

ЧУДПО «РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Утверждаю:
Директор ЧУДПО
А.В. Губарев
01.08.2026г

ЧУДПО	Подписано цифровой
"РЕГИОНАЛЬНЫЙ	подписью: ЧУДПО
ЦЕНТР	"РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГ	ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
О ОБРАЗОВАНИЯ"	ОБРАЗОВАНИЯ"
	Дата: 2026.08.07 14:06:46
	+03'00'

**Рабочая учебная программа
цикла повышения квалификации врачей
дополнительная профессиональная образовательная программа
«Социально-значимые инфекции (Вич-инфекции и вирусные гепатиты В и
С)**

Краснодар 2025г

1. **Цель:** углубленное изучение теоретических знаний и овладение практическими умениями и навыками, обеспечивающими совершенствование профессиональных компетенций врачей по актуальным проблемам вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.
2. **Категория обучающихся:** врачи с высшим профессиональным образованием по специальности: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Хирургия» «Эпидемиология»
3. **Срок обучения:** 36 академических часа

4. **Трудоемкость освоения** - 36 академических часа (6 дней).

5. **Форма обучения:** заочная

6. **Форма итоговой аттестации:** зачет.

7. **Выдаваемый документ:** лицам, успешно освоившим дополнительную профессиональную программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации.

8. **Основные компоненты программы:** цель программы; планируемые результаты обучения; рабочие программы учебных модулей "Специальные дисциплины", "Смежные дисциплины", «Фундаментальные дисциплины», программа обучающего симуляционного курса (ОСК); требования к итоговой аттестации обучающихся; учебный план; календарный учебный график; требования к условиям реализации.

9. **Основные образовательные технологии:** программа предусматривает сочетание лекционных, практических занятий (семинары, разбор клинических ситуаций, деловые игры), занятий на тренажерах и симуляторах и самостоятельной работы.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения профессиональной программы повышения квалификации врачей :

Универсальные компетенции (УК):

-готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

-готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов с вирусными гепатитами (в т.ч. безинтерфероновые схемы терапии) и ВИЧ-инфекцией **(ПК-6)**;

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации **(ПК-8)**;

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих **(ПК-9)**;

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях **(ПК-10)**;

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей **(ПК-11)**;

7. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Категория обучающихся: врачи с высшим профессиональным образованием по специальности: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Хирургия», «Эпидемиология»

Срок обучения: 36 академических часа

Форма обучения: заочная

Режим занятий: 6 часов

Блок	Индексы	Наименование дисциплин (модулей)	Форма контроля	Акад. час.	Индексы совершенствуемых и формируемых компетенций			
					Лекции	ОСК	ПЗ; СЗ; СР	
ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ)			З	36	11	4	19	УК 1-3, ПК 1-12
1	Учебный модуль «Фундаментальные дисциплины»		З	2				
2	Учебный модуль «Специальные дисциплины»		З	30	11	3	16	УК 1-3, ПК 1-12
	1	Вирусные гепатиты	З	15	5	2	8	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8
	2	ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых	З	15	6	1	8	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8
3	Учебный модуль «Смежные дисциплины»		З	3		1	2	УК 1-3, ПК 1,3,5,6,10,12
Зачет			З	1			1	УК 1-3, ПК 1-12
ВСЕГО				36	11	4	19	УК 1-3, ПК 1-12

Л – лекции

ФД – фундаментальные дисциплины

ПЗ; СЗ; СР – практические занятия; семинарские занятия; самостоятельная работа

Акад. час – академический час (45 мин)

З – зачет Э - экзамен

8. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Даты	1-7
Дни \ недели	1
Понедельник	ФД/СД
Вторник	СД
Среда	СД
Четверг	СД
Пятница	СмД/СД
Суббота	СД/З

Сводные данные:

Образовательная подготовка*		Дни	Академ. часов
ФД	Фундаментальные дисциплины	1/3	2
СД	Специальные дисциплины	3 и 1/3	30
СмД	Смежные дисциплины	1/2	3
З	Зачет	1/6	1
Итого		6 дней	36

*ОСК входит в структуру дисциплин учебных модулей, составляя 4 часов

**ФД входит в структуру дисциплин учебных модулей, составляя 2 часов

9. Требования к условиям реализации:

Организационные условия реализации программы:

Материально-технические средства

№	Наименование помещений для проведения учебных занятий, перечень основного оборудования	Адрес
1	Учебная комната № 1 (40м²) - ноутбук (1) - мультимедийный проектор (1) - компьютер (1) - экран - Демонстрационный материал	г. Краснодар ул. Красная, д.155/2, пом.207
2	Учебная комната № 2 (9,5 м²) - ноутбук (1) - мультимедийный проектор (1) - экран - Видеофильмы по темам (10) - DVD-обучающие кассеты (5)	Г. Краснодар ул. Дзержинского д. 115/1 пом 6 ООО «Центр экспертиз»

Квалификация преподавательского состава

№	Ф.И.О.	Должно сть	Специальность по диплому	Уч. степень, уч. звание, квалиф. категория	Стаж работы (лет)		
					медицинский	педагогический	в данной специальности
1	Губарев А.В.	Директор Врач гигиена, санитария, эпидемиология	Врач гигиена, санитария, эпидемиология		46	9	9

10. Литература:

Обязательная литература

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации Приказ от 8 ноября 2012 г. N 689н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации Приказ от 24 декабря 2012 г. N 1512н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»
3. Ющук, Н.Д., ред., Венгеров, Ю.Я., ред. Инфекционные болезни : учебник.-2-е изд., перераб. и доп.-М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013 10 экз
4. Покровский, В.И. и др Инфекционные болезни и эпидемиология : учеб. пособие.-М. :ГЭОТАР-МЕД, 2004 10 экз.
5. Покровский, В.И., Пак С.Г., Брико Н.И и др. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник.- 2-е изд., испр.-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 5 экз.
6. Покровский, В.В., ред. Клинические рекомендации. ВИЧ- инфекция и СПИД-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.2 экз
7. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора и Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2014г.
8. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. Национальное научное общество инфекционистов, 2014г.

Типовые контрольные задания для Модуль «Вирусные гепатиты»
Тесты

1. Назовите способ верификации острого вирусного гепатита А
выберите один или несколько ответов:
А. Повышение активности АлАТ
Б. Повышение уровня билирубина сыворотки крови
В. Обнаружение антител к вирусу гепатита А класса IgM (+)
Г. Обнаружение антител к вирусу гепатита А класса IgG
Д. Повышение уровня иммуноглобулинов основных классов
2. Назовите механизм передачи вируса гепатита А
выберите один или несколько ответов:
А. Капельный
Б. Фекально–оральный (+)
В. Парентеральный
Г. Половой
Д. Перинатальный
3. Назовите механизм передачи вируса гепатита В:
выберите один или несколько ответов:
А. Капельный
Б. Контактный
В. Парентеральный (+)
Г. Трансмиссивный
Д. Фекально – оральный
4. Назовите структуру и морфологию вируса гепатита В
выберите один или несколько ответов:
А. РНК - содержащий гепаднавирус
Б. ДНК - содержащий гепаднавирус (+)
В. ДНК - содержащий энтеровирус
Г. РНК - содержащий пикорнавирус
Д. РНК - содержащий ретровирус
5. Назовите признаки интоксикации при остром вирусном гепатите В

выберите один или несколько ответов:
А. Общая слабость, вялость, адинамия
Б. Снижение аппетита, тошнота, рвота

- В. Головная боль, головокружение, нарушение сна
- Г. Тахикардия, геморрагические проявления
- Д. Все перечисленное (+)

6. Назовите основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов

выберите один или несколько ответов:

- А. Повышение уровня билирубина сыворотки крови (+)
- Б. Повышение активности АЛАТ и АсАТ (+)
- В. Гипоальбуминемия (+)
- Г. Гипопротромбинемия (+)

7. Назовите маркеры вирусного гепатита В, которые отсутствуют в крови пациента в острой желтушной стадии

выберите один или несколько ответов:

- А. HBs антиген
- Б. Анти HBs класса М
- В. HBe антиген
- Г. Анти HBs (+)
- Д. Анти HBe

8. Назовите преимущественные назначения в лечении вирусного гепатита С

выберите один или несколько ответов:

- А Препараты прямого противовирусного действия (+)
- Б. Ацикловир
- В. Фоскарнет
- Г. Азидотимидин
- Д. Цитостатики

9. Назовите наиболее ранний лабораторный показатель цитолитического синдрома

выберите один или несколько ответов:

- А. Повышение уровня билирубина сыворотки крови
- Б. Повышение активности АЛАТ (+)
- В. Повышение активности АсАТ
- Г. Снижение уровня альбумина сыворотки крови
- Д. Все перечисленное

8

10. Назовите маркеры хронического вирусного гепатита Д

выберите один или несколько ответов:

- А. HBs антиген (+)
- Б. РНК вируса гепатита Д (+)
- В. Анти - дельта класса М и G (+)
- Г. Дельта - антиген в печени (+)

11. Назовите маркеры реактивации хронического вирусного гепатита С

выберите один или несколько ответов:

- А. Анти HCV класса М
- Б. Анти HCV класса G
- В. Анти HCV NS 3,4,5

- Г. Нарастание показателей количественной РНК HCV
- Д. Все перечисленное (+)

12. Назовите характерные клинические симптомы желтушного периода острого гепатита Д у пациентов с HBsAg (+)

выберите один или несколько ответов:

- А. Выраженная интоксикация (+)
- Б. Отечно - асцитический синдром (+)
- В. Лихорадка в течение 3-5 дней от начала желтухи (+)
- Г. Выраженная спленомегалия (+)

13. Назовите особенности желтушного периода коинфекции гепатита В и гепатита Д

выберите один или несколько ответов:

- А. Субфебрильная температура в течение 7-12 дней от начала желтухи
- Б. Нарастание интоксикации при проявлении желтухи
- В. Усиление болей в области печени
- Г. Чаще, чем при вирусном гепатите В уртикарные высыпания, спленомегалия
- Д. Все перечисленное (+)

14. Назовите характерные клинические признаки хронического вирусного гепатита Д

выберите один или несколько ответов:

- А. Астеновегетативный, геморрагический синдром
- Б. Выраженные вторичные печеночные знаки, отечно - асцитический синдром
- В. Волнообразное течение заболевания с чередованием обострений и ремиссий
- Г. «Немотивированные» ознобы с повышением температуры до 38⁰ и выше в течение 1-3 дней, сопровождающиеся иктеричностью
- Д. Все перечисленное (+)

15. Назовите основную особенность тактики при вирусных гепатитах у беременных

выберите один или несколько ответов:

- А Противовирусная терапия
- Б. Применение кортикостероидных препаратов 9
- В. Прерывание беременности при установлении диагноза «вирусный гепатит»
- Г. Проведение систематических лечебных мероприятий для предупреждения поздних выкидышей и преждевременных родов (+)
- Д. Применение гепатопротекторов

Типовые контрольные задания Модуль «ВИЧ-инфекция»

Тесты

1. Назовите пути передачи ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

- 1. трансмиссивный, контактно-бытовой
- 2. парентеральный, половой, перинатальный*
- 3. контактный, воздушно-капельный, фекально-оральный

2. Назовите источники ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

- 1. пациенты с ВИЧ-инфекцией только в первые 6-12 недель после заражения

2. пациенты с ВИЧ-инфекцией только на стадии СПИДа
 3. больные в любой период заболевания, в том числе, и на фоне лечения*
3. Назовите биологические жидкости пациента с ВИЧ-инфекцией, содержащие наибольшее количество возбудителя
выберите один или несколько ответов:
1. кровь, сперма, влагалищный секрет, ликвор*
 2. слюна, грудное молоко, секрет потовых желез
 3. моча, слезная жидкость, слизь носоглотки

4. Установите соответствие:

Вероятность передачи ВИЧ	Форма контакта
1. до 0,5%	а) переливание инфицированной ВИЧ крови
2. > 90%	б) перинатальный (во время беременности, родов, грудном вскармливании)
3. 15 - 30%	в) ранение иглой во время медицинских манипуляций пациенту с ВИЧ-инфекцией
4. < 0,1%	г) однократный незащищенный половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией

1- г, 2 – а, 3 – б, 4 – в

5. Цели Государственной стратегии РФ противодействия распространению ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

1. снижение числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией *
2. снижение смертности от СПИДа *
3. снижение случаев перинатальной передачи ВИЧ-инфекции до 0 *
4. создание вакцины

6. Назовите клинические проявления, обязательные для проведения обследования на ВИЧ-инфекцию

выберите один или несколько ответов:

1. повышение температуры, сопровождающееся явлениями фарингита, лимфаденопатии, пятнисто-папулезная сыпь, рвота, диарея
2. подозрение и подтверждение инфекций, передаваемых половым путем
3. подозрение и наличие зависимостей от психоактивных веществ и подтверждение пневмонии
5. туберкулезная инфекция
6. подозрение на злокачественное новообразование любой локализации
7. подозрение и наличие хронических вирусных гепатитов В и С
8. первый эпизод и рецидивирующие поражения кожных покровов
9. выявление и прогрессирование расстройств памяти
10. все перечисленное *

7. Определите стадию ВИЧ-инфекции у пациентов № 1 и №2.

Варианты ответов:

- А. Острая ВИЧ-инфекция бессимптомная
- Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний
- В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями
- Г. Субклиническая стадия

Д. Стадия вторичных заболеваний 4А

Е. Стадия вторичных заболеваний 4Б

Ж. Стадия вторичных заболеваний 4В

Пациент №1. У мужчины 30 лет, не женат, на следующий день после приезда на отдых внезапно повысилась температура до 39⁰, беспокоили боли в мышцах, самостоятельно начал прием жаропонижающих. Далее отмечались болезненные ощущения в животе, частый, жидкий стул, появление пятнисто-папулезной сыпи в области лица и груди. Имел возможность по скайпу общаться со своим давним знакомым - врачом общей практики, принимал фторхинолоны, антигистаминные препараты. По возвращении домой, спустя 3 недели от начала заболевания, обратился к врачу поликлиники: отмечает недомогание, быструю утомляемость. Состояние удовлетворительное, температура тела 36,7⁰, кожные покровы чистые, доступны для пальпации задне-шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы по 1-2 с каждой стороны до 15 мм в диаметре, эластичные, подвижные, безболезненные. Изменений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Удаётся пальпировать край печени на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена, стул кашицеобразный, без примесей, 1 раз в сутки, мочеиспускание не нарушено. При исследовании крови на маркеры ВИЧ-инфекции получен положительный результат в ИФА и неопределенный результат в иммуноблоте. Результат количественной ПЦР на РНК ВИЧ: 200 000 коп/мл.

Ответ: Б.

Пациент №2. Женщина 26 лет, замужем, мать троих детей, младшему ребенку 1,5 года, госпитализирована бригадой скорой помощи в инфекционный стационар по поводу лихорадки в течение пяти дней с жалобами на сильные головные боли, повторную рвоту перед вызовом скорой помощи. Ухудшение самочувствия в течение около месяца: вначале беспокоили слабость, недомогание, периодические боли в горле при глотании, связывала с усталостью, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась. Затем появились боли в мышцах и суставах, головные боли, повысилась температура до 39⁰. Карантина в квартире нет. Состояние при госпитализации расценено как тяжелое, заподозрен острый менингит. В план обследования пациентки было включено исследование крови на маркеры ВИЧ-инфекции, получен положительный результат в ИФА и иммуноблоте. Результат количественной ПЦР на РНК ВИЧ: 1 500 000 коп/мл.

Ответ: В.

8. Назовите методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

11

1. выявление ВИЧ в нескольких биологических жидкостях пациента (вирусологический метод)
2. выявление в крови вирусного антигена и антител к ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА) и антител к отдельным белкам ВИЧ в иммуноблоте (ИБ), а также (у детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции) выявление в крови провирусной ДНК ВИЧ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)*
3. выявление в крови секреторных IgA к белкам ВИЧ (цитофлюориметрия), определение в крови тропизма ВИЧ (метод генотипирования)

9. Назовите цели антиретровирусной терапии (АРВТ) ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

1. выявление резистентных штаммов ВИЧ
2. увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов *
3. снижение контагиозности пациентов *

4. уменьшение финансовых затрат, связанных с лечением вторичных заболеваний *

10. Назовите принципы АРВТ ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

1. своевременность *
2. добровольность *
3. непрерывность *

11. Назовите самые частые побочные эффекты АРВТ ВИЧ-инфекции

выберите наиболее верный ответ из представленных ниже:

- А. Нарушения функции почек
- Б. Аллергические реакции
- В. Нарушения функции желудочно-кишечного тракта
- Г. Неврологические расстройства
- Д. Гепатотоксичность

Ответ: В

12. Назовите мероприятия алгоритма по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции

выберите один или несколько ответов:

- 1). продолжение ранее начатой АРВТ на фоне наступившей беременности или её обязательное начало (I этап химиопрофилактики перинатальной передачи (ХППП) ВИЧ-инфекции), внутривенное введение родильнице препарата зидовудин с началом родовой деятельности (II этап ХППП), назначение новорожденному антиретровирусных препаратов в соответствии с Клиническими рекомендациями 2020г. (III этап ХППП), отказ от грудного вскармливания ребенка*
- 2). начало приема беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией антиретровирусных препаратов в III триместре беременности, родоразрешение только путём кесарева сечения, разобщение матери и ребенка после родов на время подавления лактации
- 3). прерывание беременности при выявлении ВИЧ-инфекции

13. Лабораторный критерий отсутствия ВИЧ-инфекции у ребенка, с перинатальным контактом по ВИЧ, в возрасте старше 6 месяцев

выберите наиболее верный ответ из представленных ниже:

12

- А. Два и более отрицательных результата в ИФА на антитела к ВИЧ в возрасте ребенка старше 6 месяцев
- Б. Два и более отрицательных результата на ДНК (или РНК) ВИЧ в возрасте ребенка старше 1.5 месяцев
- В. Два и более результата отсутствия выраженной гипогаммаглобулинемии в возрасте ребенка старше 6 месяцев
- Г. Два и более отрицательных результата в ИФА на антиген ВИЧ p24 в возрасте ребенка старше 1.5 месяцев
- Д. Два и более отрицательных результата в иммуноблоте на антитела к отдельным белкам ВИЧ в возрасте ребенка старше 6 месяцев

Ответ: Б

14. Назовите, что не является экстренными мерами для медработника после получения им травмы инструментарием достоверно или вероятно контаминированным ВИЧ

выберите один или несколько ответов:

- 1). упаковать и доставить в лабораторию для обследования инструмент, которым получена травма*
- 2). снять перчатки, добиться выделения крови из раны (если не истекает самостоятельно), осторожно выдавливая её из окружающих тканей в течение 1 минуты
- 3). обработать кожу вокруг раны 70% этиловым спиртом
- 4). промыть кожу вокруг раны проточной водой с двукратным намыливанием
- 5). повторно обработать кожу вокруг раны 70% этиловым спиртом
- 6). обработать рану 5% спиртовым раствором йода
- 7). заклеить рану бактерицидным пластырем
- 8). проинформировать своё руководство для заполнения Акта о производственной травме

15. Назовите аварийные ситуации, при которых проведение постконтактной химиопрофилактики ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами не показано выберите один или несколько ответов:

- 1). прокол кожи любой степени полый иглой (содержащей кровь, ликвор, биопсийный материал пациента с ВИЧ-инфекцией)
- 2). глубокая травма (например, укол с порезом) использованной иглой с видимым загрязнением кровью
- 3). травма иглой, использованной для внутривенной инъекции
- 4). поверхностная травма (например, шовной иглой) при оперировании пациента с ВИЧ-инфекцией
- 5). разбрызгивание крови пациента с ВИЧ-инфекцией на слизистые или поврежденную кожу
- 6). разбрызгивание крови пациента с ВИЧ-инфекцией на неповрежденную кожу*

16. Назовите критерий охвата населения в субъектах РФ медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию для обеспечения раннего выявления и предотвращения новых случаев заражений выберите один или несколько ответов:

1. 60%
2. 40%
3. 25% *

Типовые контрольные задания для итоговой аттестации

Типовые ситуационные задачи

Задача № 1

Больная Р., 18 лет, поступила в больницу в связи с тем, что мать заметила у дочери желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает.

Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ - 4,0 ммоль/час/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Какова длительность диспансерного наблюдения при данном заболевании?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Эталон ответа к задаче № 1

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средняя степень тяжести.
Обоснование: в эпиданамнезе парентеральные вмешательства отсутствуют за последние 6 месяцев, острое начало заболевания, наличие желтухи, гепатомегалии; с появлением желтухи самочувствие не ухудшилось, гипербилирубинемия, повышенная тимоловая проба, гиперферментемия.
2. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике, ИФА (IgM и IgG к HAV).
3. Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия, ферменты (мезим-форте, панкреатин), адсорбенты (фильтрум, лактофильтрум).
4. 3-6 месяцев.
5. Соблюдение санитарно-гигиенических норм, вакцинация.

Задача № 2

Больной К., 19 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко-лабораторного обследования в связи со случаем заболевания «желтухой».

Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

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

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

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

14

Эталон ответа к задаче № 2

1. Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкая степень тяжести. Диагноз вставлен на основании эпиданамнеза (контакт с больным гепатитом), острого начала с астеновегетативного и диспепсического синдромов в преджелтушном периоде, объективных данных - самочувствие не нарушено, гепатоспленомегалия, отсутствие желтухи.
2. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике (АлАТ, АсАТ, тимоловая проба), ИФА (IgM и IgG к HAV).
3. Режим постельный, стол 5, обильное питье до 2,5-3 литров, поливитамины.
4. Вакцинация, соблюдение санитарно-гигиенических норм.
5. 3-6 месяцев.

Задача № 3

Больная У., 20 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 4 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось - пропал аппетит, появилась выраженная слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.
3. Ваша тактика.
4. Какой период болезни регистрируется в настоящее время?
5. Подчеркните сходства и различия с ОРЗ.

Эталон ответа к задаче № 3

1. Острый вирусный гепатит А, продромальный период болезни. Диагноз выставлен на основании острого начала с гриппоподобного и астеновегетативного синдромов, потемнения мочи в конце продромального периода.
2. Биохимический анализ крови (АлАТ), ИФА (IgM к HAV), ПЦР - РНК HAV.
3. Госпитализация в инфекционное отделение, экстренное извещение в ГЦСЭН, наблюдение за контактными, заключительная дезинфекция в квартире больной силами родственников, санитарно-просветительная работа.
4. Продромальный период болезни.
5. Сходства: повышение температуры, боль в горле; различия: диспепсический синдром на фоне нормализации температуры, темный цвет мочи.

Задача № 4

Больной С., 35 лет, продавец магазина. С 1 марта находилась в терапевтическом отделении ГБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 13 марта переведена в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не была.

При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5,0 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи.

В анализах крови: L - $4,2 \cdot 10^9/\text{л}$, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий - 180 мкмоль/л, прямой билирубин - 100 мкмоль/л, сулемовая проба - 1,9, тимоловая проба - 2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/час/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по лечению холестаза.
4. План лечения в стационаре.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

15

Эталон ответа к задаче № 4

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного периода в течение 12 дней по артралгическому варианту, желтушного синдрома, гепатоспленомегалии, холестаза, гипербилирубинемии за счет прямой фракции, повышения АлАТ, холестерина.
2. ИФА (IgM к HBsAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.
3. Дезинтоксикационная терапия внутривенным вливанием солевых растворов, спазмолитики (но-шпа, дротаверин, сернокислая магнезия 25%), препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк).
4. Режим, стол № 5, дезинтоксикационная терапия, адсорбенты, ферменты.
5. Наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев.

Задача № 5

Больной Х., 46 лет, оперирован в начале октября 2011 г. по поводу заболевания 12ти-перстной кишки. До и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.11 г. появились боли в суставах,

слабость, пропал аппетит. 30.11.11 г. потемнела моча, со 2.12.11 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит. При поступлении: вялый, адинамичный, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2,0 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температурата нормальная, пульс 64/мин., L - $7,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ - 6,2 мкмоль/час/л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба -1,2 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Развитие какого осложнения возможно?
5. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Эталон ответа к задаче № 5

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень тяжести. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, гемотрансфузия), преджелтушного периода по смешанному варианту (артралгический, астеновегетативный, диспепсический синдромы), ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (слабость, адинамия, рвота 1-2 раза), желтушного синдрома, гепатомегалии, темной мочи, брадикардии, гипербилирубинемии с преобладанием прямой фракции, повышенной АлАТ.
2. Биохимический анализ крови в динамике, белок и его фракции, ПТИ, маркеры ВГВ (ИФА) - IgM к HBcor Ag, HBsAg, HBeAg; ПЦР - ДНК HBV.
3. Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия внутривенно (глюкозо-солевые растворы в объеме до 1,5-2 литров), адсорбенты (фильтрум, лактофильтрум, неосмектин, лактулоза), ферменты (креон, микразим, панкреатин).
4. ОПЭ.
5. Вакцинация (вакцина «Энджерикс», «Эувакс» и др.).

Задача № 6

Больной Н., 45 лет, оперирован в противотуберкулезном диспансере 10.06.12 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.12 г. в палате, где находился больной Н., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2012 года.

25.08.12 г. пациент Н. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.12 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°C.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. Ваша тактика по ведению больного.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

Эталон ответа к задаче № 6

1. Вирусный гепатит В острый, желтушная форма, тяжелое течение, осложненный ОПЭ, прекома I ст. Диагноз выставлен на основании острого начала, короткого преджелтушного периода по артралгическому, астеновегетативному, диспепсическому синдромам, ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (повысилась температура, рвота, тахикардия, сокращение размеров печени, ее резкая болезненность, геморрагии, эйфория), данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, контакт с больным).
2. ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, и его фракции, АлАТ, АсАТ), ПТИ, маркеры на вирусный гепатит В (IgM к HBcorAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.

3. Перевод больного в реанимационное отделение. Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30,0 мл 2 раза в сутки, Гепта-Мерц - 1 порошок 3 раза, глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно в объеме до 1,5 литров, ферменты, осмодиуретики (манитол).
4. Диспансерное наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев.
5. 2-6 месяцев.

Задача № 7

Больная Ф., 32 года, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2,0 см выше реберной дуги по средне-ключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены.

Из анамнеза: 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера; за неделю до поступления началось «простудное заболевание».

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания?
3. Какой лабораторный показатель указывает на печеночно-клеточную недостаточность?
4. Тактика врача приемного отделения в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче № 7

1. Острый вирусный гепатит В, фульминантная форма, осложненная ОПЭ, кома I ст. Диагноз выставлен на основании острого начала, короткого продромального периода по гриппоподобному варианту, выраженной желтухи, резкого сокращения размеров печени, «печеночного» запаха изо рта, тахикардии, отсутствия сознания, сохранении корнеальных рефлексов, сведений эпиданамнеза (хирургическое вмешательство 3 месяца назад).
2. Маркеры на вирусный гепатит В, D (ИФА), ПЦР диагностика - ПЦР - ДНК HBV, ПЦР - РНК HD V.
3. Протромбиновый индекс (ПТИ), альбумины сыворотки крови.
4. Госпитализация в реанимационное отделение.

Задача № 8

Мужчина 29 лет состоит активным донором. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ - 250 мкмоль/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено небольшое увеличение печени.

Из эпидемиологического анамнеза: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров этой станции.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назовите путь передачи инфекции.
4. Ваша тактика по ведению пациента.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

Эталон ответа к задаче № 8

1. Хронический вирусный гепатит С, . Диагноз выставлен на основании сведений эпидемиологического анамнеза (активный донор), субклинического течения заболевания, высокой активности АлАТ
2. ИФА на суммарные антитела к вирусу гепатита С. ПЦР - диагностика с целью обнаружения РНК HCV, определение генотипа вируса.

3. Парентеральный.
4. Назначение противовирусной терапии
5. Диспансерное наблюдение 2 года после окончания успешной противовирусной терапии.

Задача № 9

У больной Д., 27 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации обнаружены общие антитела к вирусу гепатита С. Предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость.

При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена.

В биохимическом анализе крови: повышение АЛАТ в 2 раза.

Из эпидемиологического анамнеза: 7 лет назад оперирована по поводу внематочной беременности, операция сопровождалась переливанием плазмы.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по ведению пациентки.
4. В какой период беременности необходимо провести количественную ПЦР- диагностику HCV-инфекции?
5. Противопоказано ли грудное вскармливание?

Эталон ответа к задаче № 9

1. Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, переливание плазмы), слабо выраженной клинической симптоматики, минимальной гиперферментемии (повышение АЛАТ в 2 раза), наличия общих антител к вирусному гепатиту С.

2. Маркеры к HCV: IgM и G, АТ к NS2, NS4, NS3, NS5; ПЦР-диагностика с целью выявления РНК HCV, определение генотипа вируса.

3. Наблюдение у инфекциониста по месту жительства, плановое биохимическое исследование крови (АЛАТ, АсАТ, билирубин), в 3 триместре беременности количественное определение РНК HCV методом ПЦР для решения вопроса о родоразрешении. Противовирусная терапия беременным и кормящим не проводится. В лечении - хофитол внутрь до нормализации АЛАТ.

4. В первом и третьем триместрах беременности.

5. Грудное вскармливание не противопоказано.

18

Задача № 10

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

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

При поступлении состояние удовлетворительное. Пальпируется печень на 1,5 см ниже реберной дуги. При повторном исследовании в отделении вновь обнаружен в крови HBsAg, АсАТ - 260 ммоль/л, АЛАТ - 150 ммоль/л. Общий белок 85 г/л. Холестерин 4,5. По данным УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны диаметр портальной и селезеночной вены в пределах нормальных значений.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите путь передачи данной инфекции в данном случае.

3. Назначьте лечение с указанием противовирусного препарата.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения.
5. Каковы профилактические мероприятия в семье?

Эталон ответа к задаче № 10

1. Хронический гепатит В (HBsAg +) впервые выявленный, умеренной степени активности.
2. Парентеральный.
3. Диета 5, режим постельный, ферменты (панкреатин, креон), энтекавир по 0,5 мг ежедневно, длительно.
4. Диспансерное наблюдение в КИЗе, с кратностью биохимического исследования 1 раз в 6 месяцев.
5. Членов семьи обследовать на HBsAg, при его отсутствии обязательно поставить прививку против вирусного гепатита В по схеме.

Типовые кейсы

Кейс № 1

Пациент мужчина 36 лет доставлен в стационар по скорой помощи

Жалобы на повышение температуры до 37,5-38,0° С в течение 1,5-2 месяцев, плохое самочувствие, слабость, быстрая утомляемость, кашель, сам замечает, что похудел.

Анамнез болезни. Считает себя больным в течение указанных 1,5 – 2 месяцев, за медицинской помощью не обращался, находился на вахте, самостоятельно периодически принимал парацетамол. Вернулся накануне вечером, температура повысилась до 39,0°С, отмечал озноб, принимал жаропонижающие. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирован.

Анамнез жизни. Уроженец и житель города, образование среднее, специальности нет, работает вахтами на заготовке леса. В армии служил, ранее не судим, не женат, детей нет. Курит по 1 пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Вирусным гепатитом болел в детстве. Туберкулез, ИППП отрицает, на ВИЧ-инфекцию ранее не обследовался. Травмы, оперативные вмешательства отрицает. Аллергических реакций не было. Отца пациент не помнит, мать жива, страдает гипертонической болезнью.

Эпиданамнез. Случайные незащищенные половые контакты не отрицает. Употребление наркотических препаратов обсуждать категорически отказывается.

Объективный статус: t-38,0°С. Телосложение правильное, пониженного питания, кожные покровы бледные, явления дерматита в области лица. Из лимфоузлов удается пальпировать подчелюстные по 1-2 с обеих сторон, подмышечные по 1-2 с обеих сторон, все в диаметре не более 10 мм, эластичные, подвижные, безболезненные, кожные покровы над поверхностью лимфоузлов не изменены. Слизистая оболочка ротоглотки с застойными явлениями, язык обложен, имеются белесоватые элементы на боковых поверхностях. Склеры иктеричны. ЧД - 18 в минуту в покое. Дыхание проводится над всеми отделами легких, жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен ЧСС - 88 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, удается пальпировать ровный край печени на 4 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочеиспускание. Стул не нарушен, со слов пациента.

1. Составьте дифференциально-диагностический ряд возможных заболеваний у данного пациента

Эталон ответа: Алкогольный гепатит, вирусный гепатит, ХОБЛ, внебольничная пневмония, ВИЧ-инфекция, туберкулез легких, инфекционный эндокардит

2. Сформулируйте предварительный диагноз пациента

Эталон ответа: Внебольничная пневмония. Хронический гепатит сочетанной этиологии. ВИЧ-инфекция. Туберкулез легких. Синдром зависимости от алкоголя.

3. Выберите назначения в план обследования пациента при госпитализации

1. Общеклинический анализ крови
2. Общеклинический анализ мочи

3. Биохимические показатели периферической крови
4. МРП на сифилис
5. Экспресс-тест на ВИЧ
6. ИФА на маркеры ВИЧ
7. ДНК ВИЧ
8. ИФА на HBsAg, aHBcorG
9. ДНК HBV
10. ИФА на aHCV
11. РНК HCV
12. Посев мокроты на флору и чувствительность к а/б
13. Бактериоскопия мокроты на микобактерии туберкулеза
14. Рентгенография легких
15. Компьютерная томография легких
16. УЗИ органов брюшной полости, почек
17. ЭКГ

Эталон ответа: 1,2,3,4,6,8,10,12,13,14,16,17

Пациент мужчина 36 лет доставлен в стационар по скорой помощи с жалобами на повышение температуры до 37,5-38,0° С в течение 1.5-2 месяцев, плохое самочувствие, слабость, быстрая утомляемость, кашель. Считает себя больным в течение 1.5 – 2 месяцев, за медицинской помощью не обращался, находился на вахте. Вернулся накануне вечером, температура повысилась до 39,0°С, отмечал озноб, принимал жаропонижающие. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирован.

Ранее на маркеры ВИЧ-инфекции не обследовался, во время настоящей госпитализации получен положительный результат иммуноблота на ВИЧ-инфекцию, обнаружены aHCV. В общем анализе крови: гипохромная анемия легкой степени тяжести, тромбоцитопения, лейкоциты-нормоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускоренная СОЭ. При рентгенографии легких: инфильтративных изменений не выявлено, описывается усиление легочного рисунка, расширение корней легких. При бактериоскопии мокроты микобактерии туберкулеза не обнаружены. Посев мокроты на флору в работе. При УЗИ печени: размеры увеличены за счет правых и левых отделов, имеются признаки повышения эхогенности и неоднородности паренхимы печени.

На 4-е сутки антибактериальной терапии сохраняется повышение температуры по вечерам до 38,0° С, редкий малопродуктивный кашель, отмечает улучшение самочувствия, появился аппетит. Телосложение правильное, питание понижено, кожные покровы бледные, явления дерматита в области лица. Из лимфоузлов удаётся пальпировать подчелюстные по 1-2 с обеих сторон, подмышечные по 1-2 с обеих сторон, размерами не более 10 мм, эластичные, подвижные, безболезненные, кожные покровы над поверхностью лимфоузлов не изменены.

4. Выберите дополнительные назначения для уточнения клинического диагноза пациента

1. Экспресс-тест на ВИЧ
2. Повторный ИФА на маркеры ВИЧ
3. Повторный иммуноблот на ВИЧ-инфекцию
4. Исследование РНК HCV качественное исследование
5. Исследование РНК HCV количественное исследование
6. Исследование ДНК ВИЧ
7. Исследование показателей иммунограммы
8. Исследование РНК ВИЧ
9. Повторная бактериоскопия мокроты на микобактерии туберкулеза
10. Консультация фтизиатра
11. Консультация дерматолога

Эталон ответа: 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11

Получено заключение фтизиатра: данных за активный туберкулез легких не выявлено. Рекомендовано: после проведения 10-дневного курса антибактериальной терапии контрольные исследования мокроты, R-графия легких, повторная консультация фтизиатра. Получено заключение дерматолога: Себорейный дерматит. Показатели иммунограммы: CD4 лимфоциты 200 кл/мкл, CD8лимфоциты 400кл/мкл, ИРИ 0,5, РНК ВИЧ: 200 000 коп/мл, РНК HCV: обнаружена, генотип 3.

Врачом-инфекционистом Центра СПИД сформулирован диагноз: ВИЧ-инфекция: стадия вторичных заболеваний (IVБ), фаза прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ. Внебольничная пневмония. Волосатая лейкоплакия языка, впервые выявленная. Себорейный дерматит, впервые выявленный. В 20.7 (МКБ Х). Сопутствующий диагноз: Хронический вирусный гепатит С, фаза репликации вируса (генотип 3). В 18.2 (МКБ Х).

Решением врачебной комиссии Центра СПИД пациенту начата АРВТ ВИЧ-инфекции по схеме: 2 НИОТ+1 ННИОТ. Через 10 дней после начала АРВТ пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендацией продолжить АРВТ амбулаторно и талоном на явку к врачу-инфекционисту Центра СПИД через 2 недели.

Через 7 недель от начала лечения ВИЧ-инфекции пациент госпитализирован с лихорадочным состоянием, подозрением на внебольничную пневмонию. Лабораторные показатели: CD4 лимфоциты 335кл/мкл, РНК ВИЧ 7 000 коп/мл. Элементы волосатой лейкоплакии языка исчезли, состояние кожи лица значительно улучшилось. Повторно обследован на туберкулезную инфекцию, проконсультирован фтизиатром, выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, МБТ (+) скопией.

4. Назовите состояние, которое развилось у пациента и его причину

Эталон ответа: Воспалительный синдром восстановления иммунной системы

6. Сформулируйте дальнейшую тактику ведения пациента

Эталон ответа: Пациент подлежит госпитализации в противотуберкулезный стационар для лечения активной формы туберкулезной инфекции на фоне продолжающейся АРВТ.

Кейс № 2

Пациентка беременная женщина 21 года, беременность III, срок беременности 37-38 недель, потужной период родов, доставлена в акушерский стационар бригадой скорой медицинской помощи

Жалобы на боли в животе, отошли околоплодные воды.

Акушерский анамнез Отягощенный акушерский анамнез: Б-3: А-1, В-1. По поводу настоящей беременности у акушера-гинеколога женской консультации не наблюдалась, за медицинской помощью не обращалась, обследований не проходила. 21

Анамнез жизни. Уроженка и жительница города, образование среднее специальное: швея, не работает. Курит по 1/2 пачки сигарет в день, часто употребляет алкоголь. Вирусным гепатитом, туберкулезом не болела, со слов. Сообщает о медицинском аборте в возрасте 18 лет и госпитализацию в гинекологическое отделение по поводу выкидыша в малом сроке беременности в возрасте 20 лет. Аллергических реакций не было. Родители живы, пациентка не общается с ними два года. Не замужем, около 1 года сожительствует с мужчиной 34 лет.

Эпиданамнез: Настаивает, что тест на ВИЧ перед медабортом три года назад был отрицательным. Потребительница внутривенных психоактивных веществ около трех лет, последнее введение неделю назад. Половые контакты в течение последнего года только с сожителем: ранее отбывал наказание в течение 2,5 лет за распространение наркотиков, во время пребывания в УФСИН получал лечение от вирусного гепатита С, о ВИЧ-инфекции у себя не сообщал

1. Определите правильную последовательность срочных действий акушера-гинеколога в отношении данной роженицы в соответствии с алгоритмом проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции

1. Взять кровь у роженицы для стандартного исследования в ИФА на ВИЧ-инфекцию

2. Начать проведение роженице II этапа химиопрофилактики перинатальной передачи (далее ХППП) ВИЧ-инфекции препаратом зидовудин в/в из расчета 2 мг/кг в 1-ый час введения, затем 1 мг/кг до пересечения пуповины
3. Провести экспресс-тестирование роженицы на ВИЧ-инфекцию

Эталон ответа: правильная последовательность: 2-3-1

Результат экспресс-теста роженицы на ВИЧ-инфекцию положительный. По рекомендации врача-эпидемиолога Центра СПИД **материалы роженицы** для исследований на ВИЧ-инфекцию в ИФА и в ПЦР на ДНК ВИЧ направляются в лабораторию Центра СПИД. Роды произошли через естественные родовые пути.

aHCV, HBsAg, aHBcorIgG у пациентки не обнаружены.

2. Выберите правильные алгоритмы для врача-неонатолога по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции новорожденному данной пациентки

- А.
- 1) не прикладывать к груди до получения из референс-лаборатории результата, подтверждающего отсутствие ВИЧ-инфекции у матери
 - 2) в первые часы после рождения (не позднее 72 часов) начать проведение новорожденному III этапа ХППП ВИЧ-инфекции 3-мя препаратами: зидовудин + ламивудин + невирапин в соответствии с действующими Клиническими рекомендациями
 - 3) направить кровь новорожденного (не из пуповины) для исследований на ВИЧ-инфекцию в ИФА и ПЦР
 - 4) после получения результата, подтверждающего заболевание у матери продолжить новорожденному III этап ХППП ВИЧ-инфекции 3-мя препаратами: зидовудин 4 недели + ламивудин 4 недели + невирапин 2 недели в соответствии с действующими Клиническими рекомендациями.
 - 5) продолжить вскармливание новорожденного заменителями грудного молока
- Б.
- 1) не прикладывать к груди до получения из референс-лаборатории результата, подтверждающего отсутствие ВИЧ-инфекции у матери
 - 2) после получения результата, подтверждающего заболевание у матери начать проведение новорожденному III этапа ХППП ВИЧ-инфекции 3-мя препаратами: зидовудин 4 недели + ламивудин 4 недели + невирапин 2 недели в соответствии с действующими Клиническими рекомендациями.
 - 3) продолжить вскармливание новорожденного заменителями грудного молока
- В.
- 1) не прикладывать к груди до получения из референс-лаборатории результата, подтверждающего отсутствие ВИЧ-инфекции у матери
 - 2) в первые часы после рождения (не позднее 72 часов) начать проведение новорожденному III этапа ХППП ВИЧ-инфекции 3-мя препаратами: зидовудин + ламивудин + невирапин в соответствии с действующими Клиническими рекомендациями.
 - 3) направить кровь новорожденного (не из пуповины) для исследований на ВИЧ-инфекцию в ИФА и ПЦР
 - 4) после получения результатов обследования матери, исключающих наличие у нее ВИЧ-инфекции, прекратить проведение новорожденному ХППП ВИЧ-инфекции
 - 5) разрешить грудное вскармливание новорожденного

Эталон ответа: А, В

Результат экспресс-теста родильницы на ВИЧ-инфекцию положительный. Роды произошли через естественные родовые пути.

Результаты обследования матери: в сыворотке крови обнаружены маркеры ВИЧ в ИФА и иммуноблоте, при исследовании крови методом ПЦР обнаружена ДНК ВИЧ. В медицинской информационной системе больных ВИЧ-инфекцией данных о ранее выявленном заболевании у пациентки нет, что свидетельствует о впервые выявленном случае ВИЧ-инфекции.

Кейс № 3

При проведении внутривенной инфузии родильнице с достоверно выявленной ВИЧ-инфекцией процедурная медицинская сестра получила укол использованной иглой через перчатку в область тыльной поверхности кисти левой руки у основания большого пальца, кровь вытекала.

1. Выберите категорию риска инфицирования и рекомендации по проведению постконтактной химиопрофилактики (далее ПКХП) ВИЧ-инфекции

- А. Категория 1: риск минимальный, ПКХП не рекомендуется
- Б. Категория 2: риск имеется, рекомендована ПКХП ВИЧ-инфекции в режиме АРВТ
- В. Категория 3: риск высокий, рекомендована ПКХП ВИЧ-инфекции в режиме АРВТ

Эталон ответа: В

2. Выберите правильный алгоритм по оформлению аварийной ситуации, связанной с риском инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи

- А. Уполномоченное лицо медицинской организации оформляет решение врачебной комиссии учреждения об аварийной ситуации, категории риска, рекомендации по проведению ПКХП, вносит решение в медицинскую карту медработника, пострадавшего при аварийной ситуации
- Б. Уполномоченное лицо медицинской организации оформляет акт о несчастном случае на производстве, вносит в журнал регистрации несчастных случаев на производстве, организует проведение расследования несчастного случая на производстве
- В. Заведующий отделением оформляет протокол о несчастном случае на производстве, вносит в специальный журнал учреждения по охране труда, организует проведение расследования аварийной ситуации с целью уточнения ее причин

Эталон ответа: Б

Кейс № 4

Новорожденный женщины 21 года от III беременности, срочные роды в 37-38 недель, по поводу беременности у акушера-гинеколога женской консультации не наблюдалась, за медицинской помощью не обращалась, обследований не проходила. Роды произошли через естественные родовые пути. Результаты обследования матери: в сыворотке крови обнаружены маркеры ВИЧ в ИФА и иммуноблоте, при исследовании крови методом ПЦР обнаружена ДНК ВИЧ. В медицинской информационной системе региона данные о пациентке отсутствуют, что свидетельствует о впервые выявленном случае ВИЧ-инфекции. aHCV, HBsAg, aHB cor IgG у родильницы не обнаружены.

Ребенок находился в условиях стационара до возраста 4 недель, проведение III этапа ХППП ВИЧ-инфекции завершено к моменту выписки под наблюдение врача-педиатра участкового. Результаты обследования ребенка: в сыворотке крови при рождении обнаружены маркеры ВИЧ в ИФА и иммуноблоте. ДНК ВИЧ при рождении и в возрасте 3 недели не обнаружена. При выписке из стационара сопутствующий диагноз ребенка: Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции с высоким риском заражения. R 75 (МКБ X). **Ребенку не введена вакцина БЦЖ.** Вакцинация против вирусного гепатита В начата в стационарных условиях.

1. Выберите правильный алгоритм для врача-педиатра участкового по обеспечению раннего выявления ВИЧ-инфекции у данного ребенка

- А. Организация обязательного обследования ребенка на ДНК ВИЧ и маркеры ВИЧ в ИФА и иммуноблоте каждые 3 месяца до достижения им возраста 18 месяцев.
- Б. Организация обязательного обследования ребенка на ДНК ВИЧ в возрасте 8, 12, 16 недель и маркеры ВИЧ в ИФА каждые 3 месяца до получения двух последовательно отрицательных

результатов исследований в ИФА.

В. Организация обязательного обследования ребенка на ДНК ВИЧ в возрасте 6, 8, 12 недель и маркеры ВИЧ в ИФА и иммуноблоте в возрасте 6, 8, 12 месяцев до получения двух последовательно отрицательных результатов исследований в иммуноблоте.

Эталон ответа: Б

2. Выберите правильный алгоритм действий для врача-педиатра участкового по проведению профилактических прививок данному ребенку, профилактике туберкулеза

А. Контролировать прохождение обследований на туберкулезную инфекцию всех лиц из окружения ребенка.

Б. Проводить вакцинацию ребенка в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. При вакцинации учитывать уже имеющиеся результаты обследования ребенка на ВИЧ-инфекцию.

В. Проводить вакцинацию ребенка анатоксинами, убитыми и рекомбинантными вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок.

Г. Вакцинацию живыми вакцинами можно проводить при исключении ребенку диагноза ВИЧ-инфекции.

Д. При получении у ребенка положительного результата на ДНК ВИЧ, необходимо срочно получить рекомендации по тактике в отношении данного ребенка у специалистов территориального Центра СПИД.

Эталон ответа: А. Б. В. Г. Д