизодическая форма провоцируется инфекционными заболеваниями, кровотечениями из пищеварительного тракта, злоупотреблением мочегонными препаратами, запорами, а также приемом некоторых лекарственных средств. Под воздействием провоцирующих факторов поведение человека временами может становиться неадекватным, нарушается речь, появляется дрожание рук, изменяется почерк и нарушается сознание. Подобные симптомы сохраняются в течение 2-4 дней, затем регрессируют. Ситуация может через некоторое время (в среднем через полгода) повториться.

Персистирующая форма отличается хроническим течением и связана с наличием портосистемных шунтов, по которым необезвреженная от азотистых соединений кровь попадает в системный кровоток. На фоне измененного поведения у пациента отмечаются периоды обострения клинической симптоматики. Помимо этого, также постепенно развивается гепатоцеребральная дегенерация нервно-мышечных структур с нарушением двигательной активности конечностей. Для персистирующей формы характерно развитие стойкого тремора, а также судорожных припадков и прогрессирующего слабоумия.

### **Осложнения и исходы**

Как правило, острая инфекция заканчивается выздоровлением. Однако, в 1–2% случаев заболевание развивается в «молниеносный» гепатит, со смертностью 63–93%.

Опасным последствием этой болезни является ее затяжное течение с переходом в хронический гепатит (вероятность — 5–10%), который в свою очередь может привести к циррозу и раку печени.

Хроническому гепатиту далеко не всегда предшествует острая желтушная форма. Хронический гепатит может проявлять себя периодически немотивированной слабостью, утомляемостью, желтухой или в течение длительного времени вовсе не проявлять себя ничем.

Только у 20% больных с хроническим вирусным гепатитом В формируется цирроз печени и из них только у 5%- первичный рак печени.

Считается, что внепеченочные проявления опосредованы циркулирующими иммунными комплексами. Острый гепатит может предшествовать синдрому, подобному сывороточной болезни, проявляющемуся лихорадкой, кожной сыпью, артралгией и артритом, который обычно проходит с появлением желтухи. Двумя основными внепеченочными осложнениями хронического ВГВ являются узелковый полиартериит и гломерулярная болезнь.

Разная доля пациентов с узелковым полиартериитом является положительной на HBsAg. Клинические проявления аналогичны таковым у пациентов с полиартериитом, которые являются ВГВ-негативными. Пациентам с полиартериитом, связанным с ВГВ, может помочь противовирусная терапия.

ВГВ может вызывать как мембранозную нефропатию, так и, реже, мембранопролиферативный гломерулонефрит. Большинство случаев гломерулонефротии, связанной с ВГВ, возникает у детей. Типичным проявлением является протеинурия нефротического диапазона. Приблизительно у 30–60 процентов детей с мембранозной нефропатией, связанной с ВГВ, наступает спонтанная ремиссия, обычно в связи с сероконверсией е-антигена гепатита В в антитела (HBeAg в анти-HBe). Может развиться почечная недостаточность, особенно у взрослых. Эффективность противовирусной терапии сомнительна.

#### **Лечение печеночной энцефалопатии**

Согласно клиническим рекомендациям, лечение печеночной энцефалопатии требует индивидуального подхода. Для своевременности начала терапии требуется проводить регулярный психометрический скрининг пациентов с заболеваниями печени.

#### **Консервативное лечение**

Основными направлениями лечения являются: нивелирование негативного действия факторов-провокаторов; соблюдение принципов диетического питания; проведение лекарственной терапии. Питание при печеночной энцефалопатии должно удовлетворять следующим требованиям: достаточная энергетическая ценность пищи из расчета 35–40 ккал на 1 кг «идеального» веса; достаточное употребление жидкости, которая позволяет снижать уровень интоксикации; обеспечение регулярного приема пищи небольшими порциями (длительные голодные паузы негативно сказываются на организме пациента с патологией печени); включение белков в рацион, в т.ч. на завтрак и поздний ужин; потребность в белках должна покрываться продуктами растительного происхождения (содержащаяся в них клетчатка предупреждает рост аммониегенной флоры), молочными продуктами, курицей и мясом рыбы.

Долгое время считалось, что при заболеваниях печени требовалось резко сократить потребление белка. Но как позже выяснилось, белковый дефицит приводит к потере мышечной ткани, истощению запасов и тем самым, наоборот, повышает концентрацию аммиака в крови. Потребность в белках следует покрывать растительной пищей и молочными продуктами, т.к. их аминокислотный состав не усугубляет течение энцефалопатии).

Медикаментозное лечение включает в себя препараты 3 классов:

- снижение уровня аммиачных соединений в крови достигается с помощью неабсорбируемых дисахаридов (слабительное средство) и невсасывающегося антибиотика;
- уменьшение процессов торможения на уровне головного мозга;
- разветвленные аминокислоты и цинк-содержащие средства.

Неабсорбируемые слабительные средства помогают уменьшать уровень кислотности в кишечнике, тем самым замедляя всасывание азотистых соединений. К тому же, такие

препараты снижают численность бактерий, которые продуцируют аммиак. Одновременно увеличивается колония неаммониегенных микроорганизмов.

Неабсорбируемый антибиотик оказывает губительное воздействие на аэробные и анаэробные бактерии, жизнедеятельность которых сопровождается образованием аммиака. Улучшение метаболического состава толстой кишки оказывает положительное влияние на течение печеночной энцефалопатии и способствует ее скорейшему разрешению.

L-орнитин L-аспартат (LOLA) – это препарат, который улучшает функциональную активность клеток печени и помогает им обезвреживать азотистые соединения. LOLA представляет собой стабильную соль аминокислот орнитина и аспартата. Препарат обеспечивает метаболические субстраты для цикла мочевины в печени и для синтеза глутамина в скелетных мышцах, перивенозных гепатоцитах, головном мозге, это стимулирует обезвреживание аммиака и снижает его уровень в крови.

**Хирургическое лечение**

Радикальное хирургическое лечение – это трансплантация печени, которая позволяет восстановить обезвреживающую функцию гепатоцитов.

#### **495. Вирусный гепатит D. Этиология, эпидемиология, клиника.**

Вирусный гепатит D – антропонозная инфекционная болезнь, развивающаяся у лиц, инфицированных вирусом гепатита B и характеризующаяся преимущественным поражением печени.

#### **Этиология вирусного гепатита D**

Заболевание передается от человека к человеку половым путем и при переливании крови. В группе риска – молодое поколение, часто забывающее о необходимости предохраняться и избегать случайных интимных контактов. Острая форма гепатита D успешно лечится в течение нескольких месяцев. Однако обнаружить его на этой стадии удается далеко не всегда. Переход вирусной инфекции в хроническую форму крайне опасен для организма. Его пагубное действие сказывается на печени, которая быстро утрачивает первоначальную функцию и необратимо разрушается. Течение заболевания отличается тяжестью, и прогноз неблагоприятен для большинства пациентов, особенно если существует риск печеночной комы, или больной является носителем ВИЧ/СПИД.

Следует знать: случаи заражения вирусом здорового человека не регистрируются. Возбудитель гепатита D считается «дефектным», поэтому его жизнедеятельность возможна «на основе» гепатита B.

Вирус гепатита дельта передаётся через половые пути, кровь и её производные. Существуют две основные модели развития инфекции вируса гепатита дельта. Коинфекция имеет место в том случае, когда организм заражается одновременно и вирусом гепатита B, и вирусом гепатита дельта. О суперинфекции говорят тогда, когда организм сначала имел хронический гепатит B, а потом заразился вирусом гепатита дельта. Такие суперинфекции могут достигать наиболее сильной выраженности и имеют наибольшую вероятность перехода в хроническую форму. Самые первые тесты на вирус гепатита дельта были основаны на обнаружении в крови антител к дельта-антигену, но позднее были созданы тесты и на сам дельта-антиген. В настоящее время разработаны ещё более эффективные тесты на РНК, однако они не используются в повседневной практике. Хотя для постановки диагноза «гепатит D» не требуется биопсии печени, обычно её проводят для выявления степени повреждения печени и назначения лечения.

Хотя вирус гепатита дельта обнаруживается исключительно в присутствии вируса гепатита B, при заражении вирусом гепатита B вирус гепатита D обнаруживается далеко не всегда. В некоторых популяциях частота совместного развития гепатита B с гепатитом D особенно высока. Доля пациентов с гепатитом B, страдающих также от гепатита D, варьируется от менее чем 1 % до более 10 % в разных популяциях. Наиболее высок процент таких пациентов в бассейне Амазонки, на территории юга бывшего СССР, в Средиземноморье и Африке южнее Сахары. В целом в развитых странах вирус гепатита

дельта редок. Процент инфицированных двумя вирусами одновременно может быть особенно высок среди определённых групп населения в пределах одной популяции, так, среди наркоманов, использующих нестерильные иглы, он может достигать более чем 70 %. Также в группу риска входят люди, принимающие концентраты факторов свёртывания крови. По всему миру вирусом гепатита дельта могут быть заражены 20 млн человек.

За последние годы распространённость гепатита D значительно уменьшилась. Отчасти это обусловлено изменениями образа жизни пациентов, составляющих особую группу риска, особенно наркоманов, использующих внутривенное введение наркотиков, а также тщательной проверкой образцов крови. Кроме того, введение повсеместной вакцинации против гепатита B, которая одновременно защищает и от гепатита D, сократила количество как переносчиков вируса гепатита D, так и людей, страдающих от острой формы заболевания.

Инкубационный период начинается с момента заражения и длится около 7-10 недель. При наличии коинфекций (поражения клеток несколькими видами вирусов) заболевание начинается достаточно остро. Пациенты с гепатитом D жалуются на следующие симптомы:

- общая слабость, недомогание;
- признаки лихорадки;
- интоксикация организма, тошнота и рвота;
- отсутствие аппетита;
- вздутие живота, сопровождаемое тупыми болями в области печени.

Перечисленные признаки преджелтушной симптоматики, как называют начальную стадию вирусного гепатита D, наблюдаются в течение пяти дней.

Гепатит D На следующем этапе пациентов чаще беспокоят боли в мышцах и суставах, рвота и тошнота, резкое повышение температуры и расстройство стула. Отмечается изменение цвета мочи и кала, сильный кожный зуд, болезненные ощущения в животе. При осмотре у врача наблюдается увеличение селезенки и появление мелкой сыпи на кожных покровах. Характерным симптомом гепатита D является нарушение свертываемости крови, кровоточивость десен, кровотечения из носа, внутренние кровотечения и т.д.

Если произошло одновременное заражение пациента гепатитами B и D, болезнь развивается в два этапа. На первом наблюдаются симптомы вируса B, а на втором – признаки вируса гепатита D, который легко поражает ослабленный предыдущей инфекцией организм. Если у пациента отсутствуют признаки острой дистрофии печени (так называемого фульминантного поражения), излечение возможно в 70-80% случаев. Если же печеночные ткани находятся в состоянии дистрофии, существует высокий риск летального исхода.

#### **496. Вирусный гепатит C. Этиология, эпидемиология, профилактика.**

Вирусный гепатит C – антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением печени, умеренной интоксикацией и склонностью к развитию хронических форм.

##### **Этиология**

Парентеральный вирусный гепатит C вызывается РНК-содержащим вирусом с размером вириона 30—60 нм, относящимся к семейству Flaviviridae. Вирусные частицы HCV имеют оболочку, содержатся в крови в следовых количествах и ассоциированы с липопротеинами низкой плотности и антителами к белкам вируса гепатита C. Вирусы, выделенные из комплексов с липопротеинами и анти-HCV антителами, имеют диаметр 60—70 нм. При электронно-микроскопическом изучении на поверхности вириона выявлены хорошо выраженные выступы высотой 6—8 нм.

##### **Эпидемиология**

В мире около 71 миллиона человек хронически инфицированы вирусом гепатита C и подвергаются риску развития цирроза печени и/или рака печени. Ежегодно более 350

тысяч человек умирают от связанных с гепатитом С болезнью печени. Ежегодно 3—4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С.

На сегодня известно 8 генотипов вируса, подразделяющихся на свыше 100 подтипов.

Источником инфекции являются больные с активным гепатитом С и латентные больные — носители вируса. HCV-инфекция является инфекцией с парентеральным механизмом заражения — через инфицированную кровь и её компоненты.

Инфицирование возможно при парентеральных манипуляциях, в том числе в медицинских учреждениях, включая оказание стоматологических услуг, через инъекционное оборудование, при акупунктуре, пирсинге, нанесении татуировок, при оказании ряда услуг в парикмахерских. В 20% случаев не удаётся установить способ передачи вируса.

Наиболее опасны, с точки зрения источника, больные с хроническим гепатитом С.

В течение первых 6 месяцев с момента инфицирования болезнь, как правило, ничем себя не проявляет — протекает бессимптомно, либо же ее признаки столь слабо выражены и неспецифичны, что пациент не обращает на них внимания и не связывает их с возможной патологией печени. Это и есть острый гепатит С, в 15% случаев завершающийся выздоровлением пациента, который может даже не предполагать, что переболел.

Но иногда острая форма заболевания все же клинически определяема, и симптомы ее сходны с проявлениями хронического гепатита С, который разовьется впоследствии:

- общая слабость, утомляемость;
- головная боль, головокружение;
- эмоциональная неустойчивость, раздражительность, плаксивость, подавленное настроение;
- снижение аппетита;
- нарушение сна;
- тяжесть, чувство дискомфорта, боль в правой половине живота;
- тошнота;
- боли в области суставов;
- желтушность кожных покровов, видимых слизистых, склер;
- темная моча, светлый кал;
- иногда — гипертермия.

Как правило, пациент, страдающий хроническим гепатитом, многие годы испытывает описанные выше симптомы, а значительно ухудшается его состояние уже спустя десятки лет: снижается масса тела, возникают отеки, увеличивается живот за счет жидкости, скопившейся в брюшной полости, возникают желтуха и повышенная кровоточивость. Это — симптомы развившегося из-за хронического воспаления гепатоцитов цирроза печени.

#### **497. Вирусный гепатит С. Клиническое течение, дифференциальная и лабораторная диагностика, лечение.**

Вирусный гепатит С — антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением печени, умеренной интоксикацией и склонностью к развитию хронических форм.

##### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика ВГС проводится с заболеваниями, которые проявляются сходными синдромами в преджелтушный и желтушный периоды.

Рекомендовано в преджелтушный период проводить дифференциальный диагноз ВГС при наличии катарального синдрома с ОРВИ, ОКИ, инфекционным мононуклеозом, при наличии диспепсического - с ОКИ вирусной и бактериальной этиологии (ротавирусной, энтеровирусной, сальмонеллезом и др.), а при наличии выраженного абдоминального синдрома - с пищевыми токсикоинфекциями, псевдотуберкулезом, аппендицитом, панкреатитом, острым гастритом, холециститом.



ВГС – вирусное заболевание, наиболее часто протекающее в виде посттрансфузионного гепатита с преобладанием безжелтушных и легких форм и склонное к хронизации процесса.

Возбудитель - вирус гепатита С – имеет сходство с флавовирусами, содержит РНК. На основе филогенетического анализа выделено 6 генотипов ВГС и более 80 субтипов.

Генотип 1 - наиболее распространенный генотип во всем мире (от 40 до 80%). Генотип 1a является доминирующим для США, а 1b преобладает в Западной Европе и Южной Азии.

Генотип 2 распространен во всем мире, однако встречается с меньшей частотой, чем генотип 1 (от 10 до 40%).

ВГС тип 3 характерен для Индии, Пакистана, Австралии и Шотландии. Генотип 4 распространен преимущественно в Средней Азии и Египте, генотип 5 – в Южной Африке, а генотип 6 – в Гонконге и Мокао.

Примерно 90% всех случаев посттрансфузионных гепатитов связано с ВГС. Среди доноров антитела к вирусу гепатита С (анти-ВГС) обнаруживают в 0,2-5% случаев.

У 40-75% пациентов регистрируется бессимптомная форма болезни, у 50-75% больных острым ВГС формируется хронический гепатит, у 20% из них развивается цирроз печени. Важная роль ВГС отводится и в этиологии гепатоклеточной карциномы.

Геном вируса гепатита С представлен одноцепочечной положительно заряженной РНК, которая кодирует 3 структурных и 5 неструктурных белков. К каждому из этих белков вырабатываются антитела, обнаруживаемые в крови больных гепатитом С.

Отличительной чертой ВГС является волнообразное течение заболевания, в котором разграничивают 3 фазы: острую, латентную и фазу реактивации.

Для острой фазы характерно повышение активности печеночных ферментов в сыворотке крови, уровня антител класса IgM и IgG к ВГС с нарастанием титров, а также РНК ВГС.

Латентная фаза характеризуется отсутствием клинических проявлений, наличием в крови антител класса IgG к ВГС в высоких титрах, отсутствием антител класса IgM и РНК ВГС либо их присутствием в низких концентрациях на фоне незначительного повышения активности печеночных ферментов в периоды обострения.

Для фазы реактивации характерно появление клинических признаков, повышение активности печеночных ферментов, наличие антител класса IgG (к нуклеокапсидному белку core и неструктурным белкам NS) в высоких титрах, присутствие РНК ВГС и нарастание титров антител класса IgM к ВГС в динамике.

ИФА и ПЦР исследования на вирус гепатита С, определение генотипа

### **Лечение**

К немедикаментозным методам лечения гепатита С относят полный отказ пациента от алкоголя, ежедневные физические нагрузки и поддержание нормальной массы тела.

Острый гепатит С требует лечения лишь в отдельных случаях. Основу терапии хронического гепатита С составляет специфическая противовирусная терапия (пангенотипные противовирусные препараты прямого действия), которую пациенту назначают на срок 1-2 года. Такое лечение должны получать все пациенты возрастом старше 12 лет с подтвержденным хроническим гепатитом.

В комплексном лечении этого заболевания могут быть использованы гепатопротекторы, витамины, растворы для внутривенных инфузий с детоксикационным и/или питательным действием.

### **498. Бешенство. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника.**

Бешенство – острое вирусное заболевание, возникающее после попадания на поврежденную кожу слюны инфицированного животного, характеризуется развитием поражения центральной нервной системы (энцефалитом) со смертельным исходом.

**Этиология.** Возбудитель – нейротропный вирус – относится к группе рабдовирусов. Имеет пулевидную форму, достигает размера 80—180 нм. Нуклеокапсид вируса

представлен однонитчатой РНК. Вирус неустойчив во внешней среде, кипячение убивает его в течение 2 мин, быстро погибает в хлорамине. Вирус устойчив к низким температурам. Вирус опасен для многих теплокровных животных, которые при заражении начинают выделять вирус со слюной за 7—8 дней до появления клинических симптомов.

**Эпидемиология.** Бешенство – зоонозная инфекция. Основной резервуар вируса – плотоядные животные (лисицы, волки, шакалы, собаки, кошки). Вирус выделяется со слюной в последние 7—10 дней инкубационного периода и на протяжении всего заболевания. Заражение происходит при укусе или ослюнении больными животными поврежденных кожных покровов и реже слизистых оболочек. От человека к человеку вирус не передается. Восприимчивость к бешенству всеобщая. Наибольшая заболеваемость отмечена в летне-осенний период, что обусловлено более интенсивными контактами людей с дикими животными.

**Клиника.** Диапазон инкубационного периода составляет от 7 дней до года (чаще 1—3 месяца). Существуют стадии предвестников, возбуждения и параличей. В продромальный период выделяют стадию предвестников, которая длится 1—3 дня. В этот период больного сопровождают неприятные ощущения в области укуса или ослюнения (жжение, тянущие боли, зуд), несмотря на то, что рана уже зарубцевалась, беспричинная тревога, депрессия, бессонница. Для стадии возбуждения характерны гидрофобия, аэрофобия и повышенная чувствительность. Гидрофобия (водобоязнь) проявляется в том, что при попытке пить, а затем лишь в случае приближения к губам стакана с водой для больного характерно судорожное сокращение мышц глотки и гортани, дыхание становится шумным в виде коротких судорожных вдохов, возможна кратковременная остановка дыхания. Судороги могут появиться вследствие дуновения в лицо струи воздуха (аэрофобия). Температура тела субфебрильная. Кожа покрыта холодным, липким потом, конечности холодные. Слюноотделение повышено, больной не может проглотить слюну и постоянно ее сплевывает. Возбуждение нарастает, появляются зрительные и слуховые галлюцинации. Иногда возникают приступы буйства с агрессивными действиями. Паралитический период характеризуется психическим успокоением. Исчезают страх, тревожное тоскливое настроение, прекращаются приступы гидро- и аэрофобии, и через 2—3 дня возбуждение сменяется параличами мышц конечностей, языка, лица. Смерть наступает через 12—20 ч после появления параличей. Бульбарную форму с выраженными симптомами поражения продолговатого мозга, паралитическую (начинается с параличей, иногда типа Ландри) и мозжечковую с мозжечковыми расстройствами относят к вариантам течения.

#### **499. Бешенство. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.**

##### **Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**

Основные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

Дополнительные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: нет.

##### **Основные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:**

- ОАК;
- ОАМ;

### **Прижизненные методы диагностики:**

Один из ниже перечисленных методов диагностики:

- вирусологическое исследование слюны, слезной или спинномозговой жидкости;
- ПЦР (СМЖ, ткань, слюна);
- ИФА (ткань, сыворотка, СМЖ);
- РИФ (отпечатки с роговицы или биоптаты кожи).

### **Посмертные методы диагностики:**

Один из ниже перечисленных методов диагностики:

- метод флуоресцирующих антител (МФА) или прямой метод флуоресцирующий антител (ПФА) (ткань мозга);
- иммуногистохимический метод с использованием авидин-биотин комплекса (ткань мозга);
- электронная микроскопия (ткань мозга).

### **Дополнительные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:**

- биохимическое исследование крови: содержание глюкозы, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, электролитов крови;
- электрокардиография;
- рентгенография легких.

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

#### **Лабораторные исследования [1,2,3,4,5,6]:**

Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;

Общий анализ мочи: изменения не характерны.

Вирусологическое исследование: выделение вируса из слюны, слезной или спинномозговой жидкости путем интрацеребрального заражения мышей-сосунков).

ПЦР: определение РНК вируса бешенства.

ИФА: обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства в сыворотке, крови и СМЖ, ткани мозга, ткани.

РИФ: обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства из отпечатков с роговицы или биоптатах кожи, ткань мозга).

Гистологический метод: обнаружение телец Бабеш-Негри в мазках, срезах клетках аммонового рога, гиппокампа, пирамидальных клеток коры большого мозга или клеток Пуркинье мозжечка.

Биологическая проба (заражение новорожденных мышей или сирийских хомяков вирусом из слюны больных, взвеси мозговой ткани или подчелюстных желез интрацеребрально): гибель животных через 6-7 дней после заражения позволяет предположить наличие вируса бешенства.

#### **Немедикаментозное лечение**

Режим: соблюдение охранительного режима: индивидуальный пост; уход, призванный

максимально защитить больного от внешних раздражителей, тихая, теплая палата и др. затемнение палаты, устранение внешних раздражителей (света, шума, воды).

Трахеостомия (предупреждение асфиксии из-за ларингоспазма, уменьшение риск аспирационных осложнений, облегчение проведения искусственной вентиляции легких).

Катетеризация центральной вены, мочевого пузыря.

Зондовое питание.

## **Медикаментозное лечение**

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: не проводится.

**Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:**

### **Противосудорожная и седативная терапия:**

#### Нейролептики:

- аминазин 100 мг\сут;

#### Транквилизаторы:

- диазепам 40- 100 мг\сут.

#### Барбитураты:

Один из нижеперечисленных препаратов:

- фенобарбитал 50 мг через каждые 3-6 часов;

- тиопентал натрия до 2 г\сут в 3-4 приема.

### **Дезинтоксикационная и регидратационная терапия:**

Парентеральное введение изотонических (0,9% раствор хлорида натрия 400,0; 5% раствора декстрозы 400,0) и коллоидных (меллюмина натрия сукцинат, 400,0) растворов в соотношении 3-4:1 в общем объеме 800-1200 мл в течение 1-3 дней.

### **Кардиотонические средства:**

- допамин концентрат для приготовления раствора для инфузий 0,5%,

### **Дегидратационная терапия:**

#### Диуретики:

- фуросемид раствор для инъекций 20 мг/2мл;

- маннитол раствор для внутривенного введения 10, 20%.

**При бульбарных нарушениях (с расстройством глотания и дыхания):** ИВЛ.

### **Перечень основных медикаментов:**

- дроперидол раствор 10мг; • седуксен раствор 10 мг,

- фенобарбитал 50 мг и 100 мг;

- тиопентал натрия по 20 мл (0,5г и 1 г);

- диазепам 10 мг;

- хлорпромазин 2,5% - 2 мл.

### **Профилактические мероприятия:**

Первичная иммунизация групп риска (ветеринары, лесники, охотники, собаководы,

работники бойни, таксидермисты, сотрудники лабораторий, работающих с уличным вирусом бешенства) проводится антирабической вакциной в соответствии с инструкцией прилагаемой к вакцине.

Лечебно-профилактическая иммунизация проводится при контакте и укусах людей больными бешенством, подозрительными на бешенство или неизвестными животными, противопоказаний в этом случае не существует.

Постэкспозиционная (ПЭП) профилактика бешенства включает скорейшую местную обработку раны; введение антирабической вакцины против бешенства, при наличии показаний введение антирабического иммуноглобулина.

Местная обработка раны: немедленное и тщательное промывание водой раны в течение 15 минут с мылом, моющим средством, затем обработать 70° спиртом, повидон-йодом.

ПЭП зависит от типа контакта с животным, у которого подозревается бешенство

### **500. Столбняк. Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика.**

Этиология.

Возбудителем заболевания является столбнячная палочка – *Clostridium tetani*. Она является грамположительным, строго анаэробным, спорообразующим микроорганизмом. Длина его достигает 4-8 мкм, ширина 0,3-0,8 мкм. Ее споры могут выживать при кипячении и при сухожаровой обработке (150°С) в течение 1 часа. В естественных условиях споры сохраняются многие годы.

В условиях анаэриоза при температуре 37°С, достаточной влажности и в присутствии аэробных микроорганизмов споры прорастают в вегетативные формы.

Эпидемиология.

*Clostridium tetani* широко распространены в природе являясь постоянными обитателями кишечника травоядных животных и 5-40% людей, они поступают с фекалиями в почву, надолго инфицируют её, преобразуясь в споровые формы.

Наибольшая обсеменённость спорами возбудителя наблюдается в черноземных, сильно унавоженных почвах, в южных районах с развитым сельским хозяйством, где регистрируется наиболее высокая заболеваемость столбняком. Для этого заболевания характерна сезонность – заболеваемость повышается в мае – сентябре.

Иммунитет недостаточно изучен. Естественного иммунитета не существует. При возникновении благоприятных условий (инфицирование ран и др.) восприимчивость очень высокая во всех возрастных группах.

Клиника.

Инкубационный период от момента ранения обычно длится 4–14 дней, но первые симптомы могут появиться даже через 24 часа. В то же время заболевание может развиваться значительно позже, после заживления раны. Существует мнение, что заболевание с инкубационным периодом менее 7 суток без лечения приводит к летальному исходу, а при длительности этого периода свыше 10 дней прогноз лучше.

Предполагаемыми факторами, для развития заболевания являются:

1. наличие нежизнеспособных тканей и инородных тел в ране;
2. запоздалая хирургическая обработка раны, анемия, длительное нахождение жгута на конечности;
3. переохлаждение пострадавшего;
4. отсутствие у больного иммунитета, который формируется с помощью профилактических прививок (АКДС, АДС, АДС-М).

Заболевание начинается с продромального периода, когда больные жалуются на головную боль, бессонницу, повышенную раздражительность, общее недомогание, обильную потливость, боли в области раны подергивание мышц вокруг раны.

Местные проявления. К наиболее постоянным местным признакам относятся следующие:

- болевой симптом: выражается во внезапном обострении или возникновении болезненности в области раны либо в появлении тянущих, колющих или стреляющих болей;
- местные судорожные явления: подергивание мышц вокруг раны;
- местное повышение рефлекторной возбудимости: проявляется в повышении местных кожных рефлексах, подергивании мышц или всей конечности в ответ на прикосновение к ней и особенно к ране.

### **Профилактика**

Своевременная плановая вакцинация и обязательная консультация врача при получении травм для решения вопроса о проведении экстренной профилактики столбняка.

Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики. В Российской Федерации в результате осуществления общегосударственной системы иммунопрофилактики столбняка в последние десятилетия регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно непривитых.

Пик заболеваемости столбняком обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры. Возникновение столбняка возможно также после укуса домашних и диких животных, если при этом в рану попали возбудители столбняка

В России иммунизация населения против столбняка осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

### **501. Рожь. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, клиника и лечение.**

#### **Этиология**

Возбудитель —  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*).  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А — факультативный анаэроб, устойчивый к воздействию факторов внешней среды, но чувствительный к нагреванию до 56 °С в течение 30 мин, к воздействию основных дезинфекционных средств и антибиотиков.

Особенности штаммов  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А, вызывающих рожу, в настоящее время изучены не полностью. Предположение о том, что они продуцируют токсины, идентичные скарлатинозному, не подтвердилось: вакцинация эритрогенным токсином не даёт профилактического эффекта, а антитоксическая противоскарлатинозная сыворотка не влияет на развитие рожи.

В последние годы выдвинуто предположение об участии в развитии рожи других микроорганизмов. Например, при буллезно-геморрагических формах воспаления с обильным выпотом фибрина наряду с  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А из раневого содержимого выделяют *Staphylococcus aureus*,  $\beta$ -гемолитические стрептококки групп В, С, G, грамотрицательные бактерии (эшерихии, протей).

#### **Эпидемиология**

Рожь — широко распространённое спорадическое заболевание с низкой контагиозностью. Низкая контагиозность рожи связана с улучшением санитарно-гигиенических условий и соблюдением правил антисептики в медицинских учреждениях. Несмотря на то что больных рожей нередко госпитализируют в отделения общего профиля (терапия, хирургия), среди соседей по палате, в семьях больных повторные случаи рожи регистрируют редко. Примерно в 10% случаев отмечена наследственная предрасположенность к заболеванию. Раневую рожу в настоящее время встречают крайне редко. Практически отсутствует рожа новорождённых, для которой характерна высокая летальность.

Источник возбудителя инфекции обнаруживают редко, что связано с широким распространением стрептококков в окружающей среде. Источником возбудителя инфекции при экзогенном пути заражения могут быть больные стрептококковыми инфекциями и здоровые бактерионосители стрептококка. Наряду с основным, контактным механизмом передачи инфекции возможен аэрозольный механизм передачи (воздушно-капельный путь) с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом возбудителя на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путём.

При первичной роже  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А проникает в кожу или слизистые оболочки через трещины, опрелости, различные микротравмы (экзогенный путь). При роже лица — через трещины в ноздрях или повреждения наружного слухового прохода, при роже нижних конечностей — через трещины в межпальцевых промежутках, на пятках или повреждения в нижней трети голени.

К повреждениям относят незначительные трещины, царапины, точечные уколы и микротравмы.

По данным статистики, в настоящее время заболеваемость рожей в Европейской части России составляет 150–200 на 10 000 населения. В последние годы отмечен подъём заболеваемости рожей в США и ряде стран Европы.

В настоящее время у пациентов в возрасте до 18 лет регистрируют лишь единичные случаи рожи. С 20-летнего возраста заболеваемость возрастает, причём в возрастном интервале от 20 до 30 лет мужчины болеют чаще, чем женщины, что связано с преобладанием первичной рожи и профессиональным фактором. Основная масса больных — лица в возрасте 50 лет и старше (до 60–70% всех случаев). Среди работающих преобладают работники физического труда. Наибольшую заболеваемость отмечают среди слесарей, грузчиков, шофёров, каменщиков, плотников, уборщиц, кухонных рабочих и лиц других профессий, связанных с частой микротравматизацией и загрязнением кожи, а также резкими сменами температуры. Относительно часто болеют домохозяйки и пенсионеры, у которых обычно наблюдают рецидивирующие формы заболевания. Подъём заболеваемости отмечают в летне-осенний период.

Постинфекционный иммунитет непрочный. Почти у трети больных возникает повторное заболевание или рецидивирует форма болезни, обусловленная аутоинфекцией, реинфекцией или суперинфекцией штаммами  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А, которые содержат другие варианты М-протеина.

Специфической профилактики рожи не разработано. Неспецифические меры связаны с соблюдением правил асептики и антисептики в лечебных учреждениях, с соблюдением личной гигиены.

#### Патогенез рожи

Путь заражения может быть экзогенным (из внешней среды) или эндогенным (из внутренней среды). При экзогенном заражении бета-гемолитический стрептококк внедряется в организм через повреждённую кожу (ссадины, царапины, раны и т. д.), а также через слизистые оболочки. Эндогенный путь заражения подразумевает занесение возбудителя в кожу из очагов стрептококковой инфекции в организме (например, тонзиллит, кариозные зубы) с током крови или лимфы.

Попадая в кожные лимфатические капилляры, стрептококк начинает там размножаться и формирует активный воспалительный или латентный (скрытый) очаг инфекции в дерме. В случае образования скрытого очага, возбудитель длительно присутствует в коже в неактивном состоянии (в L-форме) или с током крови распространяется по организму, где затем также преобразуется в L-формы. Этот процесс лежит в основе формирования стойких очагов хронической стрептококковой инфекции. При наличии провоцирующих факторов бактерии снова становятся активными, что приводит к рецидивам.

#### Классификация и стадии развития рожи

##### **Рожа по частоте возникновения:**

- Первичная — первый случай заболевания.

- Повторная — заболевание повторяется через 2 года или больше после первичного случая либо возникает раньше, но очаг воспаления находится в другом месте.
- Рецидивирующая — болезнь повторяется много раз, при этом очаг воспаления находится в одном и том же месте. Частыми называют рецидивы, которые возникают 3 и более раз в год. Ранние рецидивы рожи возникают в первые 6 месяцев от начала болезни, поздние — после 6 месяцев.

#### **По характеру местных проявлений:**

- *Эритематозная.* Данная форма заболевания может быть самостоятельной или являться началом других форм рожи. Начинается с появления на коже красного или розового пятна, которое распространяется и превращается в эритему (ограниченное интенсивное покраснение кожи, обусловленное расширением сосудов кожи). В этом участке кожа отёчна, напряжена, на ощупь горячая, при прощупывании чувствительна по периферии, где находится инфильтрированный валик (скопление клеточных элементов с примесью крови и лимфы).
- *Эритематозно-буллёзная.* Буллёзная форма рожи может проявиться через несколько часов после начала заболевания, а может развиваться только через 2-5 дней. Начинается с появления на эритеме буллёзных элементов (пузырей) разной величины — от самых мелких до крупных с серозной жидкостью внутри. Пузыри появляются из-за того, что воспалительная жидкость (экссудат) отслаивает эпидермис от дермы. Когда пузыри подсыхают, образуются жёлтые корки. Если пузырь повредить, то из него вытекает серозная жидкость, а на его месте появляется эрозия, а в тяжёлых случаях — [трофическая язва](#).
- *Эритематозно-геморрагическая.* На фоне эритемы через 1-3 дня появляются кровоизлияния в кожу разного размера: от мелких точечных до больших, имеющих размер самой эритемы.
- *Буллёзно-геморрагическая.* Развивается из эритематозно-геморрагической или эритематозно-буллёзной форм вследствие поражения сосудов дермы, пузыри в себе содержат экссудат с геморрагическим и фибринозным компонентом.

#### **Симптомы рожи**

Перед появлением полноценной картины рожи пациенты испытывают симптомы продромального периода (предвестника основного заболевания) в виде головной боли, слабости и озноба.

Позже отмечается резкое повышение температуры до 38-40 °С. Максимальная температура достигает своего пика в первые 8-12 часов заболевания, длится этот период от 3 до 7 дней при условии адекватного лечения. На фоне высокой температуры через несколько часов или на следующие сутки на ограниченном участке кожного покрова проявляются местные симптомы заболевания: приподнятые, уплотнённые, блестящие и болезненные бляшки красного цвета. В области поражённой кожи больные чувствуют расправление, жжение и зуд.

В очаге появляется покраснение и отёк, в области воспаления увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Чаще всего рожистые воспаления появляются на лице или нижних конечностях

#### **Лечение.**

Лечение больных рожей должно проводиться в зависимости от формы заболевания, в первую очередь от его кратности (первичная, повторная, рецидивирующая, часто рецидивирующая рожа), а также от степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений и последствий.

В настоящее время большинство больных с легким течением рожи и многие со среднетяжелой формой заболевания лечатся в условиях поликлиники. Показаниями для обязательной госпитализации в инфекционные больницы (отделения) являются:

тяжелое течение рожи с резко выраженной интоксикацией или распространенным поражением кожи (особенно при буллезно-геморрагической форме рожи);



частые рецидивы рожи, независимо от степени интоксикации, характера местного процесса;

наличие тяжелых общих сопутствующих заболеваний;  
старческий или детский возраст больных.

Важнейшее место в комплексном лечении больных рожей (как и других стрептококковых инфекций) занимает антибактериальная терапия. При лечении больных в условиях поликлиники и на дому целесообразно назначение антибиотиков перорально, в таблетках и капсулах: эритромицин 0,3 г х 4 раза в сутки, олететрин 0,25 г х 4-5 раз в сутки, спирамицин (ровамицин) 3 млн МЕ х 2 раза в сутки (курс лечения 7-10 дней). Азитромицин (сумамед) - в 1-й день 0,5 г, затем в течение четырех дней по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г - 5 дней). Ципрофлоксацин - 0,5 х 2-3 раза в день - 7 - 10 дней. Рифимпицин 0,3-0,45 г х 2 раза 7-10 дней. Цефаклор 1,0 х 3-4 раза в день - 10 дней. При непереносимости антибиотиков показан фуразолидон - 0,1 х 4 раза в день - 10 дней. Делагил по 0,25 г х 2 раза в сутки - 10 дней.

#### 502. **Сибирская язва. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация.**

Возбудитель сибирской язвы грамположительная неподвижная крупная палочка *Bacillus anthracis* рода *Bacillus*, семейства *Bacillaceae*. Существует в двух формах: вегетативной и споровой. Вегетативная форма образует капсулу и встречается в организме больных людей и животных. Споровая форма образуется во внешней среде – почве, шерсти, шкурах. Возбудитель в вегетативной форме быстро гибнет под действием прямых солнечных лучей, прогревания, дезинфицирующих средств. Споровая форма микроба исключительно высоко устойчива во внешней среде и сохраняет жизнеспособность в течение десятилетий, при автоклавировании погибает через 10 минут, кипячение выдерживает 30 минут. В шкурах, обработанных дублением, споры могут выживать годами.

Патогенез сибирской язвы

Инфекция проникает в организм через кожу и слизистые оболочки респираторного и желудочно-кишечного тракта.

При заражении через кожу процесс чаще всего носит ограниченный характер. Возбудитель размножается в толще кожи и вырабатывает токсин. Это вызывает повреждение эндотелия (слоя клеток, выстилающих внутреннюю поверхность кровеносных сосудов), повышение проницаемости сосудов, кровоизлияния, серозно-геморрагическое воспаление, выраженный отёк и потерю чувствительности в поражённой области.

При пищевом и респираторном заражении бактерия легко проходит через лимфоузлы и с кровью распространяется по всему организму, вызывая инфекционно-токсический шок, тромбогеморрагический синдром (сочетание тромбоза и кровотечения) и [сепсис](#)

Классификация и стадии развития сибирской язвы

В Международной классификации болезней (МКБ-10) сибирская язва кодируется как A22 и включает:

- A22.0 Кожную форму сибирской язвы;
- A22.1 Лёгочную форму;
- A22.2 Желудочно-кишечную форму;
- A22.7 Сибирезвенный сепсис;
- A22.8 Другие формы сибирской язвы;
- A22.9 Сибирскую язву неуточнённую.

По клинической картине выделяют локализованную и генерализованную форму.

Локализованная форма подразделяется на следующие типы:

1. Кожная;
2. карбункулёзная (возникает типичный карбункул);

3. эдематозная (развивается обширный отёк на шее, вплоть до живота, возникает удушье и множество вскрывающихся пузырьков с некрозом ткани);
4. буллёзная (вместо типичного карбункула появляются пузырьки);
5. рожистоподобная (в области отёка кожа не бледная, а покрасневшая);
6. глазная.
7. Лёгочная.
8. Кишечная.
9. Ангинозная (поражение горла и миндалин).
10. Инъекционная (через инъекции у героиновых наркоманов).

Генерализованная форма:

- первично-генерализованная (в основном развивается при пищевом или аэрогенном заражении);
- вторично-генерализованная (развивается из локализованных форм, принципиальных отличий в течении нет).

По степени тяжести:

- лёгкая — слабо выраженная интоксикация, температура 37,1–38,0 °С до 5–10 дней, нет геморрагического синдрома и осложнений, только местные проявления;
- среднетяжёлая — умеренно выраженная интоксикация до 2–3 недель, температура 38,0–38,9 °С, учащённое сердцебиение, слабо выраженный геморрагический синдром (нарушение свёртываемости крови, из-за чего возникают кровотечения), отсутствие осложнений;
- тяжёлая — сильная интоксикация, оглушение, высокая температура, ДВС-синдром (образование тромбов в сосудах), развитие осложнений

### **503. Сибирская язва. Кожные формы. Клиника, диагностика, лечение.**

Симптомы сибирской язвы

Инкубационный период сибирской язвы обычно занимает 3-5 дней, но может затягиваться и до недели – двух, а также протекать в течение нескольких часов. Самая распространенная клиническая форма сибирской язвы: карбункулезная. При этом на коже в месте внедрения возбудителя формируется [карбункул](#), проходя последовательно стадии пятна, папулы, везикулы и язвы. Сначала образуется красное безболезненное пятно, быстро преобразующееся в медно-красную (иногда багровую), приподнятую над поверхностью кожи, папулу. На этом этапе больных обычно беспокоит зуд и некоторое жжение пораженного участка.

Спустя несколько часов папула прогрессирует в наполненную серозной жидкостью везикулу около 2-4 мм в диаметре. Содержимое везикулы вскоре приобретает темный, иногда багрово-фиолетовый, оттенок в результате геморрагии. Вскрываясь (самостоятельно или при расчесывании), везикула образует язву с темно-коричневым дном, приподнятыми краями и отделяемым серозно-геморрагического характера. При типичном течении первичная язва опоясывается новыми везикулами, которые при вскрытии сливаются и увеличивают язвенный дефект.

Спустя несколько дней (иногда до двух недель) в центре язвы формируется черный некротический струп, постепенно замещая все ее дно. На вид карбункул напоминает обгоревшую корку, безболезненный, окружен багрово-красным воспалительным валиком, возвышающимся над непораженной кожей. Ткани вокруг карбункула выражены отечны, нередко отек захватывает значительный участок (в особенности в случае локализации в местах с рыхлой подкожной клетчаткой, на пример, на лице). При расположении карбункула на лице высока вероятность распространения отека на верхние дыхательные пути и развития угрожающей жизни [асфиксии](#).

Заболевание с самого начала сопровождается значительной интоксикацией (головная боль, слабость, адинамия, ломота в мышцах, пояснице, возможна боль в животе), лихорадкой. Через пять-шесть дней температура тела резко снижается, происходит

регресс общих и местных клинических проявлений. Струп отторгается спустя 2-3 недели, язва постепенно заживает, оставляя грубый [рубец](#).

Как правило, карбункул формируется в единичном экземпляре, в редких случаях их количество может достигать 10 и более, что значительно утяжеляет течение заболевания. Наибольшую опасность представляют карбункулы на голове, шее, слизистых оболочках ротовой полости и носа, заметно ухудшающие течение и грозящие осложниться сепсисом.

Эдематозная форма на первом этапе ограничивается отеком тканей, карбункул формируется позднее и отличается довольно крупными размерами. Буллезная разновидность характеризуется формированием в области входных ворот инфекции наполненных геморрагическим содержимым пузырей, преобразующихся после вскрытия в обширные язвы, прогрессирующие в карбункулы.

При генерализованных формах сибирской язвы характерно преимущественное поражение органов дыхания (легочная форма). Клинические проявления напоминают таковые при [гриппе](#): симптомы интоксикации сопровождаются кашлем, [насморком](#), слезотечением, отмечается учащение дыхания, [тахикардия](#), одышка. Эта фаза заболевания может продолжаться от нескольких часов до двух дней, после чего происходит значительное нарастание признаков интоксикации, лихорадка достигает критических цифр (39-40 градусов), выражен озноб. Иногда в этот период отмечаются боли и стеснение в грудной клетке, при кашле выделяется обильная мокрота с кровянистой примесью, при свертывании напоминающая вишневое желе. В последующем происходит нарастание олигурии, признаков [сердечно-сосудистой недостаточности](#), отека легких. Продолжительность последней фазы заболевания не превышает 12 часов, больные находятся в сознании.

Наиболее тяжело протекает кишечная разновидность генерализованной формы сибирской язвы, имеющая крайне неблагоприятный исход. Первая фаза, так же как и в других случаях характеризуется лихорадкой и выраженной интоксикацией, сопровождающимися жжением и болезненностью в горле, и продолжается до полутора суток, затем к этой симптоматике присоединяется выраженная режущая боль в животе, тошнота, [рвота с кровью](#), диарея. В каловых массах также визуально определяется кровь. В третьей фазе имеет место нарастающая сердечная декомпенсация, лицо приобретает багровый или синюшно-розовый оттенок, отмечаются инъекции склер, на коже могут быть петехиальные или геморрагические высыпания. Больные тревожны, испытывают страх.

Септическая разновидность генерализованной формы протекает в виде первичного или вторичного (явившегося осложнением другой формы сибирской язвы) [сепсиса](#). При этом отмечается очень быстрое нарастание симптоматики интоксикации, многочисленные геморрагии на коже и слизистых, часто поражаются мозговые оболочки. Данная форма, зачастую, прогрессирует с развитием [инфекционно-токсического шока](#).

**Диагностика сибирской язвы**

Врач может заподозрить сибирскую язву на основании данных эпидемиологического анамнеза (посещение скотомогильников и регионов, неблагоприятных по случаям болезни, контакт с животными, продуктами животноводства из фермерских хозяйств) и характерному виду кожной формы сибирской язвы: сибирязвенному карбункулу — чёрному струпу с венчиком гиперемии (покраснения) и студенистому отёку вокруг.

**Лабораторная и инструментальная диагностика**

- клинический анализ крови (повышение уровня лейкоцитов с нарастанием нейтрофилов, появление палочкоядерных клеток, повышение СОЭ);
- общий анализ мочи (при генерализованных формах повышение белка, лейкоцитов, появление цилиндров);
- кожная аллергическая проба с антраксином (становится положительной с пятого дня болезни);

- бактериологический метод (взятие и исследование заражённого материала — содержимое пузырька, карбункула, струпа, анализ крови, мочи, мокроты, кала в зависимости от формы болезни, выделение чистой культуры возбудителя и заражение лабораторных животных);
- ПЦР-диагностика (АмплиСенс® *Bacillus anthracis*-FRT, такое исследование доступно только в специализированных центрах);
- серологический метод (взятие сыворотки крови с исследованиями в реакциях РНГА, РПГА, реакция преципитации, ИФА);
- иммуногистохимический метод;
- КТ органов грудной клетки или рентгенография (расширение средостения, плевральный выпот при лёгочной форме);
- МРТ головного мозга (при менингоэнцефалите) [\[1\]\[2\]\[3\]\[5\]\[7\]\[11\]](#).

### Дифференциальная диагностика

**Кожную форму сибирской язвы следует отличать:**

- **От карбункула при травме кожи.** Часто развивается на фоне [ожирения](#), [сахарного диабета](#) и гнойничковых заболеваний кожи. Проявляется плотным багровым инфильтратом с гноем, образованием свищей, сильной болезненностью, небольшим локальным отёком ткани, болезненных лимфоузлов вблизи очага поражения.
- **[Рожистого воспаления.](#)** Предрасполагающий фон — ожирение, сахарный диабет, сосудистая недостаточность, очаги хронической стрептококковой инфекции. Сопровождается выраженной интоксикацией, яркой эритемой с чёткими краями — «языками пламени», умеренной болезненностью, значительным отёком, увеличением и чувствительностью регионарных лимфоузлов.

Лечение сибирской язвы

**Место лечения:** боксовое отделение стационара, госпитализация обязательна.

**Диета** — разнообразная, щадящая, большое количество жидкости.

**Этиотропная терапия (направленная на уничтожение возбудителя):**

- При кожной форме — различные антибактериальные препараты в виде таблеток, которые нужно принимать неделю ([Ампициллин](#), [Амоксициллин](#), [Рифампицин](#), [Доксициклин](#), [Ципрофлоксацин](#), [Левифлоксацин](#) и др.).
- При генерализованных и тяжёлых формах — антибактериальные препараты внутривенно и внутримышечно в течение 14–21 дня (Ципрофлоксацин, Рифампицин, [Бензилпенициллин](#) и др.). Бактерия устойчива к некоторым антибиотикам, поэтому при генерализованных формах применяют сразу несколько препаратов.

Лечение беременных, кормящих и детей проводится, как правило, по тем же принципам, что и небеременных (так как есть риск тяжёлого течения и гибели пациента) [\[12\]](#).

В качестве дополнительных средств показано введение специфического сибирезвенного иммуноглобулина.

**Патогенетическое лечение (направленное на механизмы развития заболевания):**

- местная обработка язв растворами антисептиков;
- при развитии обширных отёков — введение гормонов ([Преднизолон](#));
- для снижения интоксикации — дезинтоксикационная инфузионная терапия по общим принципам (введение через капельницу специальных растворов);
- при лёгочных формах — искусственная вентиляция лёгких.

Хирургическое лечение запрещено, так как может привести к генерализации инфекции.

**Выписка из стационара** проводится после полного отторжения струпа и формирования рубца при кожной форме болезни, при остальных формах — после полного

клинического выздоровления и двукратного отрицательного бактериологического исследования с интервалом в пять дней.

**Диспансерное наблюдение после выписки** — три месяца

#### **504. Шигеллез. Лабораторная диагностика. Правила выписки и диспансеризации.**

Лабораторное подтверждение дизентерии проводится бактериологическим и серологическим методами исследования. Обнаружение антигенов возбудителей и их токсинов в биосубстратах — слюне, моче, копрофильтратах, крови. С этой целью используют иммунологические методы, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью: иммуноферментный анализ (ИФА), реакцию латекс-агглютинации (РЛА), реакции коаггутинации (РКА) и иммунофлюоресценции (РИФ), полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Для выявления антител к шигеллам используют реакцию не прямой (пассивной) гемагглютинации (РНГА, РПГА). Переболевшие (реконвалесценты) острой дизентерией выписываются из стационара после полного клинического выздоровления. Выписка реконвалесцентов, относящихся к эпидемически значимым контингентам, детей, находящихся в учреждениях дошкольного образования и в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания, лиц, находящихся в домах-интернатах, осуществляется после получения однократного отрицательного результата контрольного бактериологического исследования биологических образцов фекалий, проведенного не ранее, чем через сутки после отмены антибактериальных лекарственных средств. При получении положительного результата контрольного бактериологического исследования биологических образцов фекалий проводится повторный курс лечения с учетом чувствительности выделенных культур к антибактериальным лекарственным средствам. После повторного курса антибактериальной терапии проводится повторное контрольное бактериологическое исследование биологических образцов фекалий. Целесообразность последующих курсов антибактериального лечения при сохранении бактерионосительства определяется врачом. Реконвалесценты допускаются на работу и в организованные коллективы в случае клинического выздоровления при отрицательных результатах бактериологического исследования биологических образцов фекалий при выписке. Пациенты из числа эпидемически значимых контингентов при получении положительных результатов бактериологических исследований биологических образцов фекалий, проведенных перед выпиской после повторного курса лечения, в течение одного месяца отстраняются от работы. По истечении месяца пациентам проводятся двукратные бактериологические исследования биологических образцов фекалий. При получении отрицательных результатов данные лица допускаются к работе. Диспансерному наблюдению в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) в течение 1 месяца после выписки и проведению медицинского осмотра в конце указанного срока подлежат реконвалесценты: из числа эпидемически значимых контингентов; находящиеся в учреждениях дошкольного образования; в возрасте до 17 лет, находящиеся в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания; находящиеся в домах-интернатах. По истечении срока диспансерного наблюдения им проводится однократное бактериологическое исследование биологических образцов фекалий в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения. Лицам из числа эпидемически значимых контингентов при получении положительного результата бактериологических исследований, проведенных после повторного курса лечения или в период диспансерного наблюдения, срок диспансерного наблюдения продлевается до 3 месяцев с проведением по истечении каждого месяца двукратных бактериологических исследований биологических образцов фекалий; при получении положительного результата бактериологических исследований, проведенных в период диспансерного наблюдения, срок отстранения от работы может продлеваться до 3

месяцев. При установлении диагноза «бактерионоситель дизентерии» и продолжения носительства этого возбудителя более 3 месяцев у реконвалесцентов из числа эпидемически значимых контингентов проводятся 2-кратные бактериологические исследования биологических образцов фекалий и серологическое исследование крови с определением класса иммуноглобулинов. При получении отрицательных результатов они допускаются к работе. При получении хотя бы одного положительного результата — отстраняются от работы.

#### **505. Столбняк. Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика.**

Этиология.

Возбудителем заболевания является столбнячная палочка – *Clostridium tetani*. Она является грамположительным, строго анаэробным, спорообразующим микроорганизмом. Длина его достигает 4-8 мкм, ширина 0,3-0,8 мкм. Ее споры могут выживать при кипячении и при сухожаровой обработке (150°C) в течение 1 часа. В естественных условиях споры сохраняются многие годы.

В условиях анаэробноза при температуре 37°C, достаточной влажности и в присутствии аэробных микроорганизмов споры прорастают в вегетативные формы.

Эпидемиология.

*Clostridium tetani* широко распространены в природе являясь постоянными обитателями кишечника травоядных животных и 5-40% людей, они поступают с фекалиями в почву, надолго инфицируют её, преобразуясь в споровые формы.

Наибольшая обсеменённость спорами возбудителя наблюдается в черноземных, сильно унавоженных почвах, в южных районах с развитым сельским хозяйством, где регистрируется наиболее высокая заболеваемость столбняком. Для этого заболевания характерна сезонность – заболеваемость повышается в мае – сентябре.

Иммунитет недостаточно изучен. Естественного иммунитета не существует. При возникновении благоприятных условий (инфицирование ран и др.) восприимчивость очень высокая во всех возрастных группах.

Клиника.

Инкубационный период от момента ранения обычно длится 4–14 дней, но первые симптомы могут появиться даже через 24 часа. В то же время заболевание может развиваться значительно позже, после заживления раны. Существует мнение, что заболевание с инкубационным периодом менее 7 суток без лечения приводит к летальному исходу, а при длительности этого периода свыше 10 дней прогноз лучше.

Предполагаемыми факторами, для развития заболевания являются:

5. наличие нежизнеспособных тканей и инородных тел в ране;
6. запоздалая хирургическая обработка раны, анемия, длительное нахождение жгута на конечности;
7. переохлаждение пострадавшего;
8. отсутствие у больного иммунитета, который формируется с помощью профилактических прививок (АКДС, АДС, АДС-М).

Заболевание начинается с продромального периода, когда больные жалуются на головную боль, бессонницу, повышенную раздражительность, общее недомогание, обильную потливость, боли в области раны подергивание мышц вокруг раны.

Местные проявления. К наиболее постоянным местным признакам относятся следующие:

- болевой симптом: выражается во внезапном обострении или возникновении болезненности в области раны либо в появлении тянущих, колющих или стреляющих болей;
- местные судорожные явления: подергивание мышц вокруг раны;
- местное повышение рефлекторной возбудимости: проявляется в повышении местных кожных рефлексах, подергивании мышц или всей конечности в ответ на прикосновение к ней и особенно к ране.

## **Профилактика**

Своевременная плановая вакцинация и обязательная консультация врача при получении травм для решения вопроса о проведении экстренной профилактики столбняка.

Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики. В Российской Федерации в результате осуществления общегосударственной системы иммунопрофилактики столбняка в последние десятилетия регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно непривитых.

Пик заболеваемости столбняком обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры. Возникновение столбняка возможно также после укуса домашних и диких животных, если при этом в рану попали возбудители столбняка

В России иммунизация населения против столбняка осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

## 2.1. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
	<b>знать</b>			
	<p>Обучающийся не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает методику анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>методику определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению;</p> <p>методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального</p>	<p>Обучающийся усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Имеет несистематизированные знания о методике анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>методике определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению;</p> <p>методике критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>методике разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>методике использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций</p>	<p>Обучающийся способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале. Знает основные методики анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>методику определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению;</p> <p>методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций</p>	<p>Обучающийся самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Показывает глубокое знание и понимание методики анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>методику определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению;</p> <p>методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p>



<p>характера в своей предметной области;</p> <p>методики формирования проектной задачи и ее управления;</p> <p>методики разработки концепции проекта в рамках проблематики;</p> <p>о возможных рисках проекта;</p> <p>процедуры и механизмы оценки качества проекта;</p> <p>методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>потребности современной деятельности;</p>	<p>философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>методики формирования проектной задачи и ее управления;</p> <p>методики разработки концепции проекта в рамках проблематики;</p> <p>о возможных рисках проекта;</p> <p>процедуры и механизмы оценки качества проекта;</p> <p>методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>потребности современной деятельности;</p>	<p>философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>методики формирования проектной задачи и ее управления;</p> <p>методики разработки концепции проекта в рамках проблематики;</p> <p>о возможных рисках проекта;</p> <p>процедуры и механизмы оценки качества проекта;</p> <p>методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с</p>	<p>методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>методики формирования проектной задачи и ее управления;</p> <p>методики разработки концепции проекта в рамках проблематики;</p> <p>о возможных рисках проекта;</p> <p>процедуры и механизмы оценки качества проекта;</p> <p>методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования</p>
---	--	--	---

<p>медицинскую и научную документацию;  о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные);  о возможных своих потребностях в образовании;  о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации;  основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;  основы ИТ-технологий применяемых в профессиональной и научной деятельности по профилю;  основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;  медико-статистические показатели для профессиональной деятельности;  общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;  организацию эпидемиологических исследований;  систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий;</p>	<p>медицинскую и научную документацию;  о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные);  о возможных своих потребностях в образовании;  о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации;  основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;  основы ИТ-технологий применяемых в профессиональной и научной деятельности по профилю;  основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;  медико-статистические показатели для профессиональной деятельности;  общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;  организацию эпидемиологических исследований;  систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий;  основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;</p>	<p>привлечением оппонентов разработанным идеям;  потребности современной деятельности;  медицинскую и научную документацию;  о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные);  о возможных своих потребностях в образовании;  о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации;  основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;  основы ИТ-технологий применяемых в профессиональной и научной деятельности по профилю;  основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;  медико-статистические показатели для профессиональной деятельности;  общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;  организацию эпидемиологических исследований;</p>	<p>полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;  потребности современной деятельности;  медицинскую и научную документацию;  о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные);  о возможных своих потребностях в образовании;  о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации;  основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;  основы ИТ-технологий применяемых в профессиональной и научной деятельности по профилю;  основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;  медико-статистические показатели для профессиональной деятельности;</p>
---	---	---	---

<p>основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;</p> <p>эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;</p> <p>основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям;</p> <p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>права и обязанности врача-эпидемиолога;</p>	<p>эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;</p> <p>основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям;</p> <p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>права и обязанности врача-эпидемиолога;</p> <p>специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;</p>	<p>систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий;</p> <p>основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;</p> <p>эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;</p> <p>основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям;</p>	<p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>организацию эпидемиологических исследований;</p> <p>систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий;</p> <p>основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;</p> <p>эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;</p>
---	--	--	---

	<p>специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;</p> <p>принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней;</p> <p>принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе; методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая</p>	<p>принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней;</p> <p>принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе; методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>содержание и организацию противэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний;</p> <p>историю эпидемиологии, основные этапы формирования</p>	<p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; права и обязанности врача-эпидемиолога;</p> <p>специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;</p> <p>принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней;</p> <p>принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p>	<p>основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям;</p> <p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; права и обязанности врача-эпидемиолога;</p> <p>специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;</p> <p>принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней;</p> <p>принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе;</p>
--	---	---	---	---

<p>иммунологические методы диагностики;</p> <p>содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний;</p> <p>историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины;</p> <p>теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями;</p> <p>основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по</p>	<p>эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины;</p> <p>теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями;</p> <p>основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей;</p> <p>организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности</p> <p>особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с</p>	<p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний;</p> <p>историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины;</p> <p>теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями;</p> <p>основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях</p>	<p>цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний;</p> <p>историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины;</p> <p>теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости</p>
---	--	--	--

	<p>механизму передачи их возбудителей;</p> <p>организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей;</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;</p> <p>постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p>	<p>различными механизмами передачи возбудителей;</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;</p> <p>постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;</p>	<p>профилактической и противоэпидемической деятельности;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей;</p> <p>организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей;</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее</p>	<p>населения инфекционными и неинфекционными болезнями;</p> <p>основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей;</p> <p>организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей;</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>принципы формирования эпидемиологического диагноза</p>
--	---	--	--	--

	<p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;</p> <p>организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики;</p> <p>эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>методику выполнения реанимационных мероприятий в условиях ЧС;</p> <p>клиническую картину, особенности течения особо опасных инфекций;</p> <p>особенности оказания первой помощи и поведения реанимационных мероприятий пострадавшим в условиях ЧС;</p> <p>правила применения средств индивидуальной защиты при оказании экстренной медицинской помощи в условиях ЧС;</p> <p>основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора;</p> <p>основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны,</p>	<p>организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики;</p> <p>эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>методику выполнения реанимационных мероприятий в условиях ЧС;</p> <p>клиническую картину, особенности течения особо опасных инфекций;</p> <p>особенности оказания первой помощи и поведения реанимационных мероприятий пострадавшим в условиях ЧС;</p> <p>правила применения средств индивидуальной защиты при оказании экстренной медицинской помощи в условиях ЧС;</p> <p>основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора;</p> <p>основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны,</p>	<p>распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;</p> <p>постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;</p> <p>организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики;</p> <p>эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>методику выполнения реанимационных мероприятий в условиях ЧС;</p> <p>клиническую картину, особенности течения особо опасных инфекций;</p> <p>особенности оказания первой помощи и поведения</p>	<p>при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;</p> <p>постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;</p> <p>организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики;</p> <p>эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p>
--	--	---	---	---

	<p>органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора; основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения; нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями; принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога; мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки; нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП; классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними; типы средств индивидуальной защиты (СИЗ); алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p> <p>нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической</p>	<p>укрепления здоровья разных контингентов населения; нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями; принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога; мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки; нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП; классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними; типы средств индивидуальной защиты (СИЗ); алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p>	<p>реанимационных мероприятий пострадавшим в условиях ЧС; правила применения средств индивидуальной защиты при оказании экстренной медицинской помощи в условиях ЧС; основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора; основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения; нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями; принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-</p>	<p>методику выполнения реанимационных мероприятий в условиях ЧС; клиническую картину, особенности течения особо опасных инфекций; особенности оказания первой помощи и поведения реанимационных мероприятий пострадавшим в условиях ЧС; правила применения средств индивидуальной защиты при оказании экстренной медицинской помощи в условиях ЧС; основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора; основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения;</p>
--	---	---	---	---



<p>безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП;</p> <p>классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними;</p> <p>типы средств индивидуальной защиты (СИЗ);</p> <p>алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний;</p>	<p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний;</p> <p>средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>требования к оборудованию для «холодовой цепи»;</p> <p>требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»;</p> <p>общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в</p>	<p>эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога;</p> <p>мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки;</p> <p>нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП;</p> <p>классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними;</p> <p>типы средств индивидуальной защиты (СИЗ);</p> <p>алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф;</p>	<p>нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога;</p> <p>мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки;</p> <p>нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП;</p> <p>классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними;</p> <p>типы средств индивидуальной защиты (СИЗ);</p> <p>алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p>
---	--	--	---

	<p>средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>требования к оборудованию для «холодовой цепи»;</p> <p>требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»;</p> <p>общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций;</p> <p>медицинскую документацию и правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p>	<p>случаях возникновения внештатных ситуаций;</p> <p>медицинскую документацию и правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>должностные обязанности сотрудников структурных подразделений;</p> <p>правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности и охраны труда;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>расширенную программу иммунизации;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину,</p>	<p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний;</p> <p>средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации;</p> <p>правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>требования к оборудованию для «холодовой цепи»;</p> <p>требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»;</p> <p>общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций;</p> <p>медицинскую документацию и правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными данными пациентов и</p>	<p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний;</p> <p>средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации;</p> <p>правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>требования к оборудованию для «холодовой цепи»;</p> <p>требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»;</p> <p>общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению</p>
--	--	---	--	--

	<p>должностные обязанности сотрудников структурных подразделений;</p> <p>правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности и охраны труда;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>расширенную программу иммунизации;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p> <p>оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам;</p>	<p>диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p> <p>оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам;</p> <p>значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике;</p> <p>этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики;</p> <p>антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения;</p>	<p>сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>должностные обязанности сотрудников структурных подразделений;</p> <p>правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности и охраны труда;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>расширенную программу иммунизации;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и</p>	<p>«холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций;</p> <p>медицинскую документацию и правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>должностные обязанности сотрудников структурных подразделений;</p> <p>правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности и охраны труда;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p>
--	--	--	---	--

	<p>значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике; этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики; антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения.</p>		<p>неинфекционных заболеваний; гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний; оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам; значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике; этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики; антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения;</p>	<p>расширенную программу иммунизации; этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний; гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний; оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам; значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике; этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики; антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения;</p>
<p><b>уметь</b></p>				

	<p>Обучающийся не умеет анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению;</p> <p>критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления;</p> <p>формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые</p>	<p>Обучающийся испытывает затруднения при анализировании проблемной ситуации как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>определении пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению;</p> <p>критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления;</p> <p>формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения;</p>	<p>Обучающийся умеет самостоятельно .....</p> <p>анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению;</p> <p>критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления;</p>	<p>Обучающийся умеет последовательно ....</p> <p>анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению;</p> <p>критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления;</p>
--	---	---	--	--

	<p>результаты и возможные сферы их применения;          разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта;          использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта;          применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели;          применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;          применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;          применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;          проводить обмен информацией и выработать единую стратегию взаимодействия;</p>	<p>разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта;          использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта;          применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели;          применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;          применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;          применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;          проводить обмен информацией и выработать единую стратегию взаимодействия;          работать (заполнять) медицинскую и научную документацию;</p>	<p>формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения;          разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта;          использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта;          применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели;          применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;          применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;          применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с</p>	<p>формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения;          разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта;          использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта;          применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели;          применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;          применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;          применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с</p>
--	--	---	---	---

	<p>работать (заполнять) медицинскую и научную документацию;</p> <p>оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы;</p> <p>составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки;</p> <p>реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию;</p> <p>обеспечивать должный уровень информационной безопасности в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности;</p> <p>использовать основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>проводить сбор основных медико-статистических показателей для профессиональной деятельности;</p> <p>проводить статистический анализ;</p>	<p>оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы;</p> <p>составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки;</p> <p>реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию;</p> <p>обеспечивать должный уровень информационной безопасности в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности;</p> <p>использовать основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>проводить сбор основных медико-статистических показателей для профессиональной деятельности;</p> <p>проводить статистический анализ;</p> <p>анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории;</p> <p>использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза;</p>	<p>привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>проводить обмен информацией и вырабатывать единую стратегию взаимодействия;</p> <p>работать (заполнять) медицинскую и научную документацию;</p> <p>оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы;</p> <p>составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки;</p> <p>реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию;</p> <p>обеспечивать должный уровень информационной безопасности в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности;</p> <p>использовать основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>проводить сбор основных медико-статистических</p>	<p>привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>проводить обмен информацией и вырабатывать единую стратегию взаимодействия;</p> <p>работать (заполнять) медицинскую и научную документацию;</p> <p>оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы;</p> <p>составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки;</p> <p>реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию;</p> <p>обеспечивать должный уровень информационной безопасности в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности;</p> <p>использовать основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p>
--	---	---	---	--

<p>анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза; научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями; проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; заполнять карты эпидемиологического</p>	<p>научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями; проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных</p>	<p>показателей для профессиональной деятельности; проводить статистический анализ; анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза; научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями; проводить эпидемиологическое обследование</p>	<p>проводить сбор основных медико-статистических показателей для профессиональной деятельности; проводить статистический анализ; анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза; научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;</p>
--	--	--	--



	<p>обследования очага инфекционного заболевания; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки; разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; принимать обоснованные решения по проведению</p>	<p>типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки; разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий; проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе; формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики,</p>	<p>инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки; разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и</p>	<p>проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки; разрабатывать и внедрять комплекс профилактических</p>
--	---	--	--	--

	<p>профилактических и противоэпидемических мероприятий;  проводить анализ привитости населения, составлять отчётность по прививочной работе;  формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;  проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показателям;  применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;  применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;  организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;  организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;  организовать работу эпидемиологического отдела;</p>	<p>исходя из результатов эпидемиологического надзора;  проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показателям;  применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;  применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;  организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;  организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;  организовать работу эпидемиологического отдела;  проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований;  выявлять факторы риска основных заболеваний человека,</p>	<p>противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;  принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;  проводить анализ привитости населения, составлять отчётность по прививочной работе;  формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;  проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показателям;  применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;  применять основы теории управления для организации и управления организациями и</p>	<p>средств и мероприятий;  организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;  принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;  проводить анализ привитости населения, составлять отчётность по прививочной работе;  формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;  проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показателям;  применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p>
--	---	--	---	--

	<p>проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований;</p> <p>выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии;</p>	<p>проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии;</p>	<p>(или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>организовать работу эпидемиологического отдела;</p> <p>проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно;</p> <p>формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований;</p> <p>выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг</p>	<p>применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>организовать работу эпидемиологического отдела;</p> <p>проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно;</p> <p>формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований;</p> <p>выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;</p>
--	---	--	---	---

	<p>населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии;</p> <p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности;</p>	<p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности;</p>	<p>людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии;</p>	<p>проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии,</p>
--	---	--	---	---

	<p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой; осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности;</p> <p>оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему экстренной медицинской помощи; поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; проводить реанимационные мероприятия; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности; применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности; осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов; организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере</p>	<p>оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему экстренной медицинской помощи; поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; проводить реанимационные мероприятия; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности; применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности; осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов; организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p>	<p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой; осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после</p>	<p>эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии; применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой; осуществлять мониторинг документированной</p>
--	---	---	---	--

	<p>здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности; применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности; осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов; организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации; организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций;</p> <p>организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации; организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП; организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую); правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами; организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p>	<p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций;</p> <p>организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации; организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП; организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую); правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами; организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p>	<p>иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности; оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему экстренной медицинской помощи; поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; проводить реанимационные мероприятия; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности; применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p>	<p>привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности; оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему экстренной медицинской помощи; поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; проводить реанимационные мероприятия; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности;</p>
--	---	---	---	--

	<p>правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами; организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности; пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности; организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p>	<p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности;</p> <p>пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности;</p> <p>организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;</p> <p>оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации;</p> <p>проводить бракераж МИБП;</p> <p>работать с медицинской документацией и оформлять документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>составлять и анализировать план работы и отчет о своей работе, работе отдела и структурных</p>	<p>осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций;</p> <p>организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации;</p> <p>организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП;</p> <p>организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую);</p> <p>правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами;</p> <p>организовать внутренний контроль качества в области обеспечения</p>	<p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций;</p> <p>организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации;</p> <p>организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП;</p> <p>организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую);</p> <p>правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами;</p>
--	--	--	--	---

<p>организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; проводить бракераж МИБП;</p> <p>работать с медицинской документацией и оформлять документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>составлять и анализировать план работы и отчет о своей работе, работе отдела и структурных подразделений;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p> <p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p> <p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные</p>	<p>подведомственных подразделений;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p> <p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней; проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе; проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов; организовывать иммунопрофилактику детского и</p>	<p>эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности; пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности;</p> <p>организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке</p>	<p>организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности; пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности;</p> <p>организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p>
--	--	---	--



	<p>условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней; проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе; проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов; организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа</p>	<p>взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии; осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями;</p>	<p>иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; проводить бракераж МИБП;</p> <p>работать с медицинской документацией и оформлять документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>составлять и анализировать план работы и отчет о своей работе, работе отдела и структурных подразделений;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p> <p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой</p>	<p>организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; проводить бракераж МИБП;</p> <p>работать с медицинской документацией и оформлять документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>составлять и анализировать план работы и отчет о своей работе, работе отдела и структурных подразделений;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p>
--	--	---	---	---

	<p>жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии;</p> <p>осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями;</p> <p>обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения;</p>	<p>обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения;</p>	<p>деятельности медицинского персонала;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских</p>	<p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести</p>
--	---	--	--	---

			<p>персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии; осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями; обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения;</p>	<p>санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии; осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями; обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения;</p>
<b>владеть</b>				
	<p>Обучающийся не владеет навыком сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя</p>	<p>Обучающийся владеет основными навыками ... сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее</p>	<p>Обучающийся способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале, владеет навыком выделения значимых сбора, анализа и обработки</p>	<p>Обучающийся самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным</p>

<p>ее составляющие и связи между ними. определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению. критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников. разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов. навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и реализовывать ее решение через управление проектом. по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения</p>	<p>составляющие и связи между ними. определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению. критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников. разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов. навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и реализовывать ее решение через управление проектом. по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.</p>	<p>информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними. определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению. критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников. разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов. навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и реализовывать ее решение через управление проектом. по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость</p>	<p>идеям проработанного материала. сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними. определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению. критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников. разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов. навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и реализовывать ее решение через управление проектом.</p>
--	--	--	--

	<p>реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.</p> <p>реализации результатов проекта и внедрению их</p> <p>применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.</p> <p>применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.</p> <p>применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон.</p> <p>применения методики планирования командной работы,</p> <p>распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией</p>	<p>реализации результатов проекта и внедрению их</p> <p>применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.</p> <p>применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.</p> <p>применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон.</p> <p>применения методики планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией/работы с медицинской и научной документации по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности</p>	<p>проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения</p> <p>реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.</p> <p>реализации результатов проекта и внедрению их</p> <p>применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.</p> <p>применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.</p> <p>применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон.</p> <p>применения методики планирования командной работы,</p> <p>распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с</p>	<p>по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения</p> <p>реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.</p> <p>реализации результатов проекта и внедрению их</p> <p>применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.</p> <p>применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.</p> <p>применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон.</p> <p>применения методики планирования командной работы,</p> <p>распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации</p>
--	--	---	---	---

	<p>обращения/работы с медицинской и научной документации по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности</p> <p>определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ обеспечения информационной безопасности, в том числе в профессиональной деятельности использования современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности</p> <p>применения в своей профессиональной деятельности системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели</p>	<p>определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ</p> <p>обеспечения информационной безопасности, в том числе в профессиональной деятельности использования современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности</p> <p>применения в своей профессиональной деятельности системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан</p> <p>применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний;</p>	<p>привлечением оппонентов разработанным идеям выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией</p> <p>обращения/работы с медицинской и научной документации по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности</p> <p>определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ обеспечения информационной безопасности, в том числе в профессиональной деятельности использования современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности</p> <p>применения в своей профессиональной</p>	<p>дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией</p> <p>обращения/работы с медицинской и научной документации по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности</p> <p>определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ обеспечения информационной безопасности, в том числе в профессиональной деятельности использования современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной,</p>
--	---	---	--	--

	<p>методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний; методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой</p>	<p>методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой</p>	<p>деятельности системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний; методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и</p>	<p>педагогической и научной деятельности применения в своей профессиональной деятельности системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний; методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения;</p>
--	---	---	---	--

	<p>препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p> <p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии;</p> <p>методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора</p>	<p>иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p> <p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии;</p> <p>методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций;</p> <p>навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.).</p> <p>навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний</p>	<p>распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p> <p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и</p>	<p>методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p>
--	--	---	---	---



	<p>при различных группах инфекций; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.).</p> <p>навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний</p> <p>методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний)</p> <p>оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности;</p> <p>умением расследования случаев инфекционных заболеваний; умением разработки рекомендаций по организации</p>	<p>методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний)</p> <p>оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности;</p> <p>умением расследования случаев инфекционных заболеваний; умением разработки рекомендаций по организации</p>	<p>благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.).</p> <p>навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний</p> <p>методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время</p>	<p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.).</p> <p>навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний</p> <p>методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи;</p>
--	--	---	---	---

	<p>распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; умением расследования случаев инфекционных заболеваний; умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики оказания сердечно-легочной реанимации и медицинской помощи в экстренной форме. использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин. учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии; навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала; проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по</p>	<p>профилактической и противоэпидемической работы; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики оказания сердечно-легочной реанимации и медицинской помощи в экстренной форме. использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин. учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии; навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала; проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по</p>	<p>вспышек, групповых заболеваний) оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; умением расследования случаев инфекционных заболеваний; умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы; методикой и алгоритмом проведения</p>	<p>методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний) оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; умением расследования случаев инфекционных заболеваний;</p>
--	---	--	---	---

	<p>эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин. учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии; навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала; проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации; организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска; способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности; способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p>	<p>эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации; организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска; способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности; способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p>	<p>эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики оказания сердечно-легочной реанимации и медицинской помощи в экстренной форме. использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин. учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии; навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала; проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по</p>	<p>умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики оказания сердечно-легочной реанимации и медицинской помощи в экстренной форме. использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин. учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии;</p>
--	--	--	--	--

	<p>учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска; способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности; способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p> <p>работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p>	<p>работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике; знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники); навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p> <p>ведения документации, в том числе в электронном виде</p> <p>организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации; организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска; способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели,</p>	<p>навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала; проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации; организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени;</p>
--	--	---	--	---

<p>знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике;</p> <p>знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники);</p> <p>навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p> <p>ведения документации, в том числе в электронном виде</p> <p>организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p> <p>обеспечения безопасности медицинской, в том числе персональной информации</p> <p>контроля выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений</p>	<p>обеспечения безопасности медицинской, в том числе персональной информации</p> <p>контроля выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений</p> <p>создания благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации;</p> <p>методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты;</p> <p>знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности</p>	<p>оценивать результативность управленческой деятельности; способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p> <p>работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике;</p> <p>знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники);</p> <p>навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p> <p>ведения документации, в том числе в электронном виде</p>	<p>способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска;</p> <p>способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности;</p> <p>способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p> <p>работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике;</p> <p>знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского</p>
---	---	---	--

	<p>создания благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации;</p> <p>методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты;</p> <p>знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации;</p> <p>методами санитарно-просветительской работы среди медицинского</p>	<p>специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации;</p> <p>методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p> <p>обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p> <p>умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости;</p> <p>методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения;</p> <p>санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>	<p>организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p> <p>обеспечения безопасности медицинской, в том числе персональной информации</p> <p>контроля выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений</p> <p>создания благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации;</p> <p>методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты;</p> <p>знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины,</p>	<p>назначения (в т.ч. эндоскопической техники);</p> <p>навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p> <p>ведения документации, в том числе в электронном виде</p> <p>организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p> <p>обеспечения безопасности медицинской, в том числе персональной информации</p> <p>контроля выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений</p> <p>создания благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации;</p>
--	---	--	--	---

	<p>персонала, пациентов, их окружения и населения. обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний; умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения; санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>		<p>анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации; методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения. обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний; умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; методикой сбора социально-гигиенической информации,</p>	<p>методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты; знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации; методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения. обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению</p>
--	--	--	--	---

			<p>информации о состоянии здоровья населения; санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>	<p>здоровья, профилактике заболеваний; умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения; санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>
--	--	--	--	--

### 3. ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Индекс компетенции	Индекс индикатора компетенции	Фонд оценочных средств		Формы контроля
				Вид оценочных средств	Количество вариантов заданий	
1.	Избранные вопросы инфекционных болезней	УК-1, 3, 5 ОПК-4, 5, 6, 9 ПК-1, 2, 4.	ИД-1 УК-1.1. ИД-2 УК-1.2. ИД-3 УК-1.3. ИД-4 УК-1.4. ИД-5 УК-1.5.	Задания: тесты, задачи, вопросы для собеседования	Тесты 390 Задачи 55 Вопросы для собеседования 60	ЗАЧЕТ



			<p>ИД-1 УК-3.1. ИД-2 УК-3.2. ИД-3 УК-3.3. ИД-4 УК-3.4.</p> <p>ИД-1 УК-5.1. ИД-2 УК-5.2. ИД-3 УК-5.3.</p> <p>ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-5.1. ИД-1 ОПК-6.1. ИД-2 ОПК-6.2. ИД-3 ОПК-6.3.</p> <p>ИД-1 ОПК-9.1.</p> <p>ИД-1 ПК-1.1. ИД-1 ПК-2.1.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2. ИД-3 ПК-4.3.			
--	--	--	--	--	--	--

### 3.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАДАНИЙ ПО ТИПАМ И УРОВНЯМ СЛОЖНОСТИ

№ п/п	Код компетенции	Индикатор сформированности компетенции	Тема	Номер задания	Тип задания	Уровень сложности задания	Время выполнения (мин.)
24.	УК-1	ИД-1 УК-1.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	1-17	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <b>ИЛИ</b> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия</i> )	Высокий	5-10 мин.

					<i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>		
25.	УК-1	ИД-2 УК-1.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	18-34	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
26.	УК-1	ИД-3 УК-1.3	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции.	35-51	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление</i>	Повышенный	3-5 мин.

			Инфекции наружных покровов.		<i>последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)		
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
27.	УК-1	ИД-4 УК-1.4	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	52-68	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
28.	УК-1	ИД-5 УК-1.5	Кишечные инфекции.	69-85	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора;	Базовый	1-3 мин.

			Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.		<i>с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>		
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
29.	УК-3	ИД-1 УК-3.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	86-102	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.

				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
30.	УК-3	ИД-2 УК-3.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	103-119	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
31.	УК-3	ИД-3 УК-3.3.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции.	120-136	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Повышенный	3-5 мин.

			Инфекции наружных покровов.		<i>обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )		
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
32.	УК-3	ИД-4 УК-3.4.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	137-153	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.

33.	УК-5	ИД-1 УК-5.1	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	154-170	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
34.	УК-5	ИД-2 УК-5.2	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	171-187	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия</i> ) <i>ИЛИ</i>	Повышенный	3-5 мин.



					Открытый (с развернутым ответом)		
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
35.	УК-5	ИД-3 УК-5.3	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	188-204	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
36.	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	205-221	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.

			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
37.	ОПК-4	ИД-2 ОПК-4.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	222-238	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.

				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
38.	ОПК-5	ИД-1 ОПК-5.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	239-255	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
39.	ОПК-6	ИД-1 ОПК-6.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	256-272	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.

			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
40.	ОПК-6	ИД-2 ОПК-6.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	273-289	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия)	Высокий	5-10 мин.

					<i>ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>		
41.	ОПК-6	ИД-3 ОПК-6.3.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	290-306	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
42.	ОПК-9	ИД-1 ОПК-9.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции.	307-323	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление</i>	Повышенный	3-5 мин.

			Инфекции наружных покровов.		<i>последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )		
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
43.	ПК-1	ИД-1 ПК-1.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	324-340	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора</i> )	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый ( <i>с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый ( <i>на установление последовательности; на установление соответствия)</i> <i>ИЛИ</i> Открытый ( <i>с развернутым ответом</i> )	Высокий	5-10 мин.
44.	ПК--2	ИД-1 ПК-2.1.	Кишечные инфекции.	341-357	Закрытый ( <i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора;</i>	Базовый	1-3 мин.

			Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.		<i>с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>		
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	<i>Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
45.	ПК-4	ИД-1 ПК-4.1.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	358-374	<i>Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
				391-445	<i>Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.

				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
46.	ПК-4	ИД-2 ПК-4.2.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей. Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	375-390	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
				391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) ИЛИ Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
2.	ПК-4	ИД-3 ПК-4.3.	Кишечные инфекции. Инфекции дыхательных путей.	375-390	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.



			Трансмиссивные (кровяные) инфекции. Инфекции наружных покровов.	391-445	Закрытый (с выбором одного ответа и обоснованием выбора; с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора; на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
				446-505	Закрытый (на установление последовательности; на установление соответствия) <i>ИЛИ</i> Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.

## Тестовые задания для проведения текущей аттестации.

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

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

2. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

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

3. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Головная боль	
	Апатия, адинамия	
	Заторможенность	
	Общая слабость	+

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

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

6. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

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

7. В основе классификации сальмонелл лежит:

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

8. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

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

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

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

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

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

11. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Симпатическую нервную систему	
	Чувствительные мотонейроны	
	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
	Периферические нервы	

12. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

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

13. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

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

14. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

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

15. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Тетрациклин	
	Пенициллин	
	Канамицин	
	Левомецетин	+

16. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Крупный рогатый скот	
	Мышевидные грызуны	
	Человек	+
	Птицы	

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

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

18. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Желудка	
	Тонкой кишки	
	Толстой кишки	
	Верхних дыхательных путей	+

19. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

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

20. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Клиническая картина заболевания	
	Эпидемиологические данные	
	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

21. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Капельный	
	Фекально-оральный	+

	Парентеральный	
	Половой	

22. Для вирусного гепатита А характерно:

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

23. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

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

24. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

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

25. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

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

26. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

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

27. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

28. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Гентамицин	
	Доксициклин	
	Клафоран	

30. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Свиной	
	Бычий	
	Козий	+
	Собачий	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Свиньи	
	Коровы	
	Домашние птицы	+
	Козы, овцы	

32. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	До 3-х месяцев	+

	От 3-х до 6 месяцев	
	Свыше 6 месяцев	
	Более года	

33. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

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

34. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

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

35. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

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

36. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Дифтерии	
	Токсоплазмозе	+
	Сальмонеллезе	
	Коклюш	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Цистицеркоза	
	Клонорхоза	
	Трихинеллеза	+
	Аскаридоза	

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



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

39. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Бычьим цепнем	
	Карликовым цепнем	
	Свиным цепнем	
	Широким лентецом	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Лейшманиоз	
	Токсоплазмоз	
	Амебиаз	+
	Лямблиоз	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Трипаносомозом	
	Лямблиозом	
	Токсоплазмозом	+
	Балантидиазом	

42. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Ротавирусам	
	Пикорнавирусам	
	Энтеровирусам	
	Ортомиксовирусам	+

43. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Больной человек	+

	Реконвалесцент	
	Объекты окружающей среды	
	Здоровый человек	

44. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Аэрозольный	+
	Контактный	
	Фекально-оральный	
	Трансмиссивный	

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

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

46. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Ремантадин	+
	Интрон	
	Вальтрекс	
	Зовиракс	

47. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Толстая капля крови	
	Иммуноферментный анализ	+
	Вирусологический анализ	
	РПГА	

48. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	
	Риновирусная инфекция	+

49. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	

	Парагрипп	+
	Аденовирусная инфекция	
	РС инфекция	

50. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	+
	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	+
	РС инфекция	

52. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	+
	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грипп	+
	Парагрипп	
	Аденовирусная инфекция	
	РС инфекция	

54. Для вируса кори характерно:

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

55. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	7-20 дней	

	9-21 дней	+
	4-14 дней	
	11-21 день	

56. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Везикулезная	
	Пятнисто-папулезная	+
	Мелкоточечная	
	Пятнисто-везикулезная	

57. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

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

58. Сколько дней длится катаральный период кори:

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

59. Пятна Филатова-Коплика появляются:

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

60. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Вирусологическое исследование	
	Бактериологическое исследование	
	РПГА	
	Иммуноферментный анализ	+

61. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	3 мес	
	6 мес	
	12 мес	+

	18 мес	
--	--------	--

62. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:

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

63. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Больной ветряной оспой	+
	Вирусоноситель	
	Реконвалесцент	
	Бактерионоситель	

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Герпесвирус	+
	Пикорнавирус	
	Энтеровирус	
	Парамиксовирус	

66. Входные ворота при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Верхние дыхательные пути	+
	Конъюнктив	
	Кожа	
	Половые органы	

67. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:

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

68. Вирус Эпштейн-Барр относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Семейству ортомиксовирусов	
	Семейству парамиксовирусов	
	Семейству пикорнавирусов	
	Семейству герпесвирусов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Петехиальной сыпи	
	Узловой эритемы	
	Кореподобной сыпи	+
	Скарлатиноподобной сыпи	

70. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Ампициллин	+
	Цефазолин	
	Эритромицин	
	Преднизолон	

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

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

72. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Арбовирус	
	Парамиксовирус	+
	Герпесвирус	
	Риновирус	

73. Осложнения эпидемического паротита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пневмония	
	Орхит	+
	Полиневриты	

	Шейные, пояснично-крестцовые радикулопатии	
--	--	--

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

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

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Чихание	
	Гипотония	
	Диарея	
	Лихорадка	+

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

	Многочисленные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», преимущественно округлой формы периферической, мультилобарной локализации	+
	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации	
	Единичные солидные узелки	
	Плевральный выпот	

79. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Левомецетин	
	Ампициллин	
	Сульфамонетоксин	

81. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Левомецетин	
	Ампициллин	
	Сульфамонетоксин	

82. Легионелла относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Простейшим	
	Микоплазмам	
	Хламидиям	
	Бактериям	+

83. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Цефалоспорины	



	Гентамицин	
	Эритромицин	+
	Пенициллин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Катаральной, катарально-язвенной	+
	Пленчатой	
	Токсической	
	Распространенной	

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Надгортанник	
	Боковые стенки гортани	
	Истинные голосовые складки	+
	Подскладковое пространство	

87. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Миндалинах	+
	Миндалинах и передних небных дужках	
	Миндалинах и маленьком язычке	
	Миндалинах и задней стенке глотки	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грубый лающий кашель	
	Шумное дыхание	
	Втяжение уступчивых мест грудной клетки	

	Стойкая афония	+
--	----------------	---

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Септический эндокардит	
	Эндомиокардит вторичный	
	Порок сердца	
	Токсический миокардит	+

90. Характер сыпи при скарлатине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пятнисто-папулезная	
	Уртикарная	
	Петехиальная	
	Мелкоточечная	+

91. Когда появляется пластинчатое шелушение при скарлатине?

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

92. Со стороны периферической крови при скарлатине отмечаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Лимфоцитоз	
	Лимфопения	
	Нейтрофилез	+
	Нейтропения	

93. Для лечения скарлатины антибиотиком выбора являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Аминогликозиды	
	Цефалоспорины	
	Пенициллин	+
	Тетрациклины	

94. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем коклюша:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Палочка Леффлера	
	Палочка Афанасьева – Пфейфера	
	Палочка Борде — Жангу	+

	Палочка Коха	
--	--------------	--

95. Длительность заразного периода при коклюше составляет:

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

96. Ведущим звеном в патогенезе коклюша является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Бактериemia	
	Токсемия	
	Интоксикация	
	Сенсибилизация	+

97. Решающее значение для диагностики легких форм коклюша имеет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Бактериологическое исследование	
	Серологическое исследование	+
	Гематологическое исследование	
	Вирусологическое исследование	

98. Максимальная длительность продромального периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	3 дня	
	7 дней	+
	14 дней	
	21 день	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Повышение мочевины	
	Повышение креатинина и мочевины	
	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
	Повышение калия редко	

100. Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Менингоэнцефалитический	
	Абдоминальный	

	Геморрагический	+
	Диспептический	

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

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

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Увеличение количества эозинофилов	
	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
	Увеличение тромбоцитов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Повышение мочевины	
	Повышение креатинина и мочевины	
	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
	Повышение калия редко	

105. Этиотропная терапия при клещевом энцефалите включает:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Антибиотики	
	Специфический гамма — глобулин	+
	ГКС	
	Введение специфической сыворотки	

106. Возбудителем клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Листерия	
	Боррелия	
	Хламидия	
	Вирус	+

107. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

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

108. Диагноз клещевой энцефалит не может быть подтвержден:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Кожной аллергической пробой	+
	Выделением вируса из крови и ликвора с использованием культуры тканей	
	Заражением кровью и ликвором больного лабораторных животных	
	РСК	

109. Основным средством лечения клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Антитоксическая сыворотка	
	Ацикловир	
	Ганцикловир	
	Имуноглобулин	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Амбулаторно	
	В дневном стационаре	

	В инфекционном стационаре	+
	В консультативно-диагностическом центре	
111. Характер эритемы при клещевом энцефалите.		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Резко болезненная, с флюктуацией в центре, с нечеткими контурами	
	Умеренно болезненная, с четкими контурами, которые выступают над уровнем кожи	
	Умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями	+
	Зудящая, безболезненная, красного цвета, резко отделяется	
112. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка	
	Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета	
	Отек болезненный и равномерный	
	Первичный бубон чаще единичный	+
113. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии	
	Геморрагическая септицемия	+
	Наличие токсических лимфаденитов	
	Инфекционно-токсический шок	
114. Для кожной формы чумы		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Последовательные изменения в виде: розеола, папулы, везикулы и пустулы	
	Изъязвление пустулы с появлением темного струпа	
	Образование фликтены	
	Развитие лимфангоита	+
115. Для первично - септической формы чумы наиболее характерно:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	
	Быстрое поражение сосудов	+
	Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
	Образование множественных очагов инфекции	
116. Для легочной формы чумы наиболее типично:		
Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Наличие режущих болей в груди, одышка	
	Нарастание легочно-сосудистой недостаточности	+
	Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы	
	Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации	

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

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

118. Возбудителем туляремии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Вирусы	
	Риккетсии	
	Простейшие	
	Бактерии	+

119. Инкубационный период при туляремии

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

120. Правила выписки из стационара больного туляремией

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

121. Малярия – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Антропоноз	+
	Зооноз	
	Зооантропоноз	
	Сапроноз	

122. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Примахин	+
	Хинин	
	Делагил	
	Нитрофураны	

123. Половой цикл развития малярийного плазмодия проходит в организме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Комаров рода <i>Anopheles</i>	+
	Комаров рода <i>Culex</i>	
	Комаров рода <i>Aedes</i>	
	Платяных вшей	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	<i>Pl. ovale</i>	
	<i>Pl. vivax</i>	
	<i>Pl. falciparum</i>	+
	При сочетании <i>Pl. vivax</i> и <i>Pl. Ovale</i>	

125. Типичный малярийный пароксизм клинически проявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Озноб, кашель, насморк	
	Пот, озноб, жар	
	Жар, озноб, пот	
	Озноб, жар, пот	+

126. Характер желтухи, которая может возникнуть при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Паренхиматозное	
	Гемолитическая	+
	Обтурационная	
	Связана с холестаазом	

127. Какой из возбудителей малярии зачастую может передаваться трансфузионно?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	<i>Pl. vivax</i>	
	<i>Pl. falciparum</i>	



	при сочетании <i>Pl. vivax</i> и <i>Pl. Ovale</i>	
	<i>Pl.malariae</i> .	+

156. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

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

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

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

158. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

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

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

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

160. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ— инфекции:

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

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

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

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Лимфогистиоцитарная инфильтрация	
	Воспалительные изменения	
	Склерозирование лимфоидной ткани	
	Гиперплазия лимфоидной ткани	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Внешний белок мембраны	
	Белки сердцевины вириона	
	Обратная транскриптаза	+
	Трансмембранный белок	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Артралгический	
	Диспепсический	+
	Астеновегетативный	
	Латентный	

166. Механизм передачи вирусного гепатита В:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------

выбора ответа		
	Аэрозольный	
	Контактный	
	Парентеральный	+
	Трансмиссивный	

167. Вирус гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	РНК - содержащий гепаднавирус	
	ДНК - содержащий гепаднавирус	+
	ДНК - содержащий энтеровирус	
	РНК - содержащий пикорнавирус	

168. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Интерферон	+
	Ацикловир	
	Фоскарнет	
	Азидотимидин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Выявление в крови HBs антигена	
	Выявление в крови HBe антигена	
	Тяжелое течение заболевания	
	Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15 - 32 день от начала желтухи	+

170. Для вирусного гепатита В характерно преобладание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Типичных легких форм болезни	
	Среднетяжелых форм болезни	+
	Тяжелых форм болезни	
	Злокачественных форм болезни	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Грудное молоко	
	Интранатальный	+

	Контактный	
	Трансплацентарный	

172. При злокачественной форме вирусных гепатитов

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

173. Возбудитель бешенства относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Retroviridae	
	Herpesviridae	
	Rhabdoviridae	+
	Togaviridae	

174. К какой группе заболеваний относят бешенство?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Антропонозам	
	Зоонозам	+
	Зооантропонозам	
	Сапронозам	

175. Паралитический период бешенства характеризуется:

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

176. Паралитический период бешенства характеризуется:

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

177. Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	
	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+
	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	
	Все перечисленное	

178. Анатоксин столбнячный вводят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Подкожно	+
	Внутривенно	
	Внутрикожно	
	Внутримышечно	

179. Возбудителем рожи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Стафилококк	
	Клебсиелла	
	Бета-гемолитический стрептококк	+
	Пневмококк	

180. Наиболее частая локализация рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Живот	
	Грудная клетка	
	Верхние конечности	
	Нижние конечности	+

181. Наиболее ранним симптомом при первичной роже является:

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

182. Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Пенициллин	+
	Эритромицин	
	Бисептол	
	Линкомицин	

183. Синонимом названия «сибирская язва» является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
-------------	------------------	-------------------------

выбора ответа		
	Экссудативная эритема	
	Злокачественный карбункул	+
	Эризипелоид	
	Шанкرويد	

159. При кожной форме сибирской язвы:

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

160. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	Специфический глобулин	+
	Противосибирезвенную сыворотку	
	Противосибирезвенную вакцину	
	Нормальный человеческий иммуноглобулин	

161. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
	От 8 до 12 часов	
	От 2 до 3 дней	+
	От 5 до 7 дней	
	Более 2-х недель	

161. Для вируса кори характерно:

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

162. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Непосредственно из крови	
Т.	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
У.	Из лимфатических образований кишечника	
Ф.	Из клеток эпителия кишечника	

164. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Вирулентность возбудителя	
Т.	Наличие рецидивов заболевания	
У.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
Ф.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репарационных	

165. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	1-8 дней	
Т.	9-14 дней	+
У.	15-25 дней	
Ф.	25-30 дней	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Головная боль	
Т.	Апатия, адинамия	
У.	Заторможенность	
Ф.	Общая слабость	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Желудок	
Т.	Тонкая кишка	
У.	Проксимальные отделы толстой кишки	
Ф.	Дистальные отделы тонкой кишки	+

168. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
С.	Высота и продолжительность лихорадки	
Т.	Гемодинамические расстройства	
У.	Степень интоксикации	+
Ф.	Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита	

169. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Патогенность	
Т.	Источник инфекции	
У.	Антигенная структура по О-антигенам	+
Ф.	Антигенная структура по Н-антигенам	

170. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	До 6 часов	
Т.	От 12 до 24 часов	+
У.	От 25 до 48 часов	
Ф.	От 49 до 72 часов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	До 6 часов	
Т.	От 7 до 24 часов	
У.	От 25 до 48 часов	
Ф.	Более 72 часов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	До 6 часов	+
Т.	От 7 до 12 часов	
У.	От 13 до 24 часов	
Ф.	Свыше 24 часов	

173. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
---------------------------------	------------------	-------------------------



С.	Симпатическую нервную систему	
Т.	Чувствительные мотонейроны	
У.	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
Ф.	Периферические нервы	

174. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Угнетение дыхательного центра	
Т.	Поражение проводящих ретикулоспинальных путей	
У.	Угнетение активной моторной иннервации дыхательных мышц	+
Ф.	Все перечисленное	

175. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа	+
Т.	Выделении токсинов возбудителя из крови	
У.	Выделении возбудителя из испражнений	
Ф.	Все перечисленное	

176. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

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

177. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Тетрациклин	
Т.	Пенициллин	
У.	Канамицин	
Ф.	Левомицетин	+

178. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Крупный рогатый скот	

Т.	Мышевидные грызуны	
У.	Человек	+
Ф.	Птицы	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	1-6 дней	
Т.	7-12 дней	
У.	13-21 день	+
Ф.	22-30 дней	

180. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Желудка	
Т.	Тонкой кишки	
У.	Толстой кишки	
Ф.	Верхних дыхательных путей	+

181. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

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

182. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Клиническая картина заболевания	
Т.	Эпидемиологические данные	
У.	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
Ф.	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

183. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Капельный	
Т.	Фекально-оральный	+
У.	Парентеральный	
Ф.	Половой	

184. Для вирусного гепатита А характерно:

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

185. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Повышением активности АЛАТ	
Т.	Повышением уровня билирубина сыворотки крови	
У.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IM	+
Ф.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IC	

186. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	1 раз в месяц в течение 3 месяцев	
Т.	1 раз через 1 месяц после выписки	+
У.	1 раз в 3 месяца в течение 1 года	
Ф.	В течение 3 лет	

187. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

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

188. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Лихорадка	
Т.	Слабость, снижение аппетита	
У.	Боли в правом подреберье и эпигастральной области	+
Ф.	Артралгии	

189. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------

С.	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
Т.	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
У.	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
Ф.	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

190. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Пенициллин	+
Т.	Гентамицин	
У.	Доксициклин	
Ф.	Клафоран	

192. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Свиной	
Т.	Бычий	
У.	Козий	+
Ф.	Собачий	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Свиньи	
Т.	Коровы	
У.	Домашние птицы	+
Ф.	Козы, овцы	

194. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	До 3-х месяцев	+
Т.	От 3-х до 6 месяцев	

У.	Свыше 6 месяцев	
Ф.	Более года	

195. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	До 3-х месяцев	
Т.	До 6 месяцев	
У.	Свыше 6 месяцев	+
Ф.	Более года	

196. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Острой форме	
Т.	Острой и подострой форме	
У.	Острой, подострой и обострении хронической формы заболевания	+
Ф.	Хронической форме	

197. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену	+
Т.	Степени тяжести процесса	
У.	Степени активности инфекционного процесса	
Ф.	Реинфекции	

198. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Дифтерии	
Т.	Токсоплазмозе	+
У.	Сальмонеллезе	
Ф.	Коклюш	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Цистицеркоза	
Т.	Клонорхоза	
У.	Трихинеллеза	+
Ф.	Аскаридоза	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Нарушение аппетита	
Т.	Схваткообразные боли в животе	
У.	Перианальный зуд	+
Ф.	Головные боли	

201. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Бычьим цепнем	
Т.	Карликовым цепнем	
У.	Свиным цепнем	
Ф.	Широким лентецом	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Лейшманиоз	
Т.	Токсоплазмоз	
У.	Амебиаз	+
Ф.	Лямблиоз	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Трипаносомозом	
Т.	Лямблиозом	
У.	Токсоплазмозом	+
Ф.	Балантидиозом	

204. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Ротавирусам	
Т.	Пикорнавирусам	
У.	Энтеровирусам	
Ф.	Ортомиксовирусам	+

205. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Больной человек	+

Т.	Реконвалесцент	
У.	Объекты окружающей среды	
Ф.	Здоровый человек	

206. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Аэрозольный	+
Т.	Контактный	
У.	Фекально-оральный	
Ф.	Трансмиссивный	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Значительная интоксикация	+
Т.	Насморк с незначительными серозными выделениями:	
У.	Развитие синдрома крупа	
Ф.	Развитие мезаденита	

208. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Ремантадин	+
Т.	Интрон	
У.	Вальтрекс	
Ф.	Зовиракс	

209. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Толстая капля крови	
Т.	Иммуноферментный анализ	+
У.	Вирусологический анализ	
Ф.	РПГА	

210. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Грипп	
Т.	Парагрипп	
У.	Аденовирусная инфекция	
Ф.	Риновирусная инфекция	+

211. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Грипп	

Т.	Парагрипп	+
У.	Аденовирусная инфекция	
Ф.	РС инфекция	

212. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Грипп	
Т.	Парагрипп	
У.	Аденовирусная инфекция	+
Ф.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Грипп	
Т.	Парагрипп	
У.	Аденовирусная инфекция	+
Ф.	РС инфекция	

214. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Грипп	
Т.	Парагрипп	
У.	Аденовирусная инфекция	+
Ф.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Грипп	+
Т.	Парагрипп	
У.	Аденовирусная инфекция	
Ф.	РС инфекция	

216. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Я.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
АА.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
ББ.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
ВВ.	Длительно сохраняется в воде	

217. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Я.	7-20 дней	



АА.	9-21 дней	+
ББ.	4-14 дней	
ВВ.	11-21 день	

218. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Везикулезная	
Т.	Пятнисто-папулезная	+
У.	Мелкоточечная	
Ф.	Пятнисто-везикулезная	

219. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Высыпает одновременно на всем теле	
Т.	Сгущается на разгибательных поверхностях	
У.	Имеет этапность высыпания сверху вниз	+
Ф.	После себя не оставляет пигментации	

220. Сколько дней длится катаральный период кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	1-2 дня	
Т.	3-4 дня	
У.	До 7-ми дней	+
Ф.	8-10 дней	

221. Пятна Филатова-Коплика появляются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	В инкубационный период	
Т.	В первый день катарального периода	
У.	За 1-2 дня до высыпания	+
Ф.	В период высыпания	

222. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Вирусологическое исследование	
Т.	Бактериологическое исследование	
У.	РПГА	
Ф.	Иммуноферментный анализ	+

223. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	3 мес	
Т.	6 мес	
У.	12 мес	+

Ф.	18 мес	
224. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Острое начало	
Т.	Катаральные проявления	
У.	Полиморфное высыпание на слизистой	
Ф.	Везикулезная сыпь	+
225. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Больной ветряной оспой	+
Т.	Вирусоноситель	
У.	Реконвалесцент	
Ф.	Бактерионоситель	
226. Выберите симптомы, характерные для буллезной формы ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Геморрагическое содержание везикул	
Т.	Поражение внутренних органов	
У.	Некрозы кожи	
Ф.	Большие пузыри с мутным содержимым	+
227. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Герпесвирус	+
Т.	Пикорнавирус	
У.	Энтеровирус	
Ф.	Парамиксовирус	
228. Входные ворота при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Верхние дыхательные пути	+
Т.	Конъюнктив	
У.	Кожа	
Ф.	Половые органы	
229. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Нейтрофилез + лимфопения	
Т.	Лимфопения + атипичные мононуклеары	
У.	Атипичные мононуклеары + лимфоцитоз	+
Ф.	Лимфоцитоз + эозинофилия	
230. Вирус Эпштейн-Барр относится к:		

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Семейству ортомиксовирусов	
Т.	Семейству парамиксовирусов	
У.	Семейству пикорнавирусов	
Ф.	Семейству герпесвирусов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Петехиальной сыпи	
Т.	Узловатой эритемы	
У.	Кореподобной сыпи	+
Ф.	Скарлатиноподобной сыпи	

232. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
С.	Ампициллин	+
Т.	Цефазолин	
У.	Эритромицин	
Ф.	Преднизолон	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Увеличение размеров	+
О.	Болезненность	
П.	Изменение кожи над ними	
Р.	Отек подкожной клетчатки	

234. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Арбовирус	
О.	Парамиксовирус	+
П.	Герпесвирус	
Р.	Риновирус	

235. Осложнения эпидемического паротита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Пневмония	
О.	Орхит	+
П.	Полиневриты	

Р.	Шейные, пояснично-крестцовые радикулопатии	
----	--	--

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Снижение уровня лактатдегидрогеназы	
О.	Повышенные уровни D-димера	+
П.	Нейтропения	
Р.	Лимфоцитоз	

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Чихание	
О.	Гипотония	
П.	Диарея	
Р.	Лихорадка	+

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

Н.	Многочисленные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», преимущественно округлой формы периферической, мультилобарной локализации	+
О.	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации	
П.	Единичные солидные узелки	
Р.	Плевральный выпот	

241. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Мазок из ротоглотки и носа на менингококк	
О.	Посев крови на менингококк	
П.	Бактериоскопия толстой капли крови	
Р.	Посев ликвора на менингококк	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Пенициллин	+
О.	Левомецетин	
П.	Ампициллин	
Р.	Сульфамонетоксин	

243. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Пенициллин	+
О.	Левомецетин	
П.	Ампициллин	
Р.	Сульфамонетоксин	

244. Легионелла относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Простейшим	
О.	Микоплазмам	
П.	Хламидиям	
Р.	Бактериям	+

245. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Цефалоспорины	

О.	Гентамицин	
П.	Эритромицин	+
Р.	Пенициллин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Катаральной, катарально-язвенной	+
О.	Пленчатой	
П.	Токсической	
Р.	Распространенной	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Односторонняя некротическая ангина	
О.	Отек миндалин на пораженной стороне	
П.	Отек подкожной клетчатки	+
Р.	Умеренная боль в горле при глотании	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Надгортанник	
О.	Боковые стенки гортани	
П.	Истинные голосовые складки	+
Р.	Подскладковое пространство	

249. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Миндалинах	+
О.	Миндалинах и передних небных дужках	
П.	Миндалинах и маленьком язычке	
Р.	Миндалинах и задней стенке глотки	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Грубый лающий кашель	
О.	Шумное дыхание	
П.	Втяжение уступчивых мест грудной клетки	

Р.	Стойкая афония	+
----	----------------	---

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Септический эндокардит	
О.	Эндомиокардит вторичный	
П.	Порок сердца	
Р.	Токсический миокардит	+

252. Характер сыпи при скарлатине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Пятнисто-папулезная	
О.	Уртикарная	
П.	Петехиальная	
Р.	Мелкоточечная	+

253. Когда появляется пластинчатое шелушение при скарлатине?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	1–2 день	
О.	14–16 день	
П.	5–8 день	+
Р.	18–21 день	

254. Со стороны периферической крови при скарлатине отмечаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Лимфоцитоз	
О.	Лимфопения	
П.	Нейтрофилез	+
Р.	Нейтропения	

255. Для лечения скарлатины антибиотиком выбора являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Аминогликозиды	
О.	Цефалоспорины	
П.	Пенициллин	+
Р.	Тетрациклины	

256. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем коклюша:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Палочка Леффлера	
О.	Палочка Афанасьева – Пфейфера	
П.	Палочка Борде — Жангу	+

Р.	Палочка Коха	
257. Длительность заразного периода при коклюше составляет:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	10 дней с момента заболевания	
О.	20 дней с момента заболевания	
П.	30 дней с момента заболевания	+
Р.	10 дней от начала приступа кашля	

258. Ведущим звеном в патогенезе коклюша является		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Бактериemia	
О.	Токсемия	
П.	Интоксикация	
Р.	Сенсибилизация	+

259. Решающее значение для диагностики легких форм коклюша имеет:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Бактериологическое исследование	
О.	Серологическое исследование	+
П.	Гематологическое исследование	
Р.	Вирусологическое исследование	

260. Максимальная длительность продромального периода при коклюше составляет:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	3 дня	
О.	7 дней	+
П.	14 дней	
Р.	21 день	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Повышение мочевины	
О.	Повышение креатинина и мочевины	
П.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
Р.	Повышение калия редко	

262. Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Менингоэнцефалитический	
О.	Абдоминальный	



П.	Геморрагический	+
Р.	Диспептический	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	+
О.	Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом	
П.	Острая почечная недостаточность	
Р.	Суставной синдром	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	
О.	Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС	
П.	Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом	+
Р.	Суставной синдром	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Увеличение количества эозинофилов	
О.	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
П.	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
Р.	Увеличение тромбоцитов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Повышение мочевины	
О.	Повышение креатинина и мочевины	
П.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
Р.	Повышение калия редко	

267. Этиотропная терапия при клещевом энцефалите включает:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Н.	Антибиотики	
О.	Специфический гамма — глобулин	+
П.	ГКС	
Р.	Введение специфической сыворотки	

268. Возбудителем клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Листерия	
О.	Боррелия	
П.	Хламидия	
Р.	Вирус	+

269. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Деменция	
О.	Атаксия	
П.	Слепота и снижение слуха	
Р.	Атрофические параличи мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей	+

270. Диагноз клещевой энцефалит не может быть подтвержден:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Кожной аллергической пробой	+
О.	Выделением вируса из крови и ликвора с использованием культуры тканей	
П.	Заражением кровью и ликвором больного лабораторных животных	
Р.	РСК	

271. Основным средством лечения клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Антитоксическая сыворотка	
О.	Ацикловир	
П.	Ганцикловир	
Р.	Иммуноглобулин	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Амбулаторно	
О.	В дневном стационаре	

П.	В инфекционном стационаре	+
Р.	В консультативно-диагностическом центре	
273. Характер эритемы при клещевом энцефалите.		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Резко болезненная, с флюктуацией в центре, с нечеткими контурами	
О.	Умеренно болезненная, с четкими контурами, которые выступают над уровнем кожи	
П.	Умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями	+
Р.	Зудящая, безболезненная, красного цвета, резко отделяется	
274. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка	
О.	Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета	
П.	Отек болезненный и равномерный	
Р.	Первичный бубон чаще единичный	+
275. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии	
О.	Геморрагическая септицемия	+
П.	Наличие токсических лимфаденитов	
Р.	Инфекционно-токсический шок	
276. Для кожной формы чумы		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Последовательные изменения в виде: розеола, папулы, везикулы и пустулы	
О.	Изъязвление пустулы с появлением темного струпа	
П.	Образование фликтены	
Р.	Развитие лимфангоита	+
277. Для первично - септической формы чумы наиболее характерно:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	
О.	Быстрое поражение сосудов	+
П.	Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
Р.	Образование множественных очагов инфекции	
278. Для легочной формы чумы наиболее типично:		
Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Н.	Наличие режущих болей в груди, одышка	
О.	Нарастание легочно-сосудистой недостаточности	+
П.	Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы	
Р.	Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Пунктат из бубона	
О.	Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен	
П.	Мокрота, слизь из зева	
Р.	Кровь, секционный материал	+

280. Возбудителем туляремии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Вирусы	
О.	Риккетсии	
П.	Простейшие	
Р.	Бактерии	+

281. Инкубационный период при туляремии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	19-21 день	
О.	35 дней	
П.	3-7 дней	+
Р.	10 дней	

282. Правила выписки из стационара больного туляремией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Не ранее 7 дня нормальной температуры	+
О.	Не ранее 5 дня нормальной температуры	
П.	Не ранее 21 дня нормальной температуры	
Р.	Не ранее 14 дня нормальной температуры	

283. Малярия – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Антропоноз	+
О.	Зооноз	
П.	Зооантропоноз	
Р.	Сапроноз	

284. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Примахин	+
О.	Хинин	
П.	Делагил	
Р.	Нитрофураны	

285. Половой цикл развития малярийного плазмодия проходит в организме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Комаров рода Anopheles	+
О.	Комаров рода Culex	
П.	Комаров рода Aedes	
Р.	Платяных вшей	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Pl.ovale	
О.	Pl.vivax	
П.	Pl.falciparum	+
Р.	При сочетании Pl. vivax и Pl. Ovale	

287. Типичный малярийный пароксизм клинически проявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Озноб, кашель, насморк	
О.	Пот, озноб, жар	
П.	Жар, озноб, пот	
Р.	Озноб, жар, пот	+

288. Характер желтухи, которая может возникнуть при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Паренхиматозное	
О.	Гемолитическая	+
П.	Обтурационная	
Р.	Связана с холестаазом	

289. Какой из возбудителей малярии зачастую может передаваться трансфузионно?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Pl. vivax	
О.	Pl. falciparum	

П.	при сочетании Pl. vivax и Pl. Ovale	
Р.	Pl.malariae.	+

290. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	До 3-х недель	
О.	От 3-х недель до нескольких лет	
П.	От 3-х недель до 3-х месяцев	+
Р.	От 5 до 10 дней	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Через 1 месяц после инфицирования	
О.	Через 6 месяцев после инфицирования	
П.	В течение 1-2 недели после заражения	
Р.	Через 3 месяца после заражения	+

292. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Наличие поверхностной мембраны	
О.	Наличие РНК	
П.	Интеграция в геном клетки хозяина	+
Р.	Наличие сердцевинной части	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Внешний белок мембраны	
О.	Белки сердцевинны вириона	
П.	Обратная транскриптаза	+
Р.	Трансмембранный белок	

294. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ— инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	До 6 месяцев	
О.	6-12 месяцев	
П.	2-5 лет	
Р.	Более 10- 15 лет	+

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

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Лихорадка	
О.	Полиаденопатия	
П.	Тонзиллит	
Р.	Появление в крови молодых форм лимфоцитов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Лимфогистиоцитарная инфильтрация	
О.	Воспалительные изменения	
П.	Склерозирование лимфоидной ткани	
Р.	Гиперплазия лимфоидной ткани	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Внешний белок мембраны	
О.	Белки сердцевины вириона	
П.	Обратная транскриптаза	+
Р.	Трансмембранный белок	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Артралгический	
О.	Диспепсический	+
П.	Астеновегетативный	
Р.	Латентный	

300. Механизм передачи вирусного гепатита В:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Н.	Аэрозольный	
О.	Контактный	
П.	Парентеральный	+
Р.	Трансмиссивный	

301. Вирус гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	РНК - содержащий гепаднавирус	
О.	ДНК - содержащий гепаднавирус	+
П.	ДНК - содержащий энтеровирус	
Р.	РНК - содержащий пикорнавирус	

302. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Интерферон	+
О.	Ацикловир	
П.	Фоскарнет	
Р.	Азидотимидин	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Выявление в крови HBs антигена	
О.	Выявление в крови HBe антигена	
П.	Тяжелое течение заболевания	
Р.	Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15 - 32 день от начала желтухи	+

304. Для вирусного гепатита В характерно преобладание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Типичных легких форм болезни	
О.	Среднетяжелых форм болезни	+
П.	Тяжелых форм болезни	
Р.	Злокачественных форм болезни	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Грудное молоко	
О.	Интранатальный	+



П.	Контактный	
Р.	Трансплацентарный	

306. При злокачественной форме вирусных гепатитов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Увеличиваются размеры печени	
О.	В клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз	
П.	Уменьшаются размеры печени	+
Р.	Уменьшается желтуха	

307. Возбудитель бешенства относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Retroviridae	
О.	Herpesviridae	
П.	Rhabdoviridae	+
Р.	Togaviridae	

308. К какой группе заболеваний относят бешенство?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Антропонозам	
О.	Зоонозам	+
П.	Зооантропонозам	
Р.	Сапронозам	

309. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Нарастанием мышечного тонуса	
О.	Нормализацией сердечной деятельности	
П.	Параличи развиваются по нисходящему типу	
Р.	Летальным исходом у 100 % больных	+

310. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Гипотермией	
О.	Прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии	+
П.	Нарастанием мышечного тонуса	
Р.	Нормализацией сердечной деятельности	

311. Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
Н.	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	
О.	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+
П.	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	
Р.	Все перечисленное	

312. Анатоксин столбнячный вводят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Подкожно	+
О.	Внутривенно	
П.	Внутрикожно	
Р.	Внутримышечно	

313. Возбудителем рожи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Стафилококк	
О.	Клебсиелла	
П.	Бета-гемолитический стрептококк	+
Р.	Пневмококк	

314. Наиболее частая локализация рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Живот	
О.	Грудная клетка	
П.	Верхние конечности	
Р.	Нижние конечности	+

315. Наиболее ранним симптомом при первичной роже является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Появление эритемы на коже	
О.	Боли в очаге поражения	
П.	Повышение температуры с ознобом	+
Р.	Отек мягких тканей в очаге поражения	

316. Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Пенициллин	+
О.	Эритромицин	
П.	Бисептол	
Р.	Линкомицин	

317. Синонимом названия «сибирская язва» является:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
-------------	------------------	-------------------------

выбора ответа		
Н.	Экссудативная эритема	
О.	Злокачественный карбункул	+
П.	Эризипелоид	
Р.	Шанкرويد	

318. При кожной форме сибирской язвы:

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

319. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	Специфический глобулин	+
О.	Противосибиреязвенную сыворотку	
П.	Противосибиреязвенную вакцину	
Р.	Нормальный человеческий иммуноглобулин	

320. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Н.	От 8 до 12 часов	
О.	От 2 до 3 дней	+
П.	От 5 до 7 дней	
Р.	Более 2-х недель	

321. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
ГГ.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
ДД.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
ЕЕ.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
ЖЖ.	Длительно сохраняется в воде	

322. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
ГГ.	7-20 дней	
ДД.	9-21 дней	+
ЕЕ.	4-14 дней	
ЖЖ.	11-21 день	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Непосредственно из крови	
Ц.	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
Ч.	Из лимфатических образований кишечника	
Ш.	Из клеток эпителия кишечника	

324. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Вирулентность возбудителя	
Ц.	Наличие рецидивов заболевания	
Ч.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
Ш.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репарационных	

325. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	1-8 дней	
Ц.	9-14 дней	+
Ч.	15-25 дней	
Ш.	25-30 дней	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Головная боль	
Ц.	Апатия, адинамия	
Ч.	Заторможенность	
Ш.	Общая слабость	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Желудок	
Ц.	Тонкая кишка	
Ч.	Проксимальные отделы толстой кишки	
Ш.	Дистальные отделы тонкой кишки	+

328. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
----------	------------------	----------------------

выбора ответа		
Х.	Высота и продолжительность лихорадки	
Ц.	Гемодинамические расстройства	
Ч.	Степень интоксикации	+
Ш.	Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита	

329. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Патогенность	
Ц.	Источник инфекции	
Ч.	Антигенная структура по О-антигенам	+
Ш.	Антигенная структура по Н-антигенам	

330. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	До 6 часов	
Ц.	От 12 до 24 часов	+
Ч.	От 25 до 48 часов	
Ш.	От 49 до 72 часов	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	До 6 часов	
Ц.	От 7 до 24 часов	
Ч.	От 25 до 48 часов	
Ш.	Более 72 часов	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	До 6 часов	+
Ц.	От 7 до 12 часов	
Ч.	От 13 до 24 часов	
Ш.	Свыше 24 часов	

333. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
---------------------------------	------------------	-------------------------

Х.	Симпатическую нервную систему	
Ц.	Чувствительные мотонейроны	
Ч.	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
Ш.	Периферические нервы	

334. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Угнетение дыхательного центра	
Ц.	Поражение проводящих ретикулоспинальных путей	
Ч.	Угнетение активной моторной иннервации дыхательных мышц	+
Ш.	Все перечисленное	

335. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа	+
Ц.	Выделении токсинов возбудителя из крови	
Ч.	Выделении возбудителя из испражнений	
Ш.	Все перечисленное	

336. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

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

337. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Тетрациклин	
Ц.	Пенициллин	
Ч.	Канамицин	
Ш.	Левомецетин	+

338. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Крупный рогатый скот	

Ц.	Мышевидные грызуны	
Ч.	Человек	+
Ш.	Птицы	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	1-6 дней	
Ц.	7-12 дней	
Ч.	13-21 день	+
Ш.	22-30 дней	

340. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Желудка	
Ц.	Тонкой кишки	
Ч.	Толстой кишки	
Ш.	Верхних дыхательных путей	+

341. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

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

342. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Клиническая картина заболевания	
Ц.	Эпидемиологические данные	
Ч.	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
Ш.	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

343. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Капельный	
Ц.	Фекально-оральный	+
Ч.	Парентеральный	
Ш.	Половой	

344. Для вирусного гепатита А характерно:

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

345. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Повышением активности АЛАТ	
Ц.	Повышением уровня билирубина сыворотки крови	
Ч.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IM	+
Ш.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IC	

346. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	1 раз в месяц в течение 3 месяцев	
Ц.	1 раз через 1 месяц после выписки	+
Ч.	1 раз в 3 месяца в течение 1 года	
Ш.	В течение 3 лет	

347. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

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

348. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Лихорадка	
Ц.	Слабость, снижение аппетита	
Ч.	Боли в правом подреберье и эпигастральной области	+
Ш.	Артралгии	

349. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------



Х.	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
Ц.	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
Ч.	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
Ш.	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

350. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

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

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Пенициллин	+
Ц.	Гентамицин	
Ч.	Доксициклин	
Ш.	Клафоран	

352. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Свиной	
Ц.	Бычий	
Ч.	Козий	+
Ш.	Собачий	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Свиньи	
Ц.	Коровы	
Ч.	Домашние птицы	+
Ш.	Козы, овцы	

354. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	До 3-х месяцев	+
Ц.	От 3-х до 6 месяцев	

Ч.	Свыше 6 месяцев	
Ш.	Более года	

355. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	До 3-х месяцев	
Ц.	До 6 месяцев	
Ч.	Свыше 6 месяцев	+
Ш.	Более года	

356. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Острой форме	
Ц.	Острой и подострой форме	
Ч.	Острой, подострой и обострении хронической формы заболевания	+
Ш.	Хронической форме	

357. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену	+
Ц.	Степени тяжести процесса	
Ч.	Степени активности инфекционного процесса	
Ш.	Реинфекции	

358. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Дифтерии	
Ц.	Токсоплазмозе	+
Ч.	Сальмонеллезе	
Ш.	Коклюше	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Цистицеркоза	
Ц.	Клонорхоза	
Ч.	Трихинеллеза	+
Ш.	Аскаридоза	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Нарушение аппетита	
Ц.	Схваткообразные боли в животе	
Ч.	Перианальный зуд	+
Ш.	Головные боли	

361. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Бычьим цепнем	
Ц.	Карликовым цепнем	
Ч.	Свиным цепнем	
Ш.	Широким лентецом	+

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Лейшманиоз	
Ц.	Токсоплазмоз	
Ч.	Амебиаз	+
Ш.	Лямблиоз	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Трипаносомозом	
Ц.	Лямблиозом	
Ч.	Токсоплазмозом	+
Ш.	Балантидиозом	

364. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Ротавирусам	
Ц.	Пикорнавирусам	
Ч.	Энтеровирусам	
Ш.	Ортомиксовирусам	+

365. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Больной человек	+

Ц.	Реконвалесцент	
Ч.	Объекты окружающей среды	
Ш.	Здоровый человек	

366. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Аэрозольный	+
Ц.	Контактный	
Ч.	Фекально-оральный	
Ш.	Трансмиссивный	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Значительная интоксикация	+
Ц.	Насморк с незначительными серозными выделениями:	
Ч.	Развитие синдрома крупа	
Ш.	Развитие мезаденита	

368. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Ремантадин	+
Ц.	Интрон	
Ч.	Вальтрекс	
Ш.	Зовиракс	

369. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Толстая капля крови	
Ц.	Иммуноферментный анализ	+
Ч.	Вирусологический анализ	
Ш.	РПГА	

370. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Грипп	
Ц.	Парагрипп	
Ч.	Аденовирусная инфекция	
Ш.	Риновирусная инфекция	+

371. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Грипп	

Ц.	Парагрипп	+
Ч.	Аденовирусная инфекция	
Ш.	РС инфекция	

372. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Грипп	
Ц.	Парагрипп	
Ч.	Аденовирусная инфекция	+
Ш.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Грипп	
Ц.	Парагрипп	
Ч.	Аденовирусная инфекция	+
Ш.	РС инфекция	

374. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Грипп	
Ц.	Парагрипп	
Ч.	Аденовирусная инфекция	+
Ш.	РС инфекция	

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

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Грипп	+
Ц.	Парагрипп	
Ч.	Аденовирусная инфекция	
Ш.	РС инфекция	

376. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
ЗЗ.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
ИИ.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
КК.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
ЛЛ.	Длительно сохраняется в воде	

377. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
ЗЗ.	7-20 дней	

ИИ.	9-21 дней	+
КК.	4-14 дней	
ЛЛ.	11-21 день	

378. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Везикулезная	
Ц.	Пятнисто-папулезная	+
Ч.	Мелкоточечная	
Ш.	Пятнисто-везикулезная	

379. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Высыпает одновременно на всем теле	
Ц.	Сгущается на разгибательных поверхностях	
Ч.	Имеет этапность высыпания сверху вниз	+
Ш.	После себя не оставляет пигментации	

380. Сколько дней длится катаральный период кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	1-2 дня	
Ц.	3-4 дня	
Ч.	До 7-ми дней	+
Ш.	8-10 дней	

381. Пятна Филатова-Коплика появляются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	В инкубационный период	
Ц.	В первый день катарального периода	
Ч.	За 1-2 дня до высыпания	+
Ш.	В период высыпания	

382. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Вирусологическое исследование	
Ц.	Бактериологическое исследование	
Ч.	РПГА	
Ш.	Иммуноферментный анализ	+

383. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	3 мес	
Ц.	6 мес	
Ч.	12 мес	+

Ш.	18 мес	
384. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Острое начало	
Ц.	Катаральные проявления	
Ч.	Полиморфное высыпание на слизистой	
Ш.	Везикулезная сыпь	+
385. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Больной ветряной оспой	+
Ц.	Вирусоноситель	
Ч.	Реконвалесцент	
Ш.	Бактерионоситель	
386. Выберите симптомы, характерные для буллезной формы ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Геморрагическое содержание везикул	
Ц.	Поражение внутренних органов	
Ч.	Некрозы кожи	
Ш.	Большие пузыри с мутным содержимым	+
387. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Герпесвирус	+
Ц.	Пикорнавирус	
Ч.	Энтеровирус	
Ш.	Парамиксовирус	
388. Входные ворота при ветряной оспе:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Верхние дыхательные пути	+
Ц.	Конъюнктив	
Ч.	Кожа	
Ш.	Половые органы	
389. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:		
Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Нейтрофилез + лимфопения	
Ц.	Лимфопения + атипичные мононуклеары	
Ч.	Атипичные мононуклеары + лимфоцитоз	+
Ш.	Лимфоцитоз + эозинофилия	
390. Вирус Эпштейн-Барр относится к:		

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Х.	Семейству ортомиксовирусов	
Ц.	Семейству парамиксовирусов	
Ч.	Семейству пикорнавирусов	
Ш.	Семейству герпесвирусов	+

### **Комплект ситуационных задач для проведения промежуточной аттестации**

391. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:  
 Ответ: 9-14 дней
392. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:  
 Ответ: От 12 до 24 часов
393. При контактном пути передачи сальмонеллеза инкубационный период чаще составляет:  
 Ответ: Более 72 часов
394. Длительность инкубационного периода при пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии составляет:  
 Ответ: До 6 часов
395. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:  
 Ответ: Левомецетин
396. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:  
 Ответ: Человек
397. Максимальные сроки выделения вируса больными при ротавирусном гастроэнтерите составляют:  
 Ответ: 13-21 день
398. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:  
 Ответ: Верхних дыхательных путей
399. Механизм передачи вируса гепатита А:  
 Ответ: Фекально-оральный
400. Укажите правильное утверждение. Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:  
 Ответ: Пенициллин
401. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:  
 Ответ: Козий
402. Укажите, кто не является источником инфекции при бруцеллезе:  
 Ответ: Домашние птицы
403. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:  
 Ответ: Свыше 6 месяцев
404. Поражение печени может отмечаться при:  
 Ответ: Токсоплазмозе



405. Лихорадка, боль в мышцах при движении и в покое, одутловатость лица, эозинофилия крови характерны для:  
Ответ: Клонорхоза
406. Укажите правильное утверждение. Клинический симптом наиболее характерный для энтеробиоза:  
Ответ: Периаанальный зуд
407. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:  
Ответ: Широким лентецом
408. У больного с язвенным поражением кишечника в жидких фекалиях со слизью обнаружена кровь. Какую протозойную болезнь наиболее вероятно предположить?  
Ответ: Амебиаз
409. Возбудитель гриппа относится к:  
Ответ: Ортомиксовирусам
410. Источником инфекции при гриппе является  
Ответ: Больной человек
411. Механизм передачи гриппа:  
Ответ: Аэрозольный
412. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:  
Ответ: Ремантадин
413. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:  
Ответ: Риновирусная инфекция
414. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:  
Ответ: Парагрипп
415. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:  
Ответ: Аденовирусная инфекция
416. Для какой ОРВИ характерно относительно длительное волнообразное течение с элементами рецидивирования:  
Ответ: Аденовирусная инфекция
417. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:  
Ответ: Аденовирусная инфекция
418. При какой ОРВИ наиболее часто развиваются гипертермический и судорожный синдромы:  
Ответ: Грипп
419. Для вируса кори характерно:  
Ответ: Низкая устойчивость в окружающей среде
420. Инкубационный период кори имеет продолжительность:  
Ответ: 9-21 дней
421. Назовите характерную сыпь при кори:  
Ответ: Пятнисто-папулезная
422. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

- Ответ: Имеет этапность высыпания сверху вниз
423. Сколько дней длится катаральный период кори:  
Ответ: До 7-ми дней
424. Пятна Филатова-Коплика появляются:  
Ответ: За 1-2 дня до высыпания
425. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:  
Ответ: Иммуноферментный анализ
426. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:  
Ответ: 12 мес
427. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:  
Ответ: Везикулезная сыпь
428. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:  
Ответ: Больной ветряной оспой
429. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:  
Ответ: Герпесвирус
430. Входные ворота при ветряной оспе:  
Ответ: Верхние дыхательные пути
431. Вирус Эпштейн-Барр относится к:  
Ответ: Семейству герпесвирусов
432. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:  
Ответ: Кореподобной сыпи
433. Какие изменения лимфоузлов можно выявить у больного с инфекционным мононуклеозом:  
Ответ: Увеличение размеров
434. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:  
Ответ: Парамиксовирус
435. Осложнения эпидемического паротита:  
Ответ: Орхит
436. Какой из нижеперечисленных показателей наиболее точно отражает предполагаемый инкубационный период COVID-19?  
437. Ответ: От 2 дней до 2 недель
438. Какое из клинических проявлений является наиболее часто регистрируемым у пациентов с COVID-19?  
Ответ: Лихорадка
439. В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:  
Ответ: Пенициллин
440. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:  
Ответ: Пенициллин

441. Легионелла относится к:  
Ответ: Бактериям
442. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:  
Ответ: Эритромицин
443. Чаще всего дифтерия носа у взрослых протекает в форме:  
Ответ: Катаральной, катарально-язвенной
444. Местом обязательной ликвидации фибринозной пленки при дифтерии гортани является:  
Ответ: Истинные голосовые складки
445. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:  
Ответ: Миндалинах

### **Комплект вопросов для проведения промежуточной аттестации**

446. **Ротавирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.**  
**Ротавирусная инфекция** вызывается одноименным вирусом. Это заболевание еще называют ротавирусом, **ротавирусным** энтероколитом, желудочным или кишечным гриппом (последнее название обусловлено совпадением вспышек **ротавирусной инфекции** с эпидемиями гриппа).  
**Ротавирусная инфекция** отличается сезонностью, наиболее часто она диагностируется в зимне-весенний период (с декабря по май).  
**Патогенез.** Размножение ротавируса происходит в зрелых энтероцитах, т.е. вблизи кончиков ворсинок и в энтероэндокринных клетках тонкой кишки. Энтероциты вырабатывают факторы, необходимые для эффективного прикрепления патогена к стенке кишечника. Присоединение ротавируса к клеткам-хозяевам обеспечивается внешним капсидным белком VP4 и партнёрами по связыванию на поверхности клеток-хозяев — ганглиозидами GM1, GD1a и антигенами гистогруппы крови (HBGA).  
**Клиника.** Для ротавирусной инфекции характерно **острое начало - рвота, резкое повышение температуры, возможен понос, зачастую и очень узнаваемый стул - в первый день жидкий желтый, на второй, третий день серо-жёлтый и глинообразный.** У большинства заболевших появляются насморк, покраснения в горле, они испытывают боли при глотании. В острый период отсутствует аппетит, наблюдается состояние упадка сил.  
**Диагностика.** Антигены ротавируса могут быть обнаружены в кале благодаря иммуноферментному анализу (ИФА), иммунохроматографии и методу обратнотранскриптазной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР).  
Менее чувствительным методом, но дающим быстрый ответ является использование **иммунохроматографических тест-полосок.** С помощью ИФА вирус обнаруживается в 94 % случаев после 1-4 дней болезни и в 76 % случаев после 4-8 дней болезни.  
**ОТ-ПЦР** является высокочувствительным методом, который позволяет генотипировать вирусные изоляты и выявлять вирус в течение более длительного периода по сравнению с ИФА. Количество выделяемой с калом РНК вируса напрямую связан с тяжестью ротавирусной диареи у детей.  
**Лечение.** Медикаментозное: противовирусные препараты(циклоферон), регидратация, дезинтоксикация, диетотерапия и применение ферментных препаратов и энтеросорбентов.

#### **447. Бруцеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.**

Бруцеллез — зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание, которое вызывается бактериями рода *Brucella*. Иногда — обычно при несвоевременной диагностике и запоздалом лечении — болезнь приобретает хроническое рецидивирующее течение.

**Этиология.** Возбудители — аэробные и микроаэрофильные неподвижные грамотрицательные бактерии рода *Brucella*. По международной классификации род *Brucella* состоит из 6 самостоятельных видов, которые подразделяют на ряд биоваров.

**Эпидемиология.** Основным источником и резервуаром инфекции — овцы, козы, крупный рогатый скот и свиньи. Отмечены случаи заражения людей бруцеллёзом от северных оленей. В редких случаях источником заражения могут быть лошади, верблюды, яки и Зоонозы 55 1 некоторые другие животные, которые выделяют возбудитель с молоком, мочой, калом, околоплодной жидкостью. Наиболее часто человек заражается бруцеллёзом от мелкого скота, возбудитель которого (*B. melitensis*) вызывает большинство тяжёлых форм заболевания. Также довольно часто человек заражается *B. abortus* от крупного рогатого скота, однако клинически выраженную инфекцию регистрируют в единичных случаях. Течение болезни лёгкое; больной человек не опасен для окружающих.

**Патогенез. Входные ворота инфекции** — слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей, механически повреждённая кожа, конъюнктура глаза. Инфицирующая доза — 10-100 бактерий. В месте проникновения бруцелл изменения отсутствуют. После попадания в организм патогенные бактерии движутся к регионарным лимфоузлам. Там они размножаются, а затем проникают в кровь, выделяя токсины и приводя к появлению первых признаков заболевания.

Дальнейшее развитие и размножение бруцелл происходит в лимфатических узлах, откуда они периодически проникают в кровоток, приводя при неоднократных атаках к распространению инфекции по всему организму. В ответ на инфицирование происходит выработка антител, стимуляция фагоцитоза (поглощение иммунными клетками крови), что ведёт к исчезновению возбудителя бруцеллёза из крови и изменению клинической картины болезни (сглаживанию симптомов). Однако часто бактерии сохраняются в некоторых органах и тканях, где они избегают пагубного воздействия иммунной системы хозяина. Это приводит к хронизации болезни.

#### **Классификация.**

- острая форма — до 1,5 месяцев;
- подострая форма — до 4 месяцев;
- хроническая форма — более 4 месяцев;
- резидуальная форма — остаточные явления.

#### **448. Бруцеллез. Клиника острой формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.**

**Клиника острой формы.** При быстром развитии острый бруцеллёз проявляется подъёмом температуры тела до высоких цифр (39 °C и выше) в течение 1—2 первых дней заболевания. Лихорадку ремиттирующего, волнообразного или интермиттирующего характера сопровождает выраженный озноб, завершающийся профузным потоотделением. Лихорадочная реакция обычно продолжается несколько дней, но может удлиняться до 3—4 нед, принимая волнообразный характер. Вместе с тем в большинстве случаев самочувствие больных вследствие умеренной интоксикации остаётся относительно удовлетворительным даже на фоне высокой температуры тела и достаточно существенных объективных изменений. Больные жалуются на головную боль, эмоциональную неустойчивость, раздражительность, нарушения сна, боли в мышцах и суставах. При осмотре на высоте лихорадки отмечают гиперемия лица и шеи, бледность кожных покровов туловища и конечностей. Периферические лимфатические узлы, особенно шейные и подмышечные, незначительно увеличиваются в размерах, могут быть несколько болезненными при пальпации.

**Дифференциальная и лабораторная диагностика.** Острый бруцеллёз дифференцируют от заболеваний, сопровождающихся длительной лихорадкой (тифо-паратифозные заболевания, малярия, туберкулёз, неспецифические системные заболевания, ВИЧ-инфекция, сепсис, лимфогранулематоз и др.).

**Лабораторная диагностика.** В последнее время в практику внедряют реакцию агрегатгемагглютинации, РКА и РЛА, ИФА, обнаруживающие Аг бруцелл в биологических средах (в первую очередь в крови). Широко применяют серологические реакции (РА Райта, РСК, РНГА, РИФ), выявляющие нарастание титров специфических АТ в парных сыворотках, ценность которых повышается при наличии клинических признаков бруцеллёза. При хроническом бруцеллёзе выявляют неполные АТ в реакции Кумбса. Реакция Райта наиболее информативна при остром бруцеллёзе. В последнее время с успехом применяют реакцию лизиса бруцелл под воздействием сыворотки крови больного. Широко распространена внутрикожная аллергическая проба Бюрне.

#### **449. Бруцеллез. Клиника хронической формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.**

**Клиника хронической формы.** Характерны вариабельность клинических проявлений и рецидивирующее течение. Температурная реакция и другие проявления интоксикации слабые или умеренно выражены. Периоды обострений сменяют ремиссии, длительность которых может достигать 1-2 мес. Ухудшение состояния наблюдают при возникновении свежих очаговых процессов. В клинической картине хронического бруцеллёза преобладают очаговые поражения со стороны различных органов и систем.

**Дифференциальная диагностика.** При подостром и хроническом бруцеллёзе необходимо исключить ревматизм и ревматоидный артрит, туберкулёзные очаговые поражения, сифилитические и гонорейные артриты. При этих формах бруцеллёза периоды повышенной температуры тела сменяют эпизоды апирексии, жалобы больных многочисленны и разнообразны (боли в суставах, мышцах, костях, парестезии и др.); характерны очаговые полиорганные проявления и аллергические реакции, фиброзиты и целлюлиты.

**Лабораторная диагностика.** В последнее время в практику внедряют реакцию агрегатгемагглютинации, РКА и РЛА, ИФА, обнаруживающие Аг бруцелл в биологических средах (в первую очередь в крови). Широко применяют серологические реакции (РА Райта, РСК, РНГА, РИФ), выявляющие нарастание титров специфических АТ в парных сыворотках, ценность которых повышается при наличии клинических признаков бруцеллёза. При хроническом бруцеллёзе выявляют неполные АТ в реакции Кумбса. Реакция Райта наиболее информативна при остром бруцеллёзе. В последнее время с успехом применяют реакцию лизиса бруцелл под воздействием сыворотки крови больного. Широко распространена внутрикожная аллергическая проба Бюрне.

**Лечение.** Режим амбулаторный в легких и стационарный в тяжёлых случаях заболевания. Этиотропная терапия эффективна при остром бруцеллёзе; меньший эффект наблюдают при активации процесса у больных подострыми и хроническими формами. Оптимальным считают назначение двух антибиотиков, один из которых должен проникать через клеточную мембрану. Применяют одно из следующих сочетаний с учётом противопоказаний (дети до 15 лет, беременность, лактация, эпилепсия). • Рифампицин (по 600-900 мг/сут) и доксициклин (по 200 мг/сут) внутрь непрерывным курсом, длительностью не менее 6 нед. При рецидивах курс лечения повторяют. • Доксициклин (по 100 мг 2 раза в сутки) курсом на 3—6 нед и стрептомицин (по 1 г внутримышечно 2 раза в сутки) в течение 2 нед. Это сочетание эффективнее предыдущего, особенно при спондилите, но применяемые препараты проявляют высокую токсичность. • Офлоксацин (по 200—300 мг 2 раза в сутки) внутрь и рифампицин в вышеуказанных дозах. В комплексной терапии бруцеллёза применяют дезинтоксикационные средства по общим принципам их применения, АТФ, метионин, мягкие иммуностимуляторы (дибазол, пентоксил, тималин и др.). Широко применяют

противовоспалительные средства — нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, бруфен и др.). При болях (невриты, невралгии, боли вегетативного характера) проводят симптоматическую терапию в виде новокаиновых блокад 1% раствором новокаина, внутривенные введения 0,25% раствора новокаина в возрастающих дозах. Применение глюкокортикоидов следует проводить с большой осторожностью. Их назначение вынужденно при поражениях ЦНС (менингит, менингоэнцефалит), а так же при выраженных воспалительных изменениях (орхиты, невриты и др.) и отсутствии эффекта других противовоспалительных средств. Лечебную (убитую) бруцеллёзную вакцину в последние годы для лечения больных применяют всё реже из-за её способности вызывать подавление иммунитета, увеличивать возможность рецидивов, вызывать аутоиммунные реакции и реакции на содержащиеся в ней балластные вещества. В период стойкой ремиссии при хронической форме и резидуальном бруцеллёзе назначают лечебную физкультуру, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение (УВЧ, кварц, парафиновые аппликации, радоновые ванны).

#### **450. Лептоспироз. Клиника. Дифференциальная и лабораторная диагностика.**

Лептоспироз — острая зоонозная природно-очаговая инфекция с преимущественным поражением почек, печени и нервной системы. Сопровождается развитием интоксикации, геморрагического синдрома и нередко желтухи.

**Клиника.** Начало заболевания характеризуется внезапным повышением температуры тела до 39-40°C (продолжительность до 10 дней), сопровождающееся потрясающим ознобом, нарастающей головной болью, бессоницей, нарушением аппетита, тошнотой и выраженной жаждой. Появляются боли в мышцах (преимущественно в икроножных), позже присоединяется желтушность кожи и слизистых оболочек, высыпания на коже различного характера.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная заторможенность, при развитии тяжёлых форм — бред, нарушения сознания и адинамия (бессилие). Лицо гиперемированное, одутловатое, часто с продолжением на шею и верх грудной клетки (симптом «капюшона»). Склеры глаз инъецированы (выраженные сосуды).

На 3-6 сутки появляются высыпания на туловище и конечностях (сыпь различного характера – пятнисто-папулёзная, мелкопятнистая, мелкоточечная, петехиальная, эритематозная с тенденцией к слиянию; после разрешения оставляет шелушение). При развитии желтухи на 3-5 день появляется желтушное окрашивание кожи различной интенсивности, иктеричность (желтушность) склер, темнеет моча.

**Дифференциальная диагностика.** В начальный период лептоспироз следует отличать от острых лихорадочных состояний, при развитии органических поражений — от вирусных гепатитов, геморрагических лихорадок, малярии, иерсиниозов, иногда менингитов.

**Лабораторная диагностика.** В гемограмме обнаруживают лейкоцитоз, выраженный нейтрофильный сдвиг влево, значительное нарастание СОЭ. В разгар болезни уменьшается число эозинофилов, эритроцитов и тромбоцитов, снижается содержание НЬ. Биохимические показатели крови при желтушной форме лептоспироза включают повышение билирубина (с преобладанием связанного), повышение показателей аминотрансфераз, гипохолестеринемии, повышение активности щелочной фосфатазы. Значительно более популярны в клинической практике серологические методы. Диагноз подтверждают с помощью реакций микроагглютинации и агглютинации-лизиса, а также РСК и РНГА.

#### **451. Вирусный гепатит А. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация.**

**Этиология.** Возбудителем является вирус гепатита А принадлежащий к семейству пикорнавирусы, подклассу – Hepatovirus.

**Эпидемиология.** Заражение гепатитом А происходит при контакте с источником инфекции — живым человеком (больной различными формами заболевания и

вирусоноситель). Механизм передачи: фекально-оральный (пути — водный, контактно-бытовой, пищевой), парентеральный (редко при переливании крови), половой (орально-анальный контакт).

**Патогенез.** Воратами для проникновения вируса является слизистая оболочка органов желудочно-кишечного тракта, где происходит его первичное размножение в эндотелиальной выстилке тонкого кишечника и мезентериальных лимфоузлах. В результате этого происходит повреждение клеток: проникновение вируса в клетку; захват лизосомой; разрушение белковой оболочки вируса; сборка белков по программе вирусной РНК; встраивание этих белков в цитолемму клетки; образование патологических пор в оболочке клетки; поступление внутрь клетки ионов натрия и воды; баллонная дистрофия (разрушение ультраструктур клетки и образование крупных вакуолей) с последующим некрозом (его объём, как правило, ограничен); гибель клетки и лимфоцитарная иммунная реакция, приводящая к основному объёму поражения.

**Клиническая классификация** По степени разнообразия проявлений выделяют две формы гепатита А: клинически выраженная (желтушная, безжелтушная, стёртая); субклиническая (инаппарантная).

По длительности течения также выделяют две формы гепатита А: острая циклическая (до трёх месяцев); острая затяжная (более трёх месяцев).

Степени тяжести гепатита А: лёгкая; среднетяжёлая; тяжёлая; фульминантная (молниеносная).

#### **452. Вирусный гепатит А. клиника желтушного периода, диагностические критерии.**

Желтушный период длительностью около 7-15 дней характеризуется снижением выраженности симптомов предшествующего периода (*то есть с появлением желтухи самочувствие улучшается*). Усиливается желтушное окрашивание склер, кожных покровов и слизистой оболочки ротоглотки. Моча приобретает цвет тёмного пива, кал белеет. Присутствует общая слабость, недомогание, плохой аппетит, чувство тяжести и переполненности в правом подреберье, больной расчёсывает себя из-за зуда кожи (лихенификация), появляются петехии (мелкие кровоизлияния) на коже. При врачебном исследовании выявляется увеличение печени и селезёнки, явственно положителен симптом Ортнера (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге), гипотония (может быть и нормотония), токсическая брадикардия (снижение ЧСС), появляются периферические отёки, возможны боли в суставах (артралгии).

#### **453. Вирусный гепатит Е. Этиология, эпидемиология, клиника.**

**Этиология.** Возбудителем является вирус гепатита Е принадлежащий к семейству *Hepeviridae*.

**Эпидемиология.** Источник инфекции — вирусоноситель или человек, который уже болен какой-либо формой гепатита Е, в особенности острой. Механизм передачи: фекально-оральный — через заражённые вирусом руки (контактно-бытовой путь), воду или пищу, парентеральный — при переливании крови (встречается редко), половой путь — при орально-анальном контакте, вертикальный — от матери к плоду.

**Клиника.** При возникновении явных клинических признаков (т. е. при манифестации), преобладают случаи лёгкого и среднетяжёлого течения. Симптоматика медленно нарастает. Появляется немотивированная слабость, подташнивание, снижение аппетита, повышение температуры до 37,1-38,0°C (субфебрилитет), дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, дискомфорт в суставах, возможна рвота. Вслед за этими симптомами через 3-7 дней наступает желтушный период, который длится максимум один месяц. Он сопровождается пожелтением кожи и слизистых оболочек, потемнением мочи и обесцвечиванием кала. Общее состояние больных не улучшается, сохраняется плохое самочувствие, выраженный дискомфорт в правом подреберье, увеличение размеров печени и селезёнки, желтушность кожных покровов, нарастает зуд кожи. Специфичной симптоматики у хронического гепатита Е нет. Больные жалуются на повышенную

утомляемость, артралгии, неустойчивый стул, тяжесть в правом подреберье, субфебрилитет, иногда устойчивый лёгкий зуд кожи. Если не лечить это состояние, может развиваться цирроз печени.

**454. Пищевые токсикоинфекции. Этиология, классификация, клиника, диагностическая и лечебная тактика.**

**Этиология.** Источником и резервуаром инфекции, обычно, являются люди и сельскохозяйственные животные, птица. Для некоторых родов бактерий, способных вызвать пищевую токсикоинфекцию, резервуаром может служить почва и вода, загрязненные фекалиями животных и человека объекты окружающей среды. Токсикоинфекции передаются по фекально-оральному механизму преимущественно пищевым путем.

**Классификация.** По клиническим формам: гастритическая, энтеритическая, гастроэнтеритическая, гастроэнтероколитическая.

По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая.

По наличию осложнений: неосложненная, осложненная.

**Клиника.** Инкубационный период токсикоинфекции редко превышает несколько часов, но в некоторых случаях может укорачиваться до получаса или удлиняться до суток. Хотя возбудители токсикоинфекции довольно многообразны, клиническая картина при заражении, как правило, сходная. Заболевание обычно начинается остро, с приступов тошноты и многократной рвоты. Характерна энтеритная диарея с частотой дефекаций 10 раз в сутки и более. Могут наблюдаться боли в животе схваткообразного характера, повышение температуры (обычно длится не более суток), признаки интоксикации (озноб, ломота в теле, слабость, головная боль). Быстрая потеря жидкости с рвотой и калом приводит к развитию синдрома дегидратации. Больные, как правило, бледны, кожные покровы сухие, конечности холодные. Отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии и около пупка, тахикардия, артериальная гипотензия. Заболевание обычно длится не более 1-3 дней, после чего клиническая симптоматика стихает.

**Диагностическая и лечебная тактика.** При диагностировании пищевых токсикоинфекций производят выделение возбудителя из рвотных масс, испражнений, промывных вод желудка. При выявлении возбудителя производят бакпосев на питательные среды и определяют его токсигенные свойства. Однако во многих случаях выявление невозможно. Кроме того, не всегда выявленные микроорганизмы являются непосредственной причиной токсикоинфекции. Связь возбудителя с заболеванием определяют либо посредством серологических тестов, либо, выделив его из пищевых продуктов и у лиц, употреблявших ту же пищу, что и больной.

Первостепенным лечебным мероприятием при пищевой токсикоинфекции является максимально быстрое зондирование и промывание желудка (в первые же часы возникновения клинических признаков отравления). Если тошнота и рвота затягиваются, эту процедуру можно провести и позднее. Для освобождения от токсинов кишечника применяют энтеросорбенты и производят сифонную клизму. Для предупреждения дегидратации больному дают дробно небольшими порциями регидратационные растворы, сладкий чай. Количество жидкости, принимаемой больным, должно компенсировать ее потерю с рвотой и калом.

При развитии тяжелой степени дегидратации производят внутривенное введение регидратационных смесей. Больным с токсикоинфекцией на время острого периода рекомендовано лечебное питание. При тяжелом течении могут назначаться антибактериальные средства. После прекращения рвоты и диареи нередко рекомендуют ферментные препараты (панкреатин, трипсин, липаза, амилаза) для скорейшего восстановления пищеварения и пробиотики или продукты, содержащие необходимые для нормализации кишечного биоценоза бактерии.

**455. Шигеллёз. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**



**Этиология.** Возбудитель – шигелла.

**Эпидемиология.** Антропоноз (повсеместное распространение). Источник инфекции — человек (больной, носитель и лица с субклинической формой заболевания). Механизм передачи — фекально-оральный (пищевой, водный, контактно-бытовой).

**Патогенез.** Входные ворота — ротовая полость, в которых начинается воздействие факторов неспецифического иммунитета на возбудителя. Далее шигеллы попадают в желудок, где происходит их контакт с соляной кислотой, после чего микроорганизмы частично гибнут, высвобождая эндотоксин. Уцелевшие бактерии продвигаются в тонкий кишечник, производя неярко выраженный процесс из-за отсутствия их сродства к энтероцитам, и проявляется патогенное по отношению к шигеллам действие лимфоцитов. После возбудитель достигает дистальных отделов толстого кишечника, где происходит активное размножение бактерий и их частичная гибель, сопровождающаяся значительным образованием эндотоксина (острый инфекционный токсикоз).

**Классификация.** Шигеллы подразделяются на четыре серогруппы: серогруппа А: *S. dysenteriae*, серогруппа В: *S. flexneri*, серогруппа С: *S. boydii*, серогруппа D: *S. sonnei*.

Выделяют следующие клинические формы шигеллёза: колитический вариант, гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический вариант, стертые течение, субклиническое течение, затяжное течение, хронический шигеллез, бактерионосительство.

Кроме того, шигеллёз классифицируют по типу – типичный и атипичный. К атипичным формам относят стертую и бессимптомную, а также транзиторное бактерионосительство. По тяжести течения бывает шигеллёз легкой, средней и тяжелой степени. По длительности выделяют: Острое течение – до 1 месяца. Затяжное течение – до 3 месяцев. Хроническое течение – более 3 месяцев. Для этого типа характерно непрерывное или рецидивирующее течение, длительное выделение бактерий даже при нормальном стуле.

456. **Шигеллез. Клиника гастроэнтероколитической формы.**

**Дифференциальная диагностика. Лечение.**

Гастроэнтероколитический вариант острой дизентерии. Его основным отличием является бурное начало после короткого инкубационного периода (6–8 ч и короче), что преимущественно обусловлено массивным инфицированием пищевых продуктов (молоко, молочные продукты и т. д.). Причиной гастроэнтероколитического варианта острой дизентерии являются, как правило, шигеллы Зонне. Для него в начальном периоде характерно одновременное развитие синдромов общей интоксикации и гастроэнтерита. Затем наступает период с отчетливым синдромом энтероколита, который в дальнейшем выступает на передний план. Болезнь начинается с озноба, повышения температуры тела до 38–39 °С, появления болей в подложечной области, тошноты и многократной рвоты. Через некоторое время появляется урчание и боли по всему животу, императивные позывы на дефекацию. Испражнения обильные, жидкие, светложелтой или зеленой окраски с кусочками непереваренной пищи, нередко с примесью слизи. При объективном исследовании выявляются признаки обезвоживания — заостренные черты лица, запавшие глаза, сниженная влажность конъюнктив, сухость слизистых оболочек ротовой полости и глотки. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление снижено, тоны сердца ослаблены. При пальпации живота по ходу толстой кишки отмечается грубое громкое урчание, шум плеска. На 2–3-й день болезни появляются ложные позывы, тенезмы, в кале — примесь слизи, иногда крови. При осмотре выявляются спазм и умеренная болезненность сигмовидной кишки, при ректороманоскопии — катаральный или катарально-эрозивный проктосигмоидит. По тяжести течения этот вариант, как и колитический, может быть легким, среднетяжелым и тяжелым, но при оценке степени тяжести дополнительно должна учитываться степень обезвоживания. Легкое течение болезни не сопровождается симптомами обезвоживания. При среднетяжелом течении имеются признаки обезвоживания I степени. При тяжелом

течении болезни развивается обезвоживание II–III степени с потерей организмом 4–10 % жидкости от массы тела. Дифференциальная диагностика дизентерии проводится с другими острыми диарейными заболеваниями на основании клинико-эпидемиологических данных. При этом необходимо иметь в виду: – пищевые токсикоинфекции; – сальмонеллез; – эшерихиоз; – кишечный иерсиниоз; – отравление стафилококковым энтеротоксином; – холеру; – амебиаз; – балантидиаз; – кишечный шистосомоз; – новообразования толстой кишки; – тромбоз мезентериальных сосудов; – непроходимость кишечника; – неспецифический язвенный колит; – болезнь Крона. Лечение 1.

Госпитализация по клиническим (больные со среднетяжелым и тяжелым течением болезни, с отягощенным преморбидным фоном, дети до 1 года) и эпидемиологическим (больные из неблагоустроенных жилищ, закрытых коллективов, общежитий, работники декретированных групп – пищевики, торговой сети, водоснабжения) показаниям

2. При тяжелых формах – постельный режим, при среднетяжелых и легких – палатный, диета в остром периоде – стол №4, дробное питание до 4-6 раз/сут, с улучшением состояния – стол №2.

3. Этиотропная терапия

4. Патогенетическая и симптоматическая терапия:

#### **457. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

Сальмонеллез – это острое зооантропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным путем передачи возбудителя, вызываемое различными серотипами бактерий рода *Salmonella*, характеризующееся сочетанием интоксикационного и диспепсического синдрома, приводящего к дегидратации организма.

Этиология: большая группа сальмонелл – Гр- палочек, наиболее значимы из которых *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. heidelberg*, *S. infantis*, *S. newport*, *S. agona*, *S. derby*, *S. london*, *S. panama*, *S. anatum*, *S. haifa* и др.; имеют O- и H-АГ (некоторые и Vi-АГ), основные факторы патогенности – холероподобный энтеротоксин (вызывает интенсивную секрецию жидкости в просвет кишки), цитотоксин (повреждает эритроциты) и эндотоксин (ЛПС, вызывающий общие проявления интоксикации).

Эпидемиология: источник - в основном домашние животные (мелкий и крупный рогатый скот, свиньи, домашние птицы, и др.), реже человек – больной или хронический носитель; механизм передачи – фекально-оральный (основные пути передачи – алиментарный - употребление в пищу мясных продуктов, яиц, реже молока с большим количеством сальмонелл, контактно-бытовой – отмечается чаще у недоношенных, детей первого года жизни с отягощенным преморбидным фоном через полотенца, игрушки, столики, руки персонала и др.); заболеваемость до 1 года в 10-15 раз выше, чем у детей школьного возраста и взрослых; наибольший подъем заболеваемости в летне-осенний период; иммунитет типоспецифический непродолжительный

В последние годы отмечается рост заболеваемости сальмонеллезом в родильных домах, соматических и инфекционных больницах, отделениях реанимации новорожденных и недоношенных, а также в закрытых детских учреждениях (вызывается госпитальными штаммами - *S. typhimurium* v. *soerenga*, *S. panama*, *S. haifa*, *S. virchow*, которые характеризуются биохимической однородностью, полирезистентностью к АБ и дезинфектантам, не лизируются специфическими фагами). Источником госпитального сальмонеллеза является человек (больные дети или медицинский персонал), пути передачи - преимущественно контактно-бытовой, реже пищевой, характерны высокая контагиозность, вялое, торпидное течение, преобладание тяжелых форм, высокая летальность.

Патогенез: попадание сальмонелл в инфицирующей дозе в тонкую кишку (ворота инфекции) --> адгезия с помощью пилей к энтероцитам и их повреждение --> проникновение возбудителя до базальной мембраны энтероцитов --> выделение ряда токсинов:

а) энтеротоксина --> активация аденилатциклазы энтероцитов --> увеличение внутриклеточного цАМФ --> нарушение транспорта ионов Na и Cl через мембрану клеток энтероцитов с накоплением их в просвете кишки --> интенсивная секреция жидкости в просвет пищеварительного канала --> водянистая диарея, рвота --> дегидратация (вплоть до гиповолемического шока)

б) эндотоксина --> местные воспалительные изменения, синдром интоксикации, поражение нервно-мышечного аппарата желудка и кишечника с усилением моторики, характерными спастическими болями, антиперистальтикой

Классификация клинических форм сальмонеллеза:

1. Типичная форма – гастроинтестинальная (локализованная):

- а) гастритический вариант
- б) гастроэнтеритический вариант
- в) гастроэнтероколитический вариант
- г) энтероколитический вариант
- д) колитический вариант

2. Атипичные формы:

- а) тифоподобная
- б) септическая
- в) токсико-септическая
- г) стертая
- д) бессиптомная (иннапарантная)
- е) транзиторное бактерионосительство

По тяжести: легкая форма, среднетяжелая форма, тяжелая форма (критерии тяжести: выраженность синдрома интоксикации, эксикоза, местных изменений)

По течению: острое (до 1 мес); затяжное (1-3 мес); хроническое (свыше 3 мес).

#### **458. Сальмонеллез. Клиника и лечение гастроинтестинальной формы.**

Самая частая форма болезни - гастроинтестинальная. В клинической картине при гастроэнтеритическом варианте болезни сочетаются симптомы поражения пищеварительного тракта и общей интоксикации, они могут появиться одновременно, или интоксикация предшествует на несколько часов появлению диспепсических расстройств, реже наблюдаются обратные соотношения. Интоксикационный синдром характеризуется ознобом, головной болью, повышением температуры тела до 38-39 °С и выше. Реже отмечаются боли в пояснице, миалгия и артралгия. Первые симптомы поражения пищеварительного тракта - тошнота, схваткообразные боли в эпигастрии, рвота, несколько позже - жидкий стул. Симптомы болезни достигают максимальной выраженности к концу 1-го или на 2-й день болезни. В зависимости от тяжести болезни общая ее продолжительность составляет от 2-3 до 10 сут. Лихорадка длится от 1-2 до 5-7 сут, уровень ее отражает тяжесть течения болезни. Боли в животе, начинаясь в эпигастрии, быстро принимают разлитой характер, но могут локализоваться преимущественно в области пупка или в подвздошных областях. Живот обычно вздут, при его пальпации отмечается болезненность, чья локализация совпадает с болевыми ощущениями пациента. В тяжелых случаях возможны переходящие симптомы раздражения брюшины. Стул обильный, водянистый, зловонный, зеленоватой окраски, часто с примесью слизи (рис. 2). Частота дефекаций составляет от 1-11 до 10 раз и более. Длится диарея от 1-2 до 10-12 сут, особенно у лиц с отягощенным преморбидным фоном (хронический алкоголизм, ферментативная недостаточность). Рвота прекращается обычно не позднее 2-4-го дня болезни. Лечение больных сальмонеллезом.

1. Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям (как при шигеллезе), обязательно госпитализируются дети любого возраста с клиническими проявлениями пищевой токсикоинфекции

2. Постельный режим при тяжелых формах - до 3 нед., среднетяжелых - 2 нед., легких - 1 нед; расширение режима осуществляется при улучшении общего состояния, нормализации температуры тела и стула

3. Диета как при шигеллезе; в острый период болезни детям с тяжелыми и среднетяжелыми гастроинтестинальными формами назначают питание преимущественно кисло-молочными смесями с уменьшением суточного объема и увеличением кратности приема пищи, при легких формах ограничивают только количество пищи в первые 2-3 дня

4. Этиотропная терапия

5. Патогенетическая и симптоматическая терапия:

#### **459. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

Брюшной тиф – циклическое антропонозное острое инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи. Характеризуется поражением лимфатического аппарата кишечника, бактериемией, выраженной интоксикацией, увеличением печени и селезенки, розеолезной сыпью и в ряде случаев энтеритом. Этиология Возбудитель — *Salmonella typhi*, принадлежит к роду *Salmonella*, серологической группе D, семейству кишечных бактерий *Enterobacteriaceae*. Мелкая грамтрицательная палочка, подвижная благодаря наличию большого количества жгутиков, хорошо растет на питательных средах, особенно содержащих желчь, оптимум роста 35-37°C. Устойчива в окружающей среде. В пресной воде сохраняется до 1 месяца, на овощах и фруктах – до 10 суток, в молоке и молочных продуктах способна размножаться. Наиболее важные антигены: жгутиковый – H-антиген, соматический – O-антиген и Vi-антиген (антиген вирулентности). Брюшнотифозная палочка лизируется специфическими фагами, известно более 100 фаготипов; способна образовывать L-формы. Содержит эндотоксин (ЛПС).

Эпидемиология Эпидемиология Резервуар и источник инфекции - человек (больной или бактерионоситель). Опасность больного для окружающих в разные периоды болезни неодинакова. В инкубационном периоде зараженный человек практически не опасен. Опасность больного для окружающих увеличивается по мере развития болезни и достигает максимума на 2-3-й неделе болезни - в период выделения бактерий с испражнениями, мочой и потом; также их можно обнаружить в грудном молоке и носоглотке. Большая часть переболевших освобождается от возбудителя в первые 1-2 нед или в ближайшие 2-3 мес реконвалесценции. Примерно 3-5% остаются носителями на длительный срок, а некоторые - на всю жизнь. Эпидемиологическая опасность хронического носителя определяется его профессией и зависит от соблюдения им правил личной гигиены. Особую опасность представляют носители, имеющие доступ к приготовлению, хранению и реализации пищевых продуктов. Механизм передачи – фекально-оральный (Рис.4), пути передачи – водный (вода), пищевой (молоко, молочные продукты, мясные продукты, овощи и др.), бытовой (грязные руки, бытовые предметы). Восприимчивость к брюшному тифу высокая, перенесенное заболевание оставляет длительный иммунитет, но повторные случаи не исключены. При высоком уровне заболеваемости имеется выраженная сезонность с максимумом заболеваемости в летне-осенний период Для развития заболевания необходима определенная инфицирующая доза. Внедрение возбудителя происходит в тонкой кишке, где развивается специфический брюшнотифозный энтерит. Поражаются лимфатические образования кишечника, возникает лимфангит. Затем микробы попадают в мезентериальные лимфатические узлы, в которых возбудитель размножается. Следующий этап – проникновение микробов в кровь, развиваются бактериемия и эндотоксинемия с проявлениями интоксикационного синдрома; происходит паренхиматозная диффузия возбудителей по паренхиматозным органам системы мононуклеарных фагоцитов (печень, селезенка, лимфатические узлы, костный мозг). Классификация По форме: 1. Манифестная 2. Субклиническая 3. Бактерионосительство острое (после выздоровления возбудитель еще может выделяться в течение 3 месяцев); хроническое (длительное выделение возбудителя); транзиторное (однократное выделение возбудителя). По течению: 1. Гладкое 2. Негладкое С

осложнениями – специфические осложнения (кишечное кровотечение, перфорация кишечника, ИТШ), – неспецифические (пневмония, эпидемический паротит, холецистит, тромбоз, отиты и др.) С обострениями и рецидивами Брюшной тиф Типичная форма Атипичная форма Замаскированная форма По периодам: -начальный -разгара -угасания клинических проявлений -реконвалесценции Легчайший Abortивный Стертый - пневмотиф -менинготиф -колитиф -тифозный гастроэнтерит -холанготиф По степени тяжести: -легкой -средней -тяжелой с наложением вторичной инфекции С обострениями хронических заболеваний

**460. Паратиф А и В. Особенности течения. Клинико- эпидемиологическая и лабораторная диагностика.**

Паратифы А и В — острые инфекционные заболевания с фекально-оральным механизмом передачи, сходные по патогенезу и основным клиническим проявлениям с брюшным тифом.

Клинические проявления брюшного тифа и паратифов во многом сходны. Вместе с тем при паратифе А инкубационный период короче, чем при брюшном тифе, в среднем 6—10 сут. Характерно острое начало заболевания с быстрым повышением температуры тела и наличием в начальном периоде катаральных явлений. Температурная реакция не столь постоянна, как при брюшном тифе, часто принимает неправильный характер, а длительность её меньше. Сыпь появляется на 5-7 сутки болезни, более обильная, чем при БТ. Характерны полиморфизм высыпаний и «подсыпания» в динамике заболевания. Интоксикация выражена умеренно, а её продолжительность меньше, чем при брюшном тифе. Характерны гепатолиенальный синдром, диспептические расстройства. Осложнения реже чем при БТ.

Инкубационный период при паратифе В 3-21 дней. Заболевание начинается остро; характерно развитие гастроэнтерита с диспептическими расстройствами. Лихорадка высокая, ремиттирующая. Сыпь обильная розеолезно-папулезная, на 5-7 сутки. Наряду с типичными осложнениями – гнойно-септические осложнения – артрит, остеомиелит, пиелонефрит и т.д.

Диагностика: анамнез, из эпидемиологических данных – контакт с лихорадящими больными, употребление воды из открытых водоемов без термической обработки, употребление невымытых овощей, питание в предприятиях общественного питания с признаками санитарного неблагополучия, неблагополучие по заболеваемости кишечными инфекциями по месту нахождения больного; бактериологическое исследование кала, мочи, дуоденального содержимого; РНГА; ИФА

**461. Гельминтозы. Классификация. Общие закономерности патологического процесса. Понятие девастации и дегельминтизации.**

Гельминтозы — болезни человека, животных и растений, вызываемые паразитическими червями (гельминтами), резко отличающимися по своей биологии от других живых возбудителей:

вирусов, бактерий, простейших.

- Геогельминтозы - взрослые черви живут в почве, а их яйца и личинки распространяются с грязью. Глистная инвазия происходит из-за нарушения правил гигиены. Среди частых причин не только загрязненная вода или невымытые продукты, но и привычка грызть ногти или есть грязными руками.

Таблица 6-2. Классификация гельминтозов человека

Группа	Важнейшие представители
Биогельминтозы — пероральные антропонозы	Тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз
Биогельминтозы — пероральные зоонозы	Эхинококкоз, альвеококкоз, описторхоз, трихинеллез, фасциолёз
Биогельминтозы — перкутанные антропонозы	Шистосомоз кишечный и мочевого пузыря, вулверриоз, онхоцеркоз
Биогельминтозы — перкутанные зоонозы	Шистосомоз японский
Геогельминтозы — пероральные антропонозы	Аскаридоз, трихоцефалёз
Геогельминтозы — перкутанные антропонозы	Анкилостомоз, стронгилоидоз
Контагиозные гельминтозы — пероральные антропонозы	Гименолепидоз (карликовый цепень), энтеробиоз
Контагиозные гельминтозы — пероральные зоонозы	Гименолепидоз (крысиный цепень)

- **Биогельминтозы** - жизненный цикл у этих паразитов более сложный. Цикл развития может предполагать смену хозяев. Например, паразит сначала может обитать в животном, а затем заразить человека. Распространение — с продуктами животного происхождения.
- **Контактные гельминтозы** - в этой группе особенно заразные паразиты. Чтобы их яйца или личинки попали в организм, человеку достаточно коснуться кого-то, кто уже болен, или вещей, которыми пользуется зараженный.

Инвазионный процесс в организме человека проходит ряд последовательных фаз, характеризующихся определенной симптоматикой. Острая или ранняя стадия (фаза) инвазии определяется аллергической реакцией организма немедленного или замедленного типов на внедрение инвазионных стадий и паразитирование незрелых червей (юные гельминты), совершающих нередко сложную и продолжительную миграцию в человеческом организме. Эта стадия наиболее изучена при трематодозах и нематодозах, может проявляться температурной реакцией, нейроциркуляторными нарушениями, аллергическими реакциями в виде экзантемы, бронхоспазма, эозинофилии крови и т.д. Продолжительность этой стадии 2-4 нед. В некоторых случаях может протекать латентно и субклинически.

Хроническая стадия (фаза) гельминтозов развивается после созревания паразита, с момента образования первой генерации пропативных стадий. Клинически проявления хронической стадии инвазии в значительной мере определяются видом паразита и его тропностью к различным системам организма человека, интенсивностью инвазии (числом паразитических червей), а также характером возникающих осложнений. Хроническая стадия в некоторых случаях может длительно протекать субклинически или сопровождаться минимально выраженной клинической симптоматикой

**Деваستация** – полная ликвидация гельминта как вида на территории страны или отдельных областей.

**Дегельминтизация** – комплекс мероприятий, направленных на излечение больного от гельминтоза и на предохранение внешней среды от загрязнения инвазионным материалом.

#### **462. Цестодозы (тениаринхоз, тениоз). Клиника, диагностика и лечение.**

Тениаринхоз — биогельминтоз, проявляющийся токсико-аллергическими реакциями и диспептическими расстройствами.

Тениоз — биогельминтоз, проявляющийся диспептическими нарушениями и функциональными расстройствами ЦНС, с возможными тяжёлыми органическими поражениями головного мозга, глаз и других органов.

Инкубационный период от 20 до 60 дней. Дифиллоботриоз нередко протекает бессимптомно или со слабо выраженной клиникой. Обычно больных беспокоят непостоянные боли и шевеление в животе, метеоризм, гиперсаливация, тошнота, неустойчивость стула. Аппетит снижен или повышен. Похудание, снижение работоспособности, изжога, неприятный вкус во рту. Иногда кожные высыпания. При развитии анемии – головокружение, сердцебиение, повышенная утомляемость, глоссит (ранний признак анемии). В тяжелых случаях наблюдается увеличение печени и селезенки. При осмотре: пастозность лица и конечностей, бледность кожных покровов, субъиктеричность склер, тахикардия, систолический шум на верхушке. При любом клиническом течении наблюдают отхождение фрагментов, члеников гельминта с испражнениями.

Диагностика: обнаружение члеников (визуально) и яиц гельминта в фекалиях.

Лечение: проводят Никлозамидом или Празиквантелом которые назначают однократно

#### **463. Трематодозы (описторхоз, фасциолез). Клиника, диагностика и лечение.**

Описторхозы — зооантропонозные биогельминтозы с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

Фасциолёзы — зоонозные биогельминтозы, протекающие с преимущественными нарушениями гепатобилиарной системы.

Различают острую и хроническую стадию (фазы) заболевания. По течению заболевания может быть бессимптомным, стертым и манифестным. Инкубационный период в среднем 2-4 недели. *Острая форма болезни* протекает как острый аллергоз с лихорадкой 38-39° или субфебрилитетом и органными поражениями. Лихорадка постоянного, ремиттирующего или неправильного типа 1-3 недели. Нередко наблюдаются артралгии, миалгии; могут возникать разнообразные высыпания на коже, пастозность лица; кашель, лимфаденопатия, нередко боли в животе, чаще в правом подреберье. Печень увеличена в размерах плотноватая при пальпации. У 30% больных – спленомегалия. Почти у половины больных отмечаются тошнота, рвота, иногда неустойчивый стул. Иногда развиваются признаки миокардита. *При бессимптомной инвазии* острую фазу диагностируют по незначительной эозинофилии и повышенному содержанию Ig M, а через 4-6 недель после заражения по обнаружению яиц паразита в фекалиях и дуоденальном содержимом. *Стертую форму*, кроме указанных критериев, характеризует кратковременный субфебрилитет, эозинофилия до 15-30% на фоне умеренного лейкоцитоза или нормального уровня лейкоцитов. В хронической форме болезни аллергические проявления сохраняются, но на первый план выходят признаки поражения желчевыводящих путей: боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота, преходящая желтуха. При присоединении вторичной бактериальной инфекции боли становятся интенсивными, принимают приступообразный характер, появляется лихорадка, желтуха, гипербилирубинемия. Возможны гнойный холангит, абсцесс печени. Длительность инвазии составляет 5-7 лет, но и после освобождения организма от паразита поражение желчевыводящих путей нередко сохраняется.

Диагностика: на основании клинико-эпидемиологических данных; исследование дуоденального содержимого и фекалий на яйца гельминтов; иммунологическая диагностика (РНГА, ИФА)

Лечение: Празиквантел однократно в соответствии с массой тела, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия; спазмолитические, желчегонные средства, при присоединении вторичной инфекции – антибиотики.

#### **464. Грипп. Этиология, эпидемиология, клиника.**

Грипп — острая респираторная антропонозная инфекция, вызываемая вирусами типов А, В и С, протекающая с развитием интоксикации и поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, чаще трахеи. Заболевание склонно к быстрому и глобальному распространению

Возбудитель — РНК-геномный вирус рода *Influenzavirus* семейства *Orthomyxoviridae*. Известно три типа вирусов — А, В, С. Тип вируса определяет набор внутренних Ag, проявляющих слабую иммуногенность. Вирусы гриппа типа А поражают человека, некоторые виды животных (лошадей, свиней и др.) и птиц. Вирусы гриппа типов В и С патогенны только для людей. Поверхностные Ag вирусов гриппа — гемагглютинин и нейраминидаза (позволяют разделить вирус гриппа типа А на подтипы H1N1, H3N2 и др.). Особенность вирусов гриппа — их способность к антигенной изменчивости. Она может реализовываться путём «дрейфа» (частичная изменчивость антигенных детерминант) или «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего синтез гемагглютинина или нейраминидазы)

Эпидемиология:

- Резервуар и источник инфекции — человек с явными и стёртыми формами болезни.
- Механизм передачи — аэрозольный, путь передачи — воздушно-капельный. Вирус выделяется с каплями слюны, слизи и мокроты при дыхании, разговоре, плаче, кашле и чихании.

Клиника:

4. Интоксикационный синдром является ведущим и характеризуется острым началом заболевания, быстрым (в течение нескольких часов) повышением температуры тела от

субфебрильной до 40 °С и выше, сопровождающимся ознобом. Больные жалуются на головную боль, преимущественно в лобно-орбитальной области, выраженную общую слабость, разбитость и недомогание

5. Катаральный синдром развивается несколько позже, в ряде случаев он выражен слабо или отсутствует. Присоединяются жалобы на сухость, першение в горле и болезненность в носоглотке, заложенность носа. Отмечают застойную гиперемию, сухость, набухание и отёк слизистой оболочки носоглотки.
6. Геморрагический синдром проявляется лишь в 5—10% случаев. На фоне гиперемии ротоглотки возможны точечные кровоизлияния. В некоторых случаях отмечают носовые кровотечения. Возможны тяжёлые проявления этого синдрома при развитии острого геморрагического отёка лёгких.

#### **465. Грипп. Осложнения. Лечение.**

**Осложнения.** Пневмония — одно из частых осложнений гриппа. Развившиеся на фоне вирусной инфекции пневмонии относят к первичным вирусно-бактериальным (чаще всего стрептококковой и стафилококковой этиологии). Они чаще развиваются у пациентов группы «высокого риска»: с хроническими заболеваниями легких и сердца, лиц пожилого возраста. Постгриппозные пневмонии развиваются в конце 1-й — начале 2-й недели болезни. Антибактериальное лечение дает хорошие результаты. Пневмонии могут иметь как интерстициальный, так и очаговый характер. Постгриппозные пневмонии опасны для лиц старших возрастных групп. Молниеносная форма болезни с тяжелым течением может закончиться смертью на 2–3-и сутки (развивается острый геморрагический отек легких на фоне резкой интоксикации). С первых часов возникает высокая лихорадка, быстро нарастают одышка и цианоз. Появляется кровянистая, иногда пенящаяся мокрота. На рентгенограммах выявляют очаги затемнения округлой или неправильной формы. Приглушение перкуторного звука отсутствует или выражено незначительно. В последующие дни на фоне высокой температуры и резкой одышки нарастает ДН, развиваются гипоксическая кома и коллапс. Тяжелое осложнение гриппа — ОНГМ. Для него характерны: сильная головная боль, рвота, судороги, оглушенность, потеря сознания, повышение АД, одышка, тахикардия, менингеальный синдром, застойные явления на глазном дне. Частые осложнения гриппа — синуситы и отиты; реже — пиелонефрит и пиелостит. Возможны и другие осложнения: диэнцефальный синдром, менингоэнцефалит и астеновегетативный синдром. На тяжесть течения и исход болезни оказывают влияние сопутствующая хроническая патология и нейроэндокринные нарушения. Летальность и причины смерти

**ЛЕЧЕНИЕ.** Режим. Диета. Рекомендован постельный режим в течение всего лихорадочного периода. Назначают полноценное питание, включая молочнокислые продукты, фруктовые и овощные соки. Для дезинтоксикации применяют обильное теплое питье до 1,5–2 л/сут (чай, соки, отвар шиповника, отвар липового цвета, минеральные щелочные воды, молоко). Медикаментозное лечение. Противовирусные препараты показаны при среднетяжелом и тяжелом течении болезни, а также больным с сопутствующей патологией, обострение которой может представлять угрозу жизни. Этиотропное лечение включает назначение ЛС адамантанового ряда (например, римантадина). Римантадин обладает противовирусной активностью в отношении штаммов вируса гриппа А. Эффективен при назначении в первые 2 сут течения заболевания. Принимают внутрь после еды (запивая водой) по схеме: в 1-е сутки — 300 мг в три приема; на 2-е и 3-и сутки — 200 мг в два приема; на 4-е сутки — 100 мг одномоментно. При лечении гриппа, вызванного вирусами серотипов А и В, эффективны ингибиторы нейраминидазы (осельтамивир — Тамифлю, назначаемый по 150 мг в два приема в течение 5–7 сут). Препарат выбора — умифеновир (Арбидол♠) (группа индолов) — противовирусное ЛС с интерферониндуцирующими, иммуномодулирующими и антиоксидантными свойствами. Эффективен в отношении вирусов А и В. Назначают по



600 мг/сут в 3 приема в течение 5–7 сут. Наиболее распространенные препараты ИФН: интерферон лейкоцитарный человеческий и рекомбинантные соединения (ИФН- $\alpha$ 2, например, Гриппферон с лоратадином).

#### **466. Грипп А (H5N1). Пандемический грипп (H1N1). Особенности клинического течения.**

Грипп А– острое вирусное заболевание, протекающее у человека с инфекционно-токсическим, желудочно-кишечным и респираторным синдромами. РНК-содержащий вирус, вызывающий птичий грипп, принадлежит к вирусам [гриппа](#) типа А, семейству Orthomyxoviridae. В зависимости от вида белков (гемагглютинина и нейраминидазы), содержащихся в его наружной оболочке, выделяют различные антигенные типы вируса птичьего гриппа. Для человека наибольшую опасность представляют штаммы H5N1 и H7N7, поскольку они способны быстро мутировать и вызывать тяжелые формы заболевания с молниеносным течением и высокой летальностью. Особенно опасны данные штаммы в сочетании с вирусами сезонного и свиного гриппа

Источником распространения инфекции выступают дикие водоплавающие (гуси, утки, лебеди) и домашние птицы (куры, индюки), у которых вирус птичьего гриппа находится в кишечнике и выделяется во внешнюю среду с фекалиями. Благодаря сезонной миграции дикие птицы способны переносить вирус на огромные расстояния. Заражение человека осуществляется воздушно-капельным и фекально-оральным путем при контакте с инфицированной или умершей от птичьего гриппа птицей. Случаи передачи вируса от человека к человеку не зарегистрированы. Повышенному профессиональному риску заражения птичьим гриппом подвержены работники птицеводств, зоотехники, ветеринары.

Пандемический грипп – глобальная эпидемия, вызванная новым вирусом гриппа, против которого в человеческой популяции нет исходного иммунитета или он весьма низок.

Вирус гриппа А (H1N1) легко передается от человека к человеку и вызывает респираторные заболевания разной тяжести. Симптомы заболевания аналогичны симптомам обычного (сезонного) гриппа. Тяжесть заболевания зависит от целого ряда факторов, в том числе от общего состояния организма и возраста.

Предрасположены к заболеванию: пожилые люди, маленькие дети, беременные женщины и люди, страдающие хроническими заболеваниями (астмой, диабетом, сердечнососудистыми заболеваниями), и с ослабленным иммунитетом.

#### **Особенности клинического течения.**

1. Поражение всех возрастных групп населения;
2. Быстрое поражение нижних дыхательных путей с развитием альвеолита, бронхоолита, тяжелой вирусной пневмонии, ОРДС и геморрагического отека легких;
3. Поражение ЖКТ в виде тошноты, рвоты и жидкого стула в дебюте заболевания;
4. Поражение микроциркуляторного русла с развитием микротромбозов и связанных с ним осложнений;
5. Особая тяжесть течения и возможность крайне серьезного прогноза у пациентов из «группы риска»;
6. Преимущественное поражение невакцинированных пациентов.

#### **467. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.**

Дифтерия (diphtheria, удушающая болезнь) — острая антропонозная инфекционная болезнь с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся преимущественным поражением ротоглотки и дыхательных путей с развитием местного фибринозного воспаления и токсическим поражением сердечно-сосудистой системы, нервной системы и почек.

**ЭТИОЛОГИЯ.** *Corynebacterium diphtheriae* (род *Corynebacterium*, семейство *Corynebacteriaceae*) — не образующая спор грамположительная палочка булавовидной формы. *Corynebacterium diphtheriae* растет только на специальных питательных средах

(наиболее распространена теллуритовая среда). По своим биологическим свойствам коринебактерии дифтерии разделяются на три биовара: *mitis* (40 сероваров), *gravis* (14 сероваров) и близкий к нему *intermedius* (4 серовара). Основным фактором патогенности возбудителя — экзотоксин. Нетоксигенные штаммы заболевания не вызывают. Дифтерийный экзотоксин обладает термоллабильностью, высокой токсичностью (уступает только ботулотоксину и столбнячному токсину), иммуногенностью, нейтрализуется антитоксической сывороткой. Дифтерийная палочка устойчива в окружающей среде: в дифтерийных пленках, на предметах домашнего обихода, в трупах сохраняется около 2 нед; в воде, молоке — до 3 нед. Под воздействием дезинфицирующих средств в обычных концентрациях гибнет в течение 1–2 мин, при кипячении — мгновенно.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.** Дифтерийная инфекция отличается клиническим многообразием от бессимптомного течения (бактерионосительства) до очень тяжелых форм. Источник возбудителя — больные любой клинической формой дифтерии, а также бактерионосители токсигенных штаммов. Основным путем передачи возбудителя — воздушно-капельный, возможен контактно-бытовой (при дифтерии кожи, половых органов, глаз), в редких случаях — алиментарный (молоко). Восприимчивость к дифтерии всеобщая, но у части людей инфекционный процесс протекает в форме бессимптомного носительства. Иммунитет при дифтерии анитоксический и антибактериальный. Возможны повторные заболевания и заболевания у вакцинированных антидифтерийным анатоксином, протекающие чаще в легкой форме. Наиболее интенсивный источник возбудителя — больные люди. Сроки заразности индивидуальны, определяются результатами бактериологического исследования. Носители опасны в связи с их большей по сравнению с больными численностью, отсутствием клинических симптомов, активным образом жизни. Особенно опасны носители, страдающие респираторными инфекциями, при которых активизируется механизм передачи возбудителя.

#### ПАТОГЕНЕЗ

Дифтерийный экзотоксин — первичный поражающий фактор при дифтерии. Тяжелые формы дифтерии у отдельного индивидуума развиваются только при отсутствии или низком титре анитоксических антител. Проникший в кровь токсин взаимодействует с клеткой посредством связывания с цитоплазматическими рецепторами.

#### Классификация

Дифтерию классифицируют по локализации процесса и тяжести течения болезни. Самые частые формы — дифтерия ротоглотки (зева) и дыхательных путей. Возможна также дифтерия носа, глаз, уха, половых органов. Эти формы обычно сочетаются с дифтерией ротоглотки. Дифтерия кожи и ран встречается главным образом в тропических странах.

#### **468. Дифтерия. Клиника локализованной и распространенной форм.**

**локализованная** (островчатая, пленчатая) — налеты не выходят за пределы миндалин; **распространенная** — налеты переходят на мягкое и твердое небо, десны. Возможно формирование налетов на слизистой оболочке щек после химического ожога, на ранке после экстракции зуба и прикуса языка. По тяжести течения эти формы относят к легкой дифтерии. Для легкой формы дифтерии ротоглотки характерны острое начало с повышения температуры тела до 37,5–38,5°C, общего недомогания, боли в горле (незначительной или умеренной). Налеты появляются через сутки, на 2-й день приобретают характерный вид. При осмотре отмечают бледность лица, умеренную гиперемию миндалин с синюшным оттенком. Поднижнечелюстные ЛУ, как правило, не увеличены, безболезненны при пальпации. Лихорадка длится до 3 сут. Без лечения налеты сохраняются до 6–7 дней. При легких формах дифтерии ротоглотки (локализованная и распространенная) возможен отек только миндалин.

#### **469. Дифтерия дыхательных путей. Клиника, диагностика. Осложнения**

Дифтерия дыхательных путей (дифтерийный круп) — частая форма болезни. Дифтерийный круп может быть локализованным (дифтерия гортани), распространенным

(дифтерия гортани и трахеи) и нисходящим, когда процесс распространяется на бронхи и бронхиолы. Тяжесть течения этой формы болезни определяется степенью стеноза (т.е. выраженностью ДН). Болезнь начинается с небольшого повышения температуры тела, появления сухого, «лающего» кашля, охриплости голоса, переходящей в афонию. В течение 1–3 сут процесс прогрессирует, появляются признаки стеноза гортани: шумный вдох, сопровождающийся втяжением эпигастральной области, межреберий, над- и подключичных ямок, яремной ямки. Через несколько часов—2–3 сут присоединяются признаки ДН: двигательное беспокойство, бессонница, цианоз, бледность кожи, тахикардия, повышение АД, сменяющиеся заторможенностью, судорогами, артериальной гипотензией. При исследовании крови выявляют нарастающую гипоксемию, гиперкапнию, респираторный ацидоз. У взрослых из-за широкого просвета гортани такие симптомы, как афония и стенотическое дыхание, могут отсутствовать, процесс развивается медленно. Признаки ДН проявляются на 5–6-й день болезни при развитии нисходящего крупа: возникают чувство нехватки воздуха, тахикардия, бледность кожных покровов, цианоз, аускультативно — ослабление дыхания. Локализованный и распространенный круп часто выявляют только при ларингоскопии — обнаруживают дифтерийные пленки на голосовых связках. Пленки легко снимаются и могут быть удалены электроотсосом.

#### **ДИАГНОСТИКА**

Диагноз дифтерии, независимо от локализации процесса, устанавливают на основании наличия на слизистых оболочках или коже фибринозной пленки, обладающей характерными свойствами. При распространенной и токсических формах большое диагностическое значение имеет распространение налетов за пределы миндалин, отек миндалин, а при токсических формах — отек мягких тканей. Для подтверждения диагноза важны данные микробиологического исследования мазков с пораженной поверхности (слизистая оболочка миндалин, носа и др.). После выделения культуры возбудителя определяют ее токсигенные и биологические свойства. Однако клинические проявления при токсических формах дифтерии настолько типичны и специфичны, что диагноз может быть установлен без лабораторного подтверждения.

#### **Осложнения**

Осложнения дифтерии зависят, главным образом, от развития на почве интоксикации периферических невритов, которые, как правило, появляются в стадии выздоровления на 2-й и даже 3-й неделе. Образующиеся в результате токсического неврита параличи далеко не всегда соответствуют тяжести перенесенной дифтерии. Известны случаи распространенных параличей при легких формах дифтерии и отсутствие такого рода осложнений при резко выраженных изменениях зева. Самым частым осложнением дифтерии является паралич мягкого неба, в результате чего происходит затекание во время еды жидкой пищи в нос и изменение речи, которая приобретает характерный носовой оттенок. Если к длительным расстройствам присоединяется и неврит чувствительных нервов, то вследствие анестезии гортани может наблюдаться попадание пищи в дыхательные пути со всеми его последствиями.

26. Коронавирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Лабораторная диагностика методы экспресс-диагностики. Особенности клинического течения. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae.

Этиология: Возбудители болезни – семейство РНК-содержащих коронавирусов. Внутри семейства выделяют три группы инфекционных агентов, опасных для человека: человеческий коронавирус 229 E, человеческий вирус ОС-43 и кишечные коронавирусы человека.

Патогенез: патогенез коронавируса инфекции изучен недостаточно. После попадания в верхние дыхательные пути коронавирусы колонизируют эпителиальные клетки носо- и ротоглотки, активно размножаются, разрушая эпителиоциты. При недостаточной иммунной реактивности организма коронавирусы проникают в альвеолярные эпителиоциты, в цитоплазме которых происходит репликация возбудителя. Готовые вирионы путём экзоцитоза располагаются на наружной мембране клетки, что способствует слиянию эпителиоцитов и образованию синцития.

В дальнейшем возникает избыточное пропотевание жидкости и белка в ткань лёгких, массивное разрушение сурфактанта и коллапс альвеол с резким снижением газообмена. Во время выздоровления пораженные участки легочной ткани замещаются соединительной. Иммуитет после перенесенной болезни типоспецифичный, стойкий.

Лабораторная диагностика: ПЦР.

Особенности клиники: лихорадка (88%), сухой кашель (68%), одышка, респираторный дистресс-синдром, слабость, боль в мышцах. В анализах крови обнаруживается лейкопения, лимфопения, на рентгенограммах больных определяются двусторонние инфильтраты.

Дифф. диагностика: другие инфекции дыхательных путей.

Лечение: симптоматическое.

#### **470. Осложнения острых респираторных заболеваний. Клиническая характеристика в зависимости от возраста. Лечение.**

К осложнениям можно отнести острую дыхательную недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром взрослых, сердечно-сосудистую недостаточность, поражения центральной нервной системы (менингит, энцефалит). А к осложнениям, вызванным бактериальной микрофлорой, – синусит, отит, тонзиллит, фарингит, бронхит, пневмонию (вирусную и бактериальную) и обострения хронических легочных заболеваний. Осложнения могут развиваться у людей разного возраста.

Лечение: лечение симптоматическое.

#### **471. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника и течение болезни. Осложнения. Краснуха у беременных. диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.**

Краснуха – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Местом внедрения (входными воротами) вируса краснухи (*Rubella virus*) является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Человек - единственный известный носитель этого вируса.

Механизм передачи: аэрозольный, путь-воздушно-капельный.

Восприимчивость: всеобщая, наиболее высока от 3 до 4 лет.

Пик заболеваемости: зимне-весенний период.

Патогенез. Попадая в носоглотку, вирус краснухи через слизистые оболочки поступает в кровь и вместе с ее током достигает лимфоузлов. В них он "оседает", а с током крови достигает всех тканей и оказывает негативное воздействие на кожу, вызывая появление характерной сыпи. У больного могут возникать и другие симптомы краснухи.

Клиника. После инкубационного периода, длящегося 2—3 недели, появляется умеренная температура с головной болью, фарингитом, заднешейной и затылочной лимфаденопатией (которую можно квалифицировать как патогномичный признак данного заболевания), конъюнктивитом. Высыпания появляются через 48 часов, сыпь макулезная (пятнистая) не зудящая, вначале на лице, потом спускается на всё тело в течение нескольких часов; вначале сыпь морбилиформная (т.е. напоминающая коревую), затем скарлатиноморфная. Она преобладает на лице, в области поясницы и ягодиц, разгибательных поверхностях рук, ног. Сыпь держится 2—4, изредка 5—7 дней, затем исчезает без пигментации и шелушения. Довольно часты смягченные и асимптоматичные формы.

Осложнения: ангина, отит, пневмония, бронхит, менингиты, параличи и т.д. При врожденной краснухе: микроцефалия, катаракта, миокардит, вторичный иммунодефицит и т.д.

Краснуха у беременных: Для самой женщины патология не представляет особой угрозы, но в акушерстве ее принято считать опасным недугом из-за высокой вероятности поражения эмбриона. Краснуха при беременности диагностируется нечасто. Это заболевание поражает преимущественно детей, однако примерно 20-30% женщин детородного возраста остаются подверженными заражению из-за отсутствия антител в крови.

Дифф.диагноз: корь, скарлатина.

Лечение: Нет специфического лечения.

Прогноз: Прогноз выздоровления благоприятный. После перенесенного заболевания вырабатывается пожизненный иммунитет.

Профилактика: Основным методом является вакцинация.

В соответствии с российским национальным календарём прививок, который утверждён приказом Министерства здравоохранения РФ № 125н от 21 марта 2014 г, вакцинация против краснухи проводится комбинированной живой вакциной от кори, краснухи и паротита в возрасте 12 месяцев, ревакцинация — в шесть лет.

#### **472. Корь. Этиология, эпидемиология, иммунитет. Клиника и течение болезни. Проблема персистенции вируса. Осложнения.**

##### **Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз и профилактика.**

**Корь** (лат. *Morbilli*) — острое инфекционное вирусное заболевание с очень высоким уровнем заразности, возбудителем которого является вирус кори. Характеризуется высокой температурой (до 40,5 °С), воспалением слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, конъюнктивитом и характерной пятнисто-папулезной сыпью кожных покровов, общей интоксикацией.

Путь передачи инфекции — воздушно-капельный, вирус выделяется во внешнюю среду в большом количестве больным человеком со слюной во время кашля, чихания и так далее. Корь является одной из самых заразных болезней в мире, contagiousность составляет 90 %, то есть каждый больной заражает 9 из 10 контактировавших с ним неиммунных к кори людей.

Источник инфекции — больной корью в любой форме, который заразен для окружающих с последних дней инкубационного периода (последние 4 дня) до 4-го дня высыпаний. С 5-го дня высыпаний больной считается незаразным.

Иммунитет после перенесенного заболевания пожизненный, после вакцинации сохраняется около 20 лет.

Клиника: Инкубационный период от 8 до 17 дней. У пациентов, получавших иммуноглобулин, компоненты крови, плазму — 21 день. Острое начало — подъём температуры до 38—40 °С, сухой кашель, насморк, светобоязнь, чихание, осиплость голоса, головная боль, отёк век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зёва и коревая энантема — красные пятна на твёрдом и мягком нёбе. На 2-й день болезни на слизистой щёк в области моляров появляются мелкие белёсые пятнышки, окружённые узкой красной каймой: это так называемые пятна Бельского — Филатова — Коплика, представляющие собой патогномичный симптом кори. Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4—5-й день болезни, сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день на туловище и на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы. Сыпь состоит из мелких папул, окружённых пятном и склонных к слиянию (в этом её характерное отличие от краснухи, сыпь при которой не сливается).

Обратное развитие элементов сыпи начинается с 4-го дня высыпаний: температура нормализуется, сыпь темнеет, буреет, пигментируется, шелушится (в той же

последовательности, что и высыпания). Пигментация сохраняется на протяжении от одной до полутора недель.

Осложнения: При кори возможны осложнения, связанные с работой центральной нервной системы, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта, среди них: ларингит, круп (стеноз гортани), бронхит, трахеит, отит, синусит, первичная коревая пневмония, вторичная бактериальная пневмония, коревой энцефалит, гепатит, лимфаденит, мезентериальный лимфаденит. Довольно редкое позднее осложнение — подострый склерозирующий панэнцефалит

Дифф.диагноз: краснуха, скарлатина.

Лечение: специфического нет, только симптоматическое.

Прогноз: Возможные последствия кори: ларинготрахеобронхит, нейросенсорная тугоухость, панэнцефалит (от 1 до 30 на 300 000 случаев). Мозг при коревом энцефалите повреждается настолько, что пациент может впасть в кому или умереть<sup>1</sup>.

Профилактика: вакцинопрофилактика (ЖКВ, MMR, MMRV и т.д.)

**473. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клинические варианты течения болезни. Особенности у взрослых. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.**

**Эпидемический паротит (свинка, заушница; лат. *parotitis epidemica*)**— острое инфекционное заболевание с негнойным поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа, семенники), вызванное парамиксовирусом. Возбудитель эпидемического паротита — вирус семейства *Paramyxoviridae*, рода *Paramyxovirus*.

Эпидемиология: болезнь распространяется от человека к человеку контактно-бытовым и воздушно-капельным путями (через предметы быта, выделения из носа и слюну). Риск заражения повышается при тесном и длительном контакте. Вирус выделяется достаточно долго, но наиболее активен за 2 дня до появления симптомов и через 5 дней после проявления клинической картины. Болезнь очень заразна, особенно в зимне-весеннее время.

Иммуитет: после перенесённого эпидемического паротита образуется стойкий пожизненный иммуитет к этой болезни.

Патогенез: Сперва возбудитель крепится к слизистой оболочке верхних дыхательных путей. После накопления вирус попадает в кровеносное русло и по ходу движения крови распространяется по всему организму, прикрепляясь к органам-мишеням (органам из железистой ткани и нервной системе), особенно к слюнным железам. Там он размножается и накапливается. Далее вирус повторно попадает в кровоток и разносится по другим органам (поджелудочной железе, семенникам, яичникам, предстательной железе и нервной системе).

Повторная циркуляция вируса в крови продолжается около пяти дней. За это время возбудитель преодолевает барьер между кровеносной и центральной нервной системами и поражает головной мозг.

Иногда вирус проникает в нервную систему, другие органы и слюнные железы одновременно. В некоторых случаях слюнные железы поражаются в последнюю очередь, но это случается очень редко

Клиника:

Типичные формы паротитной инфекции:

- железистая — поражены органы из железистой ткани (паротит — повреждение околоушных желёз, сублингвит — повреждение подъязычных слюнных желёз, субмандибулит — повреждение подчелюстных слюнных желёз);
- нервная — поражена центральная нервная система (серозный менингит, менингоэнцефалит);

- комбинированная (нейро-железистая) — поражена и центральная нервная система, и железистые органы (серозный менингит-паротит и другие комбинации)  
Осложнения: панкреатит, орхит, менингит, простатит, оофорит.  
Дифф.диагноз: инфекционный мононуклеоз, лимфогранулематоз, синдром Микулича, гнойный паротит.

Лечение: специфического лечения нет, только симптоматическое.

Прогноз: При неосложнённых формах эпидемического паротита прогноз благоприятный, выздоровление наступает через 1–2 недели. Поражение семенников при орхите может привести к бесплодию, но орхит возникает редко: примерно у 30 % невакцинированных и у 6 % вакцинированных мужчин. А при поражении нервной системы могут остаться парезы и паралич различных групп мышц

Профилактика: иммунопрофилактика

#### **474. Ветряная оспа. Этиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.**

Ветряная оспа — острое [высококонтрагиозное вирусное заболевание](#) с [воздушно-капельным путём](#) передачи. Обычно характеризуется [лихорадочным состоянием](#), папуловезикулёзной [сыпью](#) с доброкачественным течением.

Возбудителем ветряной оспы является вирус ветряной оспы (Varicella Zoster). [Восприимчивость](#) к ветряной оспе составляет 70 %. Заразными больные ветряной оспой становятся за 48 ч до появления [сыпи](#) и остаются таковыми до тех пор, пока все поражения кожи не покроются корочкой. Вирус ветряной оспы поражает только человека, единственный резервуар дикого вируса — человек.

Вирус проникает в организм через [слизистые оболочки верхних дыхательных путей](#) и внедряется в [эпителиальные клетки](#) слизистой оболочки. Затем вирус проникает в [кровь](#) и фиксируется в коже, вызывая в её поверхностном слое патологический процесс: ограниченное расширение капилляров (пятно), серозный [отёк](#) ([папула](#)), отслоение [эпидермиса](#) ([везикула](#)). Из-за размножения вируса и аллергического ответа организма возникают [лихорадка](#) и другие общие неспецифические проявления инфекции.

После болезни возникает стойкий [иммуитет](#).

Выделяют следующие периоды: [инкубационный](#), [продромальный период](#), периоды высыпания и образования корочек.

[Инкубационный период](#) продолжается от 10 до 21 дня, чаще всего — 14—16 дней.

[Продромальный период](#) наступает в течение 1—2 суток до начала высыпания.

Продромальные явления у детей могут не наблюдаться, а у взрослых обычно проявляются в виде лихорадки и недомогания.

Период высыпания у большинства детей протекает без особых нарушений общего состояния.

Комплексное лечение наиболее эффективное и включает в себя: режим, диету, медикаментозное лечение, а также методы немедикаментозного лечения ([аэрация](#) помещения, гигиенические мероприятия, физическое снижение температуры)

Профилактика. В случае заболевания человек обычно изолируется на дому. Методом специфической профилактики является [вакцинация](#).

#### **475. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.**

**Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.**

**Профилактика.**

Инфекционный мононуклеоз — острое [вирусное заболевание](#), которое характеризуется [лихорадкой](#), поражением зева, лимфатических узлов, [печени](#), [селезёнки](#) и характерными изменениями состава [крови](#).

Возбудитель — ДНК-геномный [вирус Эпштейна — Барр](#). Вирус способен реплицироваться, в том числе в [В-лимфоцитах](#); в отличие от других вирусов герпеса он не вызывает гибели клеток, а напротив, активизирует их [пролиферацию](#).

Источником инфекции является человек, в том числе со стёртыми формами болезни, и вирусоноситель. От больного человека к здоровому возбудитель передаётся воздушно-капельным путём, чаще всего со слюной. Заражению способствуют скученность и тесное проживание больных и здоровых людей, поэтому нередки вспышки заболевания в общежитиях, интернатах, лагерях, детских садах.

Инкубационный период может достигать 21 дня, обычно составляет около недели. Период болезни до двух месяцев.

Симптомы: слабость, частые головные боли, мигрень, головокружения, повышение температуры тела, воспаление и увеличение лимфатических узлов, их болезненность и тд.

Специфическая терапия не разработана. Лечение симптоматическое, общеукрепляющее. Из-за риска разрыва селезёнки рекомендовано ограничение тяжёлой физической нагрузки в первые 3—4 недели болезни. Рекомендуется одеваться теплее. При осложнениях требуются антибиотики (для борьбы с бактериями при ослабленном иммунитете).

#### **476. Геморрагические лихорадки. Общая характеристика болезней, объединенных этим термином.**

Геморрагические лихорадки – вирусные инфекции с природно-очаговым распространением, протекающие с геморрагическим и острым лихорадочным синдромом. Симптоматика геморрагических лихорадок включает выраженную интоксикацию, высокую температуру тела, геморрагическую сыпь, кровотечения различной локализации, полиорганные нарушения. Форма геморрагической лихорадки определяется с учетом клинико-эпидемиологических и лабораторных данных (ПЦР, ИФА, РИФ).

Вызывают геморрагические лихорадки вирусы следующих семейств: *Togaviridae*, *Bunyaviridae*, *Arenaviridae* и *Filoviridae*. Характерной особенностью, объединяющей эти вирусы, является средство к клеткам эндотелия сосудов человека.

Резервуаром и источником этих вирусов является человек и животные (различные виды грызунов, обезьяны, белки, летучие мыши и др.), переносчиком – комары и клещи. Некоторые геморрагические лихорадки могут передаваться контактно-бытовым, пищевым, водным и другими путями.

Восприимчивость к геморрагическим лихорадкам у человека довольно высока, заболевают преимущественно лица, чья профессиональная деятельность связана с дикой природой. Заболеваемость в городах чаще отмечается у граждан, не имеющих постоянного места жительства и сотрудников бытовых служб, контактирующих с грызунами.

Геморрагические лихорадки в большинстве случаев объединяет характерное течение с последовательной сменой периодов: инкубации (как правило, 1-3 недели), начальный (2-7 дней), разгара (1-2 недели) и реконвалесценции (несколько недель). Начальный период проявляется общеинтоксикационной симптоматикой, обычно весьма интенсивной. Лихорадка при тяжелом течении может достигать критических цифр, интоксикация – способствовать расстройству сознания, бреду, галлюцинациям.

На фоне общей интоксикации уже в начальном периоде отмечают токсическую геморрагию: лицо и шея, конъюнктивы больных обычно гиперемированы, склеры инъектированы.

Больные с любой геморрагической лихорадкой подлежат госпитализации. Прописан постельный режим, полужидкая калорийная легкоусвояемая диета, максимально насыщенная витаминами (в особенности С и В). Ежедневно в течение четырех дней принимается викасол (витамин К).

#### **477. Геморрагические лихорадки, встречающиеся на территории России. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.**



Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острая вирусная природно-очаговая болезнь, протекающая с высокой лихорадкой, выраженной общей интоксикацией, геморрагическим синдромом и поражением почек.

Возбудители ГЛПС относятся к роду Ортохантавирус семейства Bunyaviridae. ирус способен размножаться в куриных эмбрионах 6—7-дневного возраста, пассируется на полевых мышах, степных пеструшках, джунгарских и золотистых хомяках, крысах.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является природно-очаговой зоонозной инфекцией. В России занимает ведущее место по уровню заболеваемости и географическому распространению среди всех природно-очаговых инфекций. Заболевание было зарегистрировано на 62 административной территории России.

Резервуаром и источником возбудителя являются различные животные (около 60 видов млекопитающих), но к основным хозяевам вируса можно отнести следующих животных: полёвка, полевая мышь, серая и черная крысы, разные виды серых полёвок. Следует отметить, что инфицированный человек эпидемиологической опасности не представляет.

После проникновения вируса в организм человека, через кожу или слизистые оболочки, происходит его миграция и локализация в эндотелии сосудов и эпителиальных клетках ряда органов. В эндотелии сосудов происходит его накопления и репликация. Затем наступает фаза вирусемии, совпадающая с началом заболевания и появлением синдрома интоксикации.

Инкубационный период заболевания длится от 10 до 45 дней. Выделяют 4 стадии болезни:

- лихорадочная стадия;
- олигурическая стадия;
- полиурическая стадия;
- реконвалесценция.

Стандартных схем терапии ГЛПС не существует. Лечение комплексное, симптоматическое, направленное на коррекцию основных патогенетических синдромов — интоксикации, геморрагического синдрома, острой почечной недостаточности, ДВС-синдрома, а также сопутствующих осложнений.

Профилактика направлена на уничтожение мышевидных грызунов как источника инфекции, а также прерывания путей ее передачи от грызунов к человеку.

#### **478. ГЛПС. Особенности возбудителей ГЛПС. Основные источники заражения и пути передачи. Клиника. Лечение. Профилактика.**

**Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)** - острая вирусная природно-очаговая инфекция, характеризующаяся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек по типу острого интерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности.

**Особенности возбудителей ГЛПС:** возбудитель ГЛПС относится к семейству буньявирусов (Bunyaviridae) и принадлежит к самостоятельному роду – Hantavirus. Он имеет сферическую форму, диаметром 85-120 нм. Геном вируса состоит из трех сегментов: L -, M -, S – одноцепочечной (минус-цепь) РНК. Вирус ГЛПС относительно устойчив во внешней среде при температуре от 4 до 20С. В сыворотке крови, взятой у больных людей, сохраняется свыше 4 суток при 4С. Инактивируется при температуре 50С в течение 30 мин. Хорошо сохраняется при температуре ниже - 200С. Вирус кислотолабилен – полностью инактивируется при рН ниже 5.0. Чувствителен к эфиру, хлороформу, ацетону, бензолу, ультрафиолетовым лучам. Вирус способен размножаться в куриных эмбрионах, пассируется на полевых мышах, степных пеструшках, золотистых хомяках, крысах.

**Основные источники заражения и пути передачи:** *источником заражения и резервуаром* вируса ГЛПС являются дикие мышевидные грызуны (рыжая полёвка,

полевая мышь, черная и серая крысы). Ведущий механизм передачи инфекции — аэрозольный, путь воздушно-пылевой (до 90%). Заражение происходит во время работ, связанных с пылеобразованием (раскорчевка пней, заготовка дров, копка траншей, перевозка сена, разборка старых построек и т.д.). Передача вируса возможна также контактный — при попадании инфицированного материала из внешней среды на поврежденную кожу или слизистые оболочки, а также при укусе животного. Алиментарный - при употреблении термически необработанных продуктов, обсеменённых вирусом (овощей, корнеплодов). Водный - при употреблении некипячёной воды с попавшим в неё вирусами.

**Клиника:** различают следующие периоды болезни: инкубационный (от 1 до 5 недель, в среднем 2-3 недели), лихорадочный (начальный, общетоксический), продолжающийся в среднем от 3-х до 7-и дней; олигурический (в среднем 6-12 дней), полиурический (в среднем 6-14 дней), период реконвалесценции (ранний – до 2 мес. и поздний – до 2-3 лет).

**Лечение:** В лечении больных ГЛПС рекомендовано использование препаратов с прямым противовирусным действием - рибавирин.

**Профилактика:** *Специфическая профилактика* - специфическая вакцинопрофилактика ГЛПС находится в фазе клинических исследований. *Неспецифическая профилактика:* рекомендована организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусматривающие уничтожение грызунов в очагах ГЛПС (дератизация) и к защите людей от соприкосновения с грызунами или предметами, загрязненными их выделениями, обеззараживание посуды, воздуха и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств и методов.

#### **479. Лихорадка Эбола. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок. Лечение.**

**Лихорадка Эбола** — острая вирусная высококонтагиозная болезнь, характеризуется тяжелым течением, высокой летальностью и развитием геморрагического синдрома. **Этиология.** Вирус Эбола (Ebolavirus) принадлежит к семейству филовирусов и по своим морфологическим признакам схож с вирусом, вызывающим [геморрагическую лихорадку Марбург](#), однако отличается от последнего в антигенном отношении. Всего известно 5 видов вируса Эбола: Zaire ebolavirus (Заир), Sudan ebolavirus (Судан), Tai Forest ebolavirus (Таи форест), Bundibugyo ebolavirus (Бундибуджио), Reston ebolavirus (Рестон). Крупные вспышки лихорадки Эбола в Африке ассоциируются с эболавирусами Заир, Судан и Бундибуджио; эпидемия 2014 года вызвана вирусом вида Заир. **Клиника.** Инкубационный период продолжается от 4 до 6 дней. Заболевание начинается остро, больных беспокоит сильная головная боль, боли в мышцах, понос, боли в животе. Несколько позднее появляется сухой кашель и колющие боли в грудной клетке, развиваются признаки дегидратации. На 5-7-й день болезни появляется макулопапулезная сыпь, после исчезновения которой отмечается шелушение кожи. Геморрагический синдром проявляется в виде носовых кровотечений, кровавой рвоты, маточных кровотечений, у беременных наступает выкидыш. При исследовании крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, анемия. Смерть наступает обычно на 2-й неделе болезни на фоне кровотечений и шока. **Диагноз и дифференциальный диагноз.** Распознавание основывается на эпидемиологических предпосылках (пребывание в эндемичной местности, контакты с больными и др.) и характерной клинической симптоматике. Специфические лабораторные исследования допускаются лишь в специально оборудованных лабораториях. **Лечение.** Этиотропная терапия не разработана. Основное значение имеет патогенетическая терапия. Проводится комплекс мероприятий, направленных на борьбу с обезвоживанием, инфекционно-токсическим шоком и геморрагическим синдромом. При наложении вторичной бактериальной инфекции назначают антибиотики, преимущественно противостафилококкового действия (оксациллин, метициллин, эритромицин). Прогноз всегда серьезный, летальность 30—90%.

#### 480. Чума. Клиника легочной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.

Чума – острое инфекционное заболевание человека из группы карантинных инфекций, проявляющаяся тяжелой интоксикацией, поражением кожи, лимфатических узлов, легких и других органов. Вызывается *Yersinia pestis*. Передается трансмиссивным путем (от грызунов человеку, переносчиком являются блохи) либо воздушно-капельным путем (от человека к человеку). Заболевание отличается высокой летальностью, склонностью к рецидивам и частым возникновением осложнений. **Клиническая картина легочной чумы**, особенно в начальный период болезни, может быть весьма многообразной. Начало болезни обычно бывает внезапным, без продромальных явлений. У больного появляются озноб, сильные головные боли, боли в пояснице и конечностях, слабость, часто тошнота и рвота. Лицо становится одутловатым и красным. Температура быстро повышается до 39,5-40,5. Больной беспокоен, жалуется на боли в груди. Пульс частый, иногда аритмичный. Указанные симптомы появляются в первые сутки заболевания. В разгаре болезни у больных отмечается учащенное дыхание и одышка, которые усиливаются с развитием заболевания. Больные жалуются на боли и чувство сжатия в груди, часто ощущают недостаток воздуха и испытывают чувство страха смерти, пытаются встать и выходить из палаты. В агональном периоде у больных отмечается поверхностное дыхание, резко выраженная адинамия. **Диагностика.** Легочный вариант патологии диагностируется на основании клинических и лабораторных данных. При объективном осмотре на начальных стадиях [врач-инфекционист](#) обращает внимание на одутловатость и гиперемия лица, инъекцию сосудов склеры, обложенность языка. Отмечается фебрильная лихорадка, кашель с примесью крови, боль в грудной клетке. При аускультации выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, шум трения плевры, тахипноэ, в сердечных точках – глухость тонов, тахикардия, [аритмии](#). Нарастает гипотензия. **Общелабораторные исследования.** В общем анализе крови отмечается [лейкоцитоз](#) со сдвигом формулы влево, [ускорение СОЭ](#). В анализе мочи обнаруживается протеинурия и гематурия, гиалиновые и зернистые цилиндры. При присоединении ДВС-синдрома изменения в коагулограмме соответствуют стадии процесса. **Идентификация возбудителя.** Определяющий способ в диагностике – бактериоскопический метод. В качестве материала используют [мокроту](#), кровь, мазки из зева, пунктат из бубонов, отделяемое из язв. Проводят микроскопию мазков. Выполняют посев биологических жидкостей на питательные среды. Быстрым и качественным анализом считается ПЦР. Дополнительно применяют ИФА, РИФ, РПГА. Возможен биологический способ с заражением лабораторных животных. [Рентгенография грудной клетки](#). При рентгенологическом исследовании определяются очаговые и инфильтративные тени, что подтверждает наличие пневмонии. Нередко на снимках отмечаются признаки вовлечения плевры, возможно обнаружение выпота.

#### 481. Чума. Лечение и профилактика.

**Лечение чумы.** Независимо от формы болезни, необходима строгая изоляция пациента в инфекционном отделении больницы или ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии) боксового типа. Режим — палатный, постельный или полупостельный. Диета — №2 или №7 по Певзнеру с ограничением поступления ионов натрия и контролем уровня потребляемой жидкости. Антибиотикотерапию необходимо начать сразу, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза. Даже при лёгочной форме чумы в первые 12-15 часов болезни есть шансы на выздоровление. Назначаются препараты: тетрациклины; фторхинолоны; аминогликозиды; возможно подключение цефалоспоринов с обязательным предшествующим и сопутствующим внутривенным введением глюкокортикоидов и дезинтоксикационных средств для предотвращения массивного бактериолиза (растворения оболочек бактерий с выходом содержимого клетки в окружающую среду) и инфекционно-токсического шока. Длительность введения антибиотиков — не менее 10 дней или до двух дней после исчезновения лихорадки.

Параллельно проводится применяют сорбенты и противоаллергические препараты. Для улучшения состояния ЖКТ принимают пищеварительные ферменты и пробиотики.

**Меры профилактики:** При выявлении больного или подозрении на заболевание вводится карантин (ограничение контактов инфицированного или подозреваемого в заражении лица и изоляция эпидемического очага). Больного и лихорадящих окружающих госпитализируют. Лиц, предположительно контактировавших с больным, подвергают профилактическому лечению и иммунизируют вакциной, позволяющей получить защитный уровень иммунитета через несколько дней после вакцинации, при необходимости проводят ревакцинацию. Грамотно организованная вакцинация снижает заболеваемость в 10 раз. Организуют активные обходы населения для выявления и госпитализации лихорадящих больных. Проводят заключительную дезинфекцию в очаге при помощи дезинфицирующих средств. Ежегодная иммунизация живой противочумной вакциной работников специализированных служб и лиц, проживающих или выезжающих в опасные регионы. Мероприятия неспецифической профилактики государственного масштаба — эпидемиологический надзор за природными очагами, контроль численности грызунов-переносчиков, контроль за лицами, проживающими на эндемичных территориях, санитарно-просветительская работа. Мероприятия неспецифической профилактики населения — защита домов и околodomовых территорий от грызунов (не складировать отходы, мусор, заделывать щели), взаимодействовать с дикими грызунами только при крайней необходимости (убирать трупы, снимать шкуру и т.п. в резиновых перчатках). При увеличении численности грызунов и распространении блох использовать репелленты для одежды и кожи, не допускать контакта домашних животных с дикими, не позволять собакам и кошкам спать на кровати, особенно в эндемичных по чуме регионах.

#### 482. Туляремия. Этиология, эпидемиология, классификация.

**Туляремия** — острое природно-очаговое зоонозное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в месте внедрения возбудителя, регионарным лимфаденитом и симптомами выраженной интоксикации. **Этиология.** Возбудителем являются мелкие, неподвижные, грам-отрицательные палочки *Francisella tularensis*. В зависимости от патогенности для людей и кроликов выделяют два подвида: А и В. Подвид А является более патогенным и вызывает тяжелые формы заболевания у людей. Микроб устойчив к факторам внешней среды и может сохраняться в воде до 3 мес, в пыли и земле до 5 — 6 мес, на шкурах животных — до 40 сут. **Эпидемиология.** Естественным резервуаром и источником инфекции при туляремии являются многие виды диких и домашних животных. Наибольшее значение в поддержании природных очагов имеют многочисленные виды грызунов (мыши, полевки, водяная крыса, суслики, ондатра и др.) и зайцевидные животные. Кроме того, источником инфекции могут быть белки, лисицы, собаки, кошки, верблюды, овцы, крупный рогатый скот, лошади и др. Для туляремии возможны множественные механизмы и пути передачи инфекции. Больные животные выделяют возбудителя во внешнюю среду с экскрементами, инфицируя воду и другие объекты внешней среды (включая продукты), посредством которых происходит заражение человека. Важное значение в распространении возбудителя имеет трансмиссивный механизм, реализация которого происходит через укусы клещей, оводов, слепней и других членистоногих. Кроме того, передача возбудителя от животных к человеку может произойти контактным путем при снятии шкурок, разделывании туш и т.д. Описан и аэрогенный механизм заражения при вдыхании инфицированной пыли. В зависимости от того, каким путем возбудитель попал в организм человека, формируется соответствующая клиническая форма заболевания. В зависимости от локализации патологического процесса выделяют: бубонную, язвенно-бубонную, ангинозно-бубонную, абдоминальную, легочную и генерализованную туляремию.

#### 483. Туляремия. Клиника, дифференциальная и лабораторная диагностика.

**Лечение.**

**Клиническая картина.** Длительность инкубационного периода при туляремии составляет в среднем 3 — 7 сут, но иногда до 1 — 2 сут или 2 — 3 нед. Начальные проявления болезни несмотря на различия в клинических проявлениях, связанных с локализацией процесса, достаточно типичны. Болезнь начинается остро. Больные отмечают появление озноба, слабости, быстрый подъем температуры тела до 38 — 40 °С, головную боль, ломоту в теле, мышечные боли, снижение аппетита, нарушение сна. В силу развития токсико-аллергических реакций может наблюдаться сыпь различного характера: от розеолезной до петехиальной. Лихорадка сохраняется в течение 2 — 3 нед и носит неправильный характер. Со стороны сердечно-сосудистой системы выявляются относительная брадикардия и гипотония. Уже со 2 — 4-х суток на фоне общих проявлений у больных появляются локальные проявления болезни, характер и выраженность которых определяются входными воротами инфекции. К концу первой недели заболевания выявляется увеличение печени и селезенки. Типичный признак туляремии — увеличение регионарных (по отношению к входным воротам) лимфатических узлов с возможным формированием бубонов. В зависимости от локализации процесса выделяют бубонную, язвенно-бубонную, глазобубонную, ангинозно-бубонную, легочную, абдоминальную и генерализованную формы болезни. По длительности течения характеризуют острую, затяжную и рецидивирующую туляремию. **Бубонная форма** формируется при проникновении возбудителя через кожу. При данной форме никаких изменений на коже не определяется. На фоне интоксикационного синдрома на 2 — 3-е сутки болезни отмечается сначала небольшая болезненность, а потом и увеличение периферических лимфатических узлов определенных групп с образованием бубона. Лимфатические узлы увеличиваются в размере, достигая 3 — 5 см. Поскольку для развития бубона не характерен периаденит, он имеет четкие контуры, не спаян с окружающей тканью, а кожные покровы над ними не изменены. Бубоны длительное время (в течение нескольких недель) сохраняются увеличенными, но впоследствии медленно рассасываются. Бубоны могут сохраняться даже на фоне удовлетворительного состояния больных и нормальной температуры тела. Однако такой исход заболевания встречается не во всех случаях, иногда отмечается нагноение и вскрытие бубона с выделением густого гноя и образованием свища. В более редких случаях происходит его склерозирование. **Язвенно-бубонная форма** туляремии чаще формируется при трансмиссивном заражении. Характеризуется тем, что на месте входных ворот появляется болезненное и зудящее красное пятно, которое в последующем трансформируется в везикулу, пустулу и после вскрытия — в язву. Края язвы несколько приподняты, дно покрыто корочкой, после отпадения которой остается рубец. Обычно со дня образования язвы до ее рубцевания проходит несколько недель. Одновременно с образованием язвы у больного формируется бубон. **Глазобубонная форма** является редкой формой заболевания. Обычно она развивается при поступлении возбудителя на слизистую глаза с инфицированной водой или пылью. Процесс чаще бывает односторонним. Клинически характеризуется развитием одностороннего эрозивно-язвенного конъюнктивита, отека век. Бубон формируется в околоушной или подчелюстной областях. **Ангинозно-бубонная форма** возникает при алиментарном или водном заражении. Чаще регистрируется одностороннее поражение. Больные отмечают боли в горле и затруднение глотания. В ротоглотке отмечается односторонний тонзиллит. На пораженной миндалине выражен язвенно-некротический процесс, имеются фибриновые налеты. Выявляется шейный или подчелюстной бубон. **Абдоминальная форма** развивается при алиментарном заражении. Возбудитель поражает слизистую кишечника и мезентериальные лимфатические узлы. Клинически данная форма болезни будет характеризоваться появлением болей в животе, жидким стулом, тошнотой, иногда — рвотой. При пальпации живота выявляется боль в правой подвздошной или в околопупочной областях, увеличение печени и селезенки. Данная форма заболевания может вызвать затруднения в своевременной диагностике, поскольку отчетливо пропальпировать мезентериальные лимфатические узлы удается не

всегда. **Легочная форма** туляремии возникает в случае аэрогенного (вдыхание инфицированной пыли) заражения. В зависимости от характера поражения заболевание может протекать в виде бронхитического или пневмонического вариантов. Бронхитический вариант характеризуется более легким течением, чем пневмонический. У больных на фоне выраженной интоксикации отмечаются боли в груди, сухой кашель или со скудной слизисто-гноющей мокротой. В легких могут выслушиваться сухие или влажные хрипы. Рентгенологически отмечается увеличение прикорневых, медиастинальных или паратрахеальных лимфатических узлов. При пневмоническом варианте на рентгенограмме легких выявляются очаговые инфильтраты. Развитие **генерализованной формы** чаще происходит при прогрессировании абдоминальной или легочной форм. Заболевание может протекать по септическому или тифоподобному вариантам.

**Лечение.** В соблюдении специальной диеты больные с туляремией не нуждаются. В острый период болезни обычно назначают стол № 2 с последующим переходом на общий стол. Больным обязательно назначается этиотропная терапия. Обычно применяется комбинированная терапия стрептомицина (1 г в, сутки) и гентамицина (80 мг 3 раза в сутки). Кроме того, назначаются доксициклин, канамицин, левомицетин, цефалоспорины третьего поколения, рифампицин. Курс лечения продолжают в течение 10—14 сут (до 5—7 сут нормальной температуры). Больным обязательно проводится дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, противовоспалительная и симптоматическая терапии. Вакциноterapia в настоящее время практически не применяется, ввиду низкой эффективности. При появлении флюктуации бубона необходимо его вскрытие, промывание и дренаж. **Диагностика:** лабораторные методы, а также комплекс инструментальных методов и сбор анамнеза.

**Дифференциальная диагностика** проводится с след. заболеваниями: [чума](#) — положительные результаты специфических серологических тестов, инфекционно-токсический шок и ДВС-синдром, выраженное воспаление клетчатки вокруг лимфатических узлов (периаденит); листериоз — бубонов, как правило, нет, положительные результаты серологических тестов; йерсиниоз и [псевдотуберкулез](#) — поражены в основном внутрибрюшные лимфоузлы, положительные результаты специфических лабораторных тестов; Ку-лихорадка — органы ЖКТ не поражены, отсутствуют кожные аффекты, язвы и регионарные лимфадениты, заболевание определяют по специфическим серологическим реакциям; [сепсис](#) — возникают септические очаги, поражаются различные органы, возбудитель выявляется при посеве крови; [малярия](#) — пребывание в тропиках, типичные малярийные приступы, нет бубонов, данные лабораторных исследований; [болезнь кошачьих царапин \(фелиноз\)](#) — пациента незадолго до появления симптомов поцарапала кошка, заболевание развивается медленно и длительно без выраженных симптомов и лихорадки; венерическая лимфогранулема — предшествующий незащищенный половой контакт, красная язва в месте внедрения, чаще в паховой области или во рту, отсутствует выраженная лихорадка и интоксикация.

#### **484. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.**

**Клещевой энцефалит** — это острая природно-очаговая вирусная трансмиссивная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, поражением серого и белого вещества головного мозга и оболочек головного и спинного мозга.

**Этиология:** вирус клещевого энцефалита впервые выделен в 1937 году Л. Зильбером. Группа - арбовирусы; семейство – тогавирусы; род - Flavivirus (группа В). Вид - вирус клещевого энцефалита, который делится на шесть генотипов (наиболее значимы дальневосточный, урало-сибирский и западный). Клещевой энцефалит представляет собой РНК-вирус, который локализуется в нервной ткани. Он имеет сферическую форму 40-50 нм в диаметре. Содержит нуклеокапсид, окруженный наружной липопротеидной

оболочкой со встроенными в него шипиками гликопротеида (способны склеивать эритроциты).

**Эпидемиология:** переносчиком и основным резервуаром вируса клещевого энцефалита в природе являются иксодовые клещи: лесной клещ - *I. ricinus* и таежный клещ - *I. persulcatus*. Второстепенный резервуар вируса в природе - теплокровные млекопитающие (зайцы, белки, бурундуки, мыши, лисы, волки, козы и другие) и птицы (дрозд, снегирь, терев и другие). Основной механизм заражения клещевым энцефалитом человека - трансмиссивный (при укусах инфицированными клещами во время кровососания). Ареал распространения охватывает Сибирь, Дальний Восток, Урал, Европейскую часть России, а также Европу. Из общего числа заболевших клещевым энцефалитом до 75–80% больных составляют жители городов, заражение которых происходит в антропогенных очагах (пригородной зоне) во время поездок по бытовым причинам, связанным со сбором грибов, ягод и работой и отдыхом на природе, дачных участках. Присасывание клещей на человека может происходить не только в лесу, но и в домашних условиях. Клещи заносятся в дом на рабочей одежде, с домашними животными, букетом полевых цветов.

**Клиника:** различают следующие острые формы клещевого энцефалита: лихорадочная (около 35-45%), менингеальная (около 35-45%) и очаговая с различными сочетаниями поражения головного и спинного мозга (около 1-10%). У 1-3% переболевших острым клещевым энцефалитом болезнь переходит в прогрессивную (неуклонно прогрессирующую) форму с переходом в хроническую форму (лат. *gradatio* - постепенное усиление, неуклонное прогрессирование). Доля бессимптомной формы инфекции у людей после присасывания инфицированного клеща в зависимости от очага может составлять до 90%. Различают следующие периоды заболевания: инкубационный период; продромальный период; период разгара заболевания (лихорадочный период); период реконвалесценции. Инкубационный период составляет до 30 дней, чаще 10-12 дней. Инфекция начинается остро. Температура тела повышается до 38-39°C, появляется резкая головная боль, чувство разбитости, нарушение сна. Продромальный период продолжается 1-2 дня. Отмечается слабость, недомогание, разбитость, боли в области мышц шеи и плечевого пояса, боли в поясничной области, головная боль. Лихорадочный период продолжается от 3 до 14 дней. Характерны мышечные боли, особенно в тех группах мышц, в которых в последующем возникают парезы и параличи. После снижения температуры у 10-20% развивается симптоматика со стороны ЦНС: менингит (50-60% случаев), менингоэнцефалит (30%) и менингоэнцефаломиелит (5% случаев). У 2-12% больных развивается прогрессивное течение заболевания.

**Диагностика:** лабораторная диагностика (клинический анализ крови - нормопения (нормальное содержание лейкоцитов) или умеренный лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз; иммуноферментный анализ крови и ликвора — выявление специфических IgM в острой, подострой или хронической стадии, изолированное выявление IgG как показатель перенесённого процесса с выздоровлением, комбинации IgM и IgG; полимеразная цепная реакция крови и ликвора - выявление нуклеиновых кислот вируса клещевого энцефалита как показатель активно протекающей инфекции; спинномозговая пункция: цитологические показатели - подсчёт количества и качества клеток (лимфоцитарный или смешанный цитоз от 10 до 1000 клеток в мкл); биохимические исследования ликвора - уровни общего белка, глюкозы и хлоридов;

МРТ головного мозга - очаги глиоза и нейродегенерации.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) - выявление эпиактивности головного мозга, очаговых изменений (в височных областях): угнетение  $\alpha$ -ритма, наличие медленных J и d-волн, острые пик-волны быстрого диапазона, неблагоприятные длительные молчания, периодические эпилептиформные разряды.

**Лечение:** Этиотропное лечение (направленное на вирус) включает в себя введение специфического противоклещевого иммуноглобулина. Показано использование

противоклещевой иммунной плазмы. Также при ранней диагностике хорошие результаты дает применение препаратов интерферона, индукторов интерферона. Для достижения максимальной эффективности требуется как можно более раннее назначение препаратов.

#### **485. Малярия. Клиника трехдневной малярии (*Pl. Vivax, ovale*), диагностика и лечение.**

Малярия, или болотная лихорадка (*Malaria*) — группа протозойных трансмиссивных заболеваний человека, вызываемых возбудителями рода *Plasmodium*, передающимися комарами рода *Anopheles* и поражающими элементы ретикулогистиоцитарной системы и эритроциты.

***P. vivax*-малярия** (трехдневная малярия) относится к доброкачественным видам малярийной инвазии и в большинстве случаев не сопровождается тяжелыми осложнениями. Инкубационный период продолжается от 10-21 дня (при инвазии тахизоитами) до 6-14 мес (при инвазии гипнозоитами). Развитию характерной клинической картины может предшествовать продромальный период продолжительностью в несколько дней, проявляющийся познабливанием, несильными миалгиями и астенией. Заболевание начинается остро, нередко внезапно, с познабливания или сильного озноба, быстрого повышения температуры тела, достигающей в течение 1-2 ч 39-40 °С, и сопровождается головной болью, иногда головокружением, миалгиями, разбитостью с астенизацией, тошнотой и в отдельных случаях рвотой. В течение первых нескольких дней лихорадка может отмечаться ежедневно и иметь ремиттирующий, субконтинуальный или неправильный тип, при этом стадии малярийного пароксизма, в особенности стадия озноба, могут быть невыраженными («инициальная лихорадка»). Спустя 5-7 дней лихорадка принимает характерный интермиттирующий тип, более выраженными становятся фазы «озноба», «жара» и «пота», при этом общая продолжительность приступов составляет 6-12 ч. Нередко приступы лихорадки возникают ежедневно (*febris quotidiana*), что обусловлено паразитированием двух генераций возбудителей. Как правило, приступы развиваются в первой половине дня.

После 2-3 температурных пароксизмов отчетливо выявляются увеличенные печень и селезенка, пальпация последней чувствительна, консистенция эластичная. В течение 2-й и особенно 3-й недели болезни становятся заметными анемия, субиктеричность склер и нередко желтушность кожи. Температура тела достигает максимума на 3-5-й день болезни, в дальнейшем интенсивность лихорадки уменьшается и приступы постепенно угасают, размеры печени и селезенки уменьшаются. Однако у нелеченных больных спустя 2 нед -2 мес вновь возникают лихорадочные пароксизмы, характеризующиеся синхронной и стадийно развивающейся лихорадкой, ранним выявлением увеличения печени и селезенки, анемией и умеренно выраженным токсическим синдромом (ранние рецидивы). Через 6-18 мес после окончания серии ранних рецидивов у значительной части больных возникают поздние, экзоэритроцитарные рецидивы, обусловленные окончанием тканевой шизогонии гипнозоитов. Для клинической картины характерны синхронные температурные пароксизмы с выраженными фазами «озноба», «жара» и «пота», быстрое развитие анемии, гепатоспленомегалии, причем консистенция печени и селезенки в отличие от первичных проявлений болезни плотная, пальпация малоболезненна. Наибольшее число рецидивов малярии наблюдается при инвазии тихоокеанскими вариантами *P. vivax* (штамм Chesson). В отдельных случаях при заражении лишь гипнозоитами (в естественных условиях наблюдается редко) или использовании с целью индивидуальной химиофилактики делагила, который супрессирует первичные проявления, обусловленные тахизоитами, первые симптомы болезни при *P. vivax* или *P. ovale*-малярии могут появиться спустя несколько (6-18) месяцев после заражения. После завершения периода поздних рецидивов обычно наступает выздоровление. Общая продолжительность болезни составляет от 1,5-2 до 3-4 лет (редко до 8 лет). *P. ovale*-малярия по многим клинико-патогенетическим признакам сходна с *P. vivax*-малярией. Инкубационный период продолжается 11-16 дней. Заболевание обычно протекает



доброкачественно, начинается без выраженного продрома. Приступы лихорадки возникают преимущественно во второй половине дня, развиваются с умеренно выраженным токсическим синдромом, медленно прогрессирующей гепатоспленомегалией при относительно невысоком уровне паразитемии. Рецидивы болезни протекают с небольшим числом приступов лихорадки. Общая продолжительность болезни составляет 2-4 года (в отдельных случаях до 8 лет).

При подозрении на малярию назначают анализ «толстая капля», который позволяет выявить паразитов. У пациента берут образец крови, подкрашивают специальным реагентом (окрашивание по Романовскому — Гимзе) и затем изучают с помощью светового микроскопа. Анализ рекомендуется сделать несколько раз в течение 2–3 суток, кровь берут при нормальной температуре и в момент приступа лихорадки.

ВОЗ рекомендует терапию комбинированными препаратами на основе артемизинина. Их применяют в сочетании с другими противомаларийными препаратами, антибиотиками и противогельминтными средствами.

#### **486. Клиника тропической малярии. Этиология, эпидемиология, диагностика, лечение.**

Начинается остро.

Инкубационный период 8-16 дней (иногда месяц при внутривенном заражении, например, при переливании крови);

Основной синдром заболевания — специфическая общая инфекционная интоксикация, которая протекает в виде малярийного приступа. Начинается чаще в первой половине дня со сменой фаз озноба, жара и пота. Иногда предшествует продрома (недомогание). Приступ начинается с озноба, больной не может согреться, кожные покровы становятся бледными, холодными на ощупь и шероховатыми (продолжительность — 20-60 минут). За это время человек теряет до 6000 ккал. Затем начинается жар (температура тела в течение 2-4 часов повышается до 40°C). Затем наступает период повышенного потоотделения (снижается температура тела, улучшается общее самочувствие). В межприступный период самочувствие человека можно охарактеризовать как состояние «после банкета». Далее всё снова повторяется.

В среднем возможно около 10 малярийных приступов. К этому моменту в крови появляются антитела, которые вызывают частичную гибель плазмодиев, однако паразиты изменяют свою антигенную структуру и могут вызывать повторные заболевания. Если это брадиспорозоиты, то после последней серии приступов наступает длительная ремиссия, но весной следующего года процесс начинается снова. Отличительная особенность малярии Knowlesi — ежедневные приступы, тогда как при других формах малярии межприступный интервал может длиться несколько суток (у трёхдневной и овале-малярии повторный приступ возникает через день, у четырёхдневной — через два дня, у тропической — длительные приступы без чёткой периодичности).

При осмотре можно выявить различные степени угнетения сознания (исходя из тяжести заболевания). Положение больного так же соответствует степени тяжести болезни. Проявляется болезненность мышц и суставов, бледная сухая кожа;

Периферические лимфоузлы не увеличиваются. Со стороны сердечно-сосудистой системы характерна тахикардия, понижение артериального давления, при четырёхдневной малярии встречается шум «волчка», приглушение тонов. В лёгких выслушиваются сухие хрипы, тахипноэ (учащённое поверхностное дыхание), повышение ЧДД, сухой кашель. При тяжёлой степени появляются патологические типы дыхания. Со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдается снижение аппетита, тошнота, рвота, вздутие живота и синдром энтерита (воспаление тонкого кишечника), гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезёнки). Нередко темнеет моча.

Тип — простейшие (Protozoa) Класс — споровики (Sporozoa) Отряд — гемоспоридий (Haemosporidia) Семейство — Plasmodiidae Род — Plasmodium

Продолжительность экзоэритроцитарной шизогонии (тканевого размножения):

*P. falciparum* — 6 суток

Основными видами диагностики малярии являются:

общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и гематокритом;

общий анализ мочи;

микроскопия толстой капли крови и тонкого мазка крови, окрашенных по Романовскому-Гимзе;

иммунологический анализ экспресс тестом;

анализ полимерной цепной реакции и видеоспецифические исследования ДНК;

УЗИ органов брюшной полости.

Немедикаментозное лечение: Режим:

- полупостельный (малярия без осложнений);

- постельный (при развитии осложнений).

Диета (легкоусвояемая);

- диета №5

- диета №7 (при развитии нефротического синдрома).

Обильное питье до 2,5-3,0 л жидкости.

Медикаментозное лечение:

Лечение больных малярией, вызванных *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* и *P. falciparum* (при отсутствии резистентности к хлорохину) [7]:

- Купирование острых клинических проявлений проводится гематошизотропным препаратом

Для взрослых:

Хлорохина\* (хлорид или дифосфат) (chloroquine-CQ) в курсовой дозе 25 мг основания/кг в течение 3 дней (15+5+5) per os:

- 1-й день в 2 приема: 10 мг/кг и 5 мг/кг с интервалом 6 часов;

- 2-й день – 5 мг/кг однократно;

- 3-й день - 5 мг/кг однократно.

При сохранении лихорадки на 3-и сутки и высокой паразитемии курс лечения может быть продолжен еще на 2 дня:

- 4-й день - 5 мг/кг однократно;

- 5-й день – 5 мг/кг однократно.

#### 487. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.

ВИЧ-инфекция — это хроническое инфекционное заболевание, которое провоцирует вирус иммунодефицита человека, поражающий клетки иммунной системы (CD4). При отсутствии лечения закономерно приводит к синдрому приобретённого иммунодефицита (СПИДа).

Вирус иммунодефицита человека принадлежит семейству ретровирусов (Retroviridae), роду Lentivirus. Впервые информация о болезни появилась в 1970 годах. Сам вирус был выделен в 1983 году одновременно во Франции вирусологом Франсуазой Барре-Синусси и в США учёным Робертом Гало, однако название, одобренное Всемирной организацией здравоохранения, получил только через пять лет — в 1987 году. Тогда же впервые был зарегистрирован случай ВИЧ-инфекции в СССР.

В настоящее время выделяют два типа вируса — ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличаются по своим структурным характеристикам. На территории России, США, Европы и Центральной Африки распространён вирус первого типа (ВИЧ-1), на территории Индии и Западной Африки эпидемиологическое значение имеет второй тип вируса (ВИЧ-2).

В естественных условиях ВИЧ в высушенном состоянии сохраняет активность на протяжении нескольких часов, в биологических жидкостях — несколько дней, в замороженной сыворотке крови — несколько лет. При нагревании до 70-80°C вирус гибнет через 10 минут, при обработке 70% раствором этилового спирта инактивируется

через одну минуту. Также чувствителен к 0,5% раствору гипохлорита натрия, 6% раствору перекиси водорода, 5% раствору лизола, эфира или ацетона.

#### Патогенез вич-инфекции

Проникнув в организм человека любым из вышеперечисленных способов, вирус с помощью специфического гликопротеида gp120 фиксируется на мембране клеток-мишеней, в которых есть белок CD4. Данный рецептор есть у Т-лимфоцитов (Т4, хелперы), он играет главную роль в иммунном ответе. Также белок CD4 есть у моноцитов, макрофагов, эндотелиальных и других клеток.

После фиксации на мембране вирус проникает в клетку, там его РНК благодаря ферменту ревертазы синтезирует (создаёт) ДНК, которая встраивается в генетический аппарат здоровой клетки. Там она может существовать в виде провируса в течение всей жизни, при этом оставаясь неактивной. Когда провирус активируется, в заражённой клетке происходит активное накопление новых вирусных частиц, что приводит к разрушению текущей клетки и поражению новых.

Свободный белок gp120 также способен соединиться с рецептором CD4, который присутствует у неинфицированных Т4 лимфоцитов. Вместе они распознаются иммунной системой как чужеродные и разрушаются клетками-киллерами. Ещё одной причиной гибели CD4 клеток являются биологически активные вещества, которые секретируют инфицированные ВИЧ макрофаги. Кроме того, у инфицированных Т-хелперов появляется способность формирования массивных скоплений, в связи с чем их количество резко уменьшается.

Клетки иммунной системы необходимы организму человека для его защиты от бактерий, вирусов, простейших, опухолевых клеток и других чужеродных агентов. Заражённые ВИЧ Т4 клетки не способны осуществлять свою основную функцию, в связи с чем разрушается иммунная система и нарушается нормальная реакция на чужеродные агенты. ВИЧ-инфицированный человек становится беззащитным перед микроорганизмами, даже включая те, которые не представляют опасности для незаражённого человека (оппортунистические инфекции), повышается риск развития онкологических заболеваний.

Также в патологический процесс зачастую вовлекается нервная система. Это становится причиной функциональных, а затем и трофических поражений нейронов и нарушения мозговой деятельности.

#### Классификация и стадии развития вич-инфекции

Выделяют пять стадий инфицирования:

- 1) Стадия инкубации — фаза от момента заражения до выработки антител и/или появления реакции, представленных признаками "острой ВИЧ-инфекции".
- 2) Стадия первичных проявлений — этап, который начинается, соответственно, через 3-6, максимум 12 месяцев от момента заражения. В
- 3) Субклиническая, или латентная, стадия ВИЧ — период замедленного размножения вируса, по сравнению с предыдущими стадиями.
- 4) Стадия вторичных заболеваний — фаза, в которой продолжается репликация ВИЧ.
- 5) Стадия СПИДа (терминальная стадия) — финальный этап течения ВИЧ-инфекции.

#### **488. ВИЧ-инфекция. Клиника первичных проявлений, диагностика, лечение.**

ВИЧ-инфекция не имеет специфических симптомов. Все клинические проявления могут относиться как к другим инфекционным и неинфекционным заболеваниям, так и к проявлениям вторичных заболеваний, которые развиваются на фоне иммунодефицита. Однако можно выделить лишь основные симптомы острой ВИЧ-инфекции, которые проявляются в первые три недели – три месяца от момента инфицирования:

- увеличение лимфатических узлов (чаще всего шейных и подмышечных);
- лихорадка (температура при ВИЧ чаще субфебрильная — от 37,1°C до 38,0°C);

сыпь;  
воспаление нёбных миндалин и, как следствие, боли в горле;  
слабость, бессонница;  
головные боли.

Вышеперечисленные симптомы ВИЧ могут наблюдаться примерно у 30% заболевших. Ещё у 30-40% острая ВИЧ-инфекция может протекать в более тяжёлой форме (с развитием герпетической инфекции, пневмонии, менингита, энцефалита) и примерно у 30% не наблюдается.

Продолжительность клинических проявлений в случае их возникновения варьируется от нескольких дней до нескольких месяцев. Обычно симптомы ВИЧ длятся около 2-3 недель, после чего все проявления исчезают. Исключение может составлять увеличение лимфоузлов, которое часто сохраняется на протяжении всего заболевания.

#### Диагностика вич-инфекции

Для диагностики ВИЧ-инфекции применяется специальный иммуноферментный анализ (ИФА) 4-го поколения, который заключается в реакции "антиген-антитело". Он позволяет определить наличие антител к ВИЧ в организме человека. Соответственно, тест на ВИЧ будет достоверным только после завершения периода инкубации, т.е. после того, как организм выработает достаточное количество антител (не ранее четвёртой недели после заражения). У большинства людей тест будет достоверным через три месяца, однако для исключения ВИЧ-инфекции на 100% необходимо сдать анализ через 6 и 12 месяцев.

В случае положительного анализа на ВИЧ тот же образец крови исследуется в лаборатории ещё раз: если результат вновь положительный, то необходим тест другого типа — иммунный блоттинг. Положительный результат иммунного блоттинга (после положительного результата ИФА) достоверен на 99,9%, что является максимально точным для любого медицинского теста. Если же иммуноблот отрицательный, то делается вывод, что первый тест был ложноположительным, и ВИЧ у человека нет.

Результат иммуноблота может интерпретироваться как положительный, отрицательный или неопределённый (т.е. наличие в иммуноблоте как минимум одного белка к вирусу). Неопределённый результат может наблюдаться, если анализ сдан в период инкубации: заражение произошло не так давно, поэтому в крови пока находится немного антител к ВИЧ, но спустя некоторое время иммуноблот станет положительным. Также неопределённый результат может возникнуть при отсутствии ВИЧ-инфекции и наличии некоторых хронических заболеваний. В таком случае иммуноблот станет отрицательным, либо будет выявлена причина неопределённого результата.

Как считаю многие, анализ на ВИЧ-инфекцию сдаётся не при любом заборе крови. Однако данное исследование является добровольным для всех, кроме:

- оноров крови;
- иностранцев и лиц без гражданства, которые хотят въехать на территорию Российской Федерации более чем на три месяца;
- медперсонала, работающего с кровью;
- лиц, находящихся в местах лишения свободы.

Люди, не относящиеся ни к одной из перечисленных категорий граждан, не сдают анализ на ВИЧ во время ежегодных профилактических медицинских осмотров, поэтому наличие медицинской книжки также не гарантирует отсутствие ВИЧ-инфекции.

#### Лечение вич-инфекции

В случае, если ВИЧ-инфекция обнаружена, человек встаёт на учёт в Центре по борьбе со СПИДом, где в дальнейшем наблюдается у врача-инфекциониста.

Лекарственного средства, которое могло бы полностью избавить от ВИЧ, в настоящее время нет. Однако, существуют препараты, значительно продлевающие жизнь и способные предупредить развитие СПИДа. Препараты для лечения показаны всем ВИЧ-инфицированным. Они предоставляются бесплатно после дообследования, назначаемого врачом-инфекционистом.

Препараты для лечения ВИЧ называются антиретровирусными (АРВ). Благодаря АРВ подавляется размножение вируса, в результате чего восстанавливается или не нарушается функция иммунной системы. ВИЧ-инфицированные пациенты, регулярно принимающие данные препараты, не способны передавать вирус даже при незащищённых половых контактах.

Особенность лечения ВИЧ-инфекции заключается в:

необходимости ежедневного пожизненного приёма препаратов (как правило, не менее трёх);

контроле эффективности лечения у врача-инфекциониста;

наблюдении возможных нежелательных явлений, связанных с приёмом препаратов.

Для лечения используются хорошо изученные современные препараты, не оказывающие опасного токсического влияния на другие органы и системы, при условии соблюдения рекомендаций врача и своевременного обследования.

489. **Стадия СПИДа (терминальная стадия)** — финальный этап течения ВИЧ-инфекции. Происходит развитие тяжёлых вторичных инфекций, угрожающих жизни, их генерализация (распространение по всему организму), развитие онкологических заболеваний и поражение центральной нервной системы, которое может сопровождаться **неврологическими симптомами**: растерянностью и забывчивостью, неспособностью сконцентрироваться, изменением поведения, головными болями, расстройствами настроения, нарушением координации и трудностями при ходьбе

Клиника: 1. Пневмоцистная пневмония. 2. Церебральный токсоплазмоз. 3. Криптоспороидоз с диареей. 4. Герпетическое поражение кожи, слизистых оболочек >1 мес или висцеральное герпетическое поражение независимо от длительности. 5. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия 6. Любой диссеминирующий эндемический микоз. 7. Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов, легких. 8. Атипичный диссеминированный микобактериоз 9. Нетифозная сальмонеллезная септицемия. 10. Экстрапульмонарный туберкулез. 11. Лимфома. 12. Саркома Капоши. 13. ВИЧ-энцефалопатия.

Основные методы подтверждения ВИЧ — это диагностические тесты:

- **Иммуноферментный анализ.** Это предварительный тест на наличие антител к вирусу в крови. Чувствительность теста до 99%. Положительный и сомнительный результаты требуют проведения дополнительных исследований.
- Иммуный блоттинг. Подтверждающий тест, позволяет обнаружить антитела к вирусным белкам возбудителя. Положительный результат — это достоверный признак ВИЧ-инфекции.
- **ПЦР-диагностика.** Это выявление генетического материала вируса. Исследование информативно на ранних сроках инфицирования с 10 по 33 день. Достоверность анализа — 80%. Чаще используют для прогноза, мониторинга динамики заболевания, контроля эффективности лечения.
- Фенотипирование лимфоцитов. Это оценка показателей клеточного иммунитета. Снижение уровня Т-лимфоцитов до 500/мкл и ниже свидетельствует о заражении вирусом иммунодефицита человека.

Заболевание неизлечимо, но существуют меры, позволяющие замедлить прогрессирование ВИЧ-инфекции. Пациенты вынуждены получать терапию пожизненно и находятся под постоянным наблюдением врача-инфекциониста для контроля за состоянием иммунного статуса, лечения и профилактики сопутствующих патологий.

Всем пациентам назначают антиретровирусные препараты, которые подавляют размножение вируса, предотвращают развитие оппортунистических заболеваний. Антиретровирусная терапия позволяет улучшить качество и увеличить срок продолжительности жизни. В настоящее время наиболее эффективна высокоактивная антиретровирусная терапия, включающая не менее 3 противовирусных препаратов.

Применяют ингибиторы обратной транскриптазы (зидовудин, ламивудин), ингибиторы протеазы (саквинавир, индинавир), ингибиторы интегразы (ралтегравир), ингибиторы слияния (энфувиртид). Успех лечения зависит от своевременности и непрерывности лечения, правильной организации образа жизни и питания.

Для профилактики и лечения пневмоцистной пневмонии применяют ко-тримоксазол, дапсол; при грибковых поражениях- флуконазол, кетоконазол, амфотерицин В; при герпетической инфекции- ацикловир, валацикловир

В качестве симптоматической терапии используют противоаллергические, жаропонижающие препараты, нестероидные противовоспалительные, витаминные комплексы, антиоксиданты и пробиотики. Хирургическое лечение ВИЧ не показано.

#### **490. Основные оппортунистические заболевания:**

- Туберкулез
- Пневмоцистная пневмония
- Цитомегаловирусная инфекция
- Токсоплазмоз
- Герпес

##### **Туберкулез.**

При ВИЧ-инфекции туберкулез протекает более агрессивно.

Бактерия-возбудитель распространяется по крови и попадает в разные органы и ткани.

При этом поражения легких может вообще не быть.

Если отмечается утомляемость, потливость, температура в пределах 37,2 – 37,5°C более 1 недели, кашель, необходимо срочно обратиться к врачу-специалисту (фтизиатру) и пройти обследование.

Основными способами выявления туберкулеза являются флюорограмма (разновидность рентгена легких) и проба Манту или Диаскин-тест. Эти исследования необходимо проходить минимум 2 раза в год.

Вовремя выявленный туберкулез может быть вылечен.

##### **Пневмоцистная пневмония (ПЦП).**

Возбудитель ПЦП широко распространен среди людей. При нормальных показателях иммунитета этот микроб находится в легких, но заболевания не вызывает.

Болезнь возникает только на фоне резкого снижения иммунитета. Такое состояние возникает на поздней стадии ВИЧ-инфекции – стадии СПИДа.

Как видно из названия заболевание протекает с поражением легких. Отмечается сухой кашель, одышка, температура.

Люди, живущие с ВИЧ/СПИД, при показателях CD4 ниже 200 клеток, даже при отсутствии признаков ПЦП, должны постоянно принимать этот препарат с профилактической целью.

##### **Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ).**

У ВИЧ-позитивных людей, особенно при снижении показателей иммунограммы, цитомегаловирус может вызывать поражения самых разных органов – от легких до глаз и головного мозга. Из частых признаков болезни можно отметить длительное повышение температуры, выраженное снижение аппетита, боли в мышцах, суставах, потливость (особенно по ночам).

##### **Герпес (герпетическая инфекция).**

У людей, живущих с ВИЧ/СПИД, герпес протекает тяжело. Высыпания на коже могут занимать большие участки. Кроме пузырьков могут образовываться длительно незаживающие язвы. Возможно поражение глаз, головного мозга.

Существующие препараты полностью герпес не вылечивают. Тем не менее, они активно подавляют вирус и позволяют добиться исчезновения признаков болезни на длительное время.

##### **Токсоплазмоз.**

В отличие от предыдущих инфекций токсоплазмоз передается человеку от животных. По современным представлениям до 30% населения инфицировано этим паразитом. Основную опасность в плане заражения для человека представляют кошки. Они могут выделять возбудителя с испражнениями. При этом сами кошки не болеют. Крайне редко можно заразиться при употреблении сырого мяса.

У людей, живущих с ВИЧ, токсоплазмоз наиболее часто протекает с поражением нервной системы, в первую очередь головного мозга. Это менингиты, энцефалиты, абсцессы головного мозга.

Для выявления токсоплазмоза используются специальные лабораторные тесты и компьютерная томография головного мозга.

Основные признаки токсоплазмоза:

- длительное повышение температуры
- головные боли
- тошнота, рвота
- судороги

**491. Вирусный гепатит В** — острое и хроническое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита В, с гемоконтактным механизмом передачи (через кровь), протекающее в различных клинико-морфологических вариантах, и возможным развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Вирус гепатита В включён в состав рода Orthohepadnavirus семейства Hepadnaviridae. Геном представлен двухнитевой ДНК.

Источник вирус- человек.

Механизм передачи: гемоконтактный и вертикальный (от матери к ребёнку). Основные пути передачи вируса гепатита В гемотрансфузионный и половой.

Патогенез: Вирус проникает в организм человека через повреждённые кожные покровы или слизистые оболочки, затем гематогенно диссеминирует в печень, где фиксируется на гепатоцитах благодаря поверхностным рецепторам, содержащим HBsAg. Экспрессия HBsAg происходит на мембране печёночных клеток. При этом возбудитель не оказывает прямого цитопатического действия на клетки печени.

Процесс репродукции в гепатоцитах обусловлен активностью ДНК-полимеразы, активно участвующей в «достройке» неполноценной цепочки вирусной ДНК за счёт антигенов гистосовместимости, общих для различных клеток организма хозяина. Дочерние популяции накапливаются в поверхностной мембране гепатоцитов.

Цитолиз печёночных клеток происходит под действием цитотоксических иммунных механизмов. Мишенями для последних являются антигенные детерминанты вируса вирусного гепатита В, ассоциированные с антигенами главного комплекса гистосовместимости (HLA) на поверхности гепатоцитов.

Существенную роль в патогенезе вирусного гепатита В играют иммунные комплексы (HBsAg-антитела), оседающие на эндотелии сосудов различных органов и в лимфатических узлах, обуславливая внепечёночные поражения (например, гломерулонефрит и узелковый периартериит).

Аутоиммунные реакции возникают также в ответ на воздействие фрагментов гепатоцитов после их гибели. Это ведёт не только к элиминации указанных фрагментов, но и к повреждению здоровых печёночных клеток.

Морфологические изменения характеризуются дистрофическими и некробиотическими процессами в центролобулярных и перипортальных зонах печёночной дольки с последующим развитием фиброза. Одновременно в процесс вовлекаются внутрипечёночные жёлчные ходы, что ведёт к формированию холестаза.

**492. Лабораторная диагностика**

На высоте заболевания в сыворотке крови обнаруживают HBsAg, HBeAg или HBcIgM с помощью ИФА, РИА, в период ранней реконвалесценции - HBcIgG,

**HBsIgG, на стадии выздоровления - HBsIgG и HBeIgG. Для верификации возбудителя всё большее значение приобретает ПЦР, выявляющая вирусную ДНК, что определяет степень активности репликации вируса**

- общеклинический анализ крови с лейкоцитарной формулой (лейкопения, лимфо- и моноцитоз, уменьшение СОЭ, тромбоцитопения);
- общий анализ мочи (появление уробилина);
- биохимический анализ крови (гипербилирубинемия в основном за счёт связанной фракции, повышение уровня АЛТ и АСТ, ГГТП, холестерина, щелочной фосфатазы, снижение протромбинового индекса, фибриногена, положительная тимоловая проба);
- УЗИ органов брюшной полости, КТ и МРТ диагностика;
- фиброскан (применяется для оценки степени фиброза).

**Дифференциальную диагностику гепатита В** проводят вирусными гепатитами А, С. В отличие от гепатита А гепатит В протекает в более тяжёлой форме с выраженными симптомами интоксикации, интенсивной желтухой и нередко с геморрагическими проявлениями (подкожные кровоизлияния, носовые кровотечения). Большое подспорье в дифференциальной диагностике имеют указания на то, что больной в течение последних 6 мес переносил вмешательства с повреждением кожных покровов и слизистых оболочек или имел половые контакты с лицами, перенёвшими гепатит В. Окончательный этиологический диагноз устанавливают с помощью реакций ИФА и ПЦР

## Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов

Признаки	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С
Эпидемиология	Пребывание в очаге ГА за 15-40 дней до заболевания	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГС
Преджелтушный период	Острое начало заболевания, короткий преджелтушный период до 4-7 дней	Постепенное начало болезни, длительный преджелтушный период до 7-14 дней	Отсутствует
Желтушный период	Быстрое развитие желтухи	Постепенное развитие желтухи, с появлением которой, как правило, отсутствует улучшение самочувствия, или оно ухудшается.	Быстропроходящая желтуха
Лабораторная диагностика	Наличие антител к вирусу гепатита А класса IgM (анти-HAV IgM)	Наличие поверхностного антигена (HBsAg), антител к ядерному антигену класса IgM (анти- HBc IgM), ДНК вируса гепатита В	Наличие антител к ядерному антигену класса IgM (анти- HCVc IgM), РНК, реже - общих антител (анти- HCV); при отсутствии антител к неструктурному белку 4 (анти- NS4) вируса гепатита С
Хронизация	Не характерна	5-10%	90%

### 493. Вирусный гепатит В. Исходы, прогноз, лечение, профилактика, диспансеризация.

Вирусный гепатит В (ВГВ) - вирусная антропонозная инфекционная болезнь с контактным и вертикальным механизмами передачи возбудителя. Характеризуется циклически протекающим паренхиматозным гепатитом с наличием в части случаев желтухи и возможной хронизацией.



**Исходы** вирусного гепатита В:

- Выздоровление (90%)
- Хронический гепатит В (от 5 до 10%)
- Цирроз печени (2-30%), первичный рак печени
- Летальность около 1% вследствие ОПН
- Бессимптомное носительство HBsAg

**Прогноз:** Вирусная инфекция гепатита В может быть как острой, так и хронической (затяжной). Лица с острой инфекцией избавляются от инфекции спонтанно в течение нескольких недель или месяцев. У детей меньше шансов, чем у взрослых, избавиться от инфекции. Более 95% людей, заразившихся во взрослом возрасте или у детей старшего возраста, полностью выздоравливают и вырабатывают защитный иммунитет к вирусу. Однако у детей младшего возраста этот показатель снижается до 30%, и только 5% новорожденных, заразившихся от матери при рождении, избавляются от инфекции. У этой популяции пожизненный риск смерти от цирроза или гепатоцеллюлярной карциномы составляет 40%. Из инфицированных в возрасте от одного до шести лет 70% избавляются от инфекции.

**Лечение:** Обязательна госпитализация в инфекционную больницу. Полупостельный режим. Диета – стол № 5 по Певзнеру. Обильное питье до 2-3 л в сутки. Дезинтоксикационная терапия (кристаллоиды, коллоиды) с витаминами С и группы В. Глюкокортикостероиды (преднизолон) – в тяжелых случаях. Диуретики (лазикс). Противовирусные препараты: группы интерферона (реаферон, интрон А). В последние годы широко используются нуклеозидные противовирусные препараты (ламивудин, зидовудин, рибавирин). Гепатопротекторы (карсил, легалон, рибоксин). Проводят плазмаферез, гемосорбцию, гипербарическую оксигенацию. Выписка из стационара проводится при хорошем самочувствии, отсутствии желтухи, уменьшении размеров печени, улучшении лабораторных показателей. Реконвалесценты находятся под диспансерным наблюдением в КИЗе поликлиники в течение 12 месяцев (клинико-лабораторное обследование проводится через 1 месяц после выписки - в стационаре, где лечился больной, а затем через 2 месяца в КИЗе и далее каждые 3 месяца в КИЗе поликлиники). Реконвалесцентам вирусного гепатита В, в течение года после выписки из стационара, противопоказаны профилактические прививки, кроме иммунизации против столбняка и бешенства. Нежелательно проведение плановых операций и применение каких-либо лекарственных средств. Алкоголь на это время должен быть исключен полностью. Женщинам не рекомендуется беременность.

**Профилактика:**

*Неспецифическая.* Тщательное обследование всех доноров. Применение медицинского и лабораторного инструментария одноразового пользования. Строгое соблюдение правил обработки медицинских инструментов и оборудования. Медицинские работники при проведении манипуляций, связанных с кровью или другими биожидкостями, должны работать в защитной спецодежде.

Медицинские работники, контактирующие с кровью, подлежат обязательному обследованию на HB sAg и анти- HCV при поступлении на работу и далее не реже 1 раза в год. Специфическая профилактика включает пассивную и активную иммунизацию. Для пассивной иммунизации используется донорский иммуноглобулин.

*Специфическая.* Активная иммунизация (вакцинация) проводится вакциной Энджерикс В, полученной методом генной инженерии. Вакцина вводится согласно календарю профилактических прививок от 2006 года: первая вакцинация проводится в течение 24 ч после рождения ребенка, вторая – в возрасте 1 месяц, третья – в возрасте 6 месяцев.

Помимо плановых прививок вакцинации подлежат группы риска: медицинские работники, студенты-медики, больные, получающие повторные гемотрансфузии или находящиеся на гемодиализе и др.

**Диспансеризация:** Больные с парентеральными ВГ подлежат обязательной диспансеризации. Ее организация и содержание зависят от нозологической формы ВГ, а также от характера остаточных явлений и форм перенесенного заболевания. В процессе диспансерного наблюдения первый контрольный осмотр должен проводиться не позже, чем через 1 месяц после выписки из стационара. В случаях, когда больной был выписан со значительно повышенными (более чем в 3 раза) показателями активности АлАТ, АсАТ, осмотр выполняется через 10–14 дней после выписки. Лица, перенесшие острый гепатит В, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 12 месяцев. Медицинские обследования (клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты) проводят каждые 3 месяца.

#### **494. Вирусный гепатит В. Осложнения. Клиника и лечение острой печеночной энцефалопатии.**

Печеночная энцефалопатия (гепатоцеребральный синдром) - нервно-психическое расстройство с нарушением интеллекта, сознания, рефлекторной деятельности и функций жизненно важных органов.

##### **О заболевании**

Основными проявлениями энцефалопатии являются нарушения нервного и психического статуса, возникающие на фоне выраженной дисфункции печени. Однако для постановки окончательного диагноза важно исключить другие поражения головного мозга, которые могут проявляться схожими симптомами.

Основными симптомами печеночной энцефалопатии являются психические нарушения (нервозность, возбудимость, агрессивность, частые перепады настроения), внезапно возникающая мышечная слабость, подергивания отдельных мышечных волокон. У пациентов с печеночной энцефалопатией нарушается сознание вплоть до развития комы.

Патогенетический механизм поражения церебральных структур связан с токсическим воздействием аммиака. Поэтому основу лечения печеночной энцефалопатии составляет уменьшение продукции этого соединения аммониегенными бактериями кишечника и ускорение его выведения гепатоцитами.

##### **Виды**

Развитие печеночной энцефалопатии проходит несколько последовательных стадий: нулевая – на фоне острой или хронической патологии печени не отмечается расстройства психики, личности и поведения;

первая – появляются первые признаки нервно-психических нарушений (беспричинно приподнятое настроение или необоснованная тревожность, плохая концентрация внимания, трудности при складывании и вычитании чисел, плохое засыпание ночью, сонливость в дневное время, подавленность, раздражительность);

вторая – уровень нервно-психических нарушений усугубляется (безучастность к происходящему или, наоборот, чрезмерно радужное восприятие действительности, невнятность речи, сонливость, большие сложности при выполнении интеллектуальных задач, видимые изменения личности, неадекватное ситуации поведение, периодическое нарушение ориентации во времени, спонтанная мышечная слабость, особенно часто возникающая в руках);

третья – выраженные нервно-психические нарушения, которые требуют постороннего ухода за пациентом (периодический ступор, возбуждение, спутанное сознание, нарушенная ориентация во времени и пространстве, потеря памяти, внезапные эпизоды ярости, абсолютно непонятная речь);

четвертая – кома, при этом у пациента может быть сохранена болевая чувствительность.

##### **Симптомы печеночной энцефалопатии**

Печеночная энцефалопатия может быть периодической или персистирующей.

Эпизодическая форма провоцируется инфекционными заболеваниями, кровотечениями из пищеварительного тракта, злоупотреблением мочегонными препаратами, запорами, а

также приемом некоторых лекарственных средств. Под воздействием провоцирующих факторов поведение человека временами может становиться неадекватным, нарушается речь, появляется дрожание рук, изменяется почерк и нарушается сознание. Подобные симптомы сохраняются в течение 2-4 дней, затем регрессируют. Ситуация может через некоторое время (в среднем через полгода) повториться.

Персистирующая форма отличается хроническим течением и связана с наличием портосистемных шунтов, по которым необезвреженная от азотистых соединений кровь попадает в системный кровоток. На фоне измененного поведения у пациента отмечаются периоды обострения клинической симптоматики. Помимо этого, также постепенно развивается гепатоцеребральная дегенерация нервно-мышечных структур с нарушением двигательной активности конечностей. Для персистирующей формы характерно развитие стойкого тремора, а также судорожных припадков и прогрессирующего слабоумия.

#### **Осложнения и исходы**

Как правило, острая инфекция заканчивается выздоровлением. Однако, в 1–2% случаев заболевание развивается в «молниеносный» гепатит, со смертностью 63–93%.

Опасным последствием этой болезни является ее затяжное течение с переходом в хронический гепатит (вероятность — 5–10%), который в свою очередь может привести к циррозу и раку печени.

Хроническому гепатиту далеко не всегда предшествует острая желтушная форма. Хронический гепатит может проявлять себя периодически немотивированной слабостью, утомляемостью, желтухой или в течение длительного времени вовсе не проявлять себя ничем.

Только у 20% больных с хроническим вирусным гепатитом В формируется цирроз печени и из них только у 5%- первичный рак печени.

Считается, что внепеченочные проявления опосредованы циркулирующими иммунными комплексами. Острый гепатит может предшествовать синдрому, подобному сывороточной болезни, проявляющемуся лихорадкой, кожной сыпью, артралгией и артритом, который обычно проходит с появлением желтухи. Двумя основными внепеченочными осложнениями хронического ВГВ являются узелковый полиартериит и гломерулярная болезнь.

Разная доля пациентов с узелковым полиартериитом является положительной на HBeAg. Клинические проявления аналогичны таковым у пациентов с полиартериитом, которые являются ВГВ-негативными. Пациентам с полиартериитом, связанным с ВГВ, может помочь противовирусная терапия.

ВГВ может вызывать как мембранозную нефропатию, так и, реже, мембранопролиферативный гломерулонефрит. Большинство случаев гломерулонефритов, связанной с ВГВ, возникает у детей. Типичным проявлением является протеинурия нефротического диапазона. Приблизительно у 30–60 процентов детей с мембранозной нефропатией, связанной с ВГВ, наступает спонтанная ремиссия, обычно в связи с сероконверсией e-антигена гепатита В в антитела (HBeAg в анти-HBe). Может развиваться почечная недостаточность, особенно у взрослых. Эффективность противовирусной терапии сомнительна.

#### **Лечение печеночной энцефалопатии**

Согласно клиническим рекомендациям, лечение печеночной энцефалопатии требует индивидуального подхода. Для своевременности начала терапии требуется проводить регулярный психометрический скрининг пациентов с заболеваниями печени.

#### **Консервативное лечение**

Основными направлениями лечения являются: нивелирование негативного действия факторов-провокаторов; соблюдение принципов диетического питания; проведение лекарственной терапии. Питание при печеночной энцефалопатии должно удовлетворять

следующим требованиям: достаточная энергетическая ценность пищи из расчета 35-40 ккал на 1 кг «идеального» веса; достаточное употребление жидкости, которая позволяет снижать уровень интоксикации; обеспечение регулярного приема пищи небольшими порциями (длительные голодные паузы негативно сказываются на организме пациента с патологией печени); включение белков в рацион, в т.ч. на завтрак и поздний ужин; потребность в белках должна покрываться продуктами растительного происхождения (содержащаяся в них клетчатка предупреждает рост аммониегенной флоры), молочными продуктами, курицей и мясом рыбы.

Долгое время считалось, что при заболеваниях печени требовалось резко сократить потребление белка. Но как позже выяснилось, белковый дефицит приводит к потере мышечной ткани, истощению запасов и тем самым, наоборот, повышает концентрацию аммиака в крови. Потребность в белках следует покрывать растительной пищей и молочными продуктами, т.к. их аминокислотный состав не усугубляет течение энцефалопатии).

Медикаментозное лечение включает в себя препараты 3 классов:

- снижение уровня аммиачных соединений в крови достигается с помощью неабсорбируемых дисахаридов (слабительное средство) и невсасывающегося антибиотика;
- уменьшение процессов торможения на уровне головного мозга;
- разветвленные аминокислоты и цинк-содержащие средства.

Неабсорбируемые слабительные средства помогают уменьшать уровень кислотности в кишечнике, тем самым замедляя всасывание азотистых соединений. К тому же, такие препараты снижают численность бактерий, которые продуцируют аммиак. Одновременно увеличивается колония неаммониегенных микроорганизмов.

Неабсорбируемый антибиотик оказывает губительное воздействие на аэробные и анаэробные бактерии, жизнедеятельность которых сопровождается образованием аммиака. Улучшение метаболического состава толстой кишки оказывает положительное влияние на течение печеночной энцефалопатии и способствует ее скорейшему разрешению.

L-орнитин L-аспартат (LOLA) – это препарат, который улучшает функциональную активность клеток печени и помогает им обезвреживать азотистые соединения. LOLA представляет собой стабильную соль аминокислот орнитина и аспартата. Препарат обеспечивает метаболические субстраты для цикла мочевины в печени и для синтеза глутамина в скелетных мышцах, перивенозных гепатоцитах, головном мозге, это стимулирует обезвреживание аммиака и снижает его уровень в крови.

Хирургическое лечение

Радикальное хирургическое лечение – это трансплантация печени, которая позволяет восстановить обезвреживающую функцию гепатоцитов.

#### **495. Вирусный гепатит D. Этиология, эпидемиология, клиника.**

Вирусный гепатит D – антропонозная инфекционная болезнь, развивающаяся у лиц, инфицированных вирусом гепатита В и характеризующаяся преимущественным поражением печени.

#### **Этиология вирусного гепатита D**

Заболевание передается от человека к человеку половым путем и при переливании крови. В группе риска – молодое поколение, часто забывающее о необходимости предохраняться и избегать случайных интимных контактов. Острая форма гепатита D успешно лечится в течение нескольких месяцев. Однако обнаружить его на этой стадии удастся далеко не всегда. Переход вирусной инфекции в хроническую форму крайне опасен для организма. Его пагубное действие сказывается на печени, которая быстро утрачивает первоначальную функцию и необратимо разрушается. Течение заболевания отличается тяжестью, и прогноз неблагоприятен для большинства пациентов, особенно если существует риск печеночной комы, или больной является носителем ВИЧ/СПИД.

Следует знать: случаи заражения вирусом здорового человека не регистрируются. Возбудитель гепатита D считается «дефектным», поэтому его жизнедеятельность возможна «на основе» гепатита В.

Вирус гепатита дельта передаётся через половые пути, кровь и её производные. Существуют две основные модели развития инфекции вируса гепатита дельта. Коинфекция имеет место в том случае, когда организм заражается одновременно и вирусом гепатита В, и вирусом гепатита дельта. О суперинфекции говорят тогда, когда организм сначала имел хронический гепатит В, а потом заразился вирусом гепатита дельта. Такие суперинфекции могут достигать наиболее сильной выраженности и имеют наибольшую вероятность перехода в хроническую форму. Самые первые тесты на вирус гепатита дельта были основаны на обнаружении в крови антител к дельта-антигену, но позднее были созданы тесты и на сам дельта-антиген. В настоящее время разработаны ещё более эффективные тесты на РНК, однако они не используются в повседневной практике. Хотя для постановки диагноза «гепатит D» не требуется биопсии печени, обычно её проводят для выявления степени повреждения печени и назначения лечения.

Хотя вирус гепатита дельта обнаруживается исключительно в присутствии вируса гепатита В, при заражении вирусом гепатита В вирус гепатита D обнаруживается далеко не всегда. В некоторых популяциях частота совместного развития гепатита В с гепатитом D особенно высока. Доля пациентов с гепатитом В, страдающих также от гепатита D, варьируется от менее чем 1 % до более 10 % в разных популяциях. Наиболее высок процент таких пациентов в бассейне Амазонки, на территории юга бывшего СССР, в Средиземноморье и Африке южнее Сахары. В целом в развитых странах вирус гепатита дельта редок. Процент инфицированных двумя вирусами одновременно может быть особенно высок среди определённых групп населения в пределах одной популяции, так, среди наркоманов, использующих нестерильные иглы, он может достигать более чем 70 %. Также в группу риска входят люди, принимающие концентраты факторов свёртывания крови. По всему миру вирусом гепатита дельта могут быть заражены 20 млн человек.

За последние годы распространённость гепатита D значительно уменьшилась. Отчасти это обусловлено изменениями образа жизни пациентов, составляющих особую группу риска, особенно наркоманов, использующих внутривенное введение наркотиков, а также тщательной проверкой образцов крови. Кроме того, введение повсеместной вакцинации против гепатита В, которая одновременно защищает и от гепатита D, сократила количество как переносчиков вируса гепатита D, так и людей, страдающих от острой формы заболевания.

Инкубационный период начинается с момента заражения и длится около 7-10 недель. При наличии коинфекций (поражения клеток несколькими видами вирусов) заболевание начинается достаточно остро. Пациенты с гепатитом D жалуются на следующие симптомы:

- общая слабость, недомогание;
- признаки лихорадки;
- интоксикация организма, тошнота и рвота;
- отсутствие аппетита;
- вздутие живота, сопровождаемое тупыми болями в области печени.

Перечисленные признаки преджелтушной симптоматики, как называют начальную стадию вирусного гепатита D, наблюдаются в течение пяти дней.

Гепатит D На следующем этапе пациентов чаще беспокоят боли в мышцах и суставах, рвота и тошнота, резкое повышение температуры и расстройство стула. Отмечается изменение цвета мочи и кала, сильный кожный зуд, болезненные ощущения в животе. При осмотре у врача наблюдается увеличение селезенки и появление мелкой сыпи на кожных покровах. Характерным симптомом гепатита D является нарушение свертываемости крови, кровоточивость десен, кровотечения из носа, внутренние кровотечения и т.д.

Если произошло одновременное заражение пациента гепатитами В и D, болезнь развивается в два этапа. На первом наблюдаются симптомы вируса В, а на втором – признаки вируса гепатита D, который легко поражает ослабленный предыдущей инфекцией организм. Если у пациента отсутствуют признаки острой дистрофии печени (так называемого фульминантного поражения), излечение возможно в 70-80% случаев. Если же печеночные ткани находятся в состоянии дистрофии, существует высокий риск летального исхода.

#### **496. Вирусный гепатит С. Этиология, эпидемиология, профилактика.**

Вирусный гепатит С – антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением печени, умеренной интоксикацией и склонностью к развитию хронических форм.

##### **Этиология**

Парентеральный вирусный гепатит С вызывается РНК-содержащим вирусом с размером вириона 30—60 нм, относящимся к семейству Flaviviridae. Вирусные частицы HCV имеют оболочку, содержатся в крови в следовых количествах и ассоциированы с липопротеинами низкой плотности и антителами к белкам вируса гепатита С. Вирусы, выделенные из комплексов с липопротеинами и анти-HCV антителами, имеют диаметр 60—70 нм. При электронно-микроскопическом изучении на поверхности вириона выявлены хорошо выраженные выступы высотой 6—8 нм.

##### **Эпидемиология**

В мире около 71 миллиона человек хронически инфицированы вирусом гепатита С и подвергаются риску развития цирроза печени и/или рака печени. Ежегодно более 350 тысяч человек умирают от связанных с гепатитом С болезней печени. Ежегодно 3—4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С.

На сегодня известно 8 генотипов вируса, подразделяющихся на свыше 100 подтипов.

Источником инфекции являются больные с активным гепатитом С и латентные больные — носители вируса. HCV-инфекция является инфекцией с парентеральным механизмом заражения — через инфицированную кровь и её компоненты. Инфицирование возможно при парентеральных манипуляциях, в том числе в медицинских учреждениях, включая оказание стоматологических услуг, через инъекционное оборудование, при акупунктуре, пирсинге, нанесении татуировок, при оказании ряда услуг в парикмахерских. В 20% случаев не удаётся установить способ передачи вируса.

Наиболее опасны, с точки зрения источника, больные с хроническим гепатитом С.

В течение первых 6 месяцев с момента инфицирования болезнь, как правило, ничем себя не проявляет – протекает бессимптомно, либо же ее признаки столь слабо выражены и неспецифичны, что пациент не обращает на них внимания и не связывает их с возможной патологией печени. Это и есть острый гепатит С, в 15% случаев завершающийся выздоровлением пациента, который может даже не предполагать, что переболел.

Но иногда острая форма заболевания все же клинически определяема, и симптомы ее сходны с проявлениями хронического гепатита С, который разовьется впоследствии:

- общая слабость, утомляемость;
- головная боль, головокружение;
- эмоциональная неустойчивость, раздражительность, плаксивость, подавленное настроение;
- снижение аппетита;
- нарушение сна;
- тяжесть, чувство дискомфорта, боль в правой половине живота;
- тошнота;
- боли в области суставов;
- желтушность кожных покровов, видимых слизистых, склер;

- темная моча, светлый кал;
- иногда – гипертермия.

Как правило, пациент, страдающий хроническим гепатитом, многие годы испытывает описанные выше симптомы, а значительно ухудшается его состояние уже спустя десятки лет: снижается масса тела, возникают отеки, увеличивается живот за счет жидкости, скопившейся в брюшной полости, возникают желтуха и повышенная кровоточивость. Это – симптомы развившегося из-за хронического воспаления гепатоцитов цирроза печени.

#### **497. Вирусный гепатит С. Клиническое течение, дифференциальная и лабораторная диагностика, лечение.**

Вирусный гепатит С – антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением печени, умеренной интоксикацией и склонностью к развитию хронических форм.

##### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика ВГС проводится с заболеваниями, которые проявляются сходными синдромами в преджелтушный и желтушный периоды.

Рекомендовано в преджелтушный период проводить дифференциальный диагноз ВГС при наличии катарального синдрома с ОРВИ, ОКИ, инфекционным мононуклеозом, при наличии диспепсического - с ОКИ вирусной и бактериальной этиологии (ротавирусной, энтеровирусной, сальмонеллезом и др.), а при наличии выраженного абдоминального синдрома - с пищевыми токсикоинфекциями, псевдотуберкулезом, аппендицитом, панкреатитом, острым гастритом, холециститом.

ВГС – вирусное заболевание, наиболее часто протекающее в виде посттрансфузионного гепатита с преобладанием безжелтушных и легких форм и склонное к хронизации процесса.

Возбудитель - вирус гепатита С – имеет сходство с флавовирусами, содержит РНК. На основе филогенетического анализа выделено 6 генотипов ВГС и более 80 субтипов.

Генотип 1 - наиболее распространенный генотип во всем мире (от 40 до 80%). Генотип 1a является доминирующим для США, а 1b преобладает в Западной Европе и Южной Азии.

Генотип 2 распространен во всем мире, однако встречается с меньшей частотой, чем генотип 1 (от 10 до 40%).

ВГС тип 3 характерен для Индии, Пакистана, Австралии и Шотландии. Генотип 4 распространен преимущественно в Средней Азии и Египте, генотип 5 – в Южной Африке, а генотип 6 – в Гонконге и Мокао.

Примерно 90% всех случаев посттрансфузионных гепатитов связано с ВГС. Среди доноров антитела к вирусу гепатита С (анти-ВГС) обнаруживают в 0,2-5% случаев.

У 40-75% пациентов регистрируется бессимптомная форма болезни, у 50-75% больных острым ВГС формируется хронический гепатит, у 20% из них развивается цирроз печени. Важная роль ВГС отводится и в этиологии гепатоклеточной карциномы.

Геном вируса гепатита С представлен одноцепочечной положительно заряженной РНК, которая кодирует 3 структурных и 5 неструктурных белков. К каждому из этих белков вырабатываются антитела, обнаруживаемые в крови больных гепатитом С.

Отличительной чертой ВГС является волнообразное течение заболевания, в котором разграничивают 3 фазы: острую, латентную и фазу реактивации.

Для острой фазы характерно повышение активности печеночных ферментов в сыворотке крови, уровня антител класса IgM и IgG к ВГС с нарастанием титров, а также РНК ВГС.

Латентная фаза характеризуется отсутствием клинических проявлений, наличием в крови антител класса IgG к ВГС в высоких титрах, отсутствием антител класса IgM и РНК ВГС либо их присутствием в низких концентрациях на фоне незначительного повышения активности печеночных ферментов в периоды обострения.

Для фазы реактивации характерно появление клинических признаков, повышение активности печеночных ферментов, наличие антител класса IgG (к нуклеокапсидному

белку core и неструктурным белкам NS) в высоких титрах, присутствие РНК ВГС и нарастание титров антител класса IgM к ВГС в динамике.

ИФА и ПЦР исследования на вирус гепатита С, определение генотипа

### **Лечение**

К немедикаментозным методам лечения гепатита С относят полный отказ пациента от алкоголя, ежедневные физические нагрузки и поддержание нормальной массы тела.

Острый гепатит С требует лечения лишь в отдельных случаях. Основу терапии хронического гепатита С составляет специфическая противовирусная терапия (пангенотипные противовирусные препараты прямого действия), которую пациенту назначают на срок 1-2 года. Такое лечение должны получать все пациенты возрастом старше 12 лет с подтвержденным хроническим гепатитом.

В комплексном лечении этого заболевания могут быть использованы гепатопротекторы, витамины, растворы для внутривенных инфузий с детоксикационным и/или питательным действием.

### **498. Бешенство. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника.**

Бешенство – острое вирусное заболевание, возникающее после попадания на поврежденную кожу слюны инфицированного животного, характеризуется развитием поражения центральной нервной системы (энцефалитом) со смертельным исходом.

**Этиология.** Возбудитель – нейротропный вирус – относится к группе рабдовирусов. Имеет пулевидную форму, достигает размера 80—180 нм. Нуклеокапсид вируса представлен однонитчатой РНК. Вирус неустойчив во внешней среде, кипячение убивает его в течение 2 мин, быстро погибает в хлорамине. Вирус устойчив к низким температурам. Вирус опасен для многих теплокровных животных, которые при заражении начинают выделять вирус со слюной за 7—8 дней до появления клинических симптомов.

**Эпидемиология.** Бешенство – зоонозная инфекция. Основной резервуар вируса – плотоядные животные (лисицы, волки, шакалы, собаки, кошки). Вирус выделяется со слюной в последние 7—10 дней инкубационного периода и на протяжении всего заболевания. Заражение происходит при укусе или ослюнении больными животными поврежденных кожных покровов и реже слизистых оболочек. От человека к человеку вирус не передается. Восприимчивость к бешенству всеобщая. Наибольшая заболеваемость отмечена в летне-осенний период, что обусловлено более интенсивными контактами людей с дикими животными.

**Клиника.** Диапазон инкубационного периода составляет от 7 дней до года (чаще 1—3 месяца). Существуют стадии предвестников, возбуждения и параличей. В продромальный период выделяют стадию предвестников, которая длится 1—3 дня. В этот период больного сопровождают неприятные ощущения в области укуса или ослюнения (жжение, тянущие боли, зуд), несмотря на то, что рана уже зарубцевалась, беспричинная тревога, депрессия, бессонница. Для стадии возбуждения характерны гидрофобия, аэрофобия и повышенная чувствительность. Гидрофобия (водобоязнь) проявляется в том, что при попытке пить, а затем лишь в случае приближения к губам стакана с водой для больного характерно судорожное сокращение мышц глотки и гортани, дыхание становится шумным в виде коротких судорожных вдохов, возможна кратковременная остановка дыхания. Судороги могут появиться вследствие дуновения в лицо струи воздуха (аэрофобия). Температура тела субфебрильная. Кожа покрыта холодным, липким потом, конечности холодные. Слюноотделение повышено, больной не может проглотить слюну и постоянно ее сплевывает. Возбуждение нарастает, появляются зрительные и слуховые галлюцинации. Иногда возникают приступы буйства с агрессивными действиями. Паралитический период характеризуется психическим успокоением. Исчезают страх, тревожное тоскливое настроение, прекращаются приступы гидро- и аэрофобии, и через 2—3 дня возбуждение сменяется параличами мышц конечностей, языка, лица. Смерть наступает через 12—20 ч после появления параличей. Бульбарную форму с выраженными



симптомами поражения продолговатого мозга, паралитическую (начинается с параличей, иногда типа Ландри) и мозжечковую с мозжечковыми расстройствами относят к вариантам течения.

**499. Бешенство. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.**

**Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**

Основные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

Дополнительные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: нет.

**Основные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:**

- ОАК;
- ОАМ;

**Прижизненные методы диагностики:**

Один из ниже перечисленных методов диагностики:

- вирусологическое исследование слюны, слезной или спинномозговой жидкости;
- ПЦР (СМЖ, ткань, слюна);
- ИФА (ткань, сыворотка, СМЖ);
- РИФ (отпечатки с роговицы или биоптаты кожи).

**Посмертные методы диагностики:**

Один из ниже перечисленных методов диагностики:

- метод флуоресцирующих антител (МФА) или прямой метод флуоресцирующий антител (ПФА) (ткань мозга);
- иммуногистохимический метод с использованием авидин-биотинового комплекса (ткань мозга);
- электронная микроскопия (ткань мозга).

**Дополнительные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:**

- биохимическое исследование крови: содержание глюкозы, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, электролитов крови;
- электрокардиография;
- рентгенография легких.

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

**Лабораторные исследования [1,2,3,4,5,6]:**

Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;

Общий анализ мочи: изменения не характерны.

Вирусологическое исследование: выделение вируса из слюны, слезной или спинномозговой жидкости путем интрацеребрального заражения мышей-сосунков).

ПЦР: определение РНК вируса бешенства.

ИФА: обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства в сыворотке, крови и СМЖ, ткани мозга, ткани.

РИФ: обнаружение антигена и антител к вирусу бешенства из отпечатков с роговицы или биоптатах кожи, ткань мозга).

Гистологический метод: обнаружение телец Бабеш-Негри в мазках, срезах клетках аммонового рога, гиппокампа, пирамидальных клеток коры большого мозга или клеток Пуркинье мозжечка.

Биологическая проба (заражение новорожденных мышей или сирийских хомяков вирусом из слюны больных, взвеси мозговой ткани или подчелюстных желез интрацеребрально): гибель животных через 6-7 дней после заражения позволяет предположить наличие вируса бешенства.

#### **Немедикаментозное лечение**

Режим: соблюдение охранительного режима: индивидуальный пост; уход, призванный максимально защитить больного от внешних раздражителей, тихая, теплая палата и др. затемнение палаты, устранение внешних раздражителей (света, шума, воды).

Трахеостомия (предупреждение асфиксии из-за ларингоспазма, уменьшение риск аспирационных осложнений, облегчение проведения искусственной вентиляции легких).

Катетеризация центральной вены, мочевого пузыря.

Зондовое питание.

#### **Медикаментозное лечение**

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: не проводится.

**Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:**

#### **Противосудорожная и седативная терапия:**

Нейролептики:

- аминазин 100 мг\сут;

Транквилизаторы:

- диазепам 40- 100 мг\сут.

Барбитураты:

Один из нижеперечисленных препаратов:

- фенобарбитал 50 мг через каждые 3-6 часов;

- тиопентал натрия до 2 г\сут в 3-4 приема.

#### **Дезинтоксикационная и регидратационная терапия:**

Парентеральное введение изотонических (0,9% раствор хлорида натрия 400,0; 5% раствора декстрозы 400,0) и коллоидных (меглюмина натрия сукцинат, 400,0) растворов в соотношении 3-4:1 в общем объеме 800-1200 мл в течение 1-3 дней.

### **Кардиотонические средства:**

- допамин концентрат для приготовления раствора для инфузий 0,5%,

### **Дегидратационная терапия:**

#### **Диуретики:**

- фуросемид раствор для инъекций 20 мг/2мл;
- маннитол раствор для внутривенного введения 10, 20%.

**При бульбарных нарушениях (с расстройством глотания и дыхания):** ИВЛ.

#### **Перечень основных медикаментов:**

- дроперидол раствор 10мг; • седуксен раствор 10 мг,
- фенобарбитал 50 мг и 100 мг;
- тиопентал натрия по 20 мл (0,5г и 1 г);
  - диазепам 10 мг;
  - хлорпромазин 2,5% - 2 мл.

#### **Профилактические мероприятия:**

Первичная иммунизация групп риска (ветеринары, лесники, охотники, собаководы, работники бойни, таксидермисты, сотрудники лабораторий, работающих с уличным вирусом бешенства) проводится антирабической вакциной в соответствии с инструкцией прилагаемой к вакцине.

Лечебно-профилактическая иммунизация проводится при контакте и укусах людей больными бешенством, подозрительными на бешенство или неизвестными животными, противопоказаний в этом случае не существует.

Постэкспозиционная (ПЭП) профилактика бешенства включает скорейшую местную обработку раны; введение антирабической вакцины против бешенства, при наличии показаний введение антирабического иммуноглобулина.

Местная обработка раны: немедленное и тщательное промывание водой раны в течение 15 минут с мылом, моющим средством, затем обработать 70° спиртом, повидон-йодом.

ПЭП зависит от типа контакта с животным, у которого подозревается бешенство

#### **500. Столбняк. Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика.**

##### **Этиология.**

Возбудителем заболевания является столбнячная палочка – *Clostridium tetani*. Она является грамположительным, строго анаэробным, спорообразующим микроорганизмом. Длина его достигает 4-8 мкм, ширина 0,3-0,8 мкм. Ее споры могут выживать при кипячении и при сухожаровой обработке (150°С) в течение 1 часа. В естественных условиях споры сохраняются многие годы.

В условиях анаэриоза при температуре 37°С, достаточной влажности и в присутствии аэробных микроорганизмов споры прорастают в вегетативные формы.

##### **Эпидемиология.**

*Clostridium tetani* широко распространены в природе являясь постоянными обитателями кишечника травоядных животных и 5-40% людей, они поступают с фекалиями в почву, надолго инфицируют её, преобразуясь в споровые формы.

Наибольшая обсеменённость спорами возбудителя наблюдается в черноземных, сильно удобренных почвах, в южных районах с развитым сельским хозяйством, где

регистрируется наиболее высокая заболеваемость столбняком. Для этого заболевания характерна сезонность – заболеваемость повышается в мае – сентябре.

Иммунитет недостаточно изучен. Естественного иммунитета не существует. При возникновении благоприятных условий (инфицирование ран и др.) восприимчивость очень высокая во всех возрастных группах.

**Клиника.**

Инкубационный период от момента ранения обычно длится 4–14 дней, но первые симптомы могут появиться даже через 24 часа. В то же время заболевание может развиваться значительно позже, после заживления раны. Существует мнение, что заболевание с инкубационным периодом менее 7 суток без лечения приводит к летальному исходу, а при длительности этого периода свыше 10 дней прогноз лучше.

Предполагаемыми факторами, для развития заболевания являются:

9. наличие нежизнеспособных тканей и инородных тел в ране;
10. запоздалая хирургическая обработка раны, анемия, длительное нахождение жгута на конечности;
11. переохлаждение пострадавшего;
12. отсутствие у больного иммунитета, который формируется с помощью профилактических прививок (АКДС, АДС, АДС-М).

Заболевание начинается с продромального периода, когда больные жалуются на головную боль, бессонницу, повышенную раздражительность, общее недомогание, обильную потливость, боли в области раны подергивание мышц вокруг раны.

**Местные проявления.** К наиболее постоянным местным признакам относятся следующие:

- болевой симптом: выражается во внезапном обострении или возникновении болезненности в области раны либо в появлении тянущих, колющих или стреляющих болей;
- местные судорожные явления: подергивание мышц вокруг раны;
- местное повышение рефлекторной возбудимости: проявляется в повышении местных кожных рефлексах, подергивании мышц или всей конечности в ответ на прикосновение к ней и особенно к ране.

### **Профилактика**

Своевременная плановая вакцинация и обязательная консультация врача при получении травм для решения вопроса о проведении экстренной профилактики столбняка.

Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики. В Российской Федерации в результате осуществления общегосударственной системы иммунопрофилактики столбняка в последние десятилетия регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно непривитых.

Пик заболеваемости столбняком обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры. Возникновение столбняка возможно также после укуса домашних и диких животных, если при этом в рану попали возбудители столбняка

В России иммунизация населения против столбняка осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

### **501. Рожь. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, клиника и лечение.**

#### **Этиология**

Возбудитель —  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*).  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А — факультативный анаэроб, устойчивый к воздействию факторов внешней среды, но чувствительный к нагреванию до 56 °С в течение 30 мин, к воздействию основных дезинфекционных средств и антибиотиков.

Особенности штаммов  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А, вызывающих рожу, в настоящее время изучены не полностью. Предположение о том, что они продуцируют токсины, идентичные скарлатинозному, не подтвердилось: вакцинация эритрогенным токсином не даёт профилактического эффекта, а антитоксическая противоскарлатинозная сыворотка не влияет на развитие рожи.

В последние годы выдвинуто предположение об участии в развитии рожи других микроорганизмов. Например, при буллёзно-геморрагических формах воспаления с обильным выпотом фибрина наряду с  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А из раневого содержимого выделяют *Staphylococcus aureus*,  $\beta$ -гемолитические стрептококки групп В, С, G, грамотрицательные бактерии (эшерихии, протей).

### **Эпидемиология**

Рожа — широко распространённое спорадическое заболевание с низкой контагиозностью. Низкая контагиозность рожи связана с улучшением санитарно-гигиенических условий и соблюдением правил антисептики в медицинских учреждениях. Несмотря на то что больных рожей нередко госпитализируют в отделения общего профиля (терапия, хирургия), среди соседей по палате, в семьях больных повторные случаи рожи регистрируют редко. Примерно в 10% случаев отмечена наследственная предрасположенность к заболеванию. Раневую рожу в настоящее время встречают крайне редко. Практически отсутствует рожа новорождённых, для которой характерна высокая летальность.

Источник возбудителя инфекции обнаруживают редко, что связано с широким распространением стрептококков в окружающей среде. Источником возбудителя инфекции при экзогенном пути заражения могут быть больные стрептококковыми инфекциями и здоровые бактерионосители стрептококка. Наряду с основным, контактным механизмом передачи инфекции возможен аэрозольный механизм передачи (воздушно-капельный путь) с первичным инфицированием носоглотки и последующим заносом возбудителя на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путём.

При первичной роже  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А проникает в кожу или слизистые оболочки через трещины, опрелости, различные микротравмы (экзогенный путь). При роже лица — через трещины в ноздрях или повреждения наружного слухового прохода, при роже нижних конечностей — через трещины в межпальцевых промежутках, на пятках или повреждения в нижней трети голени.

К повреждениям относят незначительные трещины, царапины, точечные уколы и микротравмы.

По данным статистики, в настоящее время заболеваемость рожей в Европейской части России составляет 150–200 на 10 000 населения. В последние годы отмечен подъём заболеваемости рожей в США и ряде стран Европы.

В настоящее время у пациентов в возрасте до 18 лет регистрируют лишь единичные случаи рожи. С 20-летнего возраста заболеваемость возрастает, причём в возрастном интервале от 20 до 30 лет мужчины болеют чаще, чем женщины, что связано с преобладанием первичной рожи и профессиональным фактором. Основная масса больных — лица в возрасте 50 лет и старше (до 60–70% всех случаев). Среди работающих преобладают работники физического труда. Наибольшую заболеваемость отмечают среди слесарей, грузчиков, шофёров, каменщиков, плотников, уборщиц, кухонных рабочих и лиц других профессий, связанных с частой микротравматизацией и загрязнением кожи, а также резкими сменами температуры. Относительно часто болеют домохозяйки и пенсионеры, у которых обычно наблюдают рецидивирующие формы заболевания. Подъём заболеваемости отмечают в летне-осенний период.

Постинфекционный иммунитет непрочный. Почти у трети больных возникает повторное заболевание или рецидивирует форма болезни, обусловленная аутоинфекцией, реинфекцией или суперинфекцией штаммами  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А, которые содержат другие варианты М-протеина.

Специфической профилактики рожи не разработано. Неспецифические меры связаны с соблюдением правил асептики и антисептики в лечебных учреждениях, с соблюдением личной гигиены.

#### Патогенез рожи

Путь заражения может быть экзогенным (из внешней среды) или эндогенным (из внутренней среды). При экзогенном заражении бета-гемолитический стрептококк внедряется в организм через повреждённую кожу (ссадины, царапины, раны и т. д.), а также через слизистые оболочки. Эндогенный путь заражения подразумевает занесение возбудителя в кожу из очагов стрептококковой инфекции в организме (например, тонзиллит, кариозные зубы) с током крови или лимфы.

Попадая в кожные лимфатические капилляры, стрептококк начинает там размножаться и формирует активный воспалительный или латентный (скрытый) очаг инфекции в дерме. В случае образования скрытого очага, возбудитель длительно присутствует в коже в неактивном состоянии (в L-форме) или с током крови распространяется по организму, где затем также преобразуется в L-формы. Этот процесс лежит в основе формирования стойких очагов хронической стрептококковой инфекции. При наличии провоцирующих факторов бактерии снова становятся активными, что приводит к рецидивам.

#### Классификация и стадии развития рожи

##### **Рожа по частоте возникновения:**

- Первичная — первый случай заболевания.
- Повторная — заболевание повторяется через 2 года или больше после первичного случая либо возникает раньше, но очаг воспаления находится в другом месте.
- Рецидивирующая — болезнь повторяется много раз, при этом очаг воспаления находится в одном и том же месте. Частыми называют рецидивы, которые возникают 3 и более раз в год. Ранние рецидивы рожи возникают в первые 6 месяцев от начала болезни, поздние — после 6 месяцев.

##### **По характеру местных проявлений:**

- *Эритематозная.* Данная форма заболевания может быть самостоятельной или являться началом других форм рожи. Начинается с появления на коже красного или розового пятна, которое распространяется и превращается в эритему (ограниченное интенсивное покраснение кожи, обусловленное расширением сосудов кожи). В этом участке кожа отёчна, напряжена, на ощупь горячая, при прощупывании чувствительна по периферии, где находится инфильтрированный валик (скопление клеточных элементов с примесью крови и лимфы).
- *Эритематозно-буллёзная.* Буллёзная форма рожи может проявиться через несколько часов после начала заболевания, а может развиваться только через 2-5 дней. Начинается с появления на эритеме буллёзных элементов (пузырей) разной величины — от самых мелких до крупных с серозной жидкостью внутри. Пузыри появляются из-за того, что воспалительная жидкость (экссудат) отслаивает эпидермис от дермы. Когда пузыри подсыхают, образуются жёлтые корки. Если пузырь повредить, то из него вытекает серозная жидкость, а на его месте появляется эрозия, а в тяжёлых случаях — [трофическая язва](#).
- *Эритематозно-геморрагическая.* На фоне эритемы через 1-3 дня появляются кровоизлияния в кожу разного размера: от мелких точечных до больших, имеющих размер самой эритемы.
- *Буллёзно-геморрагическая.* Развивается из эритематозно-геморрагической или эритематозно-буллёзной форм вследствие поражения сосудов дермы, пузыри в себе содержат экссудат с геморрагическим и фибринозным компонентом.

#### Симптомы рожи

Перед появлением полноценной картины рожи пациенты испытывают симптомы продромального периода (предвестника основного заболевания) в виде головной боли, слабости и озноба.

Позже отмечается резкое повышение температуры до 38-40 °С. Максимальная температура достигает своего пика в первые 8-12 часов заболевания, длится этот период от 3 до 7 дней при условии адекватного лечения. На фоне высокой температуры через несколько часов или на следующие сутки на ограниченном участке кожного покрова проявляются местные симптомы заболевания: приподнятые, уплотнённые, блестящие и болезненные бляшки красного цвета. В области поражённой кожи больные чувствуют распирание, жжение и зуд.

В очаге появляется покраснение и отёк, в области воспаления увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Чаще всего рожистые воспаления появляются на лице или нижних конечностях

Лечение.

Лечение больных рожей должно проводиться в зависимости от формы заболевания, в первую очередь от его кратности (первичная, повторная, рецидивирующая, часто рецидивирующая рожа), а также от степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений и последствий.

В настоящее время большинство больных с легким течением рожи и многие со среднетяжелой формой заболевания лечатся в условиях поликлиники. Показаниями для обязательной госпитализации в инфекционные больницы (отделения) являются:

тяжелое течение рожи с резко выраженной интоксикацией или распространенным поражением кожи (особенно при буллезно-геморрагической форме рожи);

частые рецидивы рожи, независимо от степени интоксикации, характера местного процесса;

наличие тяжелых общих сопутствующих заболеваний;

старческий или детский возраст больных.

Важнейшее место в комплексном лечении больных рожей (как и других стрептококковых инфекций) занимает антибактериальная терапия. При лечении больных в условиях поликлиники и на дому целесообразно назначение антибиотиков перорально, в таблетках и капсулах: эритромицин 0,3 г х 4 раза в сутки, олететрин 0,25 г х 4-5 раз в сутки, спирамицин (ровамицин) 3 млн МЕ х 2 раза в сутки (курс лечения 7-10 дней). Азитромицин (сумамед) - в 1-й день 0,5 г, затем в течение четырех дней по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г - 5 дней). Ципрофлоксацин - 0,5 х 2-3 раза в день - 7 - 10 дней. Рифимпицин 0,3-0,45 г х 2 раза 7-10 дней. Цефаклор 1,0 х 3-4 раза в день - 10 дней. При непереносимости антибиотиков показан фуразолидон - 0,1 х 4 раза в день - 10 дней. Деллагил по 0,25 г х 2 раза в сутки - 10 дней.

502. **Сибирская язва. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация.**

Возбудитель сибирской язвы грамположительная неподвижная крупная палочка *Bacillus anthracis* рода *Bacillus*, семейства *Bacillaceae*. Существует в двух формах: вегетативной и споровой. Вегетативная форма образует капсулу и встречается в организме больных людей и животных. Споровая форма образуется во внешней среде – почве, шерсти, шкурах. Возбудитель в вегетативной форме быстро гибнет под действием прямых солнечных лучей, прогревания, дезинфицирующих средств. Споровая форма микроба исключительно высоко устойчива во внешней среде и сохраняет жизнеспособность в течение десятилетий, при автоклавировании погибает через 10 минут, кипячение выдерживает 30 минут. В шкурах, обработанных дублением, споры могут выживать годами.

Патогенез сибирской язвы

Инфекция проникает в организм через кожу и слизистые оболочки респираторного и желудочно-кишечного тракта.

При заражении через кожу процесс чаще всего носит ограниченный характер. Возбудитель размножается в толще кожи и вырабатывает токсин. Это вызывает повреждение эндотелия (слоя клеток, выстилающих внутреннюю поверхность

кровеносных сосудов), повышение проницаемости сосудов, кровоизлияния, серозно-геморрагическое воспаление, выраженный отёк и потерю чувствительности в поражённой области.

При пищевом и респираторном заражении бактерия легко проходит через лимфоузлы и с кровью распространяется по всему организму, вызывая инфекционно-токсический шок, тромбогеморрагический синдром (сочетание тромбоза и кровотечения) и [сепсис](#)

Классификация и стадии развития сибирской язвы

В Международной классификации болезней (МКБ-10) сибирская язва кодируется как A22 и включает:

- A22.0 Кожную форму сибирской язвы;
- A22.1 Лёгочную форму;
- A22.2 Желудочно-кишечную форму;
- A22.7 Сибиреязвенный сепсис;
- A22.8 Другие формы сибирской язвы;
- A22.9 Сибирскую язву неуточнённую.

По клинической картине выделяют локализованную и генерализованную форму.

Локализованная форма подразделяется на следующие типы:

11. Кожная;
12. карбункулёзная (возникает типичный карбункул);
13. эдематозная (развивается обширный отёк на шее, вплоть до живота, возникает удушье и множество вскрывающихся пузырьков с некрозом ткани);
14. буллёзная (вместо типичного карбункула появляются пузырьки);
15. рожистоподобная (в области отёка кожа не бледная, а покрасневшая);
16. глазная.
17. Лёгочная.
18. Кишечная.
19. Ангинозная (поражение горла и миндалин).
20. Инъекционная (через инъекции у героиновых наркоманов).

Генерализованная форма:

- первично-генерализованная (в основном развивается при пищевом или аэрогенном заражении);
- вторично-генерализованная (развивается из локализованных форм, принципиальных отличий в течении нет).

По степени тяжести:

- лёгкая — слабо выраженная интоксикация, температура 37,1–38,0 °С до 5–10 дней, нет геморрагического синдрома и осложнений, только местные проявления;
- среднетяжёлая — умеренно выраженная интоксикация до 2–3 недель, температура 38,0–38,9 °С, учащённое сердцебиение, слабо выраженный геморрагический синдром (нарушение свёртываемости крови, из-за чего возникают кровотечения), отсутствие осложнений;
- тяжёлая — сильная интоксикация, оглушение, высокая температура, ДВС-синдром (образование тромбов в сосудах), развитие осложнений

### **503. Сибирская язва. Кожные формы. Клиника, диагностика, лечение.**

Симптомы сибирской язвы

Инкубационный период сибирской язвы обычно занимает 3-5 дней, но может затягиваться и до недели – двух, а также протекать в течение нескольких часов. Самая распространённая клиническая форма сибирской язвы: карбункулёзная. При этом на коже в месте внедрения возбудителя формируется [карбункул](#), проходя последовательно стадии пятна, папулы, везикулы и язвы. Сначала образуется красное безболезненное пятно, быстро преобразующееся в медно-красную (иногда багровую), приподнятую над поверхностью кожи, папулу. На этом этапе больных обычно беспокоит зуд и некоторое жжение поражённого участка.



Спустя несколько часов папула прогрессирует в наполненную серозной жидкостью везикулу около 2-4 мм в диаметре. Содержимое везикулы вскоре приобретает темный, иногда багрово-фиолетовый, оттенок в результате геморрагии. Вскрываясь (самостоятельно или при расчесывании), везикула образует язву с темно-коричневым дном, приподнятыми краями и отделяемым серозно-геморрагического характера. При типичном течении первичная язва опоясывается новыми везикулами, которые при вскрытии сливаются и увеличивают язвенный дефект.

Спустя несколько дней (иногда до двух недель) в центре язвы формируется черный некротический струп, постепенно замещая все ее дно. На вид карбункул напоминает обгоревшую корку, безболезненный, окружен багрово-красным воспалительным валиком, возвышающимся над неповрежденной кожей. Ткани вокруг карбункула выражены отечны, нередко отек захватывает значительный участок (в особенности в случае локализации в местах с рыхлой подкожной клетчаткой, на пример, на лице). При расположении карбункула на лице высока вероятность распространения отека на верхние дыхательные пути и развития угрожающей жизни [асфиксии](#).

Заболевание с самого начала сопровождается значительной интоксикацией (головная боль, слабость, адинамия, ломота в мышцах, пояснице, возможна боль в животе), лихорадкой. Через пять-шесть дней температура тела резко снижается, происходит регресс общих и местных клинических проявлений. Струп отторгается спустя 2-3 недели, язва постепенно заживает, оставляя грубый [рубец](#).

Как правило, карбункул формируется в единичном экземпляре, в редких случаях их количество может достигать 10 и более, что значительно утяжеляет течение заболевания. Наибольшую опасность представляют карбункулы на голове, шее, слизистых оболочках ротовой полости и носа, заметно ухудшающие течение и грозящие осложниться сепсисом.

Эдематозная форма на первом этапе ограничивается отеком тканей, карбункул формируется позднее и отличается довольно крупными размерами. Буллезная разновидность характеризуется формированием в области входных ворот инфекции наполненных геморрагическим содержимым пузырей, преобразующихся после вскрытия в обширные язвы, прогрессирующие в карбункулы.

При генерализованных формах сибирской язвы характерно преимущественное поражение органов дыхания (легочная форма). Клинические проявления напоминают таковые при [гриппе](#): симптомы интоксикации сопровождаются кашлем, [насморком](#), слезотечением, отмечается учащение дыхания, [тахикардия](#), одышка. Эта фаза заболевания может продолжаться от нескольких часов до двух дней, после чего происходит значительное нарастание признаков интоксикации, лихорадка достигает критических цифр (39-40 градусов), выражен озноб. Иногда в этот период отмечаются боли и стеснение в грудной клетке, при кашле выделяется обильная мокрота с кровавистой примесью, при свертывании напоминающая вишнево-желтое желе. В последующем происходит нарастание олигурии, признаков [сердечно-сосудистой недостаточности](#), отека легких. Продолжительность последней фазы заболевания не превышает 12 часов, больные находятся в сознании.

Наиболее тяжело протекает кишечная разновидность генерализованной формы сибирской язвы, имеющая крайне неблагоприятный исход. Первая фаза, так же как и в других случаях характеризуется лихорадкой и выраженной интоксикацией, сопровождающимися жжением и болезненностью в горле, и продолжается до полутора суток, затем к этой симптоматике присоединяется выраженная режущая боль в животе, тошнота, [рвота с кровью](#), диарея. В каловых массах также визуально определяется кровь. В третьей фазе имеет место нарастающая сердечная декомпенсация, лицо приобретает багровый или синюшно-розовый оттенок, отмечаются инъекции склер, на коже могут быть петехиальные или геморрагические высыпания. Больные тревожны, испытывают страх.

Септическая разновидность генерализованной формы протекает в виде первичного или вторичного (явившегося осложнением другой формы сибирской язвы) [сепсиса](#). При этом отмечается очень быстрое нарастание симптоматики интоксикации, многочисленные гемorragии на коже и слизистых, часто поражаются мозговые оболочки. Данная форма, зачастую, прогрессирует с развитием [инфекционно-токсического шока](#).

#### Диагностика сибирской язвы

Врач может заподозрить сибирскую язву на основании данных эпидемиологического анамнеза (посещение скотомогильников и регионов, неблагоприятных по случаям болезни, контакт с животными, продуктами животноводства из фермерских хозяйств) и характерному виду кожной формы сибирской язвы: сибиреязвенному карбункулу — чёрному струпу с венчиком гиперемии (покраснения) и студенистому отёку вокруг.

#### Лабораторная и инструментальная диагностика

- клинический анализ крови (повышение уровня лейкоцитов с нарастанием нейтрофилов, появление палочкоядерных клеток, повышение СОЭ);
- общий анализ мочи (при генерализованных формах повышение белка, лейкоцитов, появление цилиндров);
- кожная аллергическая проба с антраксином (становится положительной с пятого дня болезни);
- бактериологический метод (взятие и исследование заражённого материала — содержимое пузырька, карбункула, струпа, анализ крови, мочи, мокроты, кала в зависимости от формы болезни, выделение чистой культуры возбудителя и заражение лабораторных животных);
- ПЦР-диагностика (АмплиСенс® *Vacillus anthracis-FRT*, такое исследование доступно только в специализированных центрах);
- серологический метод (взятие сыворотки крови с исследованиями в реакциях РНГА, РПГА, реакция преципитации, ИФА);
- иммуногистохимический метод;
- КТ органов грудной клетки или рентгенография (расширение средостения, плевральный выпот при лёгочной форме);
- МРТ головного мозга (при менингоэнцефалите) [\[1\]\[2\]\[3\]\[5\]\[7\]\[11\]](#).

#### Дифференциальная диагностика

##### Кожную форму сибирской язвы следует отличать:

- **От карбункула при травме кожи.** Часто развивается на фоне [ожирения](#), [сахарного диабета](#) и гнойничковых заболеваний кожи. Проявляется плотным багровым инфильтратом с гноем, образованием свищей, сильной болезненностью, небольшим локальным отёком ткани, болезненных лимфоузлов вблизи очага поражения.
- **Рожистого воспаления.** Предрасполагающий фон — ожирение, сахарный диабет, сосудистая недостаточность, очаги хронической стрептококковой инфекции. Сопровождается выраженной интоксикацией, яркой эритемой с чёткими краями — «языками пламени», умеренной болезненностью, значительным отёком, увеличением и чувствительностью регионарных лимфоузлов.

#### Лечение сибирской язвы

**Место лечения:** боксовое отделение стационара, госпитализация обязательна.

**Диета** — разнообразная, щадящая, большое количество жидкости.

#### Этиотропная терапия (направленная на уничтожение возбудителя):

- При кожной форме — различные антибактериальные препараты в виде таблеток, которые нужно принимать неделю ([Ампициллин](#), [Амоксициллин](#), [Рифампицин](#), [Доксициклин](#), [Ципрофлоксацин](#), [Левифлоксацин](#) и др.).
- При генерализованных и тяжёлых формах — антибактериальные препараты внутривенно и внутримышечно в течение 14–21 дня (Ципрофлоксацин,

Рифампицин, [Бензилпенициллин](#) и др.). Бактерия устойчива к некоторым антибиотикам, поэтому при генерализованных формах применяют сразу несколько препаратов.

Лечение беременных, кормящих и детей проводится, как правило, по тем же принципам, что и небеременных (так как есть риск тяжёлого течения и гибели пациента) [\[12\]](#).

В качестве дополнительных средств показано введение специфического сибиреязвенного иммуноглобулина.

**Патогенетическое лечение (направленное на механизмы развития заболевания):**

- местная обработка язв растворами антисептиков;
- при развитии обширных отёков — введение гормонов ([Преднизолона](#));
- для снижения интоксикации — дезинтоксикационная инфузионная терапия по общим принципам (введение через капельницу специальных растворов);
- при лёгочных формах — искусственная вентиляция лёгких.

Хирургическое лечение запрещено, так как может привести к генерализации инфекции.

**Выписка из стационара** проводится после полного отторжения струпа и формирования рубца при кожной форме болезни, при остальных формах — после полного клинического выздоровления и двукратного отрицательного бактериологического исследования с интервалом в пять дней.

**Диспансерное наблюдение после выписки** — три месяца

#### **504. Шигеллез. Лабораторная диагностика. Правила выписки и диспансеризации.**

Лабораторное подтверждение дизентерии проводится бактериологическим и серологическим методами исследования. Обнаружение антигенов возбудителей и их токсинов в биосубстратах — слюне, моче, копрофильтратах, крови. С этой целью используют иммунологические методы, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью: иммуноферментный анализ (ИФА), реакцию латекс-агглютинации (РЛА), реакции коаггутинации (РКА) и иммунофлюоресценции (РИФ), полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Для выявления антител к шигеллам используют реакцию непрямой (пассивной) гемагглютинации (РНГА, РПГА). Переболевшие (реконвалесценты) острой дизентерией выписываются из стационара после полного клинического выздоровления. Выписка реконвалесцентов, относящихся к эпидемически значимым контингентам, детей, находящихся в учреждениях дошкольного образования и в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания, лиц, находящихся в домах-интернатах, осуществляется после получения однократного отрицательного результата контрольного бактериологического исследования биологических образцов фекалий, проведенного не ранее, чем через сутки после отмены антибактериальных лекарственных средств. При получении положительного результата контрольного бактериологического исследования биологических образцов фекалий проводится повторный курс лечения с учетом чувствительности выделенных культур к антибактериальным лекарственным средствам. После повторного курса антибактериальной терапии проводится повторное контрольное бактериологическое исследование биологических образцов фекалий. Целесообразность последующих курсов антибактериального лечения при сохранении бактерионосительства определяется врачом. Реконвалесценты допускаются на работу и в организованные коллективы в случае клинического выздоровления при отрицательных результатах бактериологического исследования биологических образцов фекалий при выписке. Пациенты из числа эпидемически значимых контингентов при получении положительных результатов бактериологических исследований биологических образцов фекалий, проведенных перед выпиской после повторного курса лечения, в течение одного месяца отстраняются от работы. По истечении месяца пациентам проводятся двукратные

бактериологические исследования биологических образцов фекалий. При получении отрицательных результатов данные лица допускаются к работе. Диспансерному наблюдению в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) в течение 1 месяца после выписки и проведению медицинского осмотра в конце указанного срока подлежат реконвалесценты: из числа эпидемически значимых контингентов; находящиеся в учреждениях дошкольного образования; в возрасте до 17 лет, находящиеся в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания; находящиеся в домах-интернатах. По истечении срока диспансерного наблюдения им проводится однократное бактериологическое исследование биологических образцов фекалий в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения. Лицам из числа эпидемически значимых контингентов при получении положительного результата бактериологических исследований, проведенных после повторного курса лечения или в период диспансерного наблюдения, срок диспансерного наблюдения продлевается до 3 месяцев с проведением по истечении каждого месяца двукратных бактериологических исследований биологических образцов фекалий; при получении положительного результата бактериологических исследований, проведенных в период диспансерного наблюдения, срок отстранения от работы может продлеваться до 3 месяцев. При установлении диагноза «бактерионоситель дизентерии» и продолжения носительства этого возбудителя более 3 месяцев у реконвалесцентов из числа эпидемически значимых контингентов проводятся 2-кратные бактериологические исследования биологических образцов фекалий и серологическое исследование крови с определением класса иммуноглобулинов. При получении отрицательных результатов они допускаются к работе. При получении хотя бы одного положительного результата — отстраняются от работы.

#### **505. Столбняк. Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика.**

Этиология.

Возбудителем заболевания является столбнячная палочка – *Clostridium tetani*. Она является грамположительным, строго анаэробным, спорообразующим микроорганизмом. Длина его достигает 4-8 мкм, ширина 0,3-0,8 мкм. Ее споры могут выживать при кипячении и при сухожаровой обработке (150°С) в течение 1 часа. В естественных условиях споры сохраняются многие годы.

В условиях анаэриоза при температуре 37°С, достаточной влажности и в присутствии аэробных микроорганизмов споры прорастают в вегетативные формы.

Эпидемиология.

*Clostridium tetani* широко распространены в природе являясь постоянными обитателями кишечника травоядных животных и 5-40% людей, они поступают с фекалиями в почву, надолго инфицируют её, преобразуясь в споровые формы.

Наибольшая обсеменённость спорами возбудителя наблюдается в черноземных, сильно унавоженных почвах, в южных районах с развитым сельским хозяйством, где регистрируется наиболее высокая заболеваемость столбняком. Для этого заболевания характерна сезонность – заболеваемость повышается в мае – сентябре.

Иммунитет недостаточно изучен. Естественного иммунитета не существует. При возникновении благоприятных условий (инфицирование ран и др.) восприимчивость очень высокая во всех возрастных группах.

Клиника.

Инкубационный период от момента ранения обычно длится 4–14 дней, но первые симптомы могут появиться даже через 24 часа. В то же время заболевание может развиваться значительно позже, после заживления раны. Существует мнение, что заболевание с инкубационным периодом менее 7 суток без лечения приводит к летальному исходу, а при длительности этого периода свыше 10 дней прогноз лучше.

Предполагаемыми факторами, для развития заболевания являются:

13. наличие нежизнеспособных тканей и инородных тел в ране;

14. запоздалая хирургическая обработка раны, анемия, длительное нахождение жгута на конечности;
15. переохлаждение пострадавшего;
16. отсутствие у больного иммунитета, который формируется с помощью профилактических прививок (АКДС, АДС, АДС-М).

Заболевание начинается с продромального периода, когда больные жалуются на головную боль, бессонницу, повышенную раздражительность, общее недомогание, обильную потливость, боли в области раны подергивание мышц вокруг раны.

Местные проявления. К наиболее постоянным местным признакам относятся следующие:

- болевой симптом: выражается во внезапном обострении или возникновении болезненности в области раны либо в появлении тянущих, колющих или стреляющих болей;
- местные судорожные явления: подергивание мышц вокруг раны;
- местное повышение рефлекторной возбудимости: проявляется в повышении местных кожных рефлексах, подергивании мышц или всей конечности в ответ на прикосновение к ней и особенно к ране.

### **Профилактика**

Своевременная плановая вакцинация и обязательная консультация врача при получении травм для решения вопроса о проведении экстренной профилактики столбняка.

Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики. В Российской Федерации в результате осуществления общегосударственной системы иммунопрофилактики столбняка в последние десятилетия регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно непривитых.

Пик заболеваемости столбняком обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры. Возникновение столбняка возможно также после укуса домашних и диких животных, если при этом в рану попали возбудители столбняка

В России иммунизация населения против столбняка осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

## 2.1. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания	
	«не зачтено»	«зачтено»
	<b>знать</b>	
	<p>Обучающийся не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.</p> <p>Не знает методику анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>методику определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению;</p> <p>методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>методики формирования проектной задачи и ее управления;</p> <p>методики разработки концепции проекта в рамках проблематики;</p> <p>о возможных рисках проекта;</p> <p>процедуры и механизмы оценки качества проекта;</p> <p>методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p>	<p>Обучающийся самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины.</p> <p>Знает методику анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>методику определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению;</p> <p>методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>методики формирования проектной задачи и ее управления;</p> <p>методики разработки концепции проекта в рамках проблематики;</p> <p>о возможных рисках проекта;</p> <p>процедуры и механизмы оценки качества проекта;</p>

<p>методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>потребности современной деятельности;</p> <p>медицинскую и научную документацию;</p> <p>о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные);</p> <p>о возможных своих потребностях в образовании;</p> <p>о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации;</p> <p>основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;</p> <p>основы ИТ-технологий применяемых в профессиональной и научной деятельности по профилю;</p> <p>основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>медико-статистические показатели для профессиональной деятельности;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>организацию эпидемиологических исследований;</p> <p>систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий;</p> <p>основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;</p> <p>эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;</p>	<p>методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организацию отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>потребности современной деятельности;</p> <p>медицинскую и научную документацию;</p> <p>о своих ресурсах и их пределах (личностные, ситуативные, временные);</p> <p>о возможных своих потребностях в образовании;</p> <p>о возможности выбора инструментов дальнейшего саморазвития и реализации;</p> <p>основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;</p> <p>основы ИТ-технологий применяемых в профессиональной и научной деятельности по профилю;</p> <p>основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>медико-статистические показатели для профессиональной деятельности;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>организацию эпидемиологических исследований;</p>
--	---

<p> тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;  основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;  учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;  основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям;  принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;  права и обязанности врача-эпидемиолога;  специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;  принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней;  принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний  статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе;  цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;  современные теории учения об эпидемическом процессе;  методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;  лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики; </p>	<p> систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий;  основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;  эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;  тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;  основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;  учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;  основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям;  принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;  права и обязанности врача-эпидемиолога;  специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;  принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней; </p>
---	---



<p>содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний;</p> <p>историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины;</p> <p>теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями;</p> <p>основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей;</p> <p>организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности</p> <p>особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей;</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;</p>	<p>принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний</p> <p>статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе;</p> <p>цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний;</p> <p>историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины;</p> <p>теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями;</p> <p>основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности;</p> <p>современные теории учения об эпидемическом процессе;</p> <p>суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей;</p>
---	---

<p>         постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;          принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;          тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;          права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;          организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики; эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;          методику выполнения реанимационных мероприятий в условиях ЧС;          клиническую картину, особенности течения особо опасных инфекций;          особенности оказания первой помощи и поведения реанимационных мероприятий пострадавшим в условиях ЧС;          правила применения средств индивидуальной защиты при оказании экстренной медицинской помощи в условиях ЧС;          основы законодательства в сфере здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора;          основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;          нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения;          нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями;          принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;       </p>	<p>         организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности          особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей;          основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;          принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;          принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;          этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;          эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;          постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;          принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;          тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;          права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;          организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики; эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;          методику выполнения реанимационных мероприятий в условиях ЧС;       </p>
---	---

<p>основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога;</p> <p>мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки;</p> <p>нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП;</p> <p>классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними;</p> <p>типы средств индивидуальной защиты (СИЗ);</p> <p>алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний;</p> <p>средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>требования к оборудованию для «холодовой цепи»;</p> <p>требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»;</p> <p>общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций;</p> <p>медицинскую документацию и правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными</p>	<p>клиническую картину, особенности течения особо опасных инфекций;</p> <p>особенности оказания первой помощи и поведения реанимационных мероприятий пострадавшим в условиях ЧС;</p> <p>правила применения средств индивидуальной защиты при оказании экстренной медицинской помощи в условиях ЧС;</p> <p>основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора;</p> <p>основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения;</p> <p>нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога;</p> <p>мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки;</p> <p>нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП;</p>
---	---

<p>данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>должностные обязанности сотрудников структурных подразделений;</p> <p>правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности и охраны труда;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>расширенную программу иммунизации;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p> <p>оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам;</p> <p>значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике;</p> <p>этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики;</p> <p>антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения.</p>	<p>классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними;</p> <p>типы средств индивидуальной защиты (СИЗ);</p> <p>алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;</p> <p>современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний;</p> <p>средства и методы дезинфекции, стерилизации, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p> <p>требования к оборудованию для «холодовой цепи»;</p> <p>требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»;</p> <p>общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций;</p> <p>медицинскую документацию и правила оформления документов, в том числе в электронном виде, принципы работы с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p>
---	---

		<p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</p> <p>правила работы в медицинских информационных системах для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>должностные обязанности сотрудников структурных подразделений;</p> <p>правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности и охраны труда;</p> <p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета;</p> <p>расширенную программу иммунизации;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p> <p>оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам;</p> <p>значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике;</p> <p>этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики;</p> <p>антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения;</p>
<b>уметь</b>		
	Обучающийся не умеет	Обучающийся умеет последовательно

<p>анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению;</p> <p>критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления;</p> <p>формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения;</p> <p>разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта;</p> <p>использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта;</p> <p>применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p> <p>применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования</p>	<p>анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними;</p> <p>определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению;</p> <p>критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников;</p> <p>разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов;</p> <p>применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области;</p> <p>применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления;</p> <p>формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения;</p> <p>разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта;</p> <p>использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта;</p> <p>применять методику выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели;</p> <p>применять методику планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов;</p> <p>применять методы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон;</p>
---	--

<p>полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>проводить обмен информацией и вырабатывать единую стратегию взаимодействия;</p> <p>работать (заполнять) медицинскую и научную документацию;</p> <p>оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы;</p> <p>составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки;</p> <p>реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию;</p> <p>обеспечивать должный уровень информационной безопасности в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности;</p> <p>использовать основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>проводить сбор основных медико-статистических показателей для профессиональной деятельности;</p> <p>проводить статистический анализ;</p> <p>анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории;</p> <p>использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза;</p> <p>научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования;</p> <p>применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения;</p>	<p>применять методику планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, применять методику организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям;</p> <p>проводить обмен информацией и вырабатывать единую стратегию взаимодействия;</p> <p>работать (заполнять) медицинскую и научную документацию;</p> <p>оценивать и целесообразно использовать свои ресурсы;</p> <p>составлять план своей будущей профессиональной учебной подготовки;</p> <p>реализовывать саморазвитие по средствам как OnLain, так и классических путей реализации планов по самосовершенствованию;</p> <p>обеспечивать должный уровень информационной безопасности в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности;</p> <p>использовать основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан;</p> <p>проводить сбор основных медико-статистических показателей для профессиональной деятельности;</p> <p>проводить статистический анализ;</p> <p>анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории;</p> <p>использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза;</p>
---	---

<p>проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;</p> <p>проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показаниям;</p>	<p>научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования;</p> <p>применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение</p>
--	---



<p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>организовать работу эпидемиологического отдела;</p> <p>проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований;</p> <p>выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии;</p>	<p>населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;</p> <p>проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показаниям;</p> <p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>организовать работу эпидемиологического отдела;</p> <p>проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований;</p>
---	--

<p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности;</p> <p>оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему экстренной медицинской помощи;</p> <p>поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;</p> <p>проводить реанимационные мероприятия;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности;</p>	<p>выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;</p> <p>проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии;</p> <p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении</p>
---	---

<p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций;</p> <p>организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации; организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП;</p> <p>организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую); правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами;</p> <p>организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности;</p> <p>пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности;</p> <p>организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов;</p>	<p>различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности;</p> <p>оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему экстренной медицинской помощи; поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;</p> <p>проводить реанимационные мероприятия;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности;</p> <p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов;</p>
---	--

<p>организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;</p> <p>оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации;</p> <p>проводить бракераж МИБП;</p> <p>работать с медицинской документацией и оформлять документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>составлять и анализировать план работы и отчет о своей работе, работе отдела и структурных подведомственных подразделений;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p> <p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии;</p>	<p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций;</p> <p>организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации;</p> <p>организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП;</p> <p>организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую);</p> <p>правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами;</p> <p>организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности;</p> <p>осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности;</p> <p>пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности;</p>
--	--

	<p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии;</p> <p>осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями;</p> <p>обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения;</p>	<p>организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики;</p> <p>оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации;</p> <p>проводить бракераж МИБП;</p> <p>работать с медицинской документацией и оформлять документацию, в том числе в электронном виде;</p> <p>составлять и анализировать план работы и отчет о своей работе, работе отдела и структурных подведомственных подразделений;</p> <p>использовать в работе информационные системы для сбора и хранения медицинской, в том числе персональной информации;</p> <p>осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений;</p> <p>организовать в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p>
--	---	--

		<p>проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов;</p> <p>организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии;</p> <p>осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями;</p> <p>обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения;</p>
<b>владеть</b>		
	<p>Обучающийся не владеет сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними.</p>	<p>Обучающийся показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины, владеет сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними.</p>

<p>определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению.</p> <p>критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников.</p> <p>разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.</p> <p>навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области</p> <p>по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и реализовывать ее решение через управление проектом.</p> <p>по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.</p> <p>реализации результатов проекта и внедрению их</p> <p>применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.</p> <p>применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.</p> <p>применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон.</p> <p>применения методики планирования командной работы, распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией</p>	<p>определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению.</p> <p>критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников.</p> <p>разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.</p> <p>навыками применения логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области</p> <p>по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и реализовывать ее решение через управление проектом.</p> <p>по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.</p> <p>реализации результатов проекта и внедрению их</p> <p>применения методики выработки стратегии сотрудничества и на ее основе организации отбора членов команды для достижения поставленной цели.</p> <p>применения методики планирования и коррекции работы команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.</p> <p>применения методов разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон.</p> <p>применения методики планирования командной работы,</p>
--	--

<p>обращения/работы с медицинской и научной документации по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности</p> <p>определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ</p> <p>обеспечения информационной безопасности, в том числе в профессиональной деятельности</p> <p>использования современных информационно- коммуникационных технологий для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности</p> <p>применения в своей профессиональной деятельности системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан</p> <p>применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний;</p> <p>методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения;</p> <p>методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p>	<p>распределения поручений и делегирования полномочий членам команды, а так же навыками применения методики организации дискуссии по заданной теме и обсуждения результатов работы команды с привлечением оппонентов разработанным идеям</p> <p>выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией</p> <p>обращения/работы с медицинской и научной документации</p> <p>по управлению своими ресурсами для направления их в своей профессиональной деятельности</p> <p>определения образовательных потребностей и способами совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>планирования собственной профессиональной деятельности и саморазвития, изучения дополнительных образовательных программ</p> <p>обеспечения информационной безопасности, в том числе в профессиональной деятельности</p> <p>использования современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной, педагогической и научной деятельности</p> <p>применения в своей профессиональной деятельности системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан</p> <p>применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний;</p>
--	--



<p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p> <p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии;</p> <p>методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций;</p> <p>навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.).</p> <p>навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний</p> <p>методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций;</p> <p>технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи;</p>	<p>методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения;</p> <p>методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p> <p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p>
---	---

<p>методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний) оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; умением расследования случаев инфекционных заболеваний; умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики оказания сердечно-легочной реанимации и медицинской помощи в экстренной форме. использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин. учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии; навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала;</p>	<p>методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.). навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний) оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; умением расследования случаев инфекционных заболеваний;</p>
--	---

<p>проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации;</p> <p>организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности</p> <p>о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения;</p> <p>знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени;</p> <p>способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска;</p> <p>способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности;</p> <p>способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p> <p>работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике;</p> <p>знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники);</p> <p>навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p> <p>ведения документации, в том числе в электронном виде</p>	<p>умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы;</p> <p>методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения;</p> <p>навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики оказания сердечно-легочной реанимации и медицинской помощи в экстренной форме.</p> <p>использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.);</p> <p>анализом применения и экономической целесообразностью вакцин.</p> <p>учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии;</p> <p>навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала;</p> <p>проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации;</p> <p>организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности</p> <p>о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения;</p>
---	--

<p>организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p> <p>обеспечения безопасности медицинской, в том числе персональной информации</p> <p>контроля выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений</p> <p>создания благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации;</p> <p>методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты;</p> <p>знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации;</p> <p>методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p> <p>обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p>	<p>знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени;</p> <p>способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска;</p> <p>способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности;</p> <p>способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.</p> <p>работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора;</p> <p>методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p> <p>знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике;</p> <p>знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники);</p> <p>навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.</p> <p>ведения документации, в том числе в электронном виде</p> <p>организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, ведения медицинской учетно-отчетной</p>
---	--

<p>умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения; санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>	<p>документации в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p> <p>обеспечения безопасности медицинской, в том числе персональной информации</p> <p>контроля выполнения должностных обязанностей сотрудниками структурных подразделений</p> <p>создания благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации; методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты;</p> <p>знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации;</p> <p>методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p> <p>обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;</p>
--	--

		<p>умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости;</p> <p>методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения;</p> <p>санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.</p>
--	--	--