



**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ИВАНОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА  
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ СО СТУДЕНТАМИ  
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА**

**ТЕМА: Лечение пациентов с кишечными инфекциями**

ПМ.02 Лечебная деятельность

МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля. Лечение пациентов с инфекционными заболеваниями и ВИЧ-инфекцией

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.02.01 Лечебное дело

Подготовила преподаватель

Смирнова О.А.

Иваново, 2023

Методическая разработка предназначена в помощь преподавателям при подготовке и проведении практического занятия по теме: Лечение пациентов с кишечными инфекциями по МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля. Лечение пациентов с инфекционными заболеваниями и ВИЧ-инфекцией для студентов специальности 31.02.01 Лечебное дело.

В результате изучения данной темы обучающийся должен:

**иметь практический опыт:**

назначения лечения и определения тактики ведения пациента с кишечными инфекциями; выполнения и оценки результатов лечебных мероприятий; организации специализированного ухода за пациентами с учетом возраста, оказания медицинских услуг в инфекционных заболеваниях.

**уметь:**

проводить дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний; определять тактику ведения пациента; назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение; определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств; применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп; определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение; проводить лечебно-диагностические манипуляции; проводить контроль эффективности лечения; осуществлять уход за пациентами с учетом возраста;

**знать:**

принципы лечения и ухода при инфекционных заболеваниях; фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов; показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп, особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп.

**освоить профессиональные компетенции ОК 1-13, а также:**

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

Пособие включает таблицу со структурой занятия, перечень теоретических вопросов для обсуждения, перечень практических навыков, дифференциально-диагностическую таблицу при кишечных инфекциях, входной и заключительный тестовый контроль, ситуационные задачи с эталонами ответов, примеры выписывания рецептов, алгоритмы манипуляций.

## ТЕМА: Лечение пациентов с кишечными инфекциями

### Цели:

*Обучающая* – изучить основы эпидемиологии кишечных инфекций, дать характеристику основным возбудителям, рассмотреть основы диагностики, лечения и ухода за пациентами с кишечными инфекциями.

*Воспитательная* - воспитывать у студентов чувство ответственности за выполняемую работу, прививать правила этики и деонтологии при обследовании и лечении пациентов, сформировать навыки работы в команде.

*Развивающая* - развивать у студентов интерес к познавательной деятельности, логическое мышление, совершенствовать навыки самостоятельной работы и правильной организации учебной деятельности.

### Тип занятия: практическое занятие

### Оснащение:

1. Тесты с эталонами ответов
2. Ситуационные задачи с эталонами ответов
3. Схема учебной истории болезни
4. Алгоритмы манипуляций
5. Чек - листы практических навыков. Дуоденальное зондирование
6. Презентация «Диагностика и лечение кишечных инфекций»
7. Видеофильм «Сальмонеллез»
8. Фенендоскоп
9. Тонометр

**Мотивация:** Кишечные инфекции – это большая группа инфекционных заболеваний человека, протекающих с поражением желудочно-кишечного тракта, вызываемых бактериями, вирусами, простейшими. Пожалуй, каждый хотя бы раз в жизни встречался с кишечной инфекцией. Заболеваемость значительно возрастает в летнее время года, когда имеются оптимальные условия для жизнедеятельности возбудителей во внешней среде и увеличивается риск передачи инфекции среди людей. Многие заболевшие переносят инфекцию легко, лечась амбулаторно. Но есть группы риска людей, для кого кишечная инфекция может быть очень опасной. Это дети, люди пожилого и старческого возраста, имеющие сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта. Кроме того существуют кишечные инфекции, которые склонны к тяжелому течению и имеют высокую смертность. Например, ботулизм, сальмонеллез, брюшной тиф, холера. Холера относится к особо опасным инфекциям. Поэтому для фельдшера важно овладеть навыками диагностики и тактики ведения пациентов с подозрением на кишечную инфекцию.

Большое значение для предотвращения распространения инфекции являются профилактические и противоэпидемические мероприятия, которые также подробно изучаются на занятии.

### Актуализация опорных знаний:

Дисциплина ОП.03 Анатомия и физиология человека

Тема: Строение органов пищеварения

МДК 01.01 Пропедевтика клинических дисциплин

Тема: Обследование органов пищеварения

Дисциплина ОП.09 Основы микробиологии и иммунологии

Темы: Инфекционный и эпидемический процесс, «Иммунологические препараты»

### Структура занятия:

№ п\п	Наименование структурного элемента	Время	Методическое обоснование, примечания
<b>1.</b>	<b>Теоретическая часть занятия</b>		
1.1	Организационный момент	5 минут	Проверка готовности группы к занятию, сообщение целей, плана занятия.
1.2	Мотивация	2 минуты	Обоснование важности изучаемой темы и подготовка студентов к восприятию материала.
1.3	Актуализация опорных знаний	3 минуты	Проведение межпредметных связей, облегчающих восприятие темы. Актуализация пробелов в исходных знаниях.
1.4	Входной тестовый контроль, проверка результата.	15 минут	С целью определения уровня знаний, необходимых для изучения новой темы, выявления пробелов в знаниях, активизации внимания (см. «Входной тестовый контроль»).
1.5	Контроль теоретической подготовки студентов	40 минут	Фронтальный опрос с целью определения уровня подготовленности студентов к занятию, активизации внимания, развития логического мышления.
1.6	Заключительный тестовый контроль	20 минут	Заполнение дифференциально-диагностической таблицы в рабочих тетрадях (см. «Вопросы к теоретической части занятия»), дифференциально-диагностическая таблица «Кишечные

<b>2.</b>	<b>Практическая часть занятия</b>		инфекции»).С целью проверки уровня усвоения знаний по теме (см. «Заключительный тестовый контроль»).
2.1	Указания для выполнения практической работы.	5 минут	Сообщение плана практической работы студентов
2.2	Демонстрация преподавателем выполнения манипуляций.	20 минут	Демонстрация выполнения практических навыков (см. «Перечень практических навыков к занятию»).
2.3	Отработка практических навыков студентами	40 минут	Студенты под контролем преподавателя, затем самостоятельно малыми группами отбатывают практические навыки.
2.4	Демонстрация студентами практических навыков	25 минут	Студенты демонстрируют освоенные навыки.
2.5	Решение ситуационных задач	40 минут	Студенты самостоятельно решают ситуационные задачи по изучаемой теме (см. « Ситуационные задачи»)
2.6	Демонстрация учебного фильма	20 минут	Демонстрация учебного фильма «Сальмонеллез»
2.7	Выписывание рецептов лекарственных препаратов	20 минут	С целью анализа студентами полученных знаний, развития познавательного интереса к предмету Студенты выписывают рецепты с целью закрепления знаний по фармакотерапии. (см. «Рецепты»)
2.8	Заключение по занятию	10 минут	С целью обобщения результатов работы, получения обратной связи, выявления пробелов в полученной информации
2.9	Домашнее задание	5 минут	Преподаватель сообщает домашнее задание.
	Итого:	270 минут	

## Вопросы к теоретической части

1. Основы эпидемиологии кишечных инфекций (источники инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивость населения).
2. Брюшной тиф. Характеристика возбудителя, основных клинических признаков. Эпидемиология, принципы диагностики, лечения, ухода.
3. Пищевая токсикоинфекция. Понятие. Эпидемиология, принципы диагностики, лечения, ухода.
4. Сальмонеллез. Характеристика возбудителя, основных клинических признаков. Эпидемиология, принципы диагностики, лечения, ухода.
5. Ботулизм. Характеристика возбудителя, основных клинических признаков. Эпидемиология, принципы диагностики, лечения, ухода.
6. Дизентерия. Характеристика возбудителя, основных клинических признаков. Эпидемиология, принципы диагностики, лечения, ухода.
7. Амебиаз. Характеристика возбудителя, основных клинических признаков. Эпидемиология, принципы диагностики, лечения, ухода.
8. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при кишечных инфекциях.

## Входной тестовый контроль

*Выберите один правильный ответ*

1. К антропозоонозным инфекциям относится:
  - a) грипп
  - b) брюшной тиф
  - c) сальмонеллез
  - d) холера
2. К антропонозным инфекциям относится:
  - a) сибирская язва
  - b) бешенство
  - c) брюшной тиф
  - d) сальмонеллез
3. Свойствами патогенных микроорганизмов являются все, кроме:
  - a) токсичность
  - b) инвазивность
  - c) специфичность
  - d) авирулентность
4. Экзотоксин выделяется возбудителем:
  - a) амебиаза
  - b) дизентерии
  - c) брюшного тифа
  - d) ботулизма
5. Механизм заражения кишечных инфекций:
  - a) фекально-оральный
  - b) аэрогенный
  - c) кровяной
  - d) пищевой
6. Фекально - оральный механизм передачи может осуществляться всеми перечисленными путями, кроме
  - a) пищевой
  - b) водный
  - c) контактно-бытовой
  - d) парентеральный
7. Источником инфекции могут быть:
  - a) больные люди
  - b) больные животные
  - c) бактерионосители
  - d) все перечисленные
8. Период с момента заражения до появления первых признаков заболевания называется:

- a) Продромальный
- b) Инкубационный
- c) Разгара
- d) Реконвалесценция

9. Повторное заражение тем же микроорганизмом называется:

- a) бактерионосительство
- b) рецидив
- c) реинфекция
- d) сепсис

10. Эндотоксин вызывает все, кроме:

- a) головной боли
- b) сыпи
- c) лихорадки
- d) недомогания

11. Длительность карантина при конкретной инфекции зависит от :

- a) длительности инкубационного периода
- b) тяжести инфекции
- c) количества контактных лиц
- d) времени года

#### **Эталоны ответов к заданиям входного тестового контроля**

- 1. c
- 2. c
- 3. в
- 4. d
- 5. a
- 6. d
- 7. d
- 8. b
- 9. c
- 10.b
- 11.a



## Ситуационные задачи

### Задача №1

Мужчина 42 года, поступил на 2-й день болезни с жалобами на тошноту, рвоту 2 раза, жидкий стул один раз в день, общую слабость, сухость во рту, двоение в глазах, сетку перед глазами. 2 дня назад ел грибы домашнего консервирования, купленные на рынке.

Общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, пульс 84 уд. в мин. , АД 130/80 мм. рт. ст. Голос больного имеет несколько гнусавый оттенок, язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, вздутый, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, стула у больного не было. Сознание ясное, менингеальных симптомов нет. Горизонтальный нистагм, диплопия, миастения, снижение сухожильных рефлексов.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### Задача № 2

Больная Д., 25 лет, поступила в инфекционную больницу на второй день болезни с жалобами на схваткообразные боли внизу живота слева, частый натужный стул, резкую слабость, тошноту и повторную рвоту. Заболела остро, ночью проснулась от острого болевого приступа в животе, позывов на низ. За ночь стул 4 раза, жидкий, обильный. Утром стул через каждые 2-3 часа со слизью и прожилками крови, ложные позывы.  $T=37,8^{\circ}\text{C}$ , развились слабость, головокружение. При поступлении в стационар состояние средней тяжести,  $T=38^{\circ}\text{C}$ , сознание ясное, пульс 88 в минуту, мягкий, удовлетворительного наполнения. Язык обложен, зев без патологии. Живот мягкий, болезненный больше слева по ходу нисходящего отдела толстой кишки. Печень, селезенка не увеличены.

В приемном отделении произведена ректороманоскопия:

Слизистая толстой кишки осмотрена на 25 см. Обнаружены очаги гиперемии с инфильтрацией и отеком, выраженность которых больше на складках. Имеются отдельные эрозии.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Задача № 3**

Больная Э., 54 года, домохозяйка. В течение нескольких дней было общее недомогание, головная боль, температура нарастала постепенно в течение 6 дней до 39,5<sup>0</sup>С. Принимала доксициклин, но без эффекта. Обычно покупает молоко на рынке, не кипятит перед употреблением. На 10-й день болезни доставлена в инфекционный стационар, Температура тела 38,9<sup>0</sup>С, на боковых отделах живота – 5 розеол. Пульс – 108 в мин., ритмичный, умеренного наполнения, не напряжен. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, вздут. Печень и селезенку пропальпировать не удается из-за выраженной подкожной клетчатки на передней брюшной стенке. Стул задержан.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Задача № 4**

Больная И., 25 лет. Поступила в больницу через 8 часов от начала заболевания. Заболевание началось остро с частого жидкого стула и рвоты. Вскоре появилась резкая слабость и судороги жевательных мышц и конечностей. При поступлении состояние больной крайне тяжелое. Температура тела – 35<sup>0</sup>С. Кожа дряблая, цианотичная, покрытая холодным липким потом. Конечности холодные. Пульс 100 в мин, нитевидный. Тоны сердца глухие, АД 80/40 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Стул частый, обильный, водянистый с примесью белых хлопьев. Печень и селезенка не увеличены, олигурия. Резкая адинамия. Сознание сохранено. Повторные судороги рук и ног. Голос тихий, осипший. Общий анализ крови: гемоглобин 156 г/л, лейкоциты 14,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 5 мм/час.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Задача № 5**

Больная В., 40 лет, приехала из Средней Азии, где находилась в командировке в течение 3 месяцев. Через 5 дней после приезда появилось урчание в животе, жидкий стул, небольшие боли в животе, субфебрильная температура. Лечилась фталазолом и тетрациклином, но улучшения не было. Усилилась слабость, стул частый, с примесью крови, обильный. Отмечалась болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Стул типа «малинового желе». Бактериологические анализы кала на дизентерию отрицательные.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Задача № 6**

Больной, по профессии заготовитель, по роду своей работы часто бывает в командировках в различных районах Среднем Азии. Жалуется на учащенный стул со слизью и кровью схваткообразные боли в животе, субфебрильную температуру. Болен около 4 месяцев. Первые две недели стул был полужидкий, 1-2 раза в сутки, со слизью, затем нормализовался. Однако через неделю стул вновь участился, периодически в нем появлялась кровь. Последнее обострение началось 3 дня назад. Общее состояние больного удовлетворительное, температура 37,2°C. При пальпации живота отмечается болезненность слепой и восходящей ободочной кишок. Стул кашицеобразный, с примесью комков слизи, окрашенный в розовый цвет.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Задача №7**

Фельдшер был вызван к больному, 37 лет. Больной жаловался на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Заболел накануне вечером, когда появились озноб, слабость, боли в животе, тошнота. Ночью была рвота съеденной пищей, а затем жидкий стул водянистый, до 10 раз за ночь, температура 38,5 С, знобило, пытался промыть желудок. Накануне был в гостях вместе с женой. Ели мясной салат, жена также жаловалась на недомогание, расстройство стула.

Объективно: состояние средней тяжести, бледный, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 100/70 мм.рт.ст., язык сухой. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной и околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул обильный, зловонный, темно-зеленого цвета, «болотная тина», мочится.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику фельдшера при лечении больного на дому.
4. Проведите дифференциальную диагностику с холерой.

### **Эталоны ответов к ситуационным задачам**

#### **Задача 1.**

1. Предположительный диагноз. Ботулизм

Обоснование:

Из анамнеза: 2 дня назад ел грибы домашнего консервирования, купленные на рынке.

Жалобы:

тошнота, рвота 2 раза, жидкий стул один раз в день, общая слабость, сухость во рту, двоение в глазах, сетка перед глазами.

Объективное обследование: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Тахикардия. Голос с гнусавым оттенком, язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, вздутый, стула не было. Горизонтальный нистагм, диплопия, миастения, снижение сухожильных рефлексов.

2. Дополнительные методы исследования.

Бактериологическое исследование рвотных масс, испражнений, крови, остатков пищевых продуктов.

Биологическая проба на мышцах с введением заразного материала от больного.

Общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ)

3. Возможные осложнения: расстройство глотания, пневмония, паралич дыхания, дыхательная недостаточность, токсический миокардит, миозит, невриты.

4. Экстренная госпитализация, промывание желудка, кишечника.

Дезинтоксикация с помощью полиионных растворов.

Введение поливалентной противостолбнячной сыворотки методом по Безредка.

(1-3 день)

Окигенотерапия

Прогноз. Без применения современных методов лечения летальность составляет 30—60 %. Своевременная терапия позволяет снизить ее до 10 %.

Профилактика состоит в строгом соблюдении технологии производства консервированных продуктов. В домашних условиях следует отказаться от герметизированных заготовок или хранить консервированные продукты в холодильнике, а перед употреблением подвергать термической обработке в кипящей водяной бане в течение 20 мин.

#### **Задача 2.**

1. Предположительный диагноз. Дизентерия.

Обоснование.

Из анамнеза: заболела остро, ночью проснулась от острого болевого приступа в животе, позывов на низ. За ночь стул 4 раза, жидкий, обильный. Утром стул через каждые 2-3 часа со слизью и прожилками крови, ложные позывы.  $T=37,8^{\circ}\text{C}$ .

Жалобы при осмотре: схваткообразные боли внизу живота слева, частый натужный стул, резкая слабость, головокружение, тошнота, повторная рвота.

Объективное обследование: состояние средней тяжести,  $T=38^{\circ}\text{C}$ , сознание ясное, тахикардия. Язык обложен. Живот болезненный больше слева по ходу нисходящего отдела толстой кишки.

Ректороманоскопия:

Обнаружены очаги гиперемии с инфильтрацией и отеком, выраженность которых больше на складках. Имеются отдельные эрозии.

## 2. Дополнительные методы исследования:

Бактериологическое исследование кала, рвотных масс до начала этиотропной терапии.

Серологическое исследование парных сывороток, взятых с интервалом в 7—10 дней, необходимо нарастание титра антител не менее чем в 4 раза.

Общий анализ крови: небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ увеличивается незначительно

Копрологическое исследование (вспомогательное значение): повышенное содержание лейкоцитов, наличие эритроцитов, слизи.

3. Возможные осложнения: инфекционно-токсический шок, коллапс, миокардит, пневмония, токсический гепатит, нефрит, полиартрит, Перитонит вследствие перфорации язв, кишечные кровотечения, трещины заднего прохода, выпадение прямой кишки, обострение геморроя.

4. Госпитализация осуществляется по клиническим, эпидемиологическим и социальным показаниям. Госпитализируют пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением болезни, детей до 1 года, лиц с сопутствующей патологией, из неблагоустроенных жилищ, закрытых коллективов, общежитий, детей, посещающих детские учреждения, работников декретированных групп (пищевики, торговая сеть, водоснабжение).

Лечебное питание с исключением продуктов, оказывающих механическое и химическое раздражение ЖКТ, дробное питание 5—6 раз в сутки. Исключают цельное молоко. Переход на обычное питание постепенное в течение 1-2 мес.

Применение antimicrobных препаратов. Фуразолидон по 0,1 г 4 раза в сутки или налидиксовая кислота по 1,0 г 4 раза в сутки до прекращения диареи (стул 1—2 раза в сутки без патологических примесей), обычно в течение 2—5 сут.

При среднетяжелом течении доксициклин по 0,1 г 2 раза в 1-й день и по 0,1 г 1 раз в день в последующие дни.

Эффективны полусинтетические пенициллины, фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин), цефалоспорины 2 и 3-го поколения (цефуроксим, цефтриаксон)

Дезинтоксикация полиионными растворами перорально (оралит, регидрон) или внутривенно (квартасоль, трисоль и др.)

Энтеросорбенты (смекта, энтеросгель)

Ферментные препараты (панкреатин, креон, мезим-форте)

Пробиотики, пребиотики (бифиформ, линнекс, лактофильтрум, максилак)

Спазмолитики (папаверин, дротаверин)

Лекарственные микроклизмы с настоем ромашки, маслом шиповника и облепихи.

Выписка больных производится после клинического выздоровления и бактериологического контроля, который проводят через 2 дня после отмены антимикробных препаратов. При бактериологически подтвержденном диагнозе контрольное исследование декретированным группам проводят дважды, всем остальным — однократно.

Прогноз при своевременном лечении благоприятный, летальность составляет 0,1—0,3 %, однако она значительно выше при дизентерии, вызванной шигеллой Григорьева—Шиги

Профилактика. Контроль за водоснабжением, соблюдением правил приготовления, хранения и реализации пищевых продуктов, гигиеническое воспитание населения, бактериологическое обследование лиц, поступающих на работу в пищевые предприятия, торговлю пищевыми продуктами, работников детских и медицинских учреждений, учреждений водоснабжения.

При выявлении больного в органы госсанэпиднадзора направляют экстренное извещение, проводят эпидемиологическое обследование. Выявленных больных изолируют, в очаге проводят текущую и заключительную дезинфекцию, за контактными лицами наблюдают 7 суток.

### **Задача 3**

1.Предположительный диагноз. Брюшной тиф.

Обоснование. Из анамнеза:

Покупает молоко на рынке, не кипятит. В течение нескольких дней было общее недомогание, головная боль, температура повышалась постепенно в течение 6 дней до 39,5<sup>0</sup>С. Принимала доксициклин без эффекта. На 10-й день болезни доставлена в инфекционный стационар.

Объективное обследование: температура тела 38,9<sup>0</sup>С, на боковых отделах живота – 5 розеол. Тахикардия. Пульс – 108 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык густо обложен белым налетом. Живот вздут. Стул задержан.

2.Дополнительные методы исследования:

Выделение гемокультуры возбудителя. Проводят ежедневно на протяжении 2-3 дней на высоте лихорадки и хотя бы одна проба до начала этиотропной терапии. Кровь берут в количестве 10—20 мл и засевают соответственно на 100—200 мл питательной среды Раппопорта или желчного бульона.

Бактериологическое исследование кала, мочи, дуоденального содержимого, Серологическое исследование.

3. Возможные осложнения. Специфические: кишечное кровотечение и перфорация брюшнотифозной язвы. Неспецифические: пневмония, миокардит, холецистит, менингит, пиелонефрит, инфекционный психоз.

Хроническое бактерионосительство.

4. Обязательная госпитализация в инфекционный стационар. Режим постельный до 10-го дня нормальной температуры тела. Лечебное питание с исключением продуктов, оказывающих механическое и химическое раздражение ЖКТ. Дробное питание 5 раз в сутки. Обильное питье. Исключить жирную, острую, соленую пищу.

Этиотропная терапия. Левомецетин 0,5 4 раза в сут до 15 суток.

При наличии противопоказаний или устойчивости выделенного штамма возбудителя к левомецетину применяют полусинтетические пенициллины, фторхинолоны

Дезинтоксикационная терапия.

При кишечном кровотечении необходимы полный покой, холод на живот, голод в течение 12 ч. глюконат кальция 10 % раствор 10—20 мл внутривенно, эпислон-аминокапроновая кислота 5% раствор 100 мл 2 раза в сутки, а также дицинон, раствор фибриногена, викасол.

При развитии перфорации необходимо экстренное хирургическое вмешательство.

Лечение хронических бактерионосителей проводят длительным применением ампициллина, фторхинолонов в сочетании с иммуномодуляторами, вакцинотерапией, а при наличии признаков холецистита или холелитиаза — холецистэктомией.

Прогноз благоприятный.

Профилактика включает контроль за водоснабжением и обеззараживанием питьевой воды, обеззараживание сточных вод, соблюдение санитарных правил приготовления, хранения и реализации продуктов питания, соблюдение правил личной гигиены, санитарно-просветительную работу с населением, контроль за работниками пищевых предприятий и детских учреждений. По показаниям проводят вакцинацию брюшнотифозной вакциной. Важное значение имеют раннее выявление и изоляция больного, У реконвалесцентов 3-кратно бактериологически исследуют кал и мочу и однократно на 10-й день нормальной температуры – желчь. За контактными лицами устанавливают медицинское

наблюдение на 21 день, в очаге проводят заключительную дезинфекцию, а до изоляции больного — текущую дезинфекцию. За переболевшими устанавливают диспансерное наблюдение на срок не менее 1 года.

**Таблица дифференциальной диагностики кишечных инфекций**

Заболевание	Брюшной тиф	Пищевая токсикоинфекция	Сальмонеллез	Ботулизм	Дизентерия	Амебиаз
Показатель						
<i>Возбудитель</i>						
<i>Механизмы и факторы передачи</i>						
<i>Инкубационный период Карантин</i>						
<i>Характерный уровень поражения ЖКТ.</i>						
<i>Наличие рвоты</i>						
<i>Локализация боли</i>						
<i>Характер стула</i>						
<i>Специфические симптомы</i>						
<i>Основной метод диагностики</i>						
<i>Основной метод лечения (этиологические препараты)</i>						



## Выписывание рецептов

Выписать рецепты на левомицетин, нифуроксазид, энтеросгель, регидрон.  
Указать группу, механизм действия, основные показания и побочные эффекты.

### Эталон ответов

#### Левомицетин

*Rp.: Tabulettas. Levomycetini 0,5 № 20.*

*D. S. Внутрь, по 1 таблетке 4 раза в день, за 30 минут до приема пищи*

Фармакологическая группа: Амфениколы.

Фармакологическое действие: Антибиотик широкого спектра действия.

Бактериостатический

Механизм действия.

Нарушает процесс синтеза белка в микробной клетке на стадии переноса аминокислот транспортными рибонуклеиновыми кислотами на рибосомы.

Эффективен в отношении штаммов бактерий, устойчивых к пенициллину, тетрациклинам, сульфаниламидам.

Показания.

Инфекционные заболевания, вызванными микроорганизмами чувствительными к действию левомицетина. Препарат назначают в случае неэффективности или невозможности применения других противомикробных средств при таких заболеваниях:

Инфекционные заболевания дыхательных путей: пневмония, абсцесс легкого.

Инфекционные заболевания органов брюшной полости: брюшной тиф, паратиф, шигеллез, сальмонеллез.

Кроме того, препарат назначают пациентам с менингитом, хламидиозом, трахомой и туляремией.

Побочные эффекты.

Со стороны желудочно-кишечного тракта и печени: тошнота, рвота, нарушение пищеварения, нарушение стула, глоссит, нарушение микрофлоры кишечника, энтероколит. При длительном применении препарата у пациентов возможно развитие псевдомембранозного колита. При применении высоких доз возможно развитие гепатотоксического действия.

Со стороны сердечно-сосудистой системы и системы кроветворения: эритроцитопения, анемия, в том числе апластическая, агранулоцитоз, тромбоцитопения, лейкопения, изменение артериального давления, коллапс.

Со стороны центральной и периферической нервной системы: головная боль, головокружение,

энцефалопатия, спутанность сознания, повышенная утомляемость, галлюцинации, нарушения зрения, слуха и вкусовых ощущений.

Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд, крапивница, дерматозы, отек Квинке.

## **Нифуроксазид (Эрсефурил)**

*Rp.: Tabullettas Nifuroxazidi 0,2 № 16*

*D. S.: Внутрь, по 1 таблетке 4 раза в день, вне зависимости от приема пищи*

Фармакологическая группа: противомикробное средство, нитрофуран

Фармакологическое действие: Кишечный антисептик, противодиарейный препарат.

Механизм действия.

Разрушает мембрану микробной клетки, снижает продукцию токсинов микроорганизмами.

Высоко активен в отношении *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Clostridium perfringens*, *Vibrio cholerae*, патогенных *Vibrions* и *Vibrio parahaemolyticus*, *Staphylococcus* spp.

Не нарушает равновесие кишечной микрофлоры. При острой бактериальной диарее восстанавливает эубиоз кишечника. При инфицировании энтеротропными вирусами препятствует развитию бактериальной суперинфекции.

Показания.

острая бактериальная диарея, если нет подозрения на распространение инфекции в другие органы и системы (т.е. ухудшения общего состояния, повышения температуры, признаков интоксикации).

Побочные эффекты.

Аллергические реакции: кожные высыпания, крапивница, отек Квинке, анафилактический шок.

## **Энтеросгель**

*Rp: Past. Enterosgeli 225,0*

*D.s. по 1 ст. ложке 3 раза в день через 1,5 часа после еды или за 1 час до еды.*

Фармакологическая группа: Энтеросорбент

Фармакологическое действие: Адсорбирующее .Детоксицирующее

Механизм действия.

В просвете желудочно-кишечного тракта препарат связывает и выводит из организма эндогенные и экзогенные токсические вещества различной природы, включая бактерии и бактериальные токсины, антигены, пищевые аллергены, лекарственные препараты и яды, соли тяжелых металлов, радионуклиды, алкоголь, не уменьшает всасывания витаминов и микроэлементов, способствует восстановлению нарушенной микрофлоры кишечника и не влияет на его двигательную функцию.

Показания.

инфекционно-токсические заболевания печени (вирусный гепатит А и В, токсический гепатит, и др);

хроническая почечная недостаточность,

холестаза различного генеза, в том числе при присоединении аллергических реакций и печеночной недостаточности;

заболевания желудочно-кишечного тракта (энтероколит, гастрит, колит, диарея, пострезекционный синдром, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.);

инфекционные заболевания (сальмонеллез, пищевая токсикоинфекция, дизентерия, ротавирусные инфекции);

интоксикации (включая наркотическую, ожоговую, гнойно-септическую и алкогольную интоксикации);

Побочные эффекты.

Аллергические реакции: кожные высыпания, крапивница, отек Квинке, анафилактический шок.

### **Регидрон**

*Rp.: Pulveris "Rehydron" 18,9*

*D.t.d.: №20*

*S.: Содержимое пакетика растворить в 1 л теплой кипяченой воды. Готовый раствор принимать* небольшими глотками после каждого жидкого опорожнения.

Фармакологическая группа:

Регуляторы водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния в комбинациях

Фармакологическое действие: регидратирующий препарат перорального действия

Механизм действия.

Благодаря наличию натрия и калия в сбалансированном соотношении препарат Регидрон может быть использован для коррекции нарушения водно-электролитного состояния организма любой этиологии. Соли натрия и калия диссоциируют на ионы, которые необходимы для поддержания скорости обменных процессов, целостности клеточных мембран, полноценного функционирования ионных насосов на клеточном уровне..

Глюкоза в составе лекарства Регидрон выступает сорбентом и универсальным антидотом, который широко применяется при купировании отравлений, экзогенной или эндогенной интоксикации. Цитраты участвуют в поддержании кислотно-щелочного баланса, который нуждается в коррекции как при ряде патологических состояний, когда показан прием Регидрона, так и при употреблении большого количества жидкости внутрь.

Показания.

восстановление водно-электролитного равновесия;

коррекция ацидоза при острой диарее (включая холеру);

диарея с легкой или умеренной дегидратацией;

тепловой стресс с сопутствующим нарушением водно-электролитного баланса;

Побочные действия. Редко аллергические реакции.

## Практические навыки

1. Забор кала на бактериологическое исследование
2. Забор рвотных масс на бактериологическое исследование
3. Проведение дуоденального зондирования.
4. Подготовка пациента к ректороманоскопии.
5. Сбор эпидемического анамнеза у пациента, с подозрением на кишечную инфекцию

### Алгоритмы выполнения практических навыков

#### *Забор кала на бактериологическое исследование*

Практический аспект	Этико-деонтологический аспект
<p><b>Цель:</b> диагностическая</p> <p><b>Показания:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подозрение на кишечные инфекции.</li> <li>2. Контактные с больными кишечными инфекциями.</li> <li>3. Обследование декретированных групп.</li> </ol> <p><b>Противопоказания:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кровотечения из прямой кишки.</li> <li>2. Геморрой в фазе обострения.</li> <li>3. Трещины ануса.</li> <li>4. Выпадение слизистой прямой кишки.</li> </ol> <p><b>Подготовить:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стерильную стеклянную баночку с широким горлом.</li> <li>2. Деревянный шпатель.</li> <li>3. Горшок, подкладное судно.</li> <li>4. Салфетки.</li> <li>5. Стерильную пробирку с петлей и раствором консерванта.</li> <li>6. Перчатки.</li> <li>7. Емкость с дезинфицирующим</li> </ol>	<p>объяснить пациенту значение исследования – выявление возбудителя инфекционного заболевания и подбор эффективного антибиотика.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>Страховая компания  № Страхового полиса _____ Серия _____  Отделение _____ палата _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Направление</b>  <b>в бактериологическую лабораторию</b>  Петров Николай Иванович  Кал на микрофлору</p> <p>Возраст ____ 45 лет ____  Адрес: _____  Диагноз: _____  Ф.И.О  врача: _____  Подпись медсестры _____ Дата _____</p> </div>

<p>раствором.</p> <p>8. Направление в лабораторию.</p> <p><b>Подготовка пациента:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход исследования, получить согласие на проведение манипуляции.</li> <li>2. Пациента уложить лежа на левый бок, ноги согнуты в коленях и приведены к животу.</li> </ol> <p><b>Техника выполнения:</b></p> <p><b>При заборе кала из прямой кишки:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.</li> <li>2. В левую руку взять пробирку с консервантом между 5 и 4 пальцами, 1 и 2 пальцем развести ягодицы пациента.</li> <li>3. Петлю вынуть из пробирки и осторожно ввести в прямую кишку на 3-4 см., сначала по направлению к пупку, а затем параллельно крестцу, также осторожно извлечь.</li> <li>4. Материал погрузить в стерильную пробирку в консервант в соотношении 1/3.</li> </ol> <p><b>При заборе кала из горшка и подкладного судна:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.</li> <li>2. Стерильным деревянным шпателем, лучше с верхушки каловых масс, собрать кал в количестве 1-2г, причем по возможности отобрать слизь и гной (но не кровь).</li> <li>3. Материал поместить в стерильную баночку, закрыв её крышкой.</li> </ol> <p><b>Последующий уход:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обработать анальное отверстие, при необходимости подмыть</li> </ol>	<p>- пациента успокоить.</p> <p>- объяснить пациенту, что в таком положении условия забора материала будут оптимальными.</p> <p>- предупредить пациента о возможных неприятных ощущениях.</p> <p>- вводить петлю медленно и осторожно, стараться не причинять пациенту боль.</p> <p>- поинтересоваться состоянием пациента.</p>
--	---

<p>пациента.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Провести обработку рук.</li> <li>3. Оформить направление.</li> <li>4. Доставить кал в лабораторию.</li> </ol> <p><b>Возможные осложнения:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Травматизация.</li> <li>2. Инфицирование.</li> </ol> <p><b>Примечания:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Горшок, подкладное судно, предварительно обрабатывается антисептиком и хорошо промываются горячей водой.</li> <li>2. Забор материала может быть осуществлен во время ректороманоскопии с помощью стерильного ватного тампона с последующим посевом на среду.</li> <li>3. Собранный материал доставляется в лабораторию без промедления. Допускается хранение в консервирующей жидкости материала до 24 часов. При температуре +2- 4°С в зависимости от типа возбудителя. Высеваемость патогенных м/о возрастает если посев испражнений производится непосредственно в отделении на плотные питательные среды (Плоскирева, Эндо, Левина).</li> </ol>	
---	--

### *Забор рвотных масс на посев*

<b>Практический аспект</b>	<b>Этико-деонтологический аспект</b>
<p><b>Цель:</b> диагностическая.</p> <p><b>Показания:</b> пищевые токсикоинфекции, холера.</p> <p><b>Противопоказания:</b> нет.</p> <p><b>Подготовить:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Широкогорлые стерильные флаконы (банки).</li> <li>2. металлическую ложку или пипетку</li> <li>3. Плотную бумагу или целлофан.</li> <li>4. Клеёнчатый фартук.</li> </ol>	<p>-</p>

<p>5. Маску. 6. Перчатки. 7. Направление.</p> <p><b>Подготовка пациента:</b> не требуется.</p> <p><b>Техника выполнения:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выполнить гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.</li> <li>2. Рвотные массы собрать в стерильные банки или широкогорлые флаконы в количестве 50-100 (мл)</li> <li>2. Отверстие банки или флакона закрыть целлофаном или плотной вощеной бумагой. Материал направить в лабораторию.</li> </ol> <p><b>Последующий уход:</b> если у пациента продолжается рвота, оказать помощь, после прекращения рвоты пациенту дать прополоскать рот, умыться, переодеть.</p> <p><b>Возможные осложнения:</b> распространение инфекции.</p> <p><b>Примечания:</b> аналогичным способом можно собрать промывные воды желудка, но промывание следует производить кипяченой водой без применения антисептических средств, обладающих губительным действием на микробы.</p>	<p>рассказать пациенту о значении исследования.</p> <p>- пациента успокоить, следить за его состоянием.</p> <p>- забор производится специальной металлической ложкой или пипеткой с резиновым грушевидным баллончиком на конце.</p>
--	---

***Подготовка инструментария и помощь врачу при проведении ректороманоскопии***

<b>Практический аспект</b>	<b>Этико-деонтологический аспект</b>
<p><b>Цель:</b> диагностическая</p> <p><b>Показания:</b> диагностика дизентерии, проктологических заболеваний.</p>	<p>- объяснить пациенту, что исследование необходимо для более точной диагностики и контроля за эффективностью лечения.</p>

<p><b>Противопоказания:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поздние сроки беременности.</li> <li>2. Трещины ануса.</li> <li>3. Кишечное кровотечение.</li> <li>4. Выпадения слизистой прямой кишки.</li> </ol> <p><b>Подготовить:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стерильный ректоскоп.</li> <li>2. Стерильный вазелин.</li> <li>3. Спирт 70%.</li> <li>4. Стерильные ватные шарики, стерильные марлевые салфетки.</li> <li>5. Пинцет.</li> <li>6. Ватодержатель.</li> <li>7. Стерильные пробирки.</li> <li>8. Чашки Петри с питательными средами.</li> <li>9. Набор инструментария для клизм.</li> <li>10. Касторовое масло (30-50 г).</li> <li>11. Стерильную салфетку, пелёнку, клеенку.</li> <li>12. Стол для пациента.</li> <li>13. Стол для размещения инструментария.</li> </ol> <p><b>Подготовка пациента:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. За 3-4 дня до исследования назначается бесшлаковая диета (исключаются продукты: картофель, яблоки, капуста, и др. фрукты и овощи).</li> <li>2. Накануне исследования пациенту назначают 30-50 г касторового масла.</li> <li>3. Вечером накануне делают высокую очистительную клизму. При запорах делают две очистительные клизмы; вечером и утром, за 2 часа до исследования снова ставят две очистительные клизмы с интервалом 30 минут, вводят газоотводную трубку.</li> <li>4. Информировать пациента, что исследование производится утром</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- спросить пациента как он себя чувствует.</li> <li>- спросить у пациента нет ли у него в данный момент необычной слабости, не было ли в стуле в последнее время крови или тёмного стула, повышения температуры, болей в животе.</li> <li>- осмотреть область заднего прохода.</li> <li>- подсчитать пульс, измерить АД.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- заранее провести с пациентом беседу о рекомендуемой диете.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- спросить пациента не принимал он данных лекарственных средств.</li> <li>- спросить пациента выпил он достаточное количество жидкости.</li> <li>- успокоить пациента, рассказать ход манипуляции, во время процедур спрашивать о состоянии пациента, о неприятных ощущениях. Внимательно наблюдать за реакцией пациента. Не оставлять пациента одного.</li> </ul>
---	---



<p>натошак.</p> <p>5. Непосредственно перед исследованием пациент должен опорожнить мочевой пузырь.</p> <p><b>Техника выполнения:</b></p> <p>1. Стол для пациента в кабинете покрыть сложенным вчетверо одеялом, затем последовательно простыней и клеенкой, которая дезинфицируется медсестрой после каждого исследования. К столу приставить низкую табуретку.</p> <p>2. Рядом со столом для пациента устанавливается обычный стол, на котором размещается ректоскоп с трансформатором, вазелин, спирт, пинцеты, ватодержатели, длинные металлические стержни для очищения тубуса ректоскопа и взятия мазков, стерильные пробирки для взятого материала и чашки Петри с питательными средами для посева.</p> <p>3. Пациент принимает коленно – локтевое положение.</p> <p>4. Ягодицы и бедра больного закрыть клеенкой с отверстием в центре, которое располагается на уровне заднего прохода (клеенку меняют после каждого пациента).</p> <p>5. Собрать ректоскоп, смазать вазелином конец ректоскопической трубки и выступающую часть оливы obturator. Включить осветительную систему после извлечения мандрена.</p> <p>6. Врач проводит осмотр.</p> <p><b>Последующий уход:</b></p> <p>1. Туалет анального отверстия.</p> <p>2. Весь использованный инструментарий подвергается дезинфекции.</p> <p><b>Возможные осложнения:</b></p>	<p>- пациента успокоить, помочь занять нужное положение.</p> <p>- поинтересоваться самочувствием пациента, уточнить не кружится ли голова, нет ли неприятных ощущений в животе.</p> <p>- при необходимости сопроводить пациента в палату.</p>
---	---

<p>1. Перфорация стенки кишки. 2. Кишечное кровотечение. 3. Инфицирование.</p> <p><b>Примечания:</b> Дезинфекция ректоскопа выполняется следующим образом: А) obturator и тубус поместить в емкость с 3% раствором хлорамина на 60 мин, затем промыть водой с мылом и поместить в стерилизатор для обработки 6% раствором перекиси водорода t 18<sup>0</sup>С - 6 часов, 50<sup>0</sup>С - 3 часа. Б) все остальные части ректоскопа дезинфицировать с помощью ваты, смоченной 70% спиртом. В) после стерилизации части ректоскопа обрабатываются дистиллированной водой двукратно и укладываются в стерильный лоток, закрываются стерильной простыней, где хранятся в течение 3-х дней.</p>	<p>- вся дезинфекция проводится в соответствии с принятыми стандартами, направлена в первую очередь на профилактику ВИЧ-инфекции и гепатитов.</p> <p>- следующему пациенту необходимо пояснить, что весь инструментарий был соответствующим образом обработан.</p>
--	--

### **Сбор эпидемиологического анамнеза при подозрении на кишечную инфекцию**

Этот раздел является специфическим для больного, у которого подозревается инфекционное заболевание. Несмотря на то, что в ходе беседы с больным о течении болезни у фельдшера обычно уже появляются предположения о характере инфекции и возникает направленная детализация выяснения возможных источников и путей передачи болезни, существуют основные вопросы эпидемиологического анамнеза. К ним относятся:

1. Возможность контакта с заразными больными в семье, квартире, общежитии, на работе и сроках его. Одновременное или последующее возникновение заболеваний среди окружающих.
2. Возможность контактов с больными животными (при подозрении на бешенство - укус больным животным).
3. Проживание на территории, неблагополучной по какому-нибудь инфекционному заболеванию.
4. Поездки за пределы страны, области, города; их сроки, характер занятий, жилья и питания.
5. Сведения об условиях и образе жизни больного. Определенное значение имеют сведения о санитарном состоянии жилья, соблюдении личной гигиены,

наличии педикулеза.

6. Профессия больного (ветеринарный персонал, доярки, чабаны, работники мясокомбинатов чаще болеют бруцеллезом, сельскохозяйственные работники – лептоспирозом, ГЛПС).
7. Отмечаются перенесенные раньше инфекционные болезни. Исключительная редкость ряда повторных заболеваний, например, натуральной оспой и корью, и, наоборот, предрасположенность к повторным заболеваниям после перенесенной рожи.
8. Выясняются профилактические прививки (какие, когда) с учетом возможностей изменения клиники болезни у привитых против этого заболевания.
9. При кишечных инфекциях особой детализации подвергаются сведения о питании и пищевых продуктах, водоснабжении, (при подозрении на ботулизм - употребление домашних консервов, грибов, вяленой рыбы).
10. Особая эпидемиологическая ситуация характерна для таких инфекций, как вирусный гепатит В, С, ВИЧ-инфекция (гемотрансфузии, операции, инъекции, случайные половые связи).

***Пример написания эпидемического анамнеза:***

*Контактов с инфекционными больными не имела.*

*Проживает в частном доме, есть кошка, собака.*

*Вспышек инфекционных заболеваний на территории не отмечалось.*

*За пределы города за последний месяц не выезжала.*

*Работает воспитателем в детском саду.*

*В детстве перенесла ветрянку, краснуху. ОРЗ болеет 2 раза в сезон.*

*Привита согласно национальному календарю прививок.*

*Накануне была в гостях. Ела мясной салат, шашлык, овощи.*

*Гепатит В,С, ВИЧ –инфекцию отрицает. Переливаний крови, операций, травм не было, случайные половые связи отрицает.*

## Заключительный тестовый контроль

*Укажите правильные ответы*

### Кишечные инфекции

1. Пути заражения при брюшном тифе:

1. Водный
2. Трансмиссивный
3. Воздушно-пылевой
4. Контактнo-бытовой

2. Характер высыпаний при брюшном тифе:

1. Пустулезная
2. Розеолезная
3. Петехиальная
4. Геморрагическая

3. Специфические осложнения при брюшного тифа:

1. Гастрит
2. Печеночная недостаточность
3. Кишечное кровотечение
4. Пробождение кишечника

4. Наиболее часто инкубационный период при брюшном тифе составляет:

1. 5-7 дней
2. 10-14 дней
3. 25 дней
4. 35 дней

5. Определение наличия возбудителя брюшного тифа в крови проводят с помощью:

1. Бактериологического посева крови на 20 % Желчный бульон или среду Рапопорт
2. Серологического исследования
3. Микроскопического исследования испражнений больного
4. Аллергической пробы

6. При брюшном тифе испражнения имеют вид:

1. рисового отвара
2. ректального плевка
3. горохового пюре
4. болотной тины

7. Укажите возможные источники инфекции при сальмонеллезе

1. крупный рогатый скот
2. собаки
3. кошки
4. птицы
5. больные люди

8. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма сальмонеллеза:

1. гастроэнтеритическая
2. тифоподобная

3. септическая
  4. гастроэнтероколитическая
9. Укажите возможные осложнения при сальмонеллезе
1. кишечное кровотечение
  2. печеночная недостаточность
  3. обезвоживание
  4. почечная недостаточность
10. Заражение сальмонеллезом часто происходит при употреблении в пищу:
1. мяса птицы и яиц
  2. рыбных консервов
  3. сырой рыбы
  4. творога и сметаны
11. Наиболее часто заражение ботулизмом происходит при употреблении:
1. некипяченой воды
  2. грибных консервов
  3. некипяченого молока
  4. мяса птицы и яиц
12. При ботулизме преимущественно поражается:
1. желудок
  2. нервная система
  3. легкие
  4. сигмовидная и прямая кишка
13. Причина смерти при ботулизме:
1. дыхательная недостаточность
  2. обезвоживание
  3. кишечное кровотечение
  4. печеночная недостаточность
14. Заражение пищевой токсикоинфекцией происходит при употреблении:
1. некипяченой воды
  2. невымытых овощей и фруктов
  3. жареной рыбы
  4. продуктов с истекшим сроком годности
15. Для больных дизентерией характерен стул в виде:
1. рисового отвара
  2. ректального плевка
  3. горохового пюре
  4. болотной тины
16. Источником инфекции при дизентерии являются:
1. люди
  2. животные
  3. люди и животные
  4. насекомые
17. Наиболее типичный вариант дизентерии:
1. гастритический

2. гастронтеритический
3. гастроэнтероколитический
4. колитический

18. Лечение дизентерии включает:

1. лечебное питание
2. химиотерапевтические препараты
3. применение солевых растворов
4. применение лечебной сыворотки

19. Для амебиаза характерно

1. источником инфекции является человек, выделяющий с испражнениями цисты
2. источником инфекции является крупный рогатый скот, выделяющий цисты
3. механизм заражения фекально-оральный
4. стул имеет вид малинового желе
5. наиболее часто поражается тонкий кишечник

20. Лекарственная микроклизма применяется в лечении:

1. брюшного тифа
2. сальмонеллеза
3. дизентерии
4. холеры

**Эталон ответов к заключительному тестовому контролю.**

1. 1,4
2. 2
3. 3,4
4. 2
5. 1
6. 3
7. 1, 4, 5
8. 1
9. 3,4
- 10.1
- 11.2
- 12.2
- 13.1
- 14.4
- 15.2
- 16.1
- 17.4
- 18.1,2,3
- 19.1,3, 4
- 20.3

### **Рекомендуемая литература**

1. Белоусова А.К. Диагностика инфекционных заболеваний. МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин. – Ростов н/Д: Феникс, 2020.
2. Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник.- Изд.3-е.-Ростов н/Д: Феникс, 2020.
3. Камышева К.С. Основы микробиологии и иммунологии: учеб. пособие - Изд. 4-е., Ростов н/Д: Феникс, 2020.
4. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: учебник / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с.