

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/11
Стр. 1 из 87

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Инфекционные болезни

Код дисциплины: 6B10115

ОП: «Медицина»

Объем учебных часов/кредитов: 150/5

Курс и семестр изучения: 4/7

Объем лекций: 15 часов

Шымкент, 2025 г.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 2 из 87

Лекционный комплекс разработан в соответствии с МУП по ОП «Общая медицина» и обсужден на заседании кафедры

Протокол № 1 от 28. 08. 2025 г.

Зав.кафедрой, профессор, к.м.н.

Абдул Абуова Г.Н.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 3 из 87

Лекция №1

1. Тема: Введение в специальность. Структура инфекционной службы. Учение об общей патологией инфекционных болезней.

2. Цель: познакомить обучающихся с ранней клиникой, эпидемиологической диагностикой инфекционных заболеваний, лечением больных на догоспитальном этапе и в стационаре; организационными, профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями на врачебном участке.

3. Тезисы лекции:

Инфекционные болезни, как и в прежние годы, продолжают занимать одно из ведущих мест среди заболеваний человека. Остаются актуальными проблемы вирусных гепатитов, острых кишечных инфекций. Из прошлых лет вернулась корь, получили широкое распространение новые инфекции, вызываемые герпесвирусами, боррелиями, хламидиями и др., угрозу для человечества представляет СПИД. В условиях социально-экономических сдвигов, приведших к расслоению общества, появлению большого числа социально незащищенных людей, многие инфекционные болезни приобрели тяжелое течение, нередко со смертельным исходом.

Современные достижения вирусологии, иммунологии, прикладной фармакологии позволили инфекционистам пересмотреть взгляды на этиологию, патогенез многих болезней и достигнуть определенных успехов в лечении.

Однако представление о том, что инфекционные болезни должны знать преимущественно специалисты-инфекционисты, неверно. Первыми встречаются с инфекционными больными врачи общей практики. Именно от их квалификации зависят раннее распознавание инфекции, определение правильной терапевтической тактики, организация противоэпидемических мероприятий, а в конечном итоге - судьба больного и благополучие окружающих его людей.

Организация инфекционной службы

Система оказания помощи инфекционным больным включает в себя следующие этапы:

- первичное звено, представленное врачом общей практики (участковый терапевт или врач скорой помощи для больных с критическими состояниями);
- отделение (кабинет) инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики (КИЗ) поликлиник;
- специализированный инфекционный стационар.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 4 из 87

Этапы носят замкнутый характер, ибо больной вновь обращается к врачу общей практики в процессе завершения терапии. В ряде случаев система дополняется лечением в реабилитационных подразделениях, включая санатории.

Наиболее важным, определяющим течение и исход заболевания, является первое звено - врач общей практики. Значение качественной подготовки врачей общей практики по инфектологии становится очевидным во время вспышек инфекционных заболеваний, в периоды социально-экономического неблагополучия. Врач общей практики, первым встречаясь с больным, обязан уметь собрать четкие анамнестические данные, не забывая об эпидемиологическом анамнезе, провести полноценный осмотр пациента. Комплекс этих сведений определяет раннюю диагностику и, при необходимости, неотложную терапию на первичном этапе. Проведение необходимых противоэпидемических мероприятий обеспечивает безопасность окружающих больного людей или, напротив, позволяет выявить источник инфекции - носителя или больного с вялотекущим или хроническим заболеванием.

При таких инфекциях, как менингококковая, тяжелые формы холеры и холероподобные энтериты и других, сопровождающихся инфекционно-токсическим или гиповолемическим шоком, неотложные лечебные мероприятия, проводимые на дому и в машине скорой помощи, определяют судьбу больного. Это еще раз дает основание напомнить врачу общей практики, как важно знать инфекционные болезни и использовать эти знания в практической деятельности.

В сложных диагностических случаях необходимо использовать лабораторные исследования. Информативными являются методы экспресс-диагностики, способствующие ранней диагностике и решению вопросов эпидемиологического обследования. Ряд больных с легким течением заболевания, после регистрации, могут лечиться амбулаторно без привлечения врача-инфекциониста. Например, грипп, ОРВИ, острые кишечные инфекции (ОКИ) при отсутствии эпидпоказаний к госпитализации. В диагностически сложных случаях врач общей практики привлекает врача КИЗ и решает совместно с ним вопрос лечения на дому. При необходимости больной госпитализируется в инфекционный стационар с нозологическим или синдромальным диагнозом. В каждой ситуации, совместно с врачом КИЗ или без него, необходимо решить вопрос - госпитализировать больного или лечить на дому.

Существует перечень инфекционных заболеваний, госпитализация при которых обязательна. Это особо опасные инфекции, менингиты, гепатит В, дифтерия, тифо-паратифозные заболевания, leptospirosis, геморрагические лихорадки и др. Обязательной является госпитализация по тяжести течения

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 5 из 87

заболевания, равно как и больных из декретированных групп. В соответствии с уже упомянутым приказом КИЗ, являясь структурным подразделением поликлиник, обязан оказывать специализированную помощь инфекционным больным, осуществляя весь комплекс реабилитационных мероприятий после выписки больного из стационара. Кроме того, врач общей практики совместно с врачом КИЗ и эпидемиологом проводят весь комплекс противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Следует остановиться на основных функциях врача КИЗ. Врач отделения (кабинета) инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики поликлиник проводит и обеспечивает:

- консультативную помощь больным в поликлинике и на дому с целью уточнения диагноза, назначения лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, а в случае необходимости - решения вопроса о госпитализации;
- консультативную помощь врачам поликлиники по лечению инфекционных больных в амбулаторных условиях и на дому, долечиванию реконвалесцентов после выписки из стационара, а также бактерионосителей брюшнотифозных, паратифозных палочек и шигелл;
- консультацию врачей общей практики по вопросам обследования больных, подозреваемых на инфекционное заболевание и о порядке их направления на госпитализацию;
- систематическую работу по повышению знаний врачей, ведущих амбулаторный прием, по вопросам ранней диагностики и оказания квалифицированной помощи инфекционным больным;
- диспансерное обследование и лечение реконвалесцентов и бактерионосителей по установленному списку, подлежащих динамическому наблюдению в кабинетах инфекционных заболеваний;
- учет больных инфекционными заболеваниями, бактерионосителей и паразитоносителей, анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности, эффективности диагностических и лечебных мероприятий, контроль за выполнением плана проведения профилактических прививок как в целом по поликлинике, так и на отдельных врачебных участках;
- пропаганду медицинских знаний по профилактике и оказанию первичной медицинской помощи при инфекционных заболеваниях.

Врач КИЗ обязан:

- проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с положением об экспертизе;
- качественно и своевременно вести медицинскую документацию, утвержденные учетно-отчетные формы и составлять отчет о своей деятельности.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 6 из 87

В инфекционном стационаре предусмотрено лечение больного в острый период инфекции, после чего он вновь возвращается в поликлинику.

Дальнейшее совершенствование инфекционной службы подразумевает укрепление специализированной помощи на амбулаторном этапе, развитие и углубление двусторонних связей, преемственность между инфекционными стационарами и амбулаторно-поликлиническим звеном, а также приближением высококвалифицированной и специализированной помощи к населению.

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

5. Литература:

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 7 из 87

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқынушылық стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ; - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды қітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды қітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық қітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды қітапханасы <http://www.elib.kz/>

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 8 из 87

5. Эпиграф – мультимедиалық окулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «инфекционные болезни»
2. Назовите 3 компонента инфекционного процесса
3. Дайте определения понятиям «патогенность», «вирулентность»
4. Микрофлора или микробиота
5. Классификация бактерий и вирусов
6. Достоинства и недостатки классификации Л.В.Громашевского

Лекция №2

1. Тема: Брюшной тиф и паратифы А,В

Цель: познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики острых бактериальных кишечных инфекций, брюшного тиф и паратифы А,В,С, сальмонеллеза, дизентерии. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

2. Тезисы лекции: **Бактериальные кишечные инфекции** – это группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекально-оральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно-патогенными бактериями (протей, клебсиеллы, клоstrидии и др.), характеризующиеся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и проявляющиеся синдромами интоксикации и диареи.

Брюшной тиф - это генерализованное кишечное антропонозное заболевание, вызываемое сальмонеллами и характеризующееся лихорадкой, бактериемией, поражением лимфоидных образований кишечника и мезентериальных лимфатических узлов, гепатосplenомегалией и нередко розеолезной сыпью.

Этиология. Возбудитель болезни относится к сальмонеллам группы D - *Salmonella typhi*. При неблагоприятных условиях они могут трансформироваться в L-формы, которые способны к длительному внутриклеточному персистированию, обуславливающему развитие

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 9 из 87

хронических форм инфекции. *Salmonella typhi* устойчива во внешней среде: в воде сохраняется до 1-5 мес, в испражнениях - до 25 дней. При нагревании, воздействии дезинфицирующих средств в обычных концентрациях погибает в течение нескольких минут.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные с манифестным и бессимптомным течением брюшного тифа. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют лица с хронической формой заболевания. Механизм заражения - фекально-оральный. Пути передачи инфекции - водный, пищевой и контактно-бытовой. Наиболее часто острые случаи заболевания регистрируются в возрастной группе 15-45 лет. Наблюдаются как спорадические случаи, так и эпидемические вспышки заболевания. Брюшному тифу присуще сезонное повышение заболеваемости в летне-осенний период.

Патогенез. Проникнув в кишечник, возбудитель брюшного тифа внедряется в лимфоидные образования тонкой кишки - одиночные и групповые (пейеровы бляшки) фолликулы - и затем в регионарные мезентериальные лимфатические узлы, что приводит к развитию лимфаденита (фаза первичной ревионапальной инфекции), а в дальнейшем - к характерным стадиям их патологоанатомических изменений. Из лимфатических образований возбудитель попадает в кровеносное русло - начинается бактериемия, которая соответствует первым клиническим проявлениям болезни. Циркулирующие в крови микроорганизмы частично погибают, высвобождается эндотоксин, обуславливающий интоксикационный синдром, а при массивной эндотоксемии - инфекционно-токсический шок. Проникновение бактерий в паренхиматозные органы (паренхиматозная диссеминация) сопровождается формированием в них брюшнотифозных гранулем и нарушением их функций. Одновременно с этим, начиная с 8-го дня болезни, происходит массивное выделение возбудителя из организма с испражнениями, а затем и мочой (выделительная фаза). В течение всего заболевания в кишечнике больных происходят стадийные изменения со стороны его лимфоидных образований. Так, на первой неделе от начала заболевания наблюдается мозговидное набухание лимфоидных образований подвздошной кишки, на второй - их некротизация, на третьей - отторжение некротизированных масс, на четвертой - период «чистых язв» и на пятой-шестой неделях - заживление язв. Последнему периоду (5-6-я неделя) соответствует фаза формирования специфического иммунитета, восстановления гомеостаза и освобождения организма от возбудителя, что характеризует развитие ранней реконвалесценции.

Клиника. Инкубационный период - от 7 до 25 дней. Могут быть выделены следующие формы и варианты течения инфекции.

I. Острый брюшной тиф: манифестного и бессимптомного течения.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 10 из 87

Манифестное течение: типичная и атипичная (абортивная, стертая, маскированная) формы. По тяжести клинических проявлений они могут иметь легкое, среднетяжелое и тяжелое течение.

Бессимптомное течение: субклинический и реконвалесцентный варианты.

II. Хронический брюшной тиф: манифестного и бессимптомного течения.

Манифестное течение: рецидивирующий вариант.

Бессимптомное течение: субклинический и реконвалесцентный варианты.

Острый брюшной тиф манифестного течения может встречаться в типичной и атипичной формах.

Типичная форма характеризуется цикличностью течения, в котором могут быть выделены 4 периода: начальный, разгар, разрешения болезни и реконвалесценции.

Начальный период - первая неделя болезни, характеризуется преимущественно симптомами интоксикации: наблюдается постепенно или остро (за 1-2 дня) развивающаяся гипертермия до 38-39 °C, выраженная слабость, анорексия. В прошлом у многих пациентов имела место головная боль постоянного типа, бессонница ночью и сонливость в дневные часы. У некоторых больных возникает диарея тонкокишечного типа (стул типа «горохового супа»).

С конца первой - начала второй недели заболевания наступает период разгара, продолжающийся 1-2 нед. В этот период усиливается интоксикация, и температура тела больных достигает максимально высокого уровня. Больные заторможены, негативны к окружающему. При тяжелом течении болезни может развиться *status typhosus* - резкая слабость, апатия, адинамия, нарушение сознания, бред, галлюцинации. На 8-10-й день болезни у 55-65% больных возникает экзантема. Она преимущественно локализуется на коже верхних отделов живота и нижних отделов грудной клетки. Сыпь скудная, число ее элементов обычно не превышает 5-6, по характеру розеолезная, мономорфная. Розеолы, диаметром около 3 мм, несколько возвышаются над уровнем кожи (*roseola elevata*) и хорошо заметны на ее бледном фоне. Элементы сыпи существуют до 3-4 дней, оставляя после себя чуть заметную пигментацию кожи. Для брюшного тифа характерен феномен «подсыпания» - появление новых розеол на протяжении периода разгара болезни. У некоторых больных наблюдается феномен каротиновой гиперхромии кожи ладоней и стоп (симптом Филипповича)

В периоде разрешения болезни происходит угасание основных клинических проявлений. Температура тела литически снижается, уменьшается интоксикация - появляется аппетит, увлажняется и очищается от налета язык, увеличивается диурез, нормализуется сон, постепенно исчезает слабость, улучшается самочувствие.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 11 из 87

В периоде реконвалесценции у 7-9% больных может наступить рецидив болезни. Рецидив сопровождается теми же клиническими проявлениями, что и основная болезнь, но менее продолжительными.

Типичная форма брюшного тифа может иметь легкое, средней тяжести и тяжелое течение.

К числу наиболее опасных осложнений брюшного тифа относятся: инфекционно-токсический шок (ИТШ), перфорация кишечных язв и кишечное кровотечение.

Выписывают больных не ранее 21-го дня нормальной температуры тела после бактериологического исследования кала и мочи не менее 3 раз - через 5 дней после отмены антибиотиков и затем с интервалом в 5 дней. Кроме того, проводят бактериологическое исследование дуоденального содержимого за 7-10 дней до выписки.

Диагностика. Ведущим в специфической диагностике является выделение гемокультуры. Кровь для посева берут во все периоды болезни, 5-10 мл из вены, и засевают в 50-100 мл желчного бульона или среды Раппопорта. Первый посев крови желательно осуществить до начала антибактериальной терапии. В диагностике используют также серологические реакции - РА, РНГА, диагностический титр - 1:200 и выше. Для выявления лиц с бессимптомным течением заболевания назначают РНГА с Vi-антителом. Разработаны и высокочувствительные методы ранней диагностики, основанные на выявлении антигенов возбудителя или антител к нему- ИФА, ВИЭФ, РИА и др.

Лечение. Больные брюшным тифом подлежат обязательной госпитализации в инфекционные стационары. Важными в лечении являются организация правильного ухода за больными, соблюдение постельного режима. Сидеть разрешается больным с 7-8-го дня нормальной температуры тела, ходить - с 10-11-го. Необходим тщательный уход за кожей и слизистой оболочкой полости рта. Рекомендуется легкоусвояемая и щадящая желудочно-кишечный тракт пища (стол 4а), с выздоровлением диету расширяют постепенно.

К этиотропным препаратам выбора относятся фторхинолоны (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день) и цефтриаксон (роцефин по 1-2 г/сут внутримышечно или внутривенно). Основным этиотропным препаратом резерва остается левомицетин, который назначают внутрь по 0,5 г 4 раза в сутки до 10-го дня нормальной температуры. Для устранения интоксикации применяют инфузионную терапию.

Профилактика. Основные меры профилактики - улучшение качества водоснабжения, канализации, контроль за приготовлением пищи, санитарная очистка населенных мест. Имеют значение санитарно-просветительная работа с населением, воспитание гигиенических навыков.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 12 из 87

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

3. Литература

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. баск. Н. Д. Юшук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 13 из 87

4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Эміреев, С. Жұқпалы аурулар оқығаларының стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Эміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Эміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Эміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оку құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

4. Контрольные вопросы:

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 14 из 87

- Дайте определение брюшного тифа и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
- Назовите фундаментальные звенья патогенеза брюшного тифа и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- Изложите классификацию брюшного тифа и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- Выделите ведущие синдромы и симптомы при брюшном тифе и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии. Назовите их патофизиологические механизмы
- Перечислите возможные осложнения при брюшном тифе и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при брюшном тифе и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации брюшного тифа и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- Назовите показания для госпитализации при брюшном тифе и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.
- Перечислите препараты для лечения брюшного тифа и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии и обоснуйте назначенное лечение
- Изложите направления, способы и методы профилактики при брюшном тифе и паратифы А,В,С, сальмонеллез, дизентерии.

Лекция №3

Тема: Дизентерия

Цель: познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики Дизентерия. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

1. Тезисы лекции:

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 15 из 87

Дизентерия — острое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением толстого кишечника, проявляющееся диареей с примесью крови и слизи, а также болезнью кишечника с выраженным токсикозом.

Исторические факты. Дизентерия была известна еще в древности, когда Гиппократ описал симптомы болезни как расстройства кишечника с диареей и кровью. В Средневековые эпидемии дизентерии были широко распространены, особенно в условиях военных лагерей, где антисанитарные условия способствовали массовым заболеваниям и смертям. Одним из самых известных исторических примеров является эпидемия дизентерии во время Крымской войны, когда болезнь унесла множество жизней среди солдат, что подчеркивало важность соблюдения гигиенических норм. В 1897 году Иоганн Кох открыл бактерию *Shigella dysenteriae* как возбудителя дизентерии, что стало важным шагом в развитии методов диагностики и лечения. В XX веке, благодаря разработке антибиотиков и вакцин, заболеваемость дизентерией в развитых странах существенно снизилась, однако в развивающихся регионах болезнь оставалась актуальной, особенно из-за недостатка санитарных условий. В наше время дизентерия по-прежнему представляет угрозу для здоровья в странах с низким уровнем жизни, хотя современные методы диагностики и лечения значительно помогают контролировать распространение заболевания.

Этиология. Дизентерия — острое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением толстого кишечника, проявляющееся диареей с примесью крови и слизи, а также болезнью кишечника с выраженным токсикозом. Возбудителями дизентерии являются бактерии рода *Shigella* — грамотрицательные, неподвижные палочки, которые делятся на четыре подтипа:

- *Shigella dysenteriae* (возбудитель тяжелой формы дизентерии);
- *Shigella flexneri*;
- *Shigella boydii*;
- *Shigella sonnei* (возбудитель легкой формы).

Основной путь заражения — фекально-оральный, через загрязненную воду, пищу и при контакте с зараженными людьми. Инфекция также может передаваться через немытые руки и плохо обработанные продукты.

Эпидемиология. Дизентерия распространена в странах с низким уровнем санитарии и водоснабжения. Чаще всего заболевшие люди встречаются в регионах с густонаселенными районами, где санитарные условия являются неудовлетворительными. Наиболее подвержены заболеванию дети и пожилые

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 16 из 87

люди, особенно при отсутствии надлежащего медицинского наблюдения и гигиенических условий. Взрослые обычно переносят заболевание легче, но могут быть источником инфекции для окружающих. Заболеваемость дизентерией имеет сезонный характер, наиболее часто она наблюдается в летний и осенний периоды, когда высокая температура способствует размножению возбудителей.

Патогенез. Патогенез дизентерии связан с действием токсинов, выделяемых бактериями рода *Shigella*. После попадания в организм, бактерии проникают в слизистую оболочку кишечника и вызывают воспаление, приводящее к язвам и эрозиям в кишечной стенке. Бактерии размножаются в клетках кишечника и выделяют энтеротоксины, которые способствуют нарушению водно-электролитного обмена и вызывают воспалительную реакцию. Патогенез заболевания включает следующие этапы:

1. Проникновение в кишечник: *Shigella* проникает через слизистую оболочку толстого кишечника, активизируя воспалительный процесс.
2. Размножение бактерий: в клетках эпителия кишечника происходит активное размножение бактерий, что приводит к разрушению клеток и образованию язв.
3. Выделение токсинов: бактериальные токсины поражают клетки кишечника, нарушают обмен веществ, вызывают диарею и другие симптомы.

Дизентерия также может быть осложнена бактериемией, перфорацией кишечника, перитонитом, сепсисом и другими тяжёлыми состояниями.

Клиника. Клиническое течение дизентерии зависит от возбудителя и состояния пациента. Различают следующие формы заболевания: Легкая форма: наблюдается при инфицировании *Shigella sonnei*, характеризуется относительно легким течением с небольшими проявлениями. Средняя форма: среднеинтенсивные симптомы с болями в животе, умеренной лихорадкой и характерной диареей. Тяжелая форма: вызывает *Shigella dysenteriae*, при которой наблюдается высокая температура, токсикоз, обильная диарея с примесью крови и слизи, возможна язва и перфорация кишечника.

Дизентерия проявляется рядом характерных клинических признаков, включая лихорадку, которая обычно сопровождается повышением температуры тела до 38-39°C, особенно в первые дни болезни. Боли в животе часто локализуются в нижней части живота и могут быть спастического характера. Одним из основных симптомов является диарея, при которой стул становится водянистым с примесью крови и слизи, особенно на поздних стадиях заболевания. Частота дефекаций может достигать 10-20 раз в сутки, что приводит к значительному ухудшению общего состояния пациента. Также пациенты жалуются на слабость, головную боль, тошноту и рвоту. Токсикоз проявляется выраженной интоксикацией организма, которая может привести

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 17 из 87

к обезвоживанию, снижению артериального давления и слабому пульсу. В тяжелых случаях наблюдаются спутанность сознания и дегидратация. При осложнении болезни может развиться перфорация кишечника, сепсис, острый кишечный парез и другие серьезные состояния, требующие экстренной медицинской помощи.

Диагностика. Диагностика дизентерии основывается на анализе клинических проявлений и применении лабораторных методов. Основным методом является бактериологическое исследование, при котором проводится посев фекалий для выделения возбудителя — *Shigella*. Также важным является анализ кала на наличие крови и слизи, что характерно для дизентерии. ПЦР-диагностика позволяет выявить генетический материал возбудителя. Общий анализ крови помогает установить наличие лейкоцитоза, повышение СОЭ и другие признаки токсического воздействия на организм. Дифференциальная диагностика дизентерии необходима для отличия этой болезни от других заболеваний, таких как амебиаз, который вызывает амебы и имеет схожие симптомы, туберкулез кишечника, который также вызывает воспаление кишечника, но с другими лабораторными маркерами, а также кишечные инфекции, вызванные другими бактериями, например, *Salmonella* или *Escherichia coli*, и инфекционные диарейные заболевания. Дифференциация проводится на основе клинической картины, анамнеза и результатов лабораторных исследований.

Лечение. Лечение дизентерии направлено на устранение возбудителя, облегчение симптомов и восстановление нормального функционирования кишечника. Основным компонентом лечения являются антибиотики, такие как ципрофлоксацин, левофлоксацин и азитромицин, которые эффективно действуют на возбудителя инфекции, *Shigella*. Важным этапом является реабилитация жидкости, что достигается через внутривенную или оральную регидратацию для восстановления водно-электролитного баланса организма, что особенно важно при выраженному обезвоживании, характерном для болезни. Для снижения воспаления и предотвращения осложнений могут быть назначены противовоспалительные препараты. Поддерживающая терапия включает витамины и электролиты, а также антибактериальные средства, которые помогают в восстановлении нормальной микрофлоры кишечника. Коррекция питания является важным аспектом лечения, включая диету с ограничением жирной пищи и продуктов, раздражающих кишечник. В тяжелых случаях может понадобиться госпитализация для проведения интенсивной терапии и мониторинга состояния пациента.

Профилактика. Профилактика дизентерии включает ряд гигиенических, санитарных и эпидемиологических мер. Соблюдение правил личной гигиены, включая регулярное мытье рук и обработку продуктов питания, играет важную роль в предотвращении заболевания. Важно также

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 18 из 87

соблюдать санитарные нормы в общественных местах, таких как детские учреждения и общественные столовые. В некоторых странах разработаны вакцины против дизентерии, которые могут использоваться при массовых вспышках заболевания. Борьба с загрязнением питьевой воды, улучшение качества водоснабжения и систем водоотведения являются основными мерами для предотвращения распространения инфекции. Эти профилактические мероприятия, в сочетании с современными методами диагностики и лечения, могут значительно снизить заболеваемость и предотвратить эпидемии дизентерии.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 19 из 87

11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 р

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқынушылық стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. баск. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 р

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 20 из 87

3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық окулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru/>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

2. Контрольные вопросы:

1. Какие микроорганизмы являются возбудителями дизентерии?
2. Каковы основные способы передачи дизентерии?
3. Какие клинические признаки характерны для дизентерии в начальной стадии?
4. Какое значение имеет лихорадка при диагностике дизентерии?
5. В чем заключается роль бактериологического исследования в диагностике дизентерии?
6. Какие методы дифференциальной диагностики используются для установления правильного диагноза при дизентерии?
7. Какое лечение рекомендуется при дизентерии, и какие препараты применяются в первую очередь?
8. Какую роль в лечении дизентерии играет реабилитация жидкости?
9. В чем состоит важность соблюдения диеты при лечении дизентерии?
10. Какие профилактические меры необходимо соблюдать для предотвращения дизентерии?
11. Каковы основные эпидемиологические особенности дизентерии в различных странах?

Лекция №4

1. Тема: Холера.

2. Цель : познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики холеры. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16

Стр. 21 из 87

Холера - острая антропонозная фекально-оральная инфекция, вызываемая холерными вибрионами, протекающая с симптомами водянистой диареи, рвоты с возможным развитием дегидратационного шока.

Из-за тяжелого течения и возможности быстрого эпидемического и пандемического распространения холера согласно «Международным медико-санитарным правилам» относится к особо опасным инфекциям.

Этиология. Возбудитель холеры - холерный вибрион, представлен двумя биоварами: биовар собственно холеры и Эль-Тор. Оба биовара сходны по морфологическим и тинкториальным свойствам, высокоподвижны благодаря наличию жгутика, спор не образуют, грамотрицательны, культивируются на щелочных питательных средах.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной с манифестным или бессимптомным течением заболевания. Механизм заражения холерой - фекально-оральный. Пути передачи - водный, алиментарный, контактно-бытовой. Водный путь имеет решающее значение для быстрого эпидемического и пандемического распространения холеры. Фактором временного резервирования возбудителя могут являться рыбы, креветки, моллюски, которые способны накапливать и сохранять холерные вибрионы. Как и для всех кишечных инфекций, для холеры свойственна летне-осенняя сезонность.

Патогенез. Преодолев желудочный барьер, холерные вибрионы быстро контаминируют слизистую оболочку тонкой кишки. Вибрионы локализуются на поверхности слизистой оболочки и в ее просвете. Экзотоксин, являющийся термолабильным энтеротоксином (холероген), и определяет возникновение основных проявлений холеры. Местом его действия являются энteroциты тонкой кишки. Холероген активирует аденилатциклазу энteroцитов, которая усиливает синтез циклического аденоzinмонофосфата, что приводит к повышению секреции в просвет тонкой кишки электролитов и воды. Это обусловливает появление водянистой диареи, а затем рвоты. Развивается изотоническая дегидратация, гиповолемия, нарушение микроциркуляции, тканевая гипоксия всех внутренних органов и центральной нервной системы. Объем испражнений в сутки может достигать 20-30 л. При этом резко выраженная дегидратация и деминерализация приводят к судорогам, холерному алгиду, парезу кишечника, почечной недостаточности.

Клиника. Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 5 дней, в среднем составляя 2 сут. Различают типичную и атипичную формы холеры. При типичной холере выщелывают легкое, средней тяжести и тяжелое течение. Атипичная форма может протекать как стертая, «сухая» и молниеносная холера.

Типичная форма холеры развивается остро - появляется жидкий водянистый стул без тенезмов и болей в животе, но с наличием урчания и

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 22 из 87

ощущением переполнения кишечника. Температура тела нормальная, иногда возможен субфебрилитет. При прогрессировании болезни частота стула может нарасти до 20 раз в сутки. Стул водянистого характера, в типичных случаях имеет вид рисового отвара. Встречается и совершенно прозрачный или несколько окрашенный желчью водянистый стул. Присоединение многократной «фонтанирующей» рвоты значительно ухудшает состояние больного. Развивается дегидратация и деминерализация организма больного.

Различают 4 степени обезвоживания.

Дегидратация I степени - потеря жидкости в количестве 1-3% массы тела. Состояние больных в этот период страдает мало. Основной жалобой является жажда. Дегидратация II степени - потеря 4-6% массы тела характеризуется умеренным уменьшением объема циркулирующей плазмы. Это сопровождается усиливанием жажды, слабостью, сухостью слизистых оболочек, тахикардией, наклонностью к снижению систолического АД и диуреза. Дегидратация III степени характеризуется потерей 7-9% массы тела. При этом существенно уменьшается объем циркулирующей плазмы и межклеточной жидкости, нарушаются почечный кровоток, появляются метаболические расстройства: ацидоз с накоплением молочной кислоты. Возникают судороги икроножных мышц, стоп и кистей, тургор кожи снижен, тахикардия, осиплость голоса, цианоз. Из-за резкого обезвоживания заостряются черты лица, западают глаза, отмечается «симптом темных очков», «facies cholérica», а сморщивание кожи кистей рук определяет симптом «руки прачки».

Диагностика. Существенное значение для диагностики имеет совокупность клинико-эпидемиологических данных. В условиях возможного завоза холеры в каждом клинически «подозрительном» случае (водянистая диарея без лихорадки и болей в животе) должно быть проведено лабораторное обследование с провизорной госпитализацией.

При лабораторной диагностике возможно бактериоскопическое исследование каловых и рвотных масс, имеющее ориентировочное значение. Решающий метод-выделение возбудителя путем посева каловых масс на 1 % щелочную пептонную воду, агар Хоттингера и другие среды. Среди экспрессных методов диагностики: РИФ, ИФА и др.

Лечение. Все больные холерой или с подозрением на нее подлежат обязательной госпитализации. Основной принцип лечения больных холерой - немедленная при первом контакте с больным регистрация на дому, в машине скорой помощи и стационаре. При легком и средней тяжести течении следует проводить пероральную регистрацию.

При тяжелом течении холеры и при наличии рвоты внутривенно вводят полиионные растворы :трисоль, дисоль, ацесоль, квартасоль, лактасоль. Чаще других используют трисоль (раствор Филиппса № 1), содержащий натрия хлорид 5 г, натрия гидрокарбонат 4 г, калия хлорид 1 г на 1 л апирогенной

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 23 из 87

бидистиллированной воды (5-4-1). При их отсутствии используют вначале раствор Рингера.

Терапия тяжелого течения холеры с развитием дегидратации III-IV степеней включает три этапа:

1-й - собственно регидратация;

2-й - коррекция потерь жидкости и электролитов;

3-й-реабилитационный этап, на котором купируется клеточная задолженность по электролитам (в первую очередь - калия).

Задачей первого этапа, рассматриваемого как реанимационный, является быстрая ликвидация гиповолемии, коррекция метаболического ацидоза и выведение больного из дегидратационного шока.

Критерии окончания 1-го этапа регидратации.

А. Клинические:

1) порозование и потепление кожных покровов (особенно ладоней и стоп);

2) снижение тахикардии и улучшение свойств пульса;

3) нормализация АД с некоторым увеличением пульсового АД.

Б. Лабораторные:

1) нормализация ОЦК (норма: 60-75 мл/кг);

2) нормализация ЦВД (норма: 80-100 мм вод. ст.);

3) восстановление нормальных значений относительной плотности плазмы (норма: 1023-1025).

Второй этап регидратационной терапии имеет задачу компенсации продолжающихся потерь воды и электролитов. В соответствии с этим осуществляют внутривенное капельное введение поливионной жидкости со средней скоростью 5-10 мл/мин, изменяя ее в соответствии объемом потерь жидкости организмом больного с рвотой, испражнениями, мочой, измеряемыми каждые 2-3 ч.

Критериями прекращения внутривенной инфузии являются:

1) восстановление мочеотделения. При этом диурез начинает превышать объем испражнений;

2) появление калового стула;

3) прекращение рвоты.

После прекращения внутривенной инфузии больной переводится напероральную регидратацию глюкозо-солевыми растворами. При этом объем выпиваемой жидкости в 1,5 раза превышает суммарный объем диареи и диуреза. В этом случае компенсируется также и объем так называемых «не учитываемых потерь» за счет испарения жидкости с поверхности слизистых оболочек дыхательных путей и кожи.

Задачей третьего этапа является окончательное купирование клеточной задолженности по электролитам (в первую очередь -калия). С этой целью в период ранней реконвалесценции назначают длительный (не менее 1 мес)

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 24 из 87

прием панангина (аспаркама) в полной дозе - 2 таблетки 3 раза в сут и других препаратов калия.

Этиотропное лечение включает назначение фторхинолонов или доксициклина в течение 5 дней.

Выписка больных из стационара производится после клинического выздоровления и получения трех отрицательных результатов бактериологического исследования кала и однократного исследования желчи.

Профилактика. Согласно международным правилам за всеми лицами, прибывающими из неблагополучных по холере стран, устанавливается пятидневное наблюдение с однократным бактериологическим обследованием. В очаге холеры реализуется комплексный план противоэпидемических мероприятий, включающий госпитализацию заболевших и вибрионосителей, изоляцию контактных лиц и медицинское наблюдение за ними в течение 5 дней с 3-кратным бактериологическим обследованием. Проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. К. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. К. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Акнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 25 из 87

9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O'Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқығаларының стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 26 из 87

12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 р

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

3. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение холеры
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звения патогенеза холеры
4. Изложите классификацию холеры
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при холере, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при холере
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при холере
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации холеры
9. Назовите показания для госпитализации при холере
10. Перечислите препараты для лечения холеры и обоснуйте назначенное лечение
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при холере

Лекция №5

1. Тема: Вирусные гепатиты(A,E,B,C,D)

2. Цель: познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики вирусных гепатитов. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 27 из 87

Вирусные гепатиты - группа этиологически неоднородных антропонозных заболеваний, вызываемых гепатотропными вирусами (A, B, C, D, E, G и, вероятно, другими), имеющая разные механизмы заражения и характеризующаяся преимущественным поражением гепатобилиарной системы с развитием общетоксического, диспепсического и гепатолиенального синдромов, нарушением функций печени и нередко желтухой. По механизмам и путям передачи выделяют две группы вирусных гепатитов: с фекально-оральным механизмом заражения - вирусные гепатиты A и E и с гемоперкутанным (кровоконтактным) механизмом, образующих группу так называемых парентеральных гепатитов B, D, C, G. Вирусы, вызывающие парентеральные гепатиты, обладают хрониогенным потенциалом, особенно сильно выраженным у вируса гепатита C. Кроме хронического гепатита, они обуславливают развитие цирроза печени и первичной гепатокарциномы.

Вирусный гепатит A (ГА)

Вирусный гепатит A (ГА) - острая энтеровирусная циклическая инфекция спреимущественно фекально-оральным механизмом заражения.

Этиология. Возбудитель - ВГА - РНК-содержащий энтеровирус 72-го типа, относящийся к семейству пикорнавирусов. ВГА устойчив к окружающей среде: при комнатной температуре может сохраняться в течение нескольких недель, а при 4 °C - несколько месяцев. Однако его можно инактивировать кипячением в течение 5 мин, автоклавированием, ультрафиолетовым облучением или воздействием дезинфектантов.

Эпидемиология. Источником инфекции чаще всего являются больные с бессимптомной (субклинический и инаппарантный варианты) формой, безжелтушным и стертым течением инфекции или больные, находящиеся в инкубационном, проромальном периодах и начальной фазе периода разгара болезни, в фекалиях которых обнаруживаются ВГА (HAV).

Ведущий механизм заражения ГА - фекально-оральный, реализуемый водным, пищевым и контактно-бытовым путями передачи. Восприимчивость к ГА всеобщая. Наиболее часто заболевание регистрируют у детей старше 1 года (особенно в возрасте 3-12 лет и в организованных коллективах) и у молодых лиц (20-29 лет). Дети до 1 года малочувствительны к заражению ввиду сохранения у них пассивного иммунитета, переданного от матери. ГА свойственно сезонное повышение заболеваемости в летне-осенний период.

Патогенез. ГА - острая циклическая инфекция, характеризующаяся четкой сменой периодов.

После заражения ВГА из кишечника проникает в кровь и далее в печень, где после фиксации к рецепторам гепатоцитов проникает внутриклеточно. Повреждения гепатоцитов, возникающие в ходе дальнейшего течения ГА,

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 28 из 87

обусловлены не репликацией вируса, а иммуноопосредованным цитолизом. В периоде разгара ГА морфологическое исследование позволяет выявить воспалительные и некробиотические процессы, происходящие преимущественно в перипортальной зоне печеночных долек и портальных трактах. Эти процессы лежат в основе развития трех основных клинико-биохимических синдромов: цитолитического, мезенхимально-воспалительного и холестатического.

Для ГА не характерны ни длительное присутствие вируса в организме, ни развитие хронической формы болезни. Однако иногда течение заболевания может быть модифицировано в случаях коинфекции или суперинфекции другими гепатотропными вирусами.

Клиника. ГА характеризуется полиморфизмом клинических проявлений. Различают следующие формы ГА. По степени выраженности клинических проявлений: бессимптомная (субклиническая и инаппаратная) и манифестная (желтушная, безжелтушная, стертая). По длительности течения: острая и затяжная. По степени тяжести течения: легкая, средней тяжести и тяжелая.

Осложнения: рецидивы, обострения, поражения желчевыводящих патологий.

Исходы: выздоровление без остаточных явлений, с остаточными явлениями - постгепатитный синдром, затяжная реконвалесценция, поражение желчных путей (дискинезия, холецистит).

В манифестных случаях болезни выделяют инкубационный, преджелтушный (продромальный), желтушный период и период реконвалесценции.

Инкубационный период ГА составляет в среднем 14-28 дней (от 7 до 50 дней). Продромальный (преджелтушный) период, продолжительностью в среднем 5-7 дней, характеризуется преобладанием токсического синдрома, протекающего в гриппоподобном, диспептическом, астеновегетативном и смешанном вариантах. Наиболее часто наблюдается «лихорадочно-диспептический» вариант, для которого характерны острое начало с повышением температуры тела до 38-40 °C в течение 1-3 дней, катаральные явления, головная боль, понижение аппетита, тошнота и чувство дискомфорта в эпигастральной области. Спустя 2-4 дня отмечаются изменение окраски мочи (холурия), приобретающей цвет темного пива или крепкого чая. В этот период увеличивается печень, пальпация которой становится весьма чувствительной, и иногда (у 10-20 % больных) - селезенка. При биохимическом исследовании выявляют повышение активности АлАТ. Затем наступает период разгара, продолжающийся в среднем 2-3 нед. Как правило, возникновение желтухи сопровождается ахолией кала, снижением температуры тела до нормального или субфебрильного уровня, уменьшением

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 29 из 87

головной боли и других общетоксических проявлений, что служит важным дифференциально-диагностическим признаком гепатита А.

В первую очередь при обретают желтушное окрашивание слизистая оболочка полости рта (уздечка языка, твердое небо) и склеры, в дальнейшем - кожа; при этом, как правило, степень желтушности соответствует тяжести болезни.

Фаза угасания желтухи протекает обычно медленнее, чем фаза нарастания, и характеризуется постепенным исчезновением признаков болезни. С исчезновением желтухи наступает период реконвалесценции, продолжительность которого весьма вариабельна (от 1-2 до 6-12 мес). Исход ГА обычно благоприятный.

Диагностика. Диагноз устанавливают с учетом комплекса эпидемиологических данных (развитие болезни после контакта с больным ГА или пребывания в неблагополучном районе в период, соответствующий инкубации ГА), клинических показателей (циклическое развитие заболевания с возникновением характерных клинико-патогенетических синдромов) и результатов лабораторных исследований. Среди них: гипертрансаминазия с повышением активности АлАТ в 10-40 и более раз по сравнению с нормой, умеренное повышение содержания у-глобулиновой фракции в протеинограмме сыворотки крови, изменения гемограммы (нормоцитоз или лейкопения, относительный лимфоцитоз, замедление СОЭ).

Достоверное подтверждение диагноза ГА достигается иммунохимическими (ИФА и др.) методами, обнаружением нарастания титра IgM анти-NAV в продромальном периоде и начальной фазе периода разгара. IgG анти-NAV, определяемые в периоде реконвалесценции, имеют анамнестическое значение.

Дифференциальная диагностика ГА в продромальном периоде проводится с гриппом и другими ОРЗ, энтеровирусной инфекцией.

Лечение. Терапевтические мероприятия в большинстве случаев ограничивают назначением щадящей диеты с добавлением углеводов и уменьшением количества жиров (стол № 5), постельного режима в период разгара болезни, щелочного питья и симптоматических средств. В периоде реконвалесценции назначают желчегонные препараты и по показаниям спазмолитические средства.

Профилактика. Проводят комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, такой же, как и при других кишечных инфекциях. Питьевая вода и пищевые продукты, свободные от ВГА - залог снижения заболеваемости. Большое значение имеет повышение санитарной культуры населения. За лицами, находившимися в контакте с больным ГА, устанавливают наблюдение сроком 35 дней, вовремя которого проводят систематическое (1 раз в нед.) клиническое наблюдение с целью

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 30 из 87

раннего выявления первых признаков болезни и биохимическое обследование - определение активности АлАТ.

Существующие инактивированные моновакцины «HAVRIX» и дивакцины А/В предназначены для активной профилактики ГА.

Вирусный гепатит Е (ГЕ)

Этиология. Вирус гепатита Е (ВГЕ) принадлежит к неклассифицированным вирусам (в прошлом его относили к калицивирусам). Вирусным геномом служит одноцепочечная РНК. Размеры вируса составляют 27-34 нм.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные острой формой ГЕ. Механизм передачи - фекально-оральный. Из путей передачи ведущее место принадлежит водному, когда фактором передачи становится питьевая вода, чаще из открытых водоисточников, контаминированная ВГЕ. Наиболее часто инфекцию регистрируют в азиатских странах (Туркмения, Афганистан, Индия). Восприимчивость к ВГЕ всеобщая, однако заболевание регистрируется чаще всего в возрастной группе 15-29 лет.

Патогенез изучен недостаточно. Большинство исследователей полагают, что центральным звеном патогенеза является цитопатическое действие вируса. Не исключается и участие иммунных механизмов в некробиотических изменениях печеночной ткани.

Клиника. Инкубационный период составляет 15-40 дней. Заболевание может протекать как в манифестной (желтушной и безжелтушной), так и бессимптомной формах. Продолжительность преджелтушного (продромального) периода при манифестом течении ГЕ составляет 1-10 дней. Он характеризуется постепенным развитием астеновегетативных и диспепсических симптомов, ноющих болей в правом подреберье и эпигастрии, реже - непродолжительной лихорадки. Желтушный период, в сравнении с гепатитами другой этиологии, достаточно короткий - до 15 дней и нередко характеризуется сохранением в течение первой недели желтухи, ноющих болей в правом подреберье и признаками холестаза. Изменения биохимических показателей в этот период каких-либо отличий от ГА не имеют. Спустя 2-4 нед наблюдается обратное развитие симптомов и выздоровление. Хроническое течение для ГЕ не характерно. Летальность от ГЕ в целом не превышает 0,4%.

Особое внимание врачи должны уделять беременным с вирусным гепатитом Е, так как у последних болезнь может протекать в тяжелой и даже фульминантной форме с развитием грозных осложнений - острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ), геморрагического синдрома, гемоглобинурии с последующей почечной недостаточностью, печечно-почечной недостаточности и др. Особенно высокая летальность (20-0%) наблюдается в

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 31 из 87

III триместре беременности. Неблагоприятное течение ГЕ отмечается также у больных хроническими гепатитами В и С.

Диагностика. Верификация диагноза основывается на определении в сыворотке крови больных IgM анти-HEV методом ИФА или HEV-RNA методом ПЦР.

Лечение соответствует терапии ГА. Важная роль в исходе ГЕ у беременных принадлежит акушерской тактике, направленной на предупреждение выкидышей, преждевременных родов и оптимальное ведение родов.

Профилактика. Противоэпидемические и санитарно-гигиенические мероприятия аналогичны проводимым при ГА.

Вирусный гепатит В (ГВ)

Этиология. Возбудитель- вирус гепатита В (ВГВ), относится к семейству гепаднавирусов, ДНК-содержащих вирусов, поражающих клетки печени. Вирионы ВГВ диаметром 42-45 нм («полные» частицы Дейна), имеют наружную липопротеидную оболочку, внутреннюю оболочку и нуклеокапсид. Последний включает ДНК, фермент ДНК-полимеразу и несколько протеинов HBcAg, HBeAg и HBxAg. Наружная оболочка вируса представлена HBsAg («австралийский антиген»). Вирус отличается чрезвычайно высокой устойчивостью к различным физическим и химическим факторам: низким и высоким температурам, многократному замораживанию и оттаиванию, УФО, длительному воздействию кислой среды. Инактивируется при кипячении, автоклавировании (120 °C в течение 45 мин), стерилизации сухим жаром (180 °C - через 60 мин), действии дезинфектантов.

Эпидемиология. Основными источниками инфекции при ГВ являются лица с бессимптомными и клинически выраженным острыми и хроническими формами болезни, в том числе с циррозом печени, у которых вирус присутствует в крови и различных биосубстратах - слюне, моче, сперме, влагалищном секрете, менструальной крови и др. Однако наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с хроническим течением ГВ. Для заражения достаточно 10^{-6} – 10^{-7} мл вирусодержащей крови. Основной механизм передачи инфекции - гемоперкутанный (кровоконтактный). Пути передачи могут быть естественными, благодаря которым ВГВ сохраняется в природе, и искусственными.

Восприимчивость людей к ВГВ высокая. Наиболее чувствительны дети первого года жизни. Сезонность ГВ не выражена. У реконвалесцентов вырабатывается длительный, возможно, пожизненный иммунитет.

Патогенез. Из места внедрения ВГВгематогенно достигает печени, где в гепатоцитах происходит репликация вирионов. Имеются также сведения о внепеченочной репродукции ВГВ в клетках СМФ костного мозга, крови, лимфатических узлов, селезенки. ВГВ не обладает цитотоксичностью. Цитолиз гепатоцитов, элиминация вируса и, в итоге - исход острого ГВ зависят

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 32 из 87

от иммунного ответа организма: продукции эндогенного интерферона, реакции естественных киллеров, цитотоксических Т-лимфоцитов, антителозависимых киллеров, макрофагов и антител на антигены ВГВ. Следствием этого является развитие некробиотических и воспалительных изменений в паренхиме печени. При морфологическом исследовании обнаруживают дистрофические изменения гепатоцитов, зональные некрозы, активизацию и пролиферацию звездчатых эндотелиоцитов (клеток Купфера). В более тяжелых случаях - субмассивные и массивные некрозы печени.

Клиника. Различают следующие варианты клинического течения вирусного гепатита В.

А. По цикличности течения:

I. Циклические формы.

1. Острый ГВ - бессимптомная (инаппаратная и субклиническая), безжелтушная, желтушная (с преобладанием цитолиза или холестаза).

2. Острый ГВ с холестатическим синдромом.

II. Персистирующие формы.

1. Носительство ВГВ -хроническая бессимптомная форма (носительство HBsAg и других антигенов вируса).

2. Хронический вирусный гепатит В, интегративная фаза.

III. Прогрессирующие формы.

1. Молниеносный (фульминантный) гепатит.

2. Подострый гепатит.

3. Хронический вирусный гепатит В, репликативная фаза (в том числе с циррозом печени).

IV. Вирусный гепатит В, острый или хронический микст, в сочетании с вирусными гепатитами А, С, D, E, G.

Б. По тяжести заболевания: легкого, средней тяжести, тяжелого течения.

В. Осложнения: обострения, рецидивы, геморрагический и отечно-асцитический синдромы, острыя печеночная недостаточность (ОПН)-печеночная энцефалопатия (прекома I, II, кома), ассоциированная инфекция (воспаление желчных протоков, пневмония, флегмона кишki, сепсис и пр.).

Г. Исходы: выздоровление полное или с остаточными явлениями (постгепатитный синдром, дискинезия желчных путей, гепатофиброз), смерть.

Клинически выраженной (манифестной) формой является острые циклическая желтушная форма с цитопитическим синдромом, при которой признаки болезни выражены наиболее полно.

Выделяют следующие периоды болезни: инкубационный, преджелтушный (продромальный), желтушный (разгар) и реконвалесценции. Продолжительность инкубационного периода - от 6 нед до 6 мес.

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 33 из 87

Острая циклическая форма ГВ с холестатическим синдромом характеризуется отчетливым преобладанием и длительным существованием признаков холестаза.

При тяжелых формах болезни (30-40 % случаев) значительно выражен синдром интоксикации в виде астении, головной боли, анорексии, тошноты и рвоты, инсомнии и эйфории, часто возникают признаки геморрагического синдрома в сочетании с яркой («шафранной») желтухой. Резко нарушены все функциональные тесты печени. Прогностически неблагоприятно понижение протромбинового индекса до 50 % и ниже. При неосложненном течении тяжелые формы заканчиваются выздоровлением через 10-12 нед и более. Самым серьезным осложнением тяжелых форм ГВ является ОПН, развивающаяся при диффузном поражении печени у 4-10 % больных этой формой болезни.

Клиника ОПН характеризуется психоневрологической симптоматикой (энцефалопатией), выраженным геморрагическим синдромом, гипотензией, тахикардией, нередко сокращением размеров печени и появлением «печеночного запаха» изо рта.

Диагностика. Важное значение в распознавании ГВ имеют данные эпидемиологического анамнеза (указания на парентеральные вмешательства, контакте больным, внутривенные введения наркотиков в сроки, соответствующие периоду инкубации), клинического обследования (выявление характерной цикличности болезни и клинико-биохимических синдромов). Манифестные формы ГВ характеризуются высокой аминотрансфераземией, билирубинемией (желтушная форма). Основное внимание следует обратить на результаты специфических методов исследования - обнаружение маркеров ГВ-вирусной инфекции.

При остром ГВ, в преджелтушной и начальной фазе желтушного периодов, в сыворотке крови обнаруживают HBsAg, HBeAg, HBV-DNA и IgM анти-HBc. В период разгара желтухи (через 1-1,5 мес от начала заболевания) - HBsAg, HBeAg и HBV-DNA, которые выявляются непостоянно. С большим постоянством определяются IgM анти-HBc. В периоды угасания клинических проявлений и реконвалесценции обнаруживают IgM анти-HBc, анти-HBe, позднее - анти-HBc (total) и IgG анти-HBc. Персистирование HBeAg при отсутствии анти-HBe - прогностический признак хронизации инфекции.

Лечение. Больных гепатитом В госпитализируют в инфекционный стационар. Основой лечения ГВ является щадящий двигательный и диетический режим (стол № 5), которого бывает достаточно для большинства больных легкими формами болезни. При среднетяжелом течении нередко дополнительно проводят инфузционную терапию с применением растворов глюкозы, Рингера, гемодеза и т. д.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 34 из 87

Наибольшего внимания требует терапия больных тяжелыми формами ГВ. Наряду с базисной инфузионной терапией показано назначение ингибиторов протеолитических ферментов, диуретических препаратов, антибиотиков широкого спектра действия для предупреждения бактериальных осложнений. В случаях ГВ с признаками печеночной недостаточности и энцефалопатии проводят интенсивную инфузионную терапию, назначают повышенные дозы глюкокортикоидов, диуретики, леводопу, целесообразны эфферентные методы (плазмаферез, гемосорбция и др.). Отмечен положительный эффект от применения противовирусных препаратов. После выписки из стационара больные гепатитом В нетрудоспособны не менее 30 дней. В дальнейшем проводится диспансерное наблюдение за реконвалесцентами в течение 6-12 мес, при необходимости - более. У 10-14 % пациентов формируется хронический вирусный гепатит В.

Профилактика ГВ направлена на прерывание естественных и искусственных путей передачи инфекции. Однако эпидемический процесс при ГВ-инфекции можно регулировать только с помощью вакцин. Созданы плазменные, генно-инженерные вакцины. Разработана тактика и стратегия вакцинопрофилактики. Вакцинации подлежат новорожденные, пациенты с хроническими болезнями, требующими парентеральных вмешательств, переливаний крови и ее дериватов, медицинские работники - хирурги, стоматологи, акушер-гинекологи и др., деятельность которых связана с контактом с кровью и различными биосубстратами.

Стратегия и тактика лечения острых вирусных гепатитов

Основу лечения больных различными нозологическими формами острых вирусных гепатитов составляет патогенетическая терапия. Она обычно включает базисную (безлекарственную) и неспецифическую лекарственную терапию.

Стратегия и тактика лечения больных ОВГ

Стратегия	Тактика
1. Базисная терапия	
	1. Охранительный режим. 2. Лечебное питание (диета № 5 или № 5а - в острую фазу при среднетяжелом и тяжелом течении болезни)
	2. Дезинтоксикационная терапия

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 35 из 87

2.1. Выведение токсических веществ из кишечника	<u>Энтеросорбция:</u> а) препараты целлюлозы: микроцеллюлоза (МКЦ) 3-4 таблетки 3 раза в день, полифепан, лигносорб, ваулен и др. по 15-20 г 3 раза в день б) препараты, производные ПВП: энтеродез (или энтеросорб) 5 г в 100 мл воды 3 раза в день
2.2. Выведение токсических веществ из крови через почки	1. Пероральное введение дополнительного (к рациону) объема жидкости (в виде фруктовых и овощных соков, минеральной воды) в количестве 2-3 л в сутки. 2. Гемодилюция: кристаллоиды 3 части, коллоиды 1 часть (возможно назначение диуретиков и гормонов)
2.3. Выведение токсических веществ через кожу	Уход за кожей и тепловой комфортом (улучшение микроциркуляции, пото- и салоотделения).
2.4. Купирование перекисного окисления липидов и тканевой гипоксии	1. Антиоксиданты (эссенциале, витамин Е, витамин С, рутин). 2. Антигипоксанты и предшественники макроэргов (цитохром С, цитомак, рибоксин и др.)
2.5. Экстракорпоральные методы детоксикации	Плазмообмен, плазмаферез в сочетании с плазмосорбцией и гемоксигенинацией, плазмаферез в сочетании с плазмосорбцией, гемосорбция и др.
3. Терапия, корригирующая белоксинтезирующую функцию печени и процессы ее регенерации	1. Белковые пищевые добавки (энпиты, изолированные белки "СУПРО", "ПРОТЕИН" и др.). 2. Растворы синтетических аминокислот (полиамин, альвезин, мориамин, аминофузин и др.) внутривенно. 3. Белковые препараты (внутривенно): альбумин, протеин, плазма. 4. Поливитамины и микроэлементы 5. Препараты калия. 6. Анаболики (нестероидные и стероидные)
4. Подавление некротизации и фиброзирования	1. Ингибиторы протеиназ (контрикал, гордокс и др.). 2. Препараты калия. 3. ГБО. 4. Гормоны
5. Купирование симптомов холестаза	1. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк) в дозе 10 мг/кг/сут или хено- и

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 36 из 87

	тауродезоксихолевых кислот (хенофальк, таурафальк). 2. Адсорбенты желчных кислот (холестирамин, билигнин) или энтеросорбенты (полифепан и др.) 3. После развития желчного криза - гидрохолеретики и другие желчегонные, тюбажи
6. Коррекция гемостаза	В соответствии с показателями коагулограммы
7. Антивирусная терапия	
7.1. Противовирусные средства	1. Рибавирин (в сочетании с интерфероном* или индукторами интерферона) - при гепатитах, вызванных РНК-содержащими вирусами в дозе 0,2 г до 3-4 раз в сутки (10 мг/кг/сут). При вирусном гепатите С препараты назначаются с первых дней заболевания курсом не менее 3 мес.

Таблица 2

Диагностические маркеры ВГ

Нозо-логия	Маркер	Характеристика маркера	Клиническое значение
Гепатит А	IgM анти-HAV	Антитела класса M к вирусу гепатита А	Указывают на острую инфекцию
	IgG анти-HAV	Антитела класса G к вирусу гепатита А	Свидетельствуют о перенесенной инфекции или HAV-пастиинфекции, сохраняются в крови пожизненно
Гепатит Е	IgM анти-HEV	Антитела класса M к вирусу гепатита Е	Указывают на острую инфекцию
	IgG анти-HEV	Антитела класса G к вирусу гепатита Е	Свидетельствуют о перенесенной инфекции или HEV-пастиинфекции

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 37 из 87

Гепатит В	HbsAg	Поверхностный антиген HBV	Маркирует инфицированность HBV
	HbeAg	Ядерный антиген HBV “e”-	Указывает на репликацию HBV в гепатоцитах, высокую инфекционность крови и высокий риск перинатальной передачи вируса
	HbcAg	Ядерный “core” антиген HBV	Маркирует репликацию HBV в гепатоцитах, обнаруживается только при морфологическом исследовании биоптатов печени и на аутопсии, в крови в свободном виде не выявляется
	Анти-HBc (total) (HBcAb)	Суммарные антитела к HbcAg	Важный диагностический маркер, особенно при отрицательных результатах индикации HBsAg, используется для ретроспективной диагностики ГВ и при неверифицированных гепатитах, определяют HBcAb без разделения на классы
	IgM анти-HBc (HBcAb IgM)	Антитела класса IgM к ядерному антигену	Один из наиболее ранних сывороточных маркеров ГВ, наличие его в крови указывает на острую инфекцию (фазу болезни), при хроническом ГВ маркирует репликацию HBV и активность процесса в печени
	Анти-HBe (HBeAb)	Антитела к “e” антигену	Может указывать на начало стадии реконвалесценции (исключение - мутантная форма HBV)
	Анти-HBs (HBsAb)	Протективные антитела к поверхностному антигену HBV	Указывают на перенесенную инфекцию или наличие поствакцинальных антител (их защитный титр от HBV-инфекции 10 МЕ/л); обнаружение антител в первые недели ГВ прогнозирует развитие гипериммунного варианта фульминантного ГВ

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 38 из 87

	HBV-DNA	DНК вируса ГВ	Маркер наличия и репликации HBV
Гепатит D	IgM анти-HDV	Антитела класса M к вирусу гепатита D	Маркируют репликацию HDV в организме
	IgG анти-HDV	Антитела класса G к вирусу гепатита D	Свидетельствуют о возможной инфицированности HDV или перенесенной инфекции
	HDAg	Антиген вируса ГД	Маркер наличия HDV в организме
	HDV-RNA	РНК вируса ГД	Маркер наличия и репликации HDV
Гепатит C	анти-HCV IgG	Антитела класса G к вирусу гепатита C	Свидетельствуют о возможной инфицированности HCV или перенесенной инфекции (определяются в скрининговых исследованиях)
	анти-HCV core IgM	антитела класса M к ядерным белкам HCV	Указывают на текущую инфекцию (острая или хроническая в фазе реактивации)
	анти-HCV core IgG	антитела класса G к ядерным белкам HCV	Свидетельствуют об инфицированности HCV или перенесенной инфекции
	анти-HCV NS	антитела к неструктурным белкам HCV	Обычно обнаруживаются в хронической стадии ГС
	HCV-RNA	РНК вируса ГС	Маркер наличия и репликации HCV
Гепатит G	HGV-RNA	РНК вируса ГГ	Маркер наличия и репликации HGV

Таблица 3

Ориентировочные диагностические системы интерпретации данных при выявлении маркеров вирусных гепатитов

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 39 из 87

Выявленные маркеры	Диагноз	Примечание
IgM анти-HAV и HbsAg	Вирусный гепатит A. Соп.: “носительство HBsAg”	При типичных признаках острого ГА. Необходимо тщательное клинико-лабораторное исследование для исключения ОГВ и ХГВ
IgM анти-HAV, HbsAg, анти-HBc (total), IgG анти-HBc	Вирусный гепатит A. Соп.: хронический гепатит В (нерепликативная фаза)	При выявлении признаков хронического гепатита у больных острым ГА и отсутствии маркеров репликации (HBV-DNA, HBeAg, IgM анти-HBc)
IgM анти-HAV, HbsAg, анти-HBc (total), IgG анти-HBc, IgM анти-HBc, HBeAg, HBV-DNA	Вирусный гепатит A. Соп.: хронический гепатит В (репликативная фаза)	При выявлении признаков хронического гепатита у больных острым ГА
HbsAg, HBeAg, IgM анти-HBc, IgM анти-HDV,	Острая коинфекция ВГВ и ВГД	При отсутствии IgG анти-HBc и клинико-анамнестических признаков обострения ХГВ
HDV-RNA, IgM анти-HDV, HbsAg	Острая суперинфекция ВГД	При отрицательных результатах обследования на IgM анти-HBV (или низких титрах этих антител).
Анти-HCV IgG	Реконвалесцент ВГС (или ВГС-пастинфекция) - при отрицательных результатах исследования на: IgM анти HCV и HCV-RNA. При невозможности подобного исследования	Только у практически здоровых при отсутствии эпидемиологических данных и клинико-лабораторных признаков поражения печени. Диспансерное наблюдение такое же, как при диагнозе “носительство HbsAg” (Приказ МЗ СССР № 408)
Анти-HCV IgG,	Острый вирусный гепатит С	При наличии эпидемиологических и клинико-лабораторных признаков

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 40 из 87

анти-HCV core IgM, HCV-RNA			острого гепатита и отсутствии маркеров других ВГ. Диспансерное наблюдение такое же, как и при ОГВ.
Анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, анти-HCV core IgG, анти-HCV NS, HCV-RNA	Хронический вирусный гепатит С (фаза реактивации)		При наличии клинико-биохимических признаков хронического поражения печени. Диспансерное наблюдение такое же, как при ХГВ
Анти-HCV IgG анти-HCVcore IgG, анти-HCV NS	Хронический вирусный гепатит С (латентная фаза)		При отсутствии в крови HCV-RNA, анти-HCV core IgM и признаков клинико-биохимического обострения ХГС
HBsAg, IgM анти-HBc, HBeAg, анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, анти-HCVcore IgG, анти-HCV NS, HCV-RNA	Острый вирусный гепатит В Соп.: хронический вирусный гепатит С (фаза реактивации)		При наличии клинико-лабораторных признаков ОГВ. Сопутствующий диагноз является следствием детального клинико-лабораторного обследования на ГС
HBsAg, IgM анти-HBc, HBeAg, анти-HCV IgG, анти-HCV core IgG, анти-HCV NS ,	Острый вирусный гепатит В Соп.: хронический вирусный гепатит С (латентная фаза)		При наличии клинико-лабораторных признаков ОГВ. Сопутствующий диагноз является следствием детального клинико-лабораторного обследования на ГС
HBsAg, IgM анти-HBc, HBeAg, анти-HCV (total), анти-HCV core IgM, HCV-RNA	Острая коинфекция ВГВ/ВГС		При наличии лишь клинико-лабораторных и эпидемиологических признаков, характерных для острых вирусных гепатитов

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 41 из 87

Анти-HCV IgG, анти-HCV core IgM, HCV-RNA, HBsAg, анти-HBc (total), IgG анти-HBc, IgM анти-HBc HBeAg, HBV-DNA	Острый вирусный гепатит С. Соп.: хронический гепатит В (репликативная фаза)	При наличии эпидемиологических и клинико-лабораторных признаков острого ГС и хронического ГВ.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. баск. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 42 из 87

11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 р

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.]. - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқыбаларының стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. баск. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 р

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 43 из 87

3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық окулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

6. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение вирусным гепатитам
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звенья патогенеза вирусных гепатитов
4. Изложите классификацию вирусных гепатитов
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при вирусных гепатитах, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при вирусных гепатитах
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при вирусных гепатитах
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации вирусных гепатитов
9. Назовите показания для госпитализации при вирусных гепатитах
10. Перечислите препараты для лечения вирусных гепатитов и обоснуйте назначенное лечение
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при вирусных гепатитах

Лекция №6

1. Тема: Бруцеллез.

2. Цель : познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики бруцеллеза. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Бруцеллез - инфекционное зоонозное заболевание, сопровождающееся лихорадкой, поражением многих органов и систем, особенно часто опорно-

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 44 из 87

двигательного аппарата, и имеющее склонность к затяжному и хроническому течению.

Этиология. Возбудителями бруцеллеза являются различные виды бруцелл: Br. melitensis (основные хозяева козы и овцы), Br. abortus (хозяева - крупный рогатый скот), Br. suis (хозяевами разных биотипов являются свиньи, зайцы, северные олени), очень редко бруцеллез человека бывает обусловлен Br. canis (хозяева - собаки). Другие виды бруцелл в патологии человека значения не имеют. Бруцеллы длительно сохраняются во внешней среде, чувствительны к антибиотикам тетрациклической группы,rifampicinu, фторхинолонам.

Эпидемиология. Основными источниками бруцеллеза в нашей стране являются овцы, козы, коровы, свиньи. Заражение человека происходит алиментарным, контактным, возможно аэрогенным путями. Факторами передачи могут быть пищевые продукты (преимущественно молочные), шерсть, шкуры животных. Заболевают лица, имеющие контакт с больными животными: чабаны, пастухи, доярки, ветеринары, работники мясокомбинатов и др.

Патогенез. Из мест внедрения бруцеллы по лимфатическим путям заносятся в регионарные лимфоузлы, затем в кровь. С током крови возбудитель попадает в органы ретикулоэндотелиальной системы (печень, селезенку, лимфатические узлы, костный мозг), где формируются новые очаги инфекции с повторным выбросом возбудителя в кровь, что определяет развитие общетоксического инфекционного синдрома. Из крови возбудитель вновь проникает в различные органы и системы-печень, центральную нервную систему, но особенно часто поражаются опорно-двигательный аппарат и половая система. Иммунный ответ, развивающийся при бруцеллезе, не обеспечивает у значительной части больных бактериологического очищения организма. Этому способствует и возможность трансформации бруцелл в L-формы, в которых возбудитель не только оказывает на иммунокомпетентные клетки меньшее антигенное раздражающее действие, но и сам легче переносит воздействие факторов иммунной системы и antimicrobnykh препаратов. Болезнь нередко принимает хроническое течение с периодами ремиссий и обострений.

Клиника. Для бруцеллеза характерен полиморфизм клинических проявлений. Предложено множество клинических классификаций, из которых большое распространение получили классификации Г. П. Руднева и Н. И. Рагозы. Согласно классификации Г. П. Руднева, выделяют бруцеллез:

- 1) острый;
- 2) подострый;
- 3) хронический;
- 4) резидуальный.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 45 из 87

Классификация Н. И. Рагозы предусматривает деление на следующие формы:

- 1) первично-латентную;
- 2) остросептическую;
- 3) вторично-хроническую метастатическую;
- 4) первично-хроническую метастатическую;
- 5) вторично-латентную, а также септико-метастатический вариант.

Инкубационный период составляет 1-6 нед. Первично-латентная форма бруцеллеза протекает бессимптомно и лишь на фоне возникновения иммунодефицитного состояния может трансформироваться в остросептическую или первично-хроническую форму.

Острый бруцеллез (остросептическая форма) характеризуется повышением температуры тела до 39-40°C, продолжительностью до 3-4 нед. Лихорадка нередко имеет волнообразный характер и сопровождается ознобами, обильным потоотделением. Рано возникает функциональное поражение центральной нервной системы, проявляющееся эйфорией, и больные длительное время остаются на ногах, считая себя трудоспособными, нередко не измеряют температуру. Одновременно увеличиваются периферические лимфатические узлы, достигая в диаметре 1 см. С 6-7-го дня болезни могут быть выявлены признаки гепатосplenомегалии.

Острый бруцеллез может закончиться выздоровлением, но нередко происходит дальнейшее прогрессирование и переход вострый рецидивирующий бруцеллез (септико-метастатическая форма по классификации Н. И. Рагозы). Типичны диффузные боли в мышцах, костях, суставах, головная боль, нарушение сна, эйфория. Возникают очаговые поражения - синовиты, бурситы, у мужчин - эпиди-димиты, орхиты, у женщин - аднекситы, эндометриты, выкидыши на ранних сроках беременности. Развиваются иммунопатологические осложнения: миокардит, эндокардит, гепатит, менингит и др.

Острый рецидивирующий бруцеллез может переходить в хроническую форму (вторично-хроническая метастатическая форма). Принято считать, что хроническая форма бруцеллеза развивается через 6 мес от начала болезни, но этот срок условный.

Хронический бруцеллез проявляется, прежде всего, очаговыми поражениями. Наиболее часто поражаются суставы, в основном крупные - коленные, тазобедренные, локтевые. Бруцеллезный полиартрит протекает как рецидивирующий процесс, продолжающийся месяцы, годы в виде полипериартритов. Для бруцеллеза типично поражение не только суставов, но и сочленений. Особенно часто в процесс вовлекается пояснично-крестцовое сочленение. Однако наибольшее диагностическое значение имеет появление признаков сакроилеита (симптомы Эриксена, Нахласа, Ларрея и др.). Течение

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 46 из 87

заболевания характеризуется упорными болями, деформацией суставов и сочленений, затем скованностью и тугоподвижностью, чаще в первую половину дня. Нередко возникают миозиты, бурситы, фиброзиты (целлюлиты). Поражается нервная система, что проявляется невритом, радикулитом, соляритом. Могут возникнуть менингит, менингоэнцефалит с последующим арахноидитом, поражением зрительного и слухового нервов. Очаговые изменения обнаруживаются в органах половой системы, как у женщин, так и у мужчин. Воспалительные заболевания половых органов нередко заканчиваются у женщин бесплодием, дисменореей, у мужчин - снижением половой функции.

Диагностика. Для постановки диагноза необходимо учитывать эпидемиологический анамнез. Диагноз подтверждают бактериологическим и серологическими методами. Возбудитель может быть выделен из крови, костного мозга, ликвора, мочи, мокроты и других биосубстратов, преимущественно при острой и подострой формах. В практике используют главным образом серологические методы: реакции агглютинации (РА) становятся положительными с 3-5-го дня болезни и держатся продолжительное время. Диагностический титр РА Райта - 1:200. РА Хеддлсона проводится на пластинках и используется при массовых обследованиях людей. Наиболее чувствительным в настоящее время является иммуноферментный анализ (ИФА).

Дифференциальный диагноз проводят с брюшным тифом, малярией, сепсисом, лихорадкой Ку, туберкулезом, туляремией, ревматизмом, ревматоидным артритом.

Лечение. Больным острым и первично-хроническим бруцеллезом показано стационарное лечение, при всех остальных формах болезни рекомендуется амбулаторное лечение с выдачей листа временной нетрудоспособности. При остром и рецидивирующем бруцеллезе назначают антибактериальные средства, применяют в обычных терапевтических дозах тетрациклины (тетрациклин, метациклин, вибрамицин),rifampicin (бенамин), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин и др.), левомицетин, которые сочетают с препаратами котrimokсазола (септрин, бисептол). При тяжелых формах болезни дозы антибиотиков могут быть увеличены. Обязательна патогенетическая терапия, включающая десенсибилизирующие, иммунокорригирующие препараты, дезинтоксикационные средства. При хроническом бруцеллезе антибактериальную терапию используют лишь в период рецидива. Рекомендуют нестероидные противовоспалительные препараты (бутадион, индометацин, вольтарен и др.). Широко используют физиотерапевтические процедуры (диатермия, соллюкс, УВЧ, парафиновые аппликации). Показана бальнеотерапия.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 47 из 87

Продолжительность врачебного наблюдения: до полного выздоровления и еще 2 года после выздоровления.

Профилактика. Профилактика направлена на снижение заболеваемости бруцеллезом сельскохозяйственных животных - комплекс санитарно-ветеринарных мероприятий. В районах, неблагополучных по бруцеллезу козье-овечьего типа, проводят вакцинацию постоянных и временных работников животноводства и мясокомбинатов.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература:

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. К. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. К. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 р

Қосымша әдебиеттер

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 48 из 87

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқығаларының стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 49 из 87

6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>

7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>

8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение бруцеллеза
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звенья патогенеза бруцеллеза
4. Изложите классификацию бруцеллеза
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при бруцеллезе, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при бруцеллезе
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при бруцеллезе
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации бруцеллеза
9. Назовите показания для госпитализации при бруцеллезе
10. Перечислите препараты для лечения бруцеллеза и обоснуйте назначенное лечение
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при бруцеллезе

Лекция №7

1. Тема: Грипп и другие ОРВИ. Коронавирусная инфекция COVID-19.

2. Цель: познакомить обучающихся с ранней клиникой эпидемиологической диагностикой гриппа, правилами приема и выписки инфекционных больных; лечением больных на догоспитальном этапе и в стационаре; организационными, профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями на врачебном участке.

3. Тезисы лекции:

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) - группа заболеваний, в которую входят грипп, парагрипп, адено-вирусная, респираторно-синцитиальная, риновирусная, реовирусная и коронавирусная инфекции, характеризующиеся коротким инкубационным периодом,

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 50 из 87

непродолжительной лихорадкой и интоксикацией, поражением различных отделов респираторного тракта. Термин «острые респираторные заболевания» (ОРЗ) включает как ОРВИ, так и болезни, обусловленные бактериями и микоплазмой (*M. pneumonia*).

Грипп. Этиология. Возбудители гриппа относятся к семейству ортомиксовирусов и включают 3 вида вирусов гриппа: А, В, С. Геном вирусов гриппа содержит однонитевую сегментированную РНК. Антигенная характеристика внутреннего нуклеопротеида является основой для разделения вирусов гриппа на типы А, В, С. Липидная оболочка вирусов включает поверхностные гликопротеины - гемагглютинин и нейраминидазу, обладающие выраженным антигенными свойствами. Вирусы гриппа А, в отличие от других типов, характеризуются высокой антигенной вариабельностью поверхностных гликопротеинов - гемагглютинин а и нейраминидазы. Это обуславливает появление новых сероваров, а иногда - новых подтипов вируса, которые вызывают обычно более тяжелые и более массовые заболевания. Вирусы гриппа устойчивы к низким температурам и замораживанию, небыстро погибают при нагревании, ультрафиолетовом облучении и действии дезинфектантов.

Эпидемиология. Источник инфекции - больной человек, в том числе и с атипичными формами без выраженной лихорадки и интоксикации. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Наиболее восприимчивы к заболеванию иммунокомпрометированные и не имеющие специфического иммунитета лица. Грипп протекает в виде эпидемий (от небольших вспышек до пандемий). В межэпидемический период вирусы сохраняются в организме человека, определяя спорадическую заболеваемость, а также в организме животных и птиц.

Патогенез. Проникновение вируса гриппа в верхние дыхательные пути сопровождается его активной репликацией в цилиндрическом эпителии, вызывающей дегенеративные изменения клеток. Наиболее типичным является поражение слизистой оболочки трахеи, но при тяжелом течении болезни в процесс вовлекаются все отделы воздухоносных путей вплоть до альвеол. Клетки цилиндрического эпителия подвергаются деструкции, нередко слущиваются, заполняя просветы бронхов.

Вирусемия является обязательной фазой патологического процесса. Вирус оказывает повреждающее воздействие на эндотелий капилляров легких, сердца, нервной системы и других органов. Происходит повышение проницаемости стенок сосудов, развитие периваскулярного отека, склонность к тромбообразованию, нарушение гемостаза, что ведет за собой отек и полнокровие легких, мозга и других органов.

Следствием массивной вирусемии и системного воспалительного ответа организма может стать инфекционно-токсический шок, проявляющийся

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 51 из 87

угрожающими для жизни состояниями - ДВС-синдромом, острой сердечно-сосудистой недостаточностью, отеком легких, головного мозга, почечной недостаточностью. Гриппозная инфекция обуславливает развитие иммунодефицитного состояния, что способствует присоединению вторичных бактериальных инфекций, нередко стафилококковой этиологии.

Клиника. Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 2 сут. Болезнь начинается остро, на первый план выходят симптомы интоксикации - озноб, головная боль с преимущественной локализацией в лобной и надбровных областях, ломота во всем теле, боль при движении глазных яблок, светобоязнь, резкая слабость, адинамия.

Температура тела быстро, нередко уже к концу первых суток достигает максимального уровня - 38,5-40°C и более. Лихорадочный период при неосложненном течении гриппа обычно длится от одного до шести дней, после чего температура тела критически или в виде короткого лизиса снижается до нормального уровня. На фоне лихорадки возникают гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив. Слизистые оболочки мягкого неба, задней стенки глотки, носа гиперемированы, с цианотичным оттенком. Обычно на слизистой оболочке мягкого неба выявляется зернистость, а при тяжелом течении заболевания и геморрагии. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Катаральный синдром при гриппе проявляется в виде фарингита, ринита, ларингита, но особенно характерен трахеит. Больных беспокоят сухость, першение в горле, саднение и боли за грудиной, сухой упорный кашель, который в дальнейшем сменяется продуктивным - с мокротой. Ринит в первые дни болезни характеризуется затруднением носового дыхания и отсутствием ринореи более чем у половины больных. Рентгенологическое исследование выявляет усиление сосудистого рисунка и расширение корней легких.

По клиническому течению грипп подразделяется на легкие, среднетяжелые, тяжелые, а также молниеносные или гипертоксические формы. Кроме того, выделяют неосложненный и осложненный грипп.

Осложнения. Из осложнений гриппа наиболее тяжелым является инфекционно-токсический шок, клинически проявляющийся острой сердечно-сосудистой недостаточностью, отеком легких, отеком мозга, диссеминированным внутри сосудистым свертыванием. Эти синдромы могут возникать изолированно или в сочетании друг с другом. При острой сердечно-сосудистой недостаточности наблюдаются бледность и цианоз кожных покровов, тахикардия, падение артериального давления. При начинающемся отеке легких больные жалуются на затрудненное дыхание, принимают вынужденное положение. Грозный прогностический признак - пенистая мокрота с примесью крови. У таких больных аусcultативно определяются крупнопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, укорочение перкуторного

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 52 из 87

звучка. Отек мозга чаще развивается у детей и лиц пожилого и старческого возраста и проявляется нарушением сознания, менингизмом.

Молниеносная (гипертоксическая) форма гриппа обусловлена бурным развитием инфекционно-токсического шока уже в первые сутки болезни.

Наиболее характерным для гриппа осложнением является вирусно-бактериальная пневмония. К числу наиболее часто выявляемых бактериальных возбудителей пневмонии, осложняющей грипп, относятся стафило- и стрептококки, гемофильная, кишечная и синегнойная палочки, клебсиеллы.

После перенесенного гриппа, в результате иммуносупрессии, обостряются хронические заболевания - бронхит, тонзиллит, пиелит, туберкулез, ревматизм. Кроме того, вследствие поражения при гриппе эндотелия сосудов ухудшается течение всех сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у людей пожилого и старческого возраста. Поэтому и в периоде реконвалесценции часто возникают инфаркты миокарда, инсульты и другие тяжелые осложнения сосудистой патологии.

Диагностика. Диагноз в период эпидемии не представляет трудности и основывается на клинико-эпидемиологических данных.

В межэпидемический период диагноз «грипп» должен быть подтвержден лабораторно. Ранняя диагностика - исследование мазков со слизистой оболочки ротовоглотки и носа методом флюоресцирующих антител или с помощью ИФА с целью выявления вирусных антигенов. При исследовании периферической крови в неосложненных случаях легкого и среднетяжелого течения обычно определяется лейкопения, умеренный палочкоядерный сдвиг, нормальная СОЭ.

Лечение. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и осложненными формами инфекции, пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, независимо от формы тяжести гриппа, люди пожилого и старческого возраста со среднетяжелым и тяжелым течением гриппа, беременные.

Больные легкими, среднетяжелыми неосложненными формами гриппа лечатся дома. Их изолируют в отдельную комнату или ширмой, часто проветривают помещение. В лихорадочный период рекомендуется постельный режим, тепло (теплая постель, грелки к ногам), молочно-растительная диета, обильное горячее питье: теплое молоко, фруктовые соки, морс, потогонные средства - мед, отвар липового цвета, малина и др. Медикаментозную терапию желательно назначать в первые два дня болезни, поскольку применение препаратов в более поздние сроки мало эффективно. Можно использовать один из следующих противовирусных препаратов:

- Озельтамивир (тамифлю) по 75 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней (взрослым и детям старше 12 лет).

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 53 из 87

- Ремантадин - взрослым внутрь после еды по 100 мг 3 раза в день в 1-й день, во 2-й и 3-й - по 100 мг 2 раза в день, в 4-й и 5-й - по 100 мг 1 раз. В 1-й день болезни возможен прием препарата однократно в дозе 300 мг. Детям 7-10 лет по 50 мг 2 раза в день, 11-14 лет - по 50 мг 3 раза в день. Курс 5 дней (выпускается в таблетках по 0,05 г).

- Арбидол - взрослым внутрь по 0,2 г до еды 3 раза в день в течение 3-5 дней (выпускается в таблетках по 0,1 г).

Противовирусные препараты сочетают с патогенетической терапией. Назначают интерферон (лейкоцитарный человеческий) - интраназально по 5 капель в оба носовых хода 5-6 раз в день (или с интервалом 2 ч) в течение 2-3 дней. Симптоматическая терапия зависит от выраженности тех или иных клинических проявлений гриппа. При рините назначают галазолин, санорин и другие сосудосуживающие или дезинфицирующие препараты (в нос через каждые 3-4 ч).

Для уменьшения сухости и першения в глотке назначают теплое питье (теплое молоко с «Боржоми»), полоскание горла раствором фурацилина (1:5000), соды, отхаркивающие средства.

При легкой и средней тяжести течения неосложненного гриппа антибиотики и сульфаниламиды не назначают, за исключением лиц преклонного возраста и ослабленных сопутствующими заболеваниями, особенно бронхолегочной системы. Этой группе больных следует дать один из таблетированных антибактериальных препаратов: эритромицин, макропен, рокситромицин, азитромицин, котrimоксазол, ампиокс, доксициклин, метациклин и др. в достаточных дозах в течение 3-7 дней.

Профилактика. В целях профилактики проводится массовая вакцинация населения в предэпидемический период. Используется живая вакцина интраназально или инактивированная - подкожно, внутрикожно. В последние годы все большее значение приобретает концепция защиты населения от гриппа и других ОРВИ, базирующаяся на следующих принципах: общигигиенические мероприятия, направленные на оздоровление условий труда и быта; формирование здорового образа жизни, закаливание; применение средств, повышающих неспецифическую защиту организма; экстренная химио-профилактика.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 54 из 87

2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джуребекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оку құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 55 из 87

7. Эміреев, С. Жұқпалы аурулар оқиғаларының стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Эміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Эміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Эміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф»электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение гриппа, ОРВИ
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звения патогенеза гриппа, ОРВИ
4. Изложите классификацию гриппа, ОРВИ
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при гриппе, ОРВИ, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при гриппе, ОРВИ
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при гриппе, ОРВИ

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 56 из 87

8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации гриппа, ОРВИ
9. Назовите показания для госпитализации при гриппе, ОРВИ
10. Перечислите препараты для лечения гриппа, ОРВИ и обоснуйте назначенное лечение
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при гриппе, ОРВИ

Лекция №8

1. Тема: Менингококковая инфекция

2. Цель: познакомить обучающихся с ранней клиникой эпидемиологической диагностикой менингококковой инфекции, правилами приема и выписки инфекционных больных; лечением больных на догоспитальном этапе и в стационаре; организационными, профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями на врачебном участке.

3. Тезисы лекции:

Менингококковая инфекция - антропонозное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся широким диапазоном клинических проявлений - от менингококконосительства до менингита и тяжелейшего менингококкового сепсиса.

Этиология. Возбудитель (*Neisseria meningitidis*) - грамотрицательные кокки, неустойчивые во внешней среде, чувствительные ко многим антибиотикам и сульфаниламидным препаратам. В цереброспинальной жидкости располагаются внутри- и внеклеточно попарно, в виде кофейных зерен. Менингококки содержат эндотоксин, по антигенной структуре делятся наряд серогрупп -A, B, C, D, H, I, K, L, X, Y, Z, 29E и W-135.

Эпидемиология. Источником инфекции является человек, инфицированный менингококком. Наибольшую эпидемическую опасность представляют люди, не имеющие клинических признаков болезни - менингококконосители, и особенно больные назофарингитом. Инфекция передается воздушно-капельным путем, встречается преимущественно в зимне-весенний период. Чаще болеют дети - 80% всех случаев генерализованных форм приходится на детей до 14 лет.

Патогенез. Возбудитель имеет тропизм к слизистой оболочке носоглотки, на которой размножается и выделяется с носоглоточной слизью во внешнюю среду, что соответствует наиболее частой форме инфекции - менингококконосительству. При снижении активности местного иммунитета,

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 57 из 87

нарушении микробиоценоза менингококк может внедриться вглубь слизистой оболочки, вызывая воспаление и симптомы назофарингита. Лишь у 5% больных назофарингитом менингококк, преодолевая местные барьеры, проникает в сосуды подслизистого слоя, а затем гематогенно распространяется, повреждая различные органы. Гематогенная диссеминация возбудителя обуславливает развитие генерализованных форм инфекции. Менингококки проникают в кожу, мозговые оболочки, суставы, сетчатую оболочку глаза, надпочечники, легкие, миокард и другие органы.

Ведущую роль в патогенезе тяжелых форм менингококковой инфекции играет системный воспалительный ответ организма, развивающийся в ответ на бактериемию и токсемию. Причиной смерти при генерализованных формах болезни могут быть ИТШ, ОСН, отек-набухание головного мозга, отек легких, острая надпочечниковая недостаточность, ОПН. Летальность при менингококковой инфекции достигает 12,5 %. После перенесенной болезни развивается стойкий типоспецифический иммунитет.

Клиника. Инкубационный период от 2 до 10 дней. Согласно клинической классификации В. И. Покровского выделяют: локализованные (менингококконосительство, назофарингит), генерализованные (менингококкемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная) и редкие (полиартрит, эндокардит, пневмония, иридоциклит) формы менингококковой инфекции.

Менинзококконосительство - самая частая форма инфекции. На одного больного генерализованной формой приходится от 1-2 тыс. до 18-20 тыс. менингококконосителей. У 70% людей носительство менингококка кратковременно и не превышает 2 нед. Однако встречаются и случаи длительного («резидентного») носительства. Острый назофарингит характеризуется субфебрильной лихорадкой в течение 3-5 дней, слабо выраженными симптомами интоксикации и ринофарингитом (необильная ринорея, заложенность носа, охриплость голоса, гиперемия, отечность задней стенки глотки, гиперплазия лимфоидных фолликулов). Острый назофарингит не отличается по клиническим симптомам от ОРЗ другой природы. Диагноз устанавливается только на основании положительных результатов бактериологического или серологического исследования.

Менингококкемия - менингококковый сепсис, начинается остро ознобом, лихорадкой. У части больных острому началу предшествует назофарингит. Температура тела в 1-е сутки повышается до 40 °С и выше, наблюдаются выраженные симптомы интоксикации: головная боль, ломота в мышцах. Через 12-48 ч от начала болезни появляется характерный симптом - геморрагическая сыпь, локализующаяся на туловище, конечностях, ягодицах. Сыпь на лице - неблагоприятный прогностический признак. Элементы сыпи - неправильной

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 58 из 87

формы, с неровными краями, слегка выступающие над поверхностью, багрового цвета. Они могут быть различных размеров - от едва заметных петехий до крупных кровоизлияний в кожу. Своевременная диагностика и неотложная помощь на догоспитальном этапе решают судьбу больного.

Менингит также начинается остро с озноба и лихорадки. На этом фоне возникают общемозговые симптомы - сильная головная боль, рвота. У больных развивается общая гиперестезия - светобоязнь, гиперакузия, гиперестезия кожи, затем присоединяются возбуждение, двигательное беспокойство. Нарушения сознания различной степени выраженности - от сопора до комы - характерны для менингита. К концу 1-х суток болезни можно обнаружить менингеальные симптомы, которые быстро нарастают: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского.

Бурное начало, резко выраженная интоксикация, менингеальный синдром, нарушение сознания, судороги, эпилептиформные припадки у части больных свидетельствуют о сочетании менингита с энцефалитом - менинзоэнцефалите. Это подтверждается и стойкой очаговой симптоматикой: парезы черепных нервов, атаксия, гемипарезы и параличи, нистагм, мозжечковые нарушения. Могут развиваться психические нарушения.

Люмбальная пункция с последующим исследованием церебро-спинальной жидкости позволяет подтвердить синдромный диагноз - менингит (гнойный, реже - серозный). Обычно спинномозговая жидкость мутная и содержит большое количество клеток ($12-30 \times 10^6$ мл и выше) в основном, нейтрофилов.

Диагностика. Врач общей практики должен в кратчайший срок диагностировать менингококкемию только на основании опорных клинических признаков: острого начала, лихорадки, геморрагической сыпи. Следует помнить, что для судьбы больного лучше гипердиагностика, чем несвоевременно поставленный диагноз. Также ответственно необходимо относиться к диагнозу «менингит», который устанавливается клинически при наличии даже умеренно выраженных общемозгового и менингеального синдромов, возникающих на фоне лихорадки и интоксикации.

Специфическая лабораторная диагностика менингококковой инфекции складывается из бактериологического и серологического методов исследования, которые используются, преимущественно, в стационаре.

Материалом для бактериологического исследования служат носоглоточная слизь, кровь, цереброспинальная жидкость и другие биосубстраты. На догоспитальном этапе проводят, в основном, посевы слизи из носоглотки. ВОП должен помнить, что посевы берутся стерильным тампоном на изогнутой проволоке, пока пациент не чистил зубы, не полоскал рот.

Экспресс-методом диагностики может быть микроскопия толстой капли крови. В мазках обнаруживают грамотрицательные кокки, расположенные

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 59 из 87

преимущественно внутри нейтрофилов, что позволяет заподозрить менингококковую инфекцию. В периферической крови у больных с генерализованной формой болезни отмечаются гиперлейкоцитоз до $20-25 \times 10^9$, резкий сдвиг формулы влево, повышенная СОЭ.

Лечение. В условиях поликлиники могут лечиться только больные с локализованными формами менингококковой инфекции: менингококконосители и больные назофарингитом с нетяжелым и непродолжительным течением. Обязательной госпитализации (машиной скорой помощи) подлежат больные генерализованной формой инфекции. Больным менингококкемией на догоспитальном этапе оказывается неотложная помощь, характер которой зависит от ведущего синдрома.

Неотложная помощь при неосложненных формах менингита (и менингита в сочетании с менингококкемией) включает бензилпенициллин - 50 000 ЕД/кг или левомицетина сукцинат натрия - 10-20 мг/кг, 1% раствор лазикса 2 мг/кг внутримышечно, преднизолон-2 мг/кг.

В стационаре проводят комплексную терапию, включающую этиотропные средства, кортикостероидные гормоны, детоксикационные методы лечения. Наиболее эффективен бензилпенициллин, который вводят внутримышечно или внутривенно из расчета 200 000-500 000 ЕД/кг массы тела в сутки, а при поздно начатом лечении до 700 000 ЕД/кг массы тела. При явлениях инфекционно-токсического шока пенициллин заменяют левомицетина сукцинатом (60-100 мг/кг в сутки). Используют экстракорпоральные методы детоксикации.

При раннем и адекватном лечении прогноз благоприятный - на 3-й день терапии улучшается состояние, к 5-8-му дню санируется цереброспинальная жидкость, выписывают больных не ранее 30-го дня болезни после отрицательных результатов 2-кратного бактериологического исследования, проведенного не ранее, чем через 3 сут после окончания антибактериальной терапии.

Профилактика. В очаге менингококковой инфекции устанавливают медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 10 дней с момента разобщения с больным, проводится посев из носоглотки на менингококк не менее двух раз (с интервалом в 3-7 дней). Вакцинация проводится по эпидпоказаниям.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература:
Негізгі:

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 60 из 87

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джуребекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. баск. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 61 из 87

6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқиғаларының стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф»электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиаңық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение менингококковой инфекции
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звения патогенеза менингококковой инфекции
4. Изложите классификацию менингококковой инфекции

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 62 из 87

5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при менингококковой инфекции, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при менингококковой инфекции
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при менингококковой инфекции
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации менингококковой инфекции
9. Назовите показания для госпитализации при менингококковой инфекции
10. Перечислите препараты для лечения менингококковой инфекции и обоснуйте назначенное лечение
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при менингококковой инфекции

Лекция №9

1. Тема: Вирусные геморрагические лихорадки ККГЛ

2. Цель : познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики геморрагических лихорадок. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Геморрагические лихорадки (ГЛ) - это группа острых вирусных болезней человека, характеризующихся поражением эндотелия сосудов с развитием универсального капилляротоксикоза, геморрагическим синдромом, полиорганными поражениями и выраженной интоксикацией.

Этиология. Возбудители ГЛ относятся к 4 семействам вирусов: тогавирусы, буньявирусы, аренавирусы и филовирусы, общим свойством которых является высокий тропизм к эндотелию сосудов.

Эпидемиология. Геморрагические лихорадки - природноочаговые инфекции, при которых основным резервуаром и источниками болезни являются различные виды животных, а переносчиками при значительной части из них - членистоногие (клещи, комары). В остальных случаях передача инфекции реализуется другими путями - воздушно-пылевым, алиментарным, водным, при зоонозном контакте, парентерально. В соответствии с особенностями передачи возбудителя болезни выделяют: клещевые (Крымская-Конго, Омская и Къясанурского леса), комариные (желтая

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 63 из 87

лихорадка, Денге лихорадка, лихорадка Чикунгунья и лихорадка долины Рифт) и контагиозные геморрагические лихорадки (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лихорадки Ласса, Аргентинская, Боливийская, Венесуэльская, Бразильская, Марбурга и Эбола). Хотя восприимчивость к этим инфекциям довольно высока, наиболее часто заболевания регистрируют среди лиц, имеющих профессиональный контакт с животным и/или объектами дикой природы.

Патогенез ГЛ имеет много общих черт, что обусловлено высоким тропизмом их возбудителей к эндотелию сосудов. Из мест внедрения вирус проникает в кровь, затем в эндотелий сосудов. Вирусная репликация в эндотелии капилляров является одним из механизмов развития геморрагического капилляротоксикоза. Возникновение на этой основе иммунокомплексной патологии и ДВС-синдрома приводит к развитию универсального геморрагического васкулита и полиорганным поражениям. В зависимости от нозологической формы на первый план выходит поражение того или иного органа - почек, печени, желудочно-кишечного тракта, ЦНС в сочетании с интоксикационным и геморрагическим синдромами.

Клиника. Для большинства ГЛ характерна одна и та же стадийность течения болезни, отражающая основные фазы патогенеза этих инфекций. Инкубационный период ГЛ составляет в среднем 1-3 нед. Начальный период болезни имеет продолжительность от 2 до 7 дней. Он характеризуется общетоксическими явлениями - лихорадкой, головной болью, миалгией и артритом, признаками капилляротоксикоза - гиперемией лица, шеи, инъекцией сосудов склер и гиперемией конъюнктив («кроличьи глаза»), геморрагической энантемой на мягком небе, положительными эндотелиальными симптомами, нередко - брадикардией и гипотонией, изменениями в периферической крови (лейкопения до 3-4-го дня болезни, нарастающий нейтрофильный сдвиг влево, тромбоцитопения). Период разаара болезни продолжается 1-2 нед. Он развивается часто после кратковременного понижения температуры тела и сопровождается резким нарастанием интоксикации, гемодинамических нарушений, геморрагического синдрома и характерными для той или иной нозологической формы органными поражениями. В этом периоде часто возникают тяжелые (нередко смертельные) осложнения: инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, мозговая кома и др. Период реконвалесценции продолжается несколько недель и характеризуется длительно сохраняющимся астено-вегетативным синдромом и медленным восстановлением нарушенных функций различных органов.

Диагностика. Базируется на клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. В специфической диагностике используются

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 64 из 87

серологические (РСК, РНИФ и др.), иммуно-химические (ИФА), молекулярно-биологические (ПЦР, гибридизация), иногда вирусологический методы.

Дифференциальная диагностика проводится с гриппом, лептоспирозом, риккетсиозами, целым рядом арбовирусных инфекций, не относящихся к ГЛ, менингококковой инфекцией, сепсисом, тромбогеморрагической пурпурой (болезнь Верльгофа), геморрагическим васкулитом (болезнь Шенлейна-Геноха) и др.

Лечение. Больные ГЛ нуждаются в госпитализации в инфекционный стационар с соблюдением щадящих методов транспортировки. При развитии тяжелых осложнений необходим вызов к больному соответствующей бригады скорой помощи, которая и осуществит его транспортировку в стационар. В остром периоде болезни показан строгий постельный режим, соответствующая периоду заболевания диета. Основные направления и виды терапии приведены в табл.

Профилактика. Проводят мероприятия, направленные на уменьшение численности некоторых источников ГЛ и членистоногих, переносчиков возбудителей ГЛ, а также осуществляют меры личной профилактики (защитная одежда, репелленты). Специфическая профилактика разработана лишь для желтой и аргентинской лихорадок.

Таблица 1

Общая стратегия и тактика лечения геморрагических лихорадок

Стратегия	Тактика
1	2
1. Купирование интоксикации: 1.1. Инактивация возбудителя 1.2. Связывание и выведение токсических веществ, антигенов и иммунных комплексов из организма.	1. Этиотропная специфическая терапия: гипериммунные иммуноглобулины, плазма реконвалесцентов. 2. Этиотропная условно-специфическая: рибавирин (виразол) или др. противовирусные средства. 1. Выведение токсинов через почки (гемодиализ). 2. Выведение токсинов через кишечник (энтеросорбция).

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 65 из 87

	<p>3. Выведение - через кожу (уход за кожей с целью усиления потоотделения).</p> <p>4. Экстракорпоральные эfferентные методы.</p>
1.3. Воздействие на тканевой обмен.	<p>1. Антигипоксанты (в т.ч. ГБО).</p> <p>2. Антиоксиданты</p>
2. Иммуноориентированная терапия:	<p>1. Глюкокортикоиды.</p>
2.1. Купирование острой иммунокомплексной патологии.	<p>2. Системные энзимы (вобэнзим).</p> <p>3. Иммуноплазмосорбция.</p>
2.2. Снижение уровня провоспалительных цитокинов	<p>1. Моноклональные антитела против ФНО (Infl-Ximab и др.)</p>
3. Коррекция КОС	<p>1. Купирование метаболического ацидоза</p>
4. Профилактика и борьба с вторичными инфекциями	<p>1. Антимикробные средства</p>
5. Борьба с осложнениями	<p>Лечение ИТШ, ОПН, ДН и др.</p>

Геморрагическая лихорадка Крымская - Конго (КГЛ)

Этиология. Возбудитель - РНК-содержащий вирус семейства буньиavirusов.

Эпидемиология. Источники инфекции - дикие (зайцы, ежи и др.) и домашние (коровы, овцы, козы) животные, а также около 20 видов клещей, у которых обнаружена трансовариальная передача возбудителей. Механизм заражения - трансмиссивный, человек заражается при укусе клещей. Заболевание встречается в марте-сентябре, что зависит от цикла развития клещей. Сporадические случаи крымской геморрагической лихорадки наблюдались в южных регионах России- Астраханской, Ростовской областях, Краснодарском, Ставропольском краях, а также в Крыму; в Средней Азии, Балканских странах, Болгарии, Венгрии, Индии, Пакистане, ряде стран Африки. Возможно заражение медицинского персонала при контакте с кровью больного через микротравмы кожи.

Клиника. Инкубационный период - от 2 до 14 дней. В течении болезни выделяют три периода: начальный, разгара (геморрагическая фаза) и реконвалесценции. Начало болезни острое - озноб, повышение температуры тела в течение 1-х суток до 38-40°C, головная боль, ломота в теле, боли в суставах, мышцах, животе, тошнота, иногда рвота. Отмечаются гиперемия лица, шеи, верхней части груди, инъекция сосудов склер, конъюнктив. На 3-6-

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 66 из 87

й день, в период разгара болезни, развивается геморрагический синдром - геморрагическая сыпь на животе, боковых поверхностях грудной клетки, верхних и нижних конечностях, кровоизлияния в слизистые оболочки, носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения, свидетельствующие о прогрессировании ДВС-синдрома. Интенсивность и продолжительность геморрагических проявлений определяют тяжесть болезни. Одновременно нарастают симптомы интоксикации, возникает инфекционно-токсический шок, и может наступить смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Известны легкие формы болезни без ДВС-синдрома, которые остаются, как правило, нераспознанными. Прогноз всегда серьезный, летальность до 30%.

Диагностика. Специфическая диагностика включает серологические методы (НРИФ, РСК, РТНГА), иммунохимические (ИФА) и молекулярно-биологические (ПЦР). Вирусологическая диагностика используется редко.

Лечение. Проводится в соответствии с общими принципами терапии больных ГЛ. При тяжелом течении отмечен положительный эффект от применения гипериммунного иммуноглобулина и иммунной сыворотки.

Профилактика. Мероприятия по борьбе с клещами, защита от них людей. С целью профилактики внутрибольничной инфекции должны соблюдаться строгие меры предосторожности при всех манипуляциях, связанных с парентеральными вмешательствами.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература:

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 67 из 87

7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O'Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқығаларының стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 68 из 87

11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.

12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф»электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение геморрагических лихорадок
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звенья патогенеза геморрагических лихорадок
4. Изложите классификацию геморрагических лихорадок
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при геморрагических лихорадках, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при геморрагических лихорадках
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при геморрагических лихорадках
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации геморрагических лихорадок
9. Назовите показания для госпитализации при геморрагических лихорадках
10. Перечислите препараты для лечения геморрагических лихорадок и обоснуйте назначение лечения
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при геморрагических лихорадках

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 69 из 87

Лекция №10

1. Тема: Чума. Туляремия

2. Цель : познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики чумы. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Чума - острая природно-очаговая трансмиссивная инфекция, характеризующаяся тяжелой интоксикацией, высокой лихорадкой, лимфаденитом бубонного типа, развитием в ряде случаев серозно-геморрагического воспаления в легких и, при септическом течении, в других органах. Относится к особо опасным карантинным (конвенционным) инфекциям, на которую распространяются «Международные медико-санитарные правила».

Этиология. Возбудитель (*Yersinia pestis*) - грам отрицательная палочка овоидной формы, с более выраженной окраской по полюсам, хорошо растущая на мясопептонном бульоне и агаре при температуре 28 °С. Возбудитель сохраняется нескольких месяцев в почве (звериные норы), устойчив к высушиванию.

Эпидемиология. Чума-природно-очаговое заболевание, причем в каждом природном очаге существует свой основной носитель инфекции. Носителями могут быть сурки, суслики, песчанки, полевки, крысы и др. В природных очагах инфекция передается от грызуна к грызуну через блох. Заражение человека происходит трансмиссивным путем при укусе блох. Во время укуса инфицированная блоха «срыгивает» в ранку содержимое преджелудка с находящимися в нем возбудителями чумы, которые образуют в преджелудке студенистую массу - «чумной блок», препятствующую продвижению крови в желудок.

Инфицирование человека может произойти и при непосредственном контакте с больными животными - промысловыми (суслики, тарбаганы и др.). В антропоургических (синантропных) очагах заражение человека может произойти от домашних животных и синантропных грызунов. Из них в настоящее время основное эпидемиологическое значение имеют верблюды. Разделка туши больного верблюда, утилизация мяса, как правило, приводят к вспышкам чумы. В прошлом большие эпидемии чумы были связаны с синантропными грызунами - серыми крысами.

Больной человек является источником инфекции для окружающих. Заражение происходит контактным путем (через предметы обихода, загрязненные мокротой, гноем больных) или аэрогенным, возникающим при поражении легких.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 70 из 87

Патогенез. Возбудитель чумы проникает в организм человека через кожу, слизистые оболочки глаз, рта, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта. У некоторых больных развиваются характерные для кожной формы чумы стадии местных изменений: пятно, папула, везикула, пустула, на месте которой возникает некроз. Независимо от места внедрения микробы с током лимфы заносятся в регионарные лимфатические узлы, где интенсивно размножаются. Лимфатические узлы увеличиваются в размерах, в них развиваются серозно-геморрагическое воспаление, некроз лимфоидной ткани. В процесс вовлекается окружающая клетчатка, образуется первичный бубон. В результате нарушения барьерной функции лимфоузла возбудитель чумы проникает в кровь и заносится в различные органы и ткани, в том числе и в лимфоузлы, удаленные от входных ворот инфекции, в которых также развивается воспаление и образуются вторичные буноны. По мере накопления возбудителей чумы в крови процесс переходит в септициемию. При гематогенном заносе чумных микробов в легочную ткань возникает вторичная легочная чума, сопровождающаяся интенсивным выделением микробов с мокротой.

Клиника. Инкубационный период - 3-6 дней (при первичной легочной форме - до 1-2 дней). Заболевание начинается остро- в течение нескольких часов, с ознобом, температура тела повышается до 39 - 40°C. Появляются головная боль, головокружение, чувство жара, тошнота, рвота. Больные нередко становятся возбужденными, у них отмечается гиперемия лица и конъюнктив, сухие цианотичные губы, густо обложенный белым налетом («натертые мелом»), дрожащий язык, шаткая походка, невнятная речь. Развивается инфекционно-токсический шок - нарастают одышка, тахикардия, падает АД. Смерть может наступить в первые часы болезни при явлениях прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. В соответствии с классификацией Г. П. Руднева (1970) различают следующие клинические формы чумы.

- А. Преимущественно локальные: кожная, бубонная, кожно-бубонная.
- Б. Внутренне диссеминированные (генерализованные): первично-септическая, вторично-септическая.
- В. Внешнедиссеминированные: первично-легочная, вторично-легочная, кишечная. Самостоятельность кишечной формы большинством авторов не признается.

Диагностика. Клинический диагноз обязательно подтверждают лабораторными исследованиями. Для бактериологического исследования берут содержимое буона, кровь, мокроту, кусочки органов трупа. При транспортировке материала в лабораторию особо опасных инфекций посуду с содержимым плотно закупоривают, обрабатывают снаружи

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 71 из 87

дезинфицирующим раствором, после чего каждую банку заворачивают в марлю или вощеную бумагу и помещают в бикс, который опечатывают. Из серологических и иммунохимических методов используют РНГА, реакцию нейтрализации и ИФА.

Лечение. Препаратами выбора среди этиотропных средств являются стрептомицин и тетрациклины. Дозы стрептомицина зависят от формы болезни и колеблются от 3 до 5 г в сутки, тетрациклина до 6 г, доксициклина до 0,3 г. Если возбудитель резистентен к этим антибиотикам, применяют левомицетина сукцинат, ампициллин. Есть сведения об эффективности цефалоспоринов II, III поколений. Обязательно назначение патогенетической терапии. Комплексное использование антбактериальной и патогенетической терапии позволило существенно снизить летальность при чуме.

Профилактика включает комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Первичные противоэпидемические мероприятия при обнаружении больного чумой предписывают медицинскому работнику лечебного учреждения при обнаружении больного или подозрительного на заболевание чумой прекратить дальнейший прием больных и приостановить вход и выход из лечебного учреждения.

Оставаясь в кабинете (или другом помещении), медицинский работник должен сообщить доступным ему способом (по телефону, с нарочным) главному врачу о выявлении больного чумой (подозрительного на заболевание) и потребовать противочумные костюмы и дезинфекционные средства (хлорная известь, хлорамин).

В случае приема больного с поражением легких перед надеванием полного противочумного костюма медицинский работник обязан обработать себе слизистые оболочки глаз, рта и носа раствором стрептомицина.

После принятия мер по разобщению заболевшего со здоровыми в медицинском учреждении или на дому составляют список лиц, имевших контакт с больным, с указанием фамилии, имени, отчества, возраста, места работы, профессии, домашнего адреса. До приезда консультанта из противочумного учреждения медработник остается в очаге. Вопрос о его изоляции решается в каждом конкретном случае индивидуально.

Важно помнить, что разобщение больного с подозрением на чуму с окружающими следует начинать сразу после его выявления.

С целью профилактики чумы проводятся мероприятия, направленные на предупреждение завоза инфекции на территорию страны. Ведется слежение за эпизоотиями среди животных, дератизационные, дезинсекционные работы и другие профилактические мероприятия, цель которых-предупредить заболевания люд ей чумой.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 72 из 87

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература:

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. баск. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 73 из 87

5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқығаларының стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс-шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оку құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф»электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиаңық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение чумы

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 74 из 87

2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звенья патогенеза чумы
4. Изложите классификацию чумы
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при чуме, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при чуме
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при чуме
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации чумы
9. Назовите показания для госпитализации при чуме
10. Перечислите препараты для лечения чумы и обоснуйте назначенное лечение
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при чуме

Лекция №11

1. Тема: Сибирская язва

2. Цель : познакомить обучающихся с вопросами диагностики, прогноза, дифференциального диагноза, клиники, лечения и профилактики малярии. Закрепить теоретические знания и практические навыки.

3. Тезисы лекции:

Сибирская язва — это острое инфекционное заболевание, вызываемое бактериями *Bacillus anthracis*, которое поражает как животных, так и человека. Вспышки заболевания происходят в результате контакта с инфицированными животными, их продуктами или кожей. Сибирская язва может протекать в различных формах в зависимости от путей инфицирования и локализации болезни.

Этиология. Возбудитель сибирской язвы — это грамположительная, спорообразующая бактерия *Bacillus anthracis*. Споры этой бактерии могут сохраняться в окружающей среде на протяжении многих лет и быть устойчивыми к воздействию внешних факторов (например, высокой температуры, радиации, химическим веществам). При попадании в организм человека или животного споры прорастают, выделяя токсины, которые и вызывают развитие заболевания.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 75 из 87

Эпидемиология. Сибирская язва — зоонозное заболевание, то есть оно передается от животных к человеку. Наиболее часто заражаются те, кто работает с животными (скотники, ветеринары, мясники), а также при потреблении инфицированного мяса или контакте с его продуктами (например, шкурами). В странах с развитыми системами ветеринарного контроля заболеваемость низкая, однако в некоторых регионах с ограниченным доступом к санитарно-эпидемиологическим условиям, например в некоторых частях Африки и Азии, заболеваемость может быть высокой.

Патогенез. Споры *Bacillus anthracis* могут проникать в организм через кожные покровы, дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт. После активации споры прорастают в активные бактерии, которые выделяют антраксин, основной токсин сибирской язвы, и фибриногеназу, которые нарушают функционирование клеток и органов, ведя к отекам и некрозам. Развитие болезни зависит от формы заболевания и пути заражения.

Клиника. Кожная форма: начинается с покраснения, затем развивается отек и язва, которая покрывается черной коркой. Лихорадка может быть умеренной, общее самочувствие ухудшается, наблюдаются слабость и головная боль. Легочная форма: начинается с симптомов, похожих на обычную вирусную инфекцию — кашель, температура, слабость. Через несколько дней развивается тяжелая дыхательная недостаточность, цианоз, кровохарканье. Желудочно-кишечная форма: сопровождается острыми болями в животе, рвотой, диареей, кровянистыми выделениями. На поздних стадиях возможен сепсис и летальный исход. Сибирская язва классифицируется по трем основным формам: Кожная форма — наиболее частая форма заболевания. При этой форме инфекция проникает через повреждения кожи, что приводит к образованию язвы с черным некротическим центром и отечностью вокруг. Легочная форма — менее часто встречается, но более опасна. Споры проникают в легкие, вызывая воспаление, отек, тяжелое дыхательное расстройство и сепсис. Желудочно-кишечная форма — при проглатывании зараженной пищи или воды. В этом случае симптомы включают боли в животе, тошноту, рвоту и диарею с возможным развитием сепсиса.

Диагностика. Для диагностики сибирской язвы необходимо провести ряд лабораторных исследований: Бактериологический посев из язвы или крови для выявления *Bacillus anthracis*. ПЦР-анализ для выявления генетического материала возбудителя. Серологическое исследование для определения антител к токсинам сибирской язвы. Дифференциальная диагностика.

Сибирскую язву необходимо дифференцировать с рядом заболеваний, таких как: Острая бактериальная инфекция (например, стафилококковая инфекция),

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 76 из 87

Грипп,

Диарейные заболевания,

Другие зоонозные инфекции, такие как лептоспироз и туляремия.

Лечение. Лечение сибирской язвы должно начинаться как можно раньше. Для этого используют: Антибиотики: пенициллин, доксициклин, ципрофлоксацин — это препараты первого выбора для лечения всех форм сибирской язвы. Токсолид: в некоторых случаях используется антитоксическая терапия с применением антитоксинов, направленных на нейтрализацию выделяемых бактериями токсинов. Поддерживающая терапия: она включает в себя восстановление водно-электролитного баланса, контроль функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Профилактика. Профилактика сибирской язвы включает в себя несколько ключевых аспектов: Вакцинация: существует вакцина против сибирской язвы, которая рекомендуется для людей, работающих в группе риска (ветеринары, сотрудники мясных производств, военные). Контроль за животными: регулярные профилактические меры, включая вакцинацию животных, борьба с заболеванием среди диких и домашних животных. Личная защита: соблюдение санитарно-гигиенических норм при работе с животными и мясными продуктами. Обработка материалов: шкура, мех и другие продукты, полученные от зараженных животных, должны подвергаться специальной обработке.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература:

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Юшук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 77 из 87

8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.
11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 p

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқығаларының стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оку құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. басқ. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 78 из 87

11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 p

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>
3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф»электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық оқулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Зан» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

6. Контрольные вопросы:

1. Что является возбудителем сибирской язвы и какова его устойчивость к внешним факторам?
2. Каковы основные пути передачи сибирской язвы?
3. Какие формы сибирской язвы существуют, и какие из них наиболее опасны?
4. Какие клинические признаки характерны для кожной формы сибирской язвы?
5. Каковы основные симптомы при легочной форме сибирской язвы?
6. Что следует ожидать от пациента при желудочно-кишечной форме сибирской язвы?
7. Какие методы диагностики используются для подтверждения сибирской язвы?
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сибирскую язву?
9. Какие антибиотики являются средствами выбора для лечения сибирской язвы?
- 10.Каковы основные принципы профилактики сибирской язвы?
- 11.Почему вакцинация против сибирской язвы является важной для людей, работающих в группе риска?

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 79 из 87

Лекция №12

1. Тема: ВИЧ-инфекция

2. Цель: познакомить обучающихся с ранней клиникой эпидемиологической диагностикой ВИЧ- инфекции у взрослых, правилами приема и выписки инфекционных больных, лечением больных на догоспитальном этапе и в стационаре; организационными, профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями на врачебном участке.

3. Тезисы лекции:

ВИЧ-инфекция – прогрессирующее антропонозное заболевание с гемоперкутанным механизмом заражения, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы с развитием тяжелого иммунодефицита, который проявляется оппортунистическими инфекциями, злокачественными новообразованиями и аутоиммунными процессами.

Этиология. Возбудители –вирусы иммунодефицита человека 1-го, 2-го типов (ВИЧ-1, ВИЧ-2), относятся к семейству ретровирусов (Retrovirus), подсемейству медленных вирусов (Lentivirus). Вирионы являются сферическими частицами диаметром 100-140 нм. В их структуре различают пулевидный нуклеокапсид и оболочку (суперкапсид). В нуклеокапside находятся геном вируса в виде двухцепочечной РНК и обратная транскриптаза (ревертаза), заключенные в двухслойный белковый футляр. Оболочка состоит из фосфолипидов и гликопroteинов, структура последних определяет тропность вируса к различным клеткам хозяина.

В организме зараженного человека ВИЧ с наибольшим постоянством и в наибольшем количестве обнаруживается в крови, цереброспинальной жидкости, лимфоидной ткани, в головном мозге и внутренних органах, сперме, влагалищном секрете, грудном молоке, в меньшей концентрации – в слезной жидкости, слюне, секрете потовых желез, что определяет особенности распространения возбудителя.

ВИЧ нестоек во внешней среде. Он инактивируется при нагревании до 56⁰C в течение 30 мин и при кипячении в течение 1-5 мин, при резком изменении pH среды (менее 1 и более 13), под воздействием дезинфектантов в рабочих концентрациях, однако устойчив к ультрафиолетовому облучению и ионизирующей радиации.

Эпидемиология. Источник инфекции – зараженный ВИЧ человек, находящийся в любой из стадий болезни. Основной механизм передачи

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 80 из 87

инфекции – гемоперкутанный (кровоконтактный). Пути передачи могут быть естественными, благодаря которым ВИЧ сохраняется в природе, и искусственными. К естественным путям передачи относятся:

- 1) половой – при половых контактах, особенно гомосексуальных;
- 2) вертикальный – от матери к плоду (ребенку), реализуемый как трансплацентарно, так и интранатально и постнатально (в процессе грудного вскармливания); с другой стороны существует и угроза инфицирования здоровой матери при грудном вскармливании от зараженного в лечебном учреждении ВИЧ-инфекцией ребенка;
- 3) не исключается (но значительно менее вероятно, чем при вирусном гепатите В) бытовое парентеральное инфицирование через бритвенные приборы и другие колюще-режущие предметы, зубные щетки и т. П.

Искусственный путь передачи – парентеральный – реализуется при проникновении вируса через поврежденную кожу, слизистые оболочки при лечебно-диагностических манипуляциях (трансфузии крови и ее препаратов, трансплантации органов и тканей, инъекции, операции, эндоскопические процедуры и т. П.), искусственном оплодотворении, при внутривенном введении наркотических веществ, выполнении различного рода татуировок и обрядовых манипуляциях.

Восприимчивость к ВИЧ всеобщая.

Патогенез. ВИЧ-инфекции свойственно прогрессирующее течение с развитием иммунодефицита и гибелью больных вследствие возникновения и развития оппортунистических инфекций, злокачественных опухолей и аутоиммунных процессов. Проникший в организм человека ВИЧ захватывается макрофагами и заносится ими в различные системы, в том числе, минуя гематоэнцефалический барьер, в головной мозг. Диссеминация вируса сопровождается развитием интоксикационного синдрома, гиперплазией лимфатических узлов, увеличением печени и селезенки, определяющими клинические проявления острой фазы инфекции.

Основной мишенью ВИЧ являются Т4-лимфоциты, несущие на поверхности наибольшее количество CD4-антигена. В инфицированной клетке под действием ревертазы на основе вирусной РНК происходит синтез вирусной ДНК-копии, которая под действием интегразной активности вирусных ферментов встраивается в хромосомную ДНК хозяина, становясь провирусом. В таком «неактивном» состоянии с неинтенсивной репликацией новых вирусных частиц вирус может персистировать длительное время (от нескольких месяцев до 8-10 лет и, возможно, более), не вызывая заметного ухудшения состояния больного, но обусловливая появление антител (сероконверсию к антигенам ВИЧ).

При воздействии разнообразных кофакторов, в частности суперинфекции (или коинфекции) герпетическими вирусами, сенсибилизирующего эффекта

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 81 из 87

аллогенной спермой многочисленных половых партнеров, воздействии токсичных веществ (наркотиков, медикаментов и др.), терапевтически или экологически обусловленной иммуносупрессии, происходит интенсивная репликация вирусных частиц, сопровождающаяся гибелью иммunoцитов, развитием иммунодефицита с преимущественным истощением популяции Т-лимфоцитов. В результате нарушения функции иммунной системы, особенно при снижении числа Т4-лимфоцитов до 400 и менее клеток в 1 мкл крови, возникают условия для неконтролируемой репликации ВИЧ со значительным увеличением количества вирионов в различных средах организма; для развития болезней, вызываемых вирусами (герпесвирусы, папилломавирусы и др.), бактериями (атипичные микро-бактерии, легионеллы и др.), грибами (кандида, криптококки, гистоплазмы и др.), простейшими (криптоспоридии, изоспоры и др.) и гельминтами (стронгилиониды и др.); для возникновения злокачественных опухолей (саркома Капоши, лимфомы и др.), аутоиммунных процессов (васкулиты, нефропатия и др.). Развивается развернутая картина СПИДа с последующей гибелью больного.

Патологоанатомические изменения у больных ВИЧ-инфекцией весьма многообразны. Продолжительное время наблюдается увеличение лимфатических узлов с фолликулярной гиперплазией или инволюцией железистой ткани. Выявляется аплазия костного мозга, демиелинизация и спонгиозная дегенерация нервной ткани, васкулиты, нефропатии, гепатит и другие повреждения, обусловленные действием ВИЧ. Наряду с этим выявляются морфологические изменения, характерные для соответствующих вторичных инфекций и опухолей.

Клиника. ВИЧ-инфекция – стадийно развивающееся, прогрессирующее заболевание с поражением различных систем и органов, вызванных прямым действием ВИЧ, вторичной инфекцией, опухолевыми и аутоиммунными процессами.

В нашей стране используется клиническая классификация ВИЧ-инфекции, предложенная акад. В. И. Покровским, согласно которой различают следующие стадии и фазы болезни:

І. Стадия инкубации.

ІІ. Стадия первичных проявлений. А. Острая лихорадочная фаза. Б. Бессимптомная фаза. В. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

ІІІ. Стадия вторичных заболеваний.

А. Потеря массы тела менее 10%, поверхностные грибковые, бактериальные или вирусные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы.

Б. Прогрессирующая потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца, «волосистая» лейкоплакия языка, туберкулез легких, повторные или стойкие бактериальные, грибковые,

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 82 из 87

вирусные и протозойные поражения кожи и слизистых оболочек, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная форма саркомы Капоши.

В. Генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелегочный туберкулез, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения центральной нервной системы различной этиологии.

IV. Терминалная стадия.

Инкубационный период продолжается от 2 нед до 2 мес, иногда до 6 мес.

Стадия первичных проявлений в острой фазе болезни нередко протекает без четких клинических симптомов, но у 30-50% инфицированных появляются симптомы острой ВИЧ-инфекции («острый ретровирусный синдром»), наиболее часто проявляющейся в виде «мононуклеозоподобного», «гриппоподобного» или «экзантематозного» заболевания. В этих случаях острая лихорадочная фаза болезни сопровождается: лихорадкой (у 96%), лимфаденопатией (у 74%), эритематозной и макулопапулезной сыпью на лице, туловище, иногда на конечностях (у 70%), миалгией или артритом (у 54%). Реже встречаются другие симптомы, такие как диарея, головная боль, тошнота и рвота, увеличение печени и селезенки. Неврологические симптомы встречаются примерно у 12% больных и характеризуются развитием менинго-энцефалита или асептического менингита, имеющих доброкачественное течение. Продолжительность острой лихорадочной фазы обычно составляет 1-3 нед. Острая ВИЧ-инфекция, как правило, переходит в бессимптомную. Начинается следующий период – бессимптомная фаза, продолжающийся несколько лет (от 1 до 8 лет, иногда более), когда человек считает себя здоровым, ведет обычный образ жизни, являясь источником инфекции.

Гораздо реже после острой инфекции начинается стадия персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ), и в исключительных случаях болезнь сразу прогрессирует вплоть до стадии СПИДа.

ПГЛ характеризуется увеличением лимфоузлов в двух и более группах (за исключением паховых лимфоузлов у взрослых), сохраняющимся не менее 3 мес. При этом увеличенные лимфоузлы достигают в диаметре 1 см и более у взрослых и 0,5 см – у детей. Наиболее часто увеличиваются шейные, затылочные, подмышечные лимфоузлы. Они безболезненны, эластичны, не спаяны с подлежащей тканью, кожа над ними не изменена. Стадия ПГЛ также длится довольно долго – до 5-8 лет, в течение которых лимфоузлы могут уменьшаться и вновь увеличиваться. На стадиях бессимптомной инфекции и ПГЛ пациенты, как правило, к врачам не обращаются и выявляются при случайном обследовании.

ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии	
Лекционный комплекс	49/16 Стр. 83 из 87

Вслед за этими стадиями начинается стадия вторичных заболеваний (хроническая клинически манифестирующая фаза ВИЧ-инфекции), которая характеризуется различными инфекциями вирусной, бактериальной, грибковой природы, которые вначале протекают довольно благоприятно и купируются обычными терапевтическими средствами. Возникают повторные заболевания верхних дыхательных путей – отит, синусит, трахеобронхит и др., поверхностные поражения кожи – локализованная кожно-слизистая форма рецидивирующего простого герпеса, рецидивирующий опоясывающий герпес, кандидоз слизистых оболочек, дерматомикозы и др.

Затем эти изменения становятся более глубокими, не реагируют на стандартные методы лечения, приобретая упорный, затяжной характер. Человек начинает худеть, потеря массы тела достигает более 10%, появляются лихорадка,очные поты, диарея.

Прогностическими факторами прогрессирования ВИЧ-инфекции могут являться результаты лабораторных исследований и клинические данные.

Из лабораторных данных наибольшее значение имеют:

- Вирусная нагрузка, которая является самым четким прогностическим фактором, она же – самый важный критерий эффективности антиретровирусной терапии.

- Уровень CD4 Т-лимфоцитов. Это также один из наиболее важных критериев прогрессирования болезни.

Клинические симптомы:

- рецидивирующий кандидоз;
- прогрессирующая диарея;
- «волосатая» лейкоплакия языка;
- повторный опоясывающий герпес;
- длительный и ярко выраженный острый ретровирусный синдром;
- отсутствие антиретровирусной терапии.

В настоящее время в связи с внедрением антиретровирусной терапии клиническая картина ВИЧ-инфекции существенно изменилась, увеличилась продолжительность жизни больных, вторичные СПИД-индикаторные болезни стали регистрироваться реже, отпал а необходимость в их профилактике на фоне антиретро-вирусной терапии.

Диагностика. Основным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к вирусу с помощью иммуноферментного анализа. Метод ИФА является скрининговым. В случае положительного результата анализ в лаборатории проводится дважды (с той же сывороткой) и при получении хотя бы еще одного положительного результата сыворотка направляется для постановки подтверждающего теста.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 84 из 87

Для подтверждения специфичности результата, полученного в ИФА, используется иммунооблот, принцип которого заключается в выявлении антител к целому ряду белков вируса.

Для определения прогноза и тяжести ВИЧ-инфекции большое значение имеет определение «вирусной нагрузки» - количества копий РНК ВИЧ в плазме методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливают на основании эпидемиологических, клинических, лабораторных данных, с указанием стадии, расшифровывая подробно вторичные заболевания.

Лечение. Основные принципы терапии следующие:

- создание охранительного психологического режима;
- своевременное начало противовирусной терапии;
- ранняя диагностика вторичных заболеваний, их лечение, первичная и вторичная профилактика.

Противовирусная терапия включает группу препаратов, которые способны блокировать прикрепление ВИЧ к гликопротеидам CD4 Т-лимфоцитов.

Антиретровирусная терапия является неотъемлемой и важнейшей частью комплексной терапии ВИЧ-инфекции, которая также включает лечение и профилактику оппортунистических инфекций, патогенетическую, иммунокорригирующую, симптоматическую, общеукрепляющую терапию и психосоциальную помощь. Антиретровирусные средства включают три основные группы препаратов:

- 1) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ);
- 2) ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ);

3) ингибиторы протеазы (ИП). В состав НИОТ в настоящее время входят: азидотимидин (3'-азидо,2'3'-дидезокситимидин, AZT, зидовудин, ретровир, отечественный препарат – тимазид), назначаемый в дозе 600 мг/сут, отечественный препарат – фосфазид (5'-Н-фосфонат натриевая соль азидотимицина, никавир) по 800 мг/сут, диданозин (2'3'-дидеок-сиинозин, ddI, видекс) по 250-400 мг/сут, зальцитабин (2'3'-дидеоксицитидин, ddC, хивид) по 0,75 мг 3 раза в сутки, ставудин (2'3'-дидегидро-2'3'-дидеокситимидин, d4T, зерит) по 60-80 мг/сут, ламивудин (2'3'-дидеокси-3'-тиацитидин, ЗТС, эпивир) по 300 мг/сут, комбивир (1 таблетка содержит по 150 мг азидотимицина и ламивудина) назначается по 1 таблетке 2 раза в сутки, абакавир (зиаген, аналог гуанозина) по 600 мг/сут, адефовир по 1,2 г/сут, тризивид (сочетание азидотимицина, ламивудина и абакавира) по 1 таблетке 2 раза в день.

ННИОТ включают: делавирдин (рестриктор), назначаемый по 1,2 г/сут, невирапин (вирамун) по 200 мг/сут первые 14 дней, затем по 400 мг/сут, эфавиренц (стакрин) по 600 мг/сут, ловирид, эмитрицитабин.

ИП являются: саквинавир (инвираза) по 600-1200 мг 3 раза в день, в комбинации с другими препаратами может использоваться 1 раз в день в дозе

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 85 из 87

1600 мг, нельфинавир (вирасепт) по 750 мг 3 раза в день, ритонавир (норвир) по 600 мг 2 раза в день, индинавир (криксиван) по 800 мг 3 раза в день, ампренавир по 1200 мг 2 раза в сутки. Среди новых препаратов этой группы: типранавир и лопинавир.

Профилактика. В связи с отсутствием средств для специфической профилактики ВИЧ-инфекции основное значение в ограничении распространения болезни имеет максимально раннее выявление инфицированных лиц, строгий контроль за донорской кровью и ее препаратами, контроль трансплантатов, санитарно-просветительная деятельность. Решающее значение приобретает правильное сексуальное и нравственное воспитание населения.

Продолжаются интенсивные исследования по созданию вакцины на основе достижений молекулярной биологии и генной инженерии.

Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на собственном сайте кафедры.

Литература:

Негізгі:

1. Абуова, Г. Н. Жұқпалы аурулар бойынша дәрістер жинағы: оқу құралы / Г. Н. Абуова. - Шымкент : ОҚМФА, 2017. - 245 б.
2. Мәсімқанова, Т. М. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / Т. М. Мәсімқанова. - Алматы : Эверо, 2013. - 204 бет. с.
3. Исаханов, А. Х. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Х. Исаханов, З. Б. Джурабекова, С. Б. Ешмағанбетова. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2013. - 176 бет.
4. Дүйсенова, А. Қ. Жұқпалы аурулар : оқу құралы / А. Қ. Дүйсенова ; - Алматы : Эверо, 2014. - 424 бет. с.
5. Инфекциялық аурулар : оқулық / қазақ тіл. ауд. Б. Н. Кошерова ; ред. басқ. Н. Д. Ющук. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 528 бет +эл. опт. диск (CD-ROM).
6. Алшинбаева, Г. У. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии : учебник / Г. У. Алшинбаева. - Астана : Ақнұр, 2014. - 364 с
7. Harrison's Manual of Medicine / ed. Fauci Braunwald [et.al.]. - 17th ed. - New Delhi : Tata McGraw-Hill Edition, 2016. - 1244 p
8. Manthappa, M. Manipal Prep Manual of Medicine [Text] / M. Manthappa. - 2th ed. - New Delhi : CBS Publishers & Distributors Pvt Ltd , 2016. - 708 p
9. Hammer , Gary D. Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine / Gary D. Hammer . - 7nd ed. - New York : Mg Graw Hill. Education, 2014. - 762 p.
10. Zammitt, N. Essentials of Kumar Clarks clinical medicine [Текст] : textbook / N. Zammitt, A. O Brien. - 6th ed. - Philadelphia : Elsevier, 2018. - 889 p.

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 86 из 87

11. Norris, Tommie L. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States [Text] : textbook / Tommie L. Norris. - 10 nd ed. - [S. l.] : Wolters Kluwer, 2019. - 1573 р

Қосымша әдебиеттер

1. Инфекционные болезни : курс лекций / под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 512 с.
2. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 1: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 596 с
3. Амиреев, С. А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т 2: практическое рук. - Алматы : Эверо, 2014. - 845 с.+78 с. : ил.
4. Басыбеков, С. Ж. Туберкулез и микобактериозы как зооантропонозы (эпизоотология, эпидемиология, диагностика и профилактика) : монография / С. Ж. Басыбеков. - 2-е стереотип. изд. - Алматы : New book, 2022. - 362 с.
5. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Т. 1: практическое рук. / С. А. Амиреев [и др.]. - 2-е изд. доп. ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 632с.+80с. ил.
6. Оптимизация инфекционного контроля и мер профилактики нозокомиальных инфекций : методические рек. / Н. Ирисимбетова [и др.] . - Алматы : [б. и.], 2013. - 22 с
7. Әміреев, С. Жұқпалы аурулар оқынушылық стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1 : практикалық нұсқау / С. Әміреев [ж/б]. - 2 - бас. ,толықт. ;. - Алматы : BRAND BOOK, 2014. - 624 бет + 80 бет ил. с.
8. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 1: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 634 бет
9. Әміреев, С. Жұқпалы аурулардың стандартты анықтамалары және іс- шаралар алгоритмдері. Т. 2: практикалық нұсқау. - Алматы : Эверо, 2014. - 902 бет
10. Инфекциялық аурулар атласы : оқу құралы = Атлас инфекционных болезней : учеб. пособие / ред. баск. В. И. Лучшев [ж. б.] ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 472 бет.
11. Prasad, Rajendra Manual of tuberculosis : guide / Rajendra Prasad. - 1th ed. - New Delhi. London. Philadelphia. Panama : The Health Sciences Publisher, 2015. - 332 p.
12. Harrison's Manual of Medicine / Fauci Kasper [et.al.]. - 19th ed. - New Delhi : McGraw-Hill Edition, 2016. - 1210 р

Электрондық ресурстар:

1. ОҚМА электронды кітапханасы <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
2. Республикалық ЖОО аралық электронды кітапханасы <http://rmebrk.kz/>

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Лекционный комплекс

49/16
Стр. 87 из 87

3. «Aknurpress» цифрлық кітапханасы <https://www.aknurpress.kz/>
4. «Эпиграф» электронды кітапханасы <http://www.elib.kz/>
5. Эпиграф – мультимедиалық окулықтар порталы <https://mbook.kz/ru/index/>
6. ЭБС IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/auth>
7. «Заң» ақпараттық-құқықтық жүйесі <https://zan.kz/ru>
8. Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/>

1. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение ВИЧ - инфекции
2. Дайте основные, значимые для клинической картины, прогноза характеристики возбудителей, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
3. Назовите фундаментальные звенья патогенеза ВИЧ - инфекции
4. Изложите классификацию ВИЧ - инфекции
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при ВИЧ - инфекции, назовите их патофизиологические механизмы
6. Перечислите возможные осложнения при ВИЧ - инфекции
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при ВИЧ - инфекции
8. Какие лабораторные и инструментальные методы следует назначить для верификации ВИЧ - инфекции
9. Назначьте план обследования пациента с подозрением на ВИЧ – инфекцию
10. Назовите основные группы антиретровирусных препаратов
11. Изложите направления, способы и методы профилактики при ВИЧ – инфекции