

Электронная цифровая подпись

Буланов Сергей Иванович  F C 9 3 E 8 6 7 C 8 C 2 1 1 E 9
Супильников Алексей Александрович  0 2 8 E 5 3 4 9 C 8 C 3 1 1 E 9

Утверждено "30" мая 2024 г.
Протокол № 5
председатель Ученого Совета Буланов С.И.
ученый секретарь Ученого Совета Супильников А.А.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)

Направленность: Стоматология

для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования

Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Год поступления 2024

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1	ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний
	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач
2	ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач
	иОПК-6.1	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
3	ОПК-8	Способен использовать основные физико-химические, математические и естественнонаучные понятия и методы при решении профессиональных

		задач
	иОПК-8.2	Применяет физико-химические, математические и естественнонаучные понятия и методы для получения и интерпретации данных о состоянии здоровья пациентов при решении профессиональных задач
4	ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)
	иПК-1.2	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)
	иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов
	иПК-1.4	Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))
5	ПК-4	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
	иПК-4.4	Проведение мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности
	иПК-4.5	Выполнение предписанных действий при проведении противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях (подача экстренного извещения об очаге инфекции, выявление и наблюдение контактных лиц)
	иПК-4.6	Использование методов первичной и вторичной профилактики

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: решение ситуационных задач, подготовка докладов/устных реферативных сообщений, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.

3.1. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося).

Тема 1. Основные эпидемиологические понятия.

1. Инфекционные болезни в современных условиях.
2. На чем основана эпидемиологическая классификация инфекционных болезней?
3. Опишите эпидемиологические звенья (источник инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивые контингенты)
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий социального и личного характера в очаге чумы.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий социального, ветеринарного и личного характера в очаге бруцеллеза.
6. Каковы принципы классификаций кишечного иерсиниоза
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий социального и личного характера в очаге менингококковой инфекции.
8. Опишите эпидемиологические звенья (источник инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивые контингенты) при дифтерии.
9. Эпидемиология бешенства.
10. Оцените роль лихорадки при инфекционных болезнях.
11. Что такое экзо и эндотоксины?
12. Варианты конфигураций температурных кривых и их роль в диагностике инфекционных болезней.
13. Суть понятия «лихорадка неясного генеза».
14. Диарея, типы диарей.
15. Нозологические формы инфекционных болезней, при которых диарея — ведущий синдром.
16. Виды шока, развивающиеся при инфекционных болезнях.

Тема 2. Диагностика инфекционных болезней

1. Роль анамнеза в диагностике инфекционных болезней.
2. Патогномоничные симптомы при инфекционных болезнях.
3. Что такое симптомокомплекс?
4. Инфекционные болезни, при которых применяют бактериологические методы диагностики.
5. Роль ПЦР и ИФА в диагностике инфекционных болезней.
6. Современные методы серологической диагностики
7. Аллергодиагностика при инфекционных болезнях.
8. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при подозрении на ПТИ?
9. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при чуме? Составьте план обследования больного
10. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при сальмонеллезе?
11. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при подозрении на сибирскую язву? Составьте план обследования больного.
12. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует использовать при эшерихиозах
13. Какие лабораторные методы верификации диагноза следует назначать при ботулизме до начала лечения?
14. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при туляремии?
15. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при подозрении на бруцеллез? Составьте план обследования больного.
16. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при подозрении на кишечный иерсиниоз
17. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать больному при подозрении на менингококковую инфекцию? Составьте план обследования

больного. Каково место серологического метода исследования в диагностике менингококковой инфекции?

18. Перечислите показания и противопоказания для проведения спинномозговой пункции. Какие изменения спинномозговой жидкости можно выявить при менингококковом менингите?

19. Какие лабораторные и инструментальные методы верификации диагноза следует назначать при дифтерии?

20. Приведите принципы забора материала для лабораторного исследования при дифтерии.

21. Дайте характеристику хламидиозу и методам его лабораторной диагностики.

22. Опишите возможные варианты течения иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма) и методы его лабораторного подтверждения.

23. лабораторная диагностика цитомегаловирусной инфекцией

24. Приведите принципы забора материала для лабораторного исследования опоясывающего герпеса

25. Дифференциальная диагностика и лабораторная верификация HBV инфекции.

26. Особенности лабораторной верификации гепатита С.

27. Назначьте план обследования пациента с подозрением на ВИЧ-инфекцию.

28. Чем отличается ИФА от иммунного блота при обследовании лиц на ВИЧ-инфекцию?

29. Почему отрицательные данные ПЦР не могут быть основным показателем исключения у подозреваемого ВИЧ-инфекции?

30. Дайте клинко-лабораторную характеристику ГЛПС.

31. Дайте клинко-лабораторную характеристику острой (ранней) фазы инвазии большинства гельминтозов.

32. Диагностика Иксодового клещевого боррелиоза

33. Диагностика Лептоспироза

Тема 3. Профилактика

1. Современная вакцинопрофилактика в РФ.

2. Назовите принципы, способы и методы общественной и личной профилактики при сальмонеллезах.

3. Какие профилактические мероприятия проводят при ботулизме? Какие условия приготовления пищевых продуктов следует соблюдать, чтобы избежать попадания в них спор или токсина *C. botulinum*?

4. Существуют ли в настоящее время методы специфической профилактики холеры

5. Каким лицам следует проводить специфическую профилактику бруцеллеза? Приведите примеры.

6. Какие профилактические мероприятия социального и личного характера проводят при псевдотуберкулезе?

7. Расскажите о специфической профилактике менингококковой инфекции

8. Какие профилактические мероприятия проводят при дифтерии

9. Принципы профилактики бешенства

10. Основные современные возможности профилактики цирроза печени и первичной гепатокарциномы.

11. В чем суть профилактики ВИЧ-инфекции в России

12. Профилактика вирусных диарей

13. Общие положения Федерального Закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», основные приказы и постановления правительства, регламентирующие проведение вакцинации.

Тема 4. Принципы терапии инфекционных больных

1. Оральная регидратация: принципы, правила и препараты

2. Современные антибактериальные препараты

3. Современные противовирусные препараты

4. Диетотерапия при кишечных инфекциях

5. Показания к назначению постельного режима при инфекционных болезнях.

6. Основные виды диет, назначаемые больным инфекционными заболеваниями

7. Основные осложнения медикаментозной терапии

8. Интенсивная терапия и показания к ней у инфекционных больных

9. Дайте характеристику этиотропной терапии, применяемой при лечении инфекционных больных.

10. Антибиотики бактерицидного и бактериостатического эффекта при лечении инфекционных больных
11. Суть и примеры патогенетической терапии.
12. Дайте характеристику эфферентной терапии у больных инфекционными болезнями.
13. Дайте характеристику противоботулинической сыворотки и выпишите на нее рецепт. Какие дополнительные препараты следует назначить больному ботулизмом?
14. Перечислите препараты для лечения туляремии и обоснуйте назначенную терапию.
15. Перечислите препараты для лечения бруцеллеза и обоснуйте назначенную терапию.
16. Современные противовирусные препараты при парентеральных вирусных гепатитах
17. Перечислите препараты для терапии псевдотуберкулеза и обоснуйте назначенную терапию.
18. Перечислите препараты для лечения больных кишечным иерсиниозом и обоснуйте назначенную терапию.
19. Перечислите препараты для лечения менингококкового менингита и менингококцемии и обоснуйте назначенную терапию. Приведите дозировку препаратов, используемых на догоспитальном этапе и в стационаре.
20. Перечислите препараты для терапии дифтерии и обоснуйте назначенную терапию
21. Лечение ОРВИ, гриппа; парагриппа; риновирусной инфекции; аденовирусной инфекции; респираторно-синцитиальной инфекции
22. Назначьте лечение больному тяжелой формой клещевого энцефалита
23. Опишите клиническую картину опоясывающего герпеса и назначьте лечение больному
24. Назначьте лечение больному типичным вариантом простого герпеса.
25. Лечение больных острым гепатитом В, «золотой стандарт» терапии.
26. Что такое триада при гепатите С?
27. Назовите основные группы антиретровирусных препаратов.
28. Обоснуйте показания к назначению больному антиретровирусной терапии.
29. Назначьте план лечения больного с тяжелой формой ГЛПС

Тема 5. Бактериозы: Кишечные инфекции

1. Дайте основные, значимые для клиники, прогноза и последствий характеристики шигелл, охарактеризуйте их устойчивость в различных объектах внешней среды
2. Назовите фундаментальные звенья патогенеза острого шигеллеза и опишите патоморфологические изменения в различных отделах кишечника
3. Каковы основные, существенные для клиники, прогноза и исходов заболевания характеристики сальмонелл и их устойчивость в различных объектах внешней среды?
4. Назовите фундаментальные звенья патогенеза сальмонеллезом и опишите возможные патоморфологические изменения стенки различных отделов кишечника и других органов при этом заболевании
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы при различных формах сальмонеллезом
6. Как сформулировать полный клинический диагноз при различных сальмонеллезах, приведите примеры.
7. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при сальмонеллезе
8. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при ПТИ
9. В чем уникальность действия ботулотоксина? Расскажите об устойчивости во внешней среде вегетативных форм, спор и токсина *C. botulinum*. Укажите причину, по которой ботулотоксин может быть использован в качестве биологического оружия.
10. Как сформулировать полный клинический диагноз при ботулизме
11. Опишите эпидемиологические звенья (источник инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивые контингенты) при сальмонеллезе.
12. Определите эпидемиологические звенья (источник инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивые контингенты) при эшерихиозах.
13. Определите эпидемиологические звенья (источник инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивые контингенты) при ПТИ.
14. Оцените роль эпидемиологического анамнеза при обследовании больного с подозрением на ботулизм, активного расспроса пациента об употреблении некоторых продуктов, особенно приготовленных в домашних условиях (но и не только), и состоянии здоровья лиц, употреблявших те же продукты.

15. Оцените значение эпидемиологического анамнеза в подозрении на холеру и в ее диагностике.
16. Выделите ведущие синдромы и симптомы при холере.
17. Определите эпидемиологические звенья (источник инфекции, механизм и пути передачи, восприимчивые контингенты) при холере. Перечислите группы риска при холере.

Тема 6. Бактериальные зоонозы.

1. Дайте основные характеристики иерсиний чумы, значимые для клиники, прогноза и последствий чумы, и расскажите об их устойчивости во внешней среде.
2. Сформулируйте полный клинический диагноз при чуме, приведите пример.
3. Перечислите возможные осложнения при чуме. Какие клинические признаки разных степеней инфекционно-токсического шока вы знаете?
4. С какими инфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при бубонной чуме?
5. Выделите ведущие синдромы и симптомы у больных разными формами чумы. Какими клиническими симптомами можно охарактеризовать бубонную форму туляремии и в чем их отличие от бубонной формы чумы?
6. Перечислите возможные осложнения при туляремии.
7. Приведите основные характеристики возбудителя сибирской язвы и расскажите о его устойчивости во внешней среде.
8. Назовите основные звенья патогенеза сибирской язвы и опишите патоморфологические изменения в органах мишенях.
9. Выделите ведущие синдромы и симптомы у больных разными формами сибирской язвы. Опишите кожные проявления при сибирской язве.
10. Выделите ведущие синдромы и симптомы у больных разными формами бруцеллеза.
11. Дайте характеристику поражения опорно-двигательного аппарата при бруцеллезе.
12. Каковы основные характеристики иерсиний псевдотуберкулеза и на сколько они устойчивы во внешней среде?
13. Выделите ведущие синдромы и симптомы у больных псевдотуберкулезом в зависимости от его клинической формы. Как сформулировать полный клинический диагноз при псевдотуберкулезе? Приведите пример.
14. Перечислите возможные исходы и осложнения псевдотуберкулеза
15. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при кишечном иерсиниозе?
16. Проведите дифференциальную диагностику между кишечным иерсиниозом и псевдотуберкулезом.

Тема 7. Другие бактериальные инфекции

1. Приведите основные характеристики менингококка и расскажите о его устойчивости во внешней среде. Какие серогруппы менингококка вызывают эпидемические вспышки?
2. Назовите основные звенья патогенеза менингококкового менингита и менингококцемии и опишите патоморфологические изменения в органах мишенях при этих состояниях.
3. Перечислите группы риска по менингококковой инфекции.
4. Изложите классификационную схему менингококковой инфекции
5. Дайте определение менингококковому синдрому, синдрому энцефалита.
6. Опишите возможные изменения со стороны кожных покровов при менингококцемии.
7. Сформулируйте полный клинический диагноз при менингококковой инфекции, приведите пример.
8. Перечислите возможные осложнения менингококковой инфекции. Что такое синдром Уотерхауса — Фридериксена?
9. С какими инфекционными и неинфекционными болезнями следует проводить дифференциальную диагностику при менингококковом менингите и менингококцемии?
10. Назовите основные звенья патогенеза дифтерии и опишите патоморфологические изменения слизистой оболочки ротоглотки.
11. Какие патогенетические эффекты дифтерийного токсина вы знаете?
12. Выделите ведущие синдромы и симптомы у больных дифтерией ротоглотки.
13. Сформулируйте полный клинический диагноз при дифтерии, приведите пример.
14. Чем отличается клиническая картина стрептококковой ангины и дифтерии?
15. На консультации каких специалистов необходимо записать больного дифтерией?
16. Назовите показания для госпитализации больных с подозрением на дифтерию.

17. Какие свойства противодифтерийной сыворотки должен знать врач?

Тема 8. Болезни, вызванные спирохетами, риккетсиями, хламидиями и микоплазмами

1. Опишите особенности клинических проявлений микоплазмоза.
2. Укажите наиболее частое сочетание симптомов при сыпном тифе
3. Что такое болезнь Брилля

Тема 9. Вирусные инфекции дыхательных путей

1. какие симптомы характерны для ОРВИ
2. Какие симптомы характерны для аденовирусной инфекции
3. Для какой ОРВИ характерен трахеит
4. Проведите дифференциальную диагностику между аденовирусной инфекцией и дифтерией.
5. Какой симптом характерен для парагриппа
6. Наиболее характерный симптом для риновирусной инфекции
7. Перечислите нозологические формы, относящиеся к ОРВИ, и укажите *locus minoris* для каждой из них.
8. Что понимается под названием «птичий грипп»
9. Опишите клинику ТОРС.

Тема 10. Вирусные и прионные инфекции нервной системы

1. Расскажите варианты течения, клинические проявления клещевого энцефалита и его исходы.
2. Дайте характеристику клинической картины бешенства.
3. Какие нозологические формы входят в группу *Herpesviridea*?
4. Какие возможны варианты течения простого герпеса?
5. Перечислите клинические формы опоясывающего герпеса.
6. Какие возможны варианты клинических вариантов болезней, вызываемых вирусом Эпштейна — Барр?
7. Перечислите клинические варианты, возможные у больных цитомегаловирусной инфекцией.
8. Какие заболевания вызывает HHV8?
9. Дайте характеристику вирусу простого герпеса.
10. Дайте характеристику первичному и рецидивирующему вариантам простого герпеса
11. Опишите клиническую картину наиболее часто встречающегося варианта простого герпеса.
12. Что общего между ветряной оспой и опоясывающим герпесом?
13. Дайте характеристику клинической картины цитомегаловирусной инфекции.
14. Какие нозологические формы болезней вызывает вирус Эпштейна — Барр?
15. Опишите клинические проявления инфекционного мононуклеоза.
16. У кого встречается и чем проявляется саркома Капоши?

Тема 11. Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек.

1. Современные проблемы вирусных диарей.
2. Характеристика возбудителя ротавирусной инфекции.
3. Место ротавирусной инфекции в заболеваниях с диарейным синдромом.
4. Особенности клиники ротавирусной инфекции.
5. Профилактика вирусных диарей.
6. Этиология и клиническая картина энтеровирусного гастроэнтерита.

Тема 12. Вирусный гепатит

1. Перечислите заболевания, при которых гепатит является нозологической формой, и заболевания, при которых он относится к синдромам основной нозологической формы.
2. Дайте классификацию вирусных гепатитов.
3. Охарактеризуйте возбудителя гепатита В.
4. Дайте характеристику эпидемиологии гепатита В.
5. Каковы основные проявления патогенеза гепатита В?
6. Охарактеризуйте патоморфологическую картину острого и хронического гепатита В, цирроза печени.
7. Варианты клинического течения гепатита В, клинические формы острой инфекции.
8. Осложнения и исходы острого гепатита В.

9. Относится ли гепатит В к управляемым инфекциям?
10. Основные варианты микст гепатита.
11. Что такое дельта инфекция?
12. Почему гепатит С называют «ласковым убийцей»?
13. Дайте классификацию HCV инфекции.
14. Варианты клинического течения гепатита С.
15. Дайте характеристику патогенеза и патоморфологических изменений при хроническом гепатите С.
16. Исходы гепатита С.
17. Чем клинически проявляется гепатит Е?
18. Чем клинически проявляется гепатит А?

Тема 13. ВИЧ-инфекция

1. К какой группе инфекций относится ВИЧ/СПИД?
2. Дайте характеристику возбудителю ВИЧ-инфекции.
3. Почему введены понятия «ВИЧ-инфекция» и «СПИД»?
4. Перечислите пути передачи ВИЧ.
5. Перечислите группы риска инфицирования ВИЧ.
6. Почему инфицированная кровь представляет наибольшую угрозу для заражения, однако не является основным путем инфицирования?
7. Назовите фазы течения ВИЧ инфекции.
8. Перечислите основные варианты органопатологии при ВИЧ инфекции.
9. Что входит в список СПИД ассоциированных заболеваний?
10. Приведите российскую классификацию ВИЧ инфекции.
11. Дайте характеристику 4й стадии ВИЧ инфекции.
12. Почему СПИД ассоциированные онкологические заболевания относятся к группе инфекционных?

Тема 14. Вирусные лихорадки, передающиеся членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки

1. Что объединяет группу геморрагических лихорадок и их нозологические формы?
2. Актуальность ГЛПС в России.
3. Дайте характеристику эпидемиологии ГЛПС.
4. Основные этапы патогенеза и характеристика патоморфологической картины ГЛПС.
5. Диагностика и дифференциальный диагноз ГЛПС.
6. Клинические проявления ГЛПС.
7. Возможные осложнения и исходы ГЛПС.
8. Назначьте план лечения больного с тяжелой формой ГЛПС.
9. Особенности клинической картины желтой лихорадки.
10. Отличительная характеристика лихорадок Ласса, Эбола и Марбург.

Тема 15. Протозойные инфекции

1. Интересный случай амебиоза на территории РФ.
2. Современные особенности диагностики лямблиоза.
3. Дифференциальная диагностика патогенных и непатогенных видов амебиоза
4. Лабораторная диагностика амебиоза
5. Пути и способы заражения балантидиоза

Тема 16. Гельминтозы.

1. Какие симптомы характерны для энтеробиоза?
2. Как симптомы не характерны для трихинеллеза
3. Перечислите наиболее распространенные в РФ гельминтозы.
4. Назовите 2 инвазии, относящиеся к группе контагиозных гельминтозов, объясните причину выделения этой группы.
5. Приведите пример ларвальных зоонозных гельминтозов, выделив один из них, встречающийся преимущественно в мегаполисах.
6. Дайте клинико-лабораторную характеристику острой (ранней) фазы инвазии большинства гельминтозов.
7. Перечислите факторы, обуславливающие клиническую картину хронической фазы гельминтозов, указав в частности *locus minoris* при инвазии разными классами червей.

8. Объясните причины вовлечения в патологический процесс легких и печени при острой фазе аскаридоза.

3.2. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Задача 1 Больной Н., 23 года, обратился в поликлинику на 3-й день болезни. Заболел 2.06. остро, когда появились общая слабость, озноб, ломота в теле, повысилась температура тела до 38,3 °С, возникли приступообразные боли в нижней части живота. Стул 6 раз в сутки, в начале обильный, затем скудный, кашицеобразный, с примесью слизи. 3.06. самочувствие оставалось плохим. Температура тела держалась на уровне 38,5°С, головная боль, ломота в теле сохранялись, беспокоили боли в животе, больше слева, стул оставался частым (10-12 раз). Днем 4.06. заметил кроме слизи, скудные прожилки крови в испражнениях, иногда отмечал отсутствие стула при болезненных позывах к дефекации. Обратился к врачу. Врач выяснил, что больной живет в общежитии для рабочих. Приехал из другого города, работает строителем по найму. Накануне заболевания употреблял немытые фрукты, купленные на рынке. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,1 °С, лицо бледное. Кожные покровы чистые, сухие, теплые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, одышки нет. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 92 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, болезненный в области спазмированной сигмовидной кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Диурез нормальный. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Решите вопрос о госпитализации больного, укажите показания. 3. Составьте план лабораторно-инструментальных методов обследования больного для верификации диагноза. 4. Назначьте лечение. 5. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай. 6. Укажите возможные осложнения. 7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 2 Больная И., 19 лет, поступила в клинику 9.03. на 7-й день болезни. Заболела 4.03. : повысилась температура тела до 38,0°С, появились озноб, головная боль, слабость. В последующие дни температура тела держалась на уровне 38,2 – 39,6°С, нарастала головная боль, прием жаропонижающих средств и анальгетиков не давал эффекта. Дважды был кашицеобразный стул. Почти ничего не ела, сильно ослабла. 31 Приехала 10 дней тому назад с матерью из очага военных действий на границе Чеченской республики и Дагестана. При поступлении в больницу состояние больной тяжелое. Температура тела – 39,2°С. Сознание сохранено, но больная очень вялая, безучастная, отвечает с неохотой, односложно, с задержкой. С трудом рассказывает анамнез заболевания. Кожа бледная, на передней брюшной стенке единичные бледно-розовые элементы сыпи диаметром не более 5 мм. Язык увеличен, густо обложен толстым грязно-коричневым налетом, сухой, с отпечатками зубов. Пульс 64 уд. в мин., слабого наполнения. АД – 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание жестковатое, без хрипов. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, слышно урчание в правой подвздошной области. Симптом Падалки положительный. Определяется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги, отчетливо пальпируется край селезенки. Ещё два раза был кашицеобразный стул без примесей. 1. Выделите основные клинические синдромы. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Объясните патогенез основных синдромов заболевания. 4. Имеется ли необходимость в дифференциальной диагностике с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, с какими? 5. Укажите возможные осложнения. 6. Назовите показания к госпитализации. 7. Составьте план обследования больного. 8. Назначьте необходимое лечение. 9. Укажите вероятный источник, механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группы инфекционных болезней, к которой относится данный случай. 10. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 3 Больная П., 19 лет, студентка политехнического института поступила в клинику 20.09. в связи с желтухой. Считает себя больной с 13.09. когда появилась субфебрильная температура тела (37,4-37,50С), познабливание, головная боль, стала замечать усталость, вялость, снижение работоспособности на занятиях. Постепенно ухудшился аппетит, появилась тошнота при виде пищевых продуктов. 16.03. один раз была рвота. Больная считала, что она «отравилась» вареной колбасой, купленной в магазине. К врачу не обращалась, так как необходимо было сдавать зачеты.

19.09. заметила потемнение мочи - «как крепкий чай». 20.09. появилась желтушность кожи, и в связи с этим была госпитализирована в инфекционный стационар. Живет с родителями и братом 6 лет. Все здоровы. В институте, где учится, были случаи заболевания желтухой (в других группах). Внутримышечные и внутривенные инъекции в течение последних 6 месяцев отрицает. Операций не было. 32 Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,4°C. Вялая, адинамичная, не проявляет интереса к разговору. Сознание ясное. Кожа и склеры интенсивно иктеричны. Инъекции склер не отмечается. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений 68 в мин. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, плотноэластичной консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка отчетливо не пальпируется. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Укажите показания к госпитализации больной. 3. Составьте план лабораторного обследования больной для верификации диагноза. 4. Назначьте лечение. 5. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай. 6. Укажите возможные осложнения. 7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 4 Больной Э., 28 лет, программист, доставлен в инфекционный стационар в тяжелом состоянии с ярко выраженной желтухой. Больной заторможен, вял, адинамичен, разговаривает с трудом, анамнез рассказать не может, дезориентирован в месте и времени. Со слов сопровождавшей его жены, было установлено, что ее муж заболел постепенно: с 15.10. стал жаловаться, что сильно устает, ничего не может есть из-за тошноты. 16.10. была рвота. 17.10. повысилась температура тела до 39,5°C без каких-либо признаков респираторной инфекции. Высокая температура держалась весь день, а утром следующего дня температура нормализовалась. 20.10. у больного потемнела моча, появилась небольшая желтушность кожи. К врачу не обращался, продолжал ходить на работу с большим трудом. 24.10. жена обратила внимание, что больной сильно пожелтел, «заговаривается», не понимает, где находится. Вызванный врач немедленно госпитализировал больного. Со слов жены муж перенес тяжелую травму брюшной полости и левой ноги (в июне текущего года попал в автокатастрофу). Был оперирован, получал гемотрансфузии. При объективном осмотре: состояние тяжелое, температура тела 37,5°C. Печеночный запах изо рта. Яркая желтуха кожи, склер и слизистых оболочек ротовой полости. На коже имеются множественные петехиальные элементы в области грудной клетки, единичные экхимозы. Сознание помрачено. Отзывается на свое имя, пытается что-то произнести, но речь нечеткая, смазанная. Дезориентирован. Дыхание везикулярное. Тоны сердца 33 приглушены. Тахикардия с частотой 126 ударов в мин. АД – 90/ 70 мм рт. ст. Язык густо обложен желтоватым налетом, влажный. Живот вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка у края реберной дуги. В приемном покое однократно была рвота «кофейной гущей». 1. Выделите ведущие синдромы заболевания. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Объясните патогенез основных синдромов заболевания. 4. Назовите осложнения основного заболевания. 5. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими? 6. Укажите к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя. 7. Назовите показания к госпитализации больного. 8. Наметьте план обследования больного. 9. Составьте план лечения. 10. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции. Имеется ли специфическая профилактика заболевания?

Задача 5 У студента, навестившего больного товарища, на 2-е сутки появились озноб, температура тела 39,1°C, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость. В легких - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет. 1.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Решите вопрос о госпитализации больного, укажите показания. 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза. 4. Назначьте лечение. 5. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай. 6. Укажите возможные осложнения. 7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 6 Больной Е., 32 года, банкир, поступил в клинику на 2-й день болезни с диагнозом «Грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился потрясающий озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2°С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал. Госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2°С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звездчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс 116 уд. в мин., ритмичный. АД - 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15 400 кл /мл; белок – 2,64 г/л; Реакция Панди (++++). 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Укажите показания к госпитализации больного 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза 4. Назначьте лечение. 5. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай. 6. Укажите возможные осложнения. 7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 7 Больная В., 73 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалуется на повышение температуры тела до 39°С, сильную головную боль, плохой сон, отсутствие аппетита. Из анамнеза выяснилось, что заболела 5 дней назад, 15.03.01., когда почувствовала озноб, боли в мышцах и суставах, головные боли. Спала очень плохо. 16.03 с утра температура тела 38,0°С, головная боль сохранялась. Четкой локализации головной боли не было, временами отмечала головокружение. 17.03. утром была рвота, сохранялись ознобы, сильная слабость. Температура тела не снижалась. Вызвала неотложную медицинскую помощь, были введены жаропонижающие средства, но без заметного эффекта. В ночь на 19.03., с ее слов, видела своего мужа (который умер 5 лет назад), разговаривала с ним. 19.03. самочувствие по-прежнему плохое, температура 35 оставалась высокой (39,6°С). В течение суток почти не спала. Вызвала врача на дом. Заболевание связывает с сильным переохлаждением. Во время Великой Отечественной войны была в эвакуации, тяжело болела, 2 месяца была в больнице. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 39,3°С. Больная возбуждена, беспокойна. Торопится много и быстро рассказать о своих переживаниях и ощущениях, о муже, детях, своей жизни. Лицо гиперемировано, глаза блестят, сосуды склер инъектированы – «кроличьи» глаза. На переходной складке конъюнктивы видны маленькие багровые пятнышки. Кожа сухая, горячая на ощупь. На коже боковых поверхностей туловища и грудной клетки обильная розеолезная и местами петехиальная сыпь. Язык высовывает с трудом, толчками. В легких выслушиваются сухие единичные хрипы, дыхание везикулярное. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца глухие. Пульс 112 уд. в мин. АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Печень увеличена, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции. Пальпируется край селезенки. Определяется ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига сомнителен. 1. Выделите ведущие синдромы. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Опишите патогенез основных синдромов 3. Назовите возможные осложнения основного заболевания. 4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется, то с какими? 5. Укажите, к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя. 6. Назовите показания к госпитализации больной. 7. Составьте план обследования больного. 8. Назначьте лечение. 9. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 8 Больной М., 40 лет, 10.08 вернулся из Таджикистана из командировки, где находился в течение месяца. 18.08. появилось недомогание, слабость, озноб, повысилась температура тела до 38,9°C. На следующий день появилась небольшая ломота в суставах, недомогание, температура держалась на уровне 37,80С. Вечером начался потрясающий озноб, который продолжался около 2-х часов, сильная ломота в мышцах и суставах, боли в пояснице, затем температура тела повысилась до 40,1°C, заболела голова, появилась тошнота. Через несколько часов температура снизилась до 38,0°C. Больной отмечал потоотделение, выраженную слабость. 20.08 и 21.08 - приступы лихорадки с ознобом 36 повторились. 22.08 самочувствие улучшилось, температура тела 37,4°C, аппетит снижен. 23.08 самочувствие вновь ухудшилось: поднялась температура тела до 40,0°C, беспокоила головная боль, тошнота, рвота 2 раза, суставные боли. Заметил, что потемнела моча, количество ее уменьшилось. Стул нормальный. В этот же день был госпитализирован в инфекционный стационар. В приемном покое: состояние тяжелое, больной бледный, температура тела 39,0°C. Склеры иктеричны, инъецированы сосуды склер. Кожа без сыпи. Язык покрыт густым белым налетом. Зев чистый. Катаральные явления отсутствуют. Дыхание везикулярное. Пульс 120 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/75 мм рт. ст. Тоны сердца отчетливые, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см. из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется болезненный край селезенки. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон. Диурез за последние сутки около 800 мл. В прошлом отмечает лишь эпизоды ОРВИ. В клиническом анализе крови: Эр. $3,8 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 110 г/л; лейкоциты $5,6 \cdot 10^9 /л$; п - 6, с – 44, л – 40, м – 10; тромбоциты $160 \cdot 10^9 /л$; СОЭ 27 мм /ч. Креатинин крови 0,4 ммоль/л; билирубин 48 мкмоль/л, (прямой 18 мкмоль/л); АлАТ 230 Ед/л. Общий анализ мочи: цвет темно-желтый, уд вес 1015; эритроциты – 10-15 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения; гиалиновые и зернистые цилиндры 7-10 в поле зрения. Уробилиноиды ++. 1. Выделите ведущие синдромы. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Опишите патогенез основных синдромов. 4. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания. 5. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется, то с какими? 6. Укажите, к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя. 7. Назовите показания к госпитализации больного 8. Составьте план обследования больного. 9. Назначьте лечение. 10. Перечислите профилактические мероприятия при этой инфекции.

Э т а л о н ы о т в е т о в к з а д а ч а м

Задача 1

1. Острая дизентерия, колитический вариант, форма средней тяжести, период разгара. 37
Диагноз подтверждается наличием остро возникших двух основных синдромов заболевания, характерных для дизентерии – интоксикационного и колитического: А) Интоксикационный синдром - слабость, озноб, ломота в теле, повышение температуры тела, головная боль. Б) Колитический синдром - боли приступообразного характера в нижней части живота, больше слева, в области сигмовидной кишки; ложные позывы к дефекации; пальпация болезненной, спазмированной сигмовидной кишки. Для колита характерен скудный кашицеобразный стул с патологическими примесями слизи и крови. Косвенно диагноз подтверждается эпидемиологическими данными. Форме средней тяжести дизентерии соответствует умеренно выраженный синдром интоксикации и выраженный колитический синдром - гемоколит с частым стулом. 2. Больной проживает в общежитии, поэтому его госпитализация обязательна по эпидемиологическим показаниям. 3. При подозрении на острую кишечную инфекцию проводят обязательное бактериологическое обследование больного – посев испражнений на патогенную флору: посев кала на дизентерийную и сальмонеллезную (тифопаратифозную) группы возбудителей, условно-патогенную флору. Верификация диагноза дизентерии осуществляется выделением культуры шигелл из испражнений. С 5-го дня болезни и повторно, через неделю или две необходимо провести серодиагностику – РНГА с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом. Нарастание титра антител в динамике заболевания от 1:200 и выше подтверждает диагноз дизентерии. При наличии в копроцитограмме слизи, лейкоцитов, эритроцитов. подтверждается колитический синдром.

Ректороманоскопия позволяет увидеть гиперемированную, с усиленным сосудистым рисунком слизистую, часто видны эрозии, язвы, иногда фибринные наложения. 4. Режим охранительный. Диета № 4 (по Певзнеру). Этиотропная терапия: ципрофлоксацин 0,5г 2 раза в день, 5-7 дней Патогенетическая терапия: обильное питье, дезинтоксикационные растворы – растворы Рингера, солевые растворы «Ацесоль», «Трисоль», «Лактосоль» внутривенно, капельно – по показаниям. Энтеросорбенты: полифепан, энтеросорб. Витаминотерапия – декамевит, глутамевит и др. Биологические бактериальные препараты: колибактерин (сухой, жидкий, в таблетках, капсулах), лактобактерин, бифидум-бактерин, бактисубтил и др. Эубиотические препараты лучше назначать после отмены антибактериальной терапии через 24 часа – 48 часов в течение 2 – 4 недель. 5. Заболевание относится к группе бактериальных кишечных инфекций, антропоноз. Источник инфекции – больной человек или бактериовыделитель. Механизм заражения - фекально-оральный. Путь передачи в данном случае – алиментарный. 38 6. Инфекционно-токсический шок, прободение язв кишечника с последующим перитонитом и кишечным кровотечением. Токсическая дилатация кишки. 7. Так как больной живет в общежитии, проводится бактериологическое обследование контактных лиц (посевы кала на дизентерийную, тифопаратифозную группу и УПФ), заключительная дезинфекция в очаге.

Задача 2

1. А) интоксикация – общая слабость, вялость, безучастность, головная боль, озноб, отсутствие аппетита, длительная фебрильная лихорадка, брадикардия, гипотония; Б) гепатоспленомегалия; В) розеолезная экзантема; Г) мезентериальный лимфаденит - вздутие живота, положительный симптом Падалки: . 2. Диагноз: Брюшной тиф, тяжелая форма, период разгара. 3. Синдром интоксикации связан с бактериемией, эндотоксинемией и воздействием токсинов на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы; гепатоспленомегалия - закономерно обусловлена генерализованным инфекционным процессом и специфическим (с образованием тифозных гранулем) поражением этих органов; розеолезная экзантема – результат диссеминации возбудителя в поверхностные слои кожи с развитием продуктивно-воспалительных изменений; мезентериальный лимфаденит - результат гиперплазии воспалительно-измененных лимфатических узлов брыжейки. В стенке тонкой кишки происходят закономерные стадийные изменения – мозговидное набухание лимфоидной ткани тонкой кишки, некротизация набухших лимфатических образований, отторжение некротизированных масс лимфоидной ткани и образование «грязных» язв, очищение язв от некротизированных тканей, период «чистых» язв, заживление язв. 4. Дифференцировать данное заболевание необходимо с сыпным тифом, малярией, бруцеллезом, сепсисом, туберкулезом, лимфогранулематозом. 5. Возможны специфические осложнения: инфекционно-токсический шок, кишечное кровотечение, прободение брюшнотифозной язвы, перфоративный перитонит. 6. При подозрении на брюшной тиф проводится обязательная провизорная госпитализация. Показания к госпитализации: эпидемиологические и клинические. 7. Гемограмма: можно обнаружить лейкопению с нейтрофильным сдвигом, анэозинофилию, относительный лимфоцитоз, тромбоцитопению, умеренное увеличение СОЭ. Общий анализ мочи: возможны протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия. Для верификации диагноза: бактериологическое исследование – посев киви, мочи, кала и дуоденального содержимого на среды, содержащие желчь (например, среда Раппопорт). 39 Ожидаемые результаты: - выделение гемокультуры возбудителя *S. Typhi abdominalis* с 1 дня болезни; - выделение уринокультуры со 2-й недели заболевания; - выделение копрокультуры со 2-3-й недели болезни; - посев дуоденального содержимого проводится для оценки бактериологической санации организма. Серологические методы: РНГА с комплексным сальмонеллезным антигеном с 5-7-го дня болезни и позднее в парных сыворотках. Положительной считается реакция в титре от 1:200 и выше (нарастание титра в 4 раза) 8. Постельный режим до 10-го дня нормальной температуры. Диета №4 – механически и химически щадящая. Антибактериальная терапия проводится в течение всего лихорадочного периода и в течение 10 дней периода апирексии (ципрофлоксацин, офлоксацин, левомицетин). Дезинтоксикационная терапия - раствор Рингера, гемодез, реополиглюкин, 5% раствор глюкозы. Витамины, ферменты. 9. Данное заболевание относится к группе бактериальных кишечных инфекций. Антропоноз. Источник инфекции – больной человек или бактериовыделитель. Механизм передачи – фекально-оральный. Пути передачи – водный, алиментарный и контактно-бытовой. 10. В очаге проводится заключительная дезинфекция, контроль за контактными лицами в течение 21 дня с ежедневной

термометрией и однократное бактериологическое исследование кала (посев кала на тифопаратифозную группу). Специфическая профилактика в очаге включает назначение бактериофага всем контактным лицам. В очаге брюшного тифа также осуществляют санитарный надзор за водоснабжением и канализацией.

Задача 3

1. Острый вирусный гепатит, желтушная форма, средней тяжести. Диагноз подтверждается цикличностью течения - сменой смешанного типа продромального периода (лихорадочный и диспепсический) желтушным периодом (разгара) заболевания и развитием следующих характерных синдромов: А) синдром интоксикации – общая слабость, вялость, усталость, снижение работоспособности, в продромальном периоде - повышение температуры тела; Б) диспепсический синдром - снижение аппетита, тошнота, рвота; В) синдром желтухи - иктеричность кожи и склер, потемнение мочи; Г) болезненность и увеличение размеров печени. Важное значение в диагностике имеет эпидемиологический анамнез: больная указывает на случаи заболевания вирусного гепатита в академии, где учится. Этот факт свидетельствует о возможности инфицирования больной, 40 наиболее вероятен фекально-оральный механизм. Предварительный диагноз – вирусный гепатит А. 2. Госпитализация при подозрении на вирусный гепатит осуществляется по эпидемиологическим и клиническим показаниям. 3. Важное значение в диагностике имеет лабораторное подтверждение наличия у больного гепатита, для этого решающее значение имеет выявление биохимических признаков гепатита: повышение в крови активности печеночноспецифических ферментов – АлАТ, уровня билирубина (преимущественно прямой фракции), изменение белковоосадочных проб – снижение сулемового титра и повышение тимоловой пробы. Раннее подтверждение нарушения пигментного обмена - наличие желчных пигментов в моче. Серологическое исследование для верификации типа вирусного гепатита: HAV Ig M, HBsAg, HCV AB. 4. Диета № 5 (по Певзнеру) Дезинтоксикационная терапия: - обильное питье, энтеральные средства – энтеродез, цитроглюкосолан, 5% раствор глюкозы; по показаниям - парентеральные растворы: 5% раствор глюкозы, р-р Рингера и т.д. Витаминотерапия, полиферментные препараты (мезим форте, панзинорм, фестал и др.). 5. При подтверждении диагноза вирусного гепатита А: антропоноз, заболевание относится к группе вирусных кишечных инфекций, Источник инфекции – больной человек. Механизм заражения - фекально-оральный. Путь передачи в данном случае, вероятно, алиментарный. 6. Возможно развитие обострений и рецидивов заболевания. Нередко возникают дискинезии желчевыводящих путей, возможно присоединение вторичной бактериальной инфекции. 7. Больные изолируются на 28 дней с начала заболевания; контактным проводят обследование в течение 35 дней – определение активности АлАТ в крови. В очаге проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами.

Задача 4

1. А). Синдром интоксикации – общая слабость, вялость, недомогание, повышение температуры тела в продромальном периоде. Б). Синдром энцефалопатии - вялость, заторможенность, дезориентация во времени и пространстве, помрачение сознания, нечеткая, смазанная речь. В) диспепсический синдром - отсутствие аппетита, тошнота, рвота; Г) синдром желтухи - иктеричность кожи и слизистых оболочек, потемнение мочи, Д) гепатомегалия - характерна для вирусного гепатита, уменьшение размеров печени на фоне прогрессирования синдрома интоксикации является признаком ОПН Е) геморрагический синдром - петехиальная сыпь на коже, экхимозы, желудочное кровотечение – рвота «кофейной гущей». 41 2. Острый вирусный гепатит, тяжелая форма, период разгара. Осложнения: Острая печеночная недостаточность, прекома I стадии. Геморрагический синдром: желудочное кровотечение. У больного в анамнезе гемотрансфузии и оперативные вмешательства в июне текущего года (за 5 месяцев до начала настоящего заболевания), что, вероятнее всего и привело к инфицированию (вирусный гепатит В или С). Тяжелая форма с ОПН, вероятно, результат вирусного гепатита В или микст-инфекции В+D .3. - синдром интоксикации вследствие нарушения дезинтоксикационной функции печени и развития некробиотических процессов в ней; - синдром энцефалопатии развивается в результате нарушения детоксицирующей функции печени и токсического воздействия на центральную нервную систему эндогенных токсинов, метаболических расстройств - диспепсический синдром - нарушение пищеварительной функции печени, желчеобразования -синдром желтухи результат нарушения процессов конъюгации и поглощения билирубина печенью при поражении гепатоцитов; - гепатомегалия при вирусном гепатите следствие отека и диффузного цитолиза

гепатоцитов, уменьшение размеров печени при ОПН - это результат массивного или субмассивного некроза печени -геморрагический синдром обусловлен снижением синтеза факторов свертывания крови (проконвертина, проакцелерина, протромбина) пораженной печенью, усилением процессов фибринолиза, тромбоцитопенией и развитием вследствие этого кровоточивости. 4. Острая печеночная недостаточность, геморрагический синдром - желудочное кровотечение, вторичные бактериальные инфекции. 5. Дифференцировать данное заболевание необходимо с лептоспирозом, сепсисом, токсическим поражением печени. 6. Вирусный антропоноз с гемоконтактным (парентеральным) механизмом передачи (вирусный гепатит В и С), который реализуется естественными (половым, вертикальным) и искусственными путями (при гемотрансфузиях, лечебно-диагностических вмешательствах и др.). Источник инфекции – больной вирусным гепатитом человек или вирусоноситель. 7. Показания к госпитализации: клинические (тяжелое течение) и эпидемиологические. 8. Гемограмма: возможны относительный лимфоцитоз, при ОПН - лейкоцитоз, тромбоцитопения, ускорение СОЭ. Функциональные тесты печени: значительное увеличение уровня билирубина в крови, повышение значений тимоловой пробы; повышение активности АлАТ, уменьшение сулемового титра, значительное снижение уровня протромбинового индекса (при остром вирусном гепатите до 60% и ниже). Серологическое исследование для верификации типа гепатита: HAV Ig M, HBsAg, HCV Ab, HDV Ab. 42 9. Интенсивная терапия. Метод управляемой гемодилуции – инфузионная дезинтоксикационная терапия с форсированием диуреза. II Парентерально необходимо вводить солевые и коллоидные растворы, гемодез, полиглокин, реополиглокин, белковые препараты (5%-10% альбумин, однократная свежезамороженная плазма и т.д). Обменные переливания крови. Важное значение имеют глюкокортикостероиды, ингибиторы протеолиза (контрикал). Показаны антиоксиданты, антибиотики. Витаминотерапия. Применяют методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция, лимфосорбция), метод гипербарической оксигенации. 10. Все контактные обследуются на наличие в крови HBsAg, активность АлАТ. При гепатите В разработана специфическая профилактика – вакцинация (генноинженерные вакцины).

Задача 5

1. Грипп, форма средней тяжести, период разгара. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдромом интоксикации. 2. При условии, что молодой человек проживает в отдельной квартире и переносит форму средней тяжести, госпитализация необязательна. 3. Экспресс-диагностика: метод иммунофлюоресценции (в мазкахотпечатках в слизистой носовой полости). Серологические методы РСК, РТГА с эритроцитарным антигеном в парных сыворотках (до 5-го дня болезни и после 12-го дня). 4. Режим постельный соблюдают в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питье. Этиотропная терапия: в первые 3 дня болезни целесообразно применять ремантадин, арбидол. Показано использование противогриппозного и нормального человеческого иммуноглобулина по 3-6 мл внутримышечно однократно. Антибактериальная терапия оправдана только при наличии бактериальных осложнений. Патогенетическая и симптоматическая терапия: при гипертермии показаны жаропонижающие средства, антигриппин, аскорбиновая кислота, препараты Са, десенсибилизирующие средства. Для уменьшения отделяемого из носа – капли нафтизина, галазолина. Щелочные ингаляции. Противокашлевые средства. В более поздний период (присоединение экссудативного компонента) целесообразны отхаркивающие средства. 5. Антропоноз, относится к группе вирусных инфекций дыхательных путей с аэрогенным механизмом и воздушно-капельным путем передачи. Источник – больной человек. 6. Пневмония (при присоединении бактериальной флоры), поражение нервной системы (арахноидит, полиневрит, полирадикулоневрит и др.), 43 поражение ЛОР-органов бактериальной природы (отит, гайморит, сфеноидит и др.), миокардит. 7. а) изоляция больного как источника инфекции (по возможности); б) влажная уборка и проветривание помещений; в) контактным лицам с целью профилактики применяют оксолиновую мазь, лейкоцитарный интерферон, ремантадин.

Задача 6

1. Менингококковая инфекция менингококкемия, гнойный менингит, тяжелое течение, разгар заболевания. Диагноз: подтверждается наличием следующих синдромов: А. интоксикационный синдром (высокая лихорадка, головная боль, рвота, дезориентация в пространстве и во времени) Б. менингеальный синдром – признаки гнойного менингита: - головная боль «пульсирующего» характера, тошнота, рвота, фотофобия, гиперактузия; положительный симптом Кернига и

ригидность затылочных мышц; - ликворологически данные (повышение цитоза до 15 400 кл в мл, нейтрофильный характер клеточного состава, указывающий на гнойный характер воспаления (99% нейтрофилов), и повышение содержания белка в спинномозговой жидкости; В. менингококкемия (выраженная интоксикация и геморрагическая сыпь на коже в виде звездчатых элементов сине-фиолетового цвета и петехий). 2. При подозрении на менингококковую инфекцию проводится обязательная госпитализация больного. Госпитализация необходима по эпидемиологическим и клиническим показаниям. 3. Ликворограмма, соответствующая гнойному менингиту. Бактериологическое исследование: посев крови, ликвора, слизи из носоглотки на среды для выделения менингококка. Серологическое исследование – метод РНГА в парных сыворотках. 4. Этиотропная терапия: пенициллин в высоких дозах (40-60 млн. ЕД в сутки) в/в и в/м, в случае развития инфекционно-токсического шока лечение начинают с левомицетина сукцината в суточной дозе 6,0 г. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия с форсированным диурезом кристаллоидными растворами: (5% раствор глюкозы, раствор Рингера, другие солевые растворы), а также коллоидными растворами (реополиглюкин, гемодез, желатиноль, декстран), одногруппная плазма, 5% альбумин. Глюкокортикостероиды. Осмодиуретики. 5. Источник инфекции : больной человек или бактерионоситель. Механизм заражения: аэрогенный. Путь передачи возбудителя - воздушнокапельный. Заболевание относится к группе бактериальных инфекций дыхательных путей. 6. Инфекционно-токсический шок, отек-набухание головного мозга, церебральная гипотензия, энцефалит, синдром Уотерхаузена--Фридериксена. 44 7. Выявление больных, их изоляция и госпитализация. Бактериологическое обследование контактных лиц (посев слизи из носоглотки на менингококк). В очаге инфекции наблюдение за контактными лицами осуществляют в течение 10 дней. В многолюдных помещениях следует проводить влажную уборку с использованием дезинфектантов, частое проветривание, кварцевание и ультрафиолетовое облучение.

Задача 7

1. А) синдром интоксикации, инфекционный делирий; Б) энантема - маленькие пятнышки багрового цвета на переходной складке конъюнктивы – симптом Киари-Авцына, которые становятся заметными с 3-4-го дня болезни; В) экзантема - розеолезно-петехиальная сыпь на боковых поверхностях туловища и груди; Г) острый менингоэнцефалит с бульбарными расстройствами - сильная головная боль, бессонница, головокружение, рвота, толчкообразные движения при попытке высунуть язык (симптом Говорова-Годелье), ригидность затылочных мышц, психические расстройства, бред, галлюцинации, status typhosus]. Д) гепатоспленомегалия – следствие генерализации инфекционного процесса. 11. Сыпной тиф ? Болезнь Брилла ? , тяжелая форма. 3. синдром интоксикационный патогенетически связан с риккетсиемией и эндотоксинемией. энантема и экзантема результат специфических сыпнотифозных изменений сосудов (риккетсиозный панваскулит) с гиперемией, стазом, тромбозом мелких сосудов, деструкцией эндотелия. острый менингоэнцефалит с бульбарными расстройствами возникает вследствие развития околососудистых специфических риккетсиозных гранулем в виде муфт (узелков Попова-Давыдовского) в головном мозге с преимущественным поражением серого вещества, промежуточного, среднего и продолговатого мозга; отека и набухания головного мозга; кровоизлияний в мягкие мозговые оболочки и мозг. гепатоспленомегалия – следствие генерализации инфекционного процесса. 3. Инфекционный делирий. Пневмония. Тромбофлебит. Пролетни. 4. Дифференциальный диагноз проводят с гриппом, пневмонией, геморрагическими лихорадками, менингококковой инфекцией, брюшным тифом и паратифами, другими риккетсиозами. 5. Сыпной тиф –бактериальный антропоноз с трансмиссивным механизмом заражения (переносчики - вши) и контаминационным путем передачи. Болезнь Брилла – реактивация инфекции у больного, ранее перенесшего сыпной тиф. Источник инфекции – больной эпидемическим сыпным тифом или болезнью Брилла (с педикулезом). 6. При подозрении на сыпной тиф больной подлежит обязательной госпитализации. Госпитализация в инфекционный стационар имеет клинические и эпидемиологические показания. 7. а) РСК и РНГА с риккетсиями Провачека (для болезни Брилла в отличие от сыпного тифа характерно наличие повышенного титра антител в серологических реакциях с начала заболевания: обнаружением IgM и IgG в ранние сроки болезни) б) клинический анализ крови (возможны: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитоз, плазматические клетки Тюрка, повышение СОЭ); в) общий анализ мочи (преходящая протеинурия, цилиндрурия); г) люмбальная пункция с последующим изучением ликвора (возможны признаки серозного менингита: лимфоцитарный цитоз, умеренное увеличение белка в

ликворе, умеренно положительные реакции Нонне-Апельта и Панди или синдром менингизма при нормальном ликворе). 8. А) Антибиотикотерапия: доксициклин (тетрациклин) или левомицетин. Назначают в течение всего лихорадочного периода и еще 2 дня после нормализации температуры тела. Дезинтоксикационная терапия: 5% раствор глюкозы, раствор Рингера и другие солевые растворы, реополиглюкин, желатиноль в объеме 1-1,5 л в сутки.. Форсированный диурез. 9. Наблюдение за контактными лицами (термометрия, осмотр контактных лиц, в том числе специально на педикулез) в течение 25 дней с момента госпитализации больной. При обнаружении педикулеза – дезинфекция, потивопедикулезные мероприятия.

Задача 8

1. А) синдром интоксикация (слабость, ломота в мышцах и суставах, снижение аппетита, рвота, головная боль, лихорадка неправильного типа с ознобом и потом) Б) гепатоспленомегалия В) синдром желтухи Г) острая почечная недостаточность - боли в пояснице, олигурия, азотемия 2. Малярия, первичные проявления, тяжелая форма. Тропическая малярия? Осложнения: острая почечная недостаточность. Заболевание появилось у человека, приехавшего из эндемичного по малярии региона с тропическим климатом. Заболевание развилось через 8 дней после возвращения из Таджикистана В прошлом малярией не болел. Вероятнее всего, данный случай является первичной инфекцией. Об этом свидетельствует начало заболевания с неправильным типом лихорадки. 3. Синдром интоксикации – результат гемолиза эритроцитов и выхода в плазму эритроцитарных белков, малярийных паразитов, продуктов их 46 метаболизма, антигенов, токсических и пирогенных субстанций плазмодиев и т.д.; - гепатоспленомегалия – обусловлена повышением активности системы мононуклеарных фагоцитов, гиперплазией ее элементов в печени и селезенке , - синдром желтухи имеет двойной генез:: гемолиз инвазированных эритроцитов (увеличивается непрямая фракция билирубина в крови); токсическое поражение печени (повышается прямая фракция билирубина в крови) - острая почечная недостаточность– обусловлена развитием острого тубулярного некроза за счет нарушения микроциркуляции в почках и гемолизом 4. Возможные осложнения: малярийная кома, инфекционно-токсический шок, отек легких, ДВС-синдром, острая печеночная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность. 5. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с гриппом, лептоспирозом, геморрагическими лихорадками, вирусными гепатитами, неинфекционной патологией почек 6. Паразитарный (протозойный) антропоноз с трансмиссивным механизмом заражения и инокуляционным путем передачи. Переносчики – комары (Anopheles). Источник инфекции – больной малярией и паразитоноситель. 7. При подозрении на малярию больной подлежит обязательной госпитализации в инфекционный стационар. Показания к госпитализации – клинические и эпидемиологические.. 8. Специфическая диагностика: обнаружение малярийных плазмодиев в препаратах крови – толстой капле и тонком мазке. В клиническом анализе крови: снижение уровня гемоглобина, анизоцитоз, увеличение числа ретикулоцитов, лейкопения с нейтрофильным сдвигом влево, тромбоцитопения. Функциональные пробы печени: уровень–повышаются обе фракции билирубина в крови, преимущественно за счет непрямой, иногда незначительно повышается уровень АлАТ. При острой почечной недостаточности в крови повышается уровень креатинина, мочевины, содержание калия, развивается ацидоз. 9. Этиотропная терапия: хинин внутривенно капельно в первые дни болезни с последующим переходом на пероральный прием хинина или мефлохина (однократно) в сочетании с доксициклином. Патогенетическая терапия: инфузионные средства для купирования интоксикации. В случае развития ОПН по показаниям - проведение гемодиализа. 10. Химиопрофилактика для лиц, выезжающих в эндемичные очаги (делагил, мефлохин) с учетом резистентности возбудителя, использование средств защиты от комаров, мелиоративные мероприятия.

3.3. Написание истории болезни

Схема истории болезни.

I. Паспортные данные и диагноз

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Место жительства.
4. Место работы, должность.
5. Дата поступления в стационар.

6. Диагноз направления в стационар.
7. Клинический диагноз при поступлении.
8. Окончательный диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания).

II. Жалобы больного

Указываются жалобы на момент курации и при поступлении в стационар, при наличии многочисленных жалоб, жалобы подразделяются по группам органов и систем.

III. Анамнез заболевания

1. Дата заболевания и время заболевания (если больной может точно указать когда заболел).
2. Наличие продромального периода и его характеристика (подробное изложение начальных симптомов заболевания).
3. Характер начала заболевания (острое, постепенное).
4. Наличие температуры и ее характеристика.
5. Дальнейшее последовательное изложение развития заболевания с отражением даты появления каждого нового симптома и их изменения по мере развития болезни.
6. Дата первичного обращения к врачу, предварительный диагноз, результаты амбулаторных лабораторных исследований.
7. Амбулаторное лечение (препараты, их суточные дозы, продолжительность курса, переносимость).
8. Динамика основных симптомов заболевания на фоне проведенного лечения.
9. Динамика болезни за время пребывания в стационаре, характер и эффективность проведенной терапии (до начала курации).

IV. Анамнез жизни

- физическое и умственное развитие больного;
- перенесенные острые заболевания;
- наличие хронических заболеваний, характер получаемого лечения по поводу хронических заболеваний;
- патологическая наследственность (причины смерти родственников, перенесенные ими психические, онкологические и венерические заболевания, туберкулез);
- гинекологический анамнез у женщин (начало и характер менструального цикла, сведения о беременностях и родах);
- аллергологический анамнез;
- наличие травм и оперативных вмешательств.
- материально – бытовые условия (санитарно-гигиеническая характеристика жилища, питание – его регулярность и полноценность, причины и продолжительность нарушения режима);
- условия труда, профессиональные вредности и интоксикации;
- вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков и наркотиков);
- проведение вакцинопрофилактики, наличие медицинских отводов от прививок.

V. Эпидемиологический анамнез

Выявление возможного источника инфекции:

- образ и условия жизни больного (характер бытовых условий: частный дом, благоустроенная квартира, общежития), количество проживающих совместно с больным; - контакт с инфекционными больными;
- наличие домашних животных и грызунов;
- пребывание за границей;
- пребывание в эпидемически-неблагополучных очагах.

Выявление возможного механизма передачи инфекции:

При подозрении на заболевание с кишечным механизмом передачи выясняется:

- употребление сырой водопроводной воды, воды из непроверенных источников (колодцев, открытых водоемов);
- характер питания в течение 3 дней до заболевания: употребление молочных продуктов, овощей и фруктов, недоброкачественных пищевых продуктов;
- питание в местах общественного питания и покупка продуктов питания с рук.

При подозрении на заболевание с аэрозольным механизмом передачи выясняются:

- контакты пациента с больными с лихорадкой и респираторно-катаральными проявлениями; - пребывание в местах большого скопления людей.

При подозрении на заболевание, с трансмиссивным механизмом передачи выясняются:

- наличие эктопаразитов; - укусы членистоногих (комаров, слепней, клещей).

При подозрении на заболевание с контактным механизмом передачи выясняются:

- посещение общественной бани, парикмахерской, маникюрных и педикюрных кабинетов, рынков;
- наличие ранений, ушибов, потертостей, укусов животными.

При подозрении на заболевание с парентеральным механизмом передачи выясняются:

- проведение инъекций в медицинских учреждениях, трансфузии крови, инструментальных обследований с возможным нарушением целостности кожных покровов и слизистых (ФГДС, ФКС, фибробронхоскопии и т.д.), оперативные вмешательства, стоматологические манипуляции в течение 6 месяцев до заболевания;
- употребление психоактивных веществ инъекционно;
- наличие незащищенных половых контактов в течение 6 месяцев до заболевания;
- наличие в ближайшем окружении пациента больных ВИЧ, вирусных гепатитов.

Данные о пребывании на территории природно-очаговых заболеваний, распространенных в Самарской области (клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз, описторхоз): - информация о пребывании в лесу, употребление некипяченого молока в эпидсезон, присасывании клещей, перенесенные ранее КЭ и ИКБ, проведение специфической профилактики (введение противоклещевого иммуноглобулина), вакцинации и т.п.;

- информация об употреблении речной рыбы карповых пород (в сыром, вяленом, копченом, вареном, жареном виде), диагностировался ли раньше описторхоз, проводилась ли ранее дегельминтизация.

Эпид.анализ:

Вероятный источник инфекции.

Вероятный механизм и путь(и) передачи инфекции.

Вероятный фактор(ы) передачи инфекции.

VI. Данные объективного осмотра:

Общее состояние больного (тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное).

Температура тела.

Телосложение (астеническое, нормостеническое, гиперстеническое) и питание больного (ожирение, повышенное питание, нормальное питание, пониженного питания, кахексия), рост, вес.

Кожа: окраска (при наличии желтухи – ее интенсивность и равномерность), эластичность, влажность. Наличие высыпаний: характер сыпи, количество, локализация, эволюция сыпи. Видимые слизистые: цвет, наличие энантем.

Подкожная клетчатка: развитие, отеки.

Лимфатические узлы (локализация, размеры, подвижность, консистенция, болезненность, изменение кожи над ними).

Щитовидная железа (увеличена, не увеличена).

Мышцы (мышечная сила, тонус, болезненность, наличие уплотнений).

Кости (боли, болезненность при пальпации, деформация).

Суставы (конфигурация, наличие припухлости, красноты, активные и пассивные движения).

Органы кровообращения. Пульс: частота, ритм (дикротия, аритмия, наполнение и напряжение, симметричность), напряженность и наполнение пульса. Набухание, пульсация, варикозное расширение вен. Выпячивание и пульсация в области сердца. Сердечный и верхушечный толчок: локализация и характер. Перкуссия: границы относительной тупости сердца (левая, правая, верхняя). Аускультация: ритм и характер тонов на верхушке и основании сердца, наличие патологических шумов. Кровяное давление (артериальное).

Органы дыхания. Дыхание через нос. Выделения из носа, носовые кровотечения. Перкуссия и пальпация придаточных носовых пазух. Частота дыхания. Одышка, приступы удушья. Голос. Грудная клетка: форма, симметричность, деформация. Дыхание: тип, симметричность дыхательных движений. Глубина и ритм дыхания, число дыханий в одну минуту. Участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры. Перкуссия грудной клетки: сравнительная и топографическая (верхние и нижние границы легких), подвижность нижнего края легких в см по среднеключичной и лопаточной линиям. Аускультация: характер дыхания, хрипы, шумы трения плевры и т.д. Голосовое дрожание. **Органы пищеварения.** Губы. Десны. Зубы. Язык (подвижность, отечность, влажность, налет, рисунок, трещины). Ротоглотка (энантема на слизистой щек и неба, гиперемия зева, отечность язычка, состояние миндалин – увеличение, наличие налетов и их характер). Живот (форма, участие в акте дыхания, поверхностная пальпация: болезненность при пальпации, урчание, крепитация, глубокая пальпация. Определение перитонеальных симптомов. Аускультация живота. Печень: определение верхней и нижней

границы по переднеаксиллярной, среднеключичной и парастеральной линиям справа. Размеры печени в см по Курлову (по среднеключичной и срединной линиям, левой реберной дуге). Пальпаторно: определение края печени ниже реберной дуги по линиям в см, плотность, поверхность, край, болезненность; пальпация желчного пузыря, наличие пузырных симптомов. Селезенка: перкуторные границы. Данные пальпации (увеличение в см, консистенция, край, болезненность). Стул: характер: консистенция, цвет, наличие примесей; частота стула.

Мочеполовая система. Визуальные изменения поясничной области, пальпация области почек. Диурез, дизурические явления (анурия, олигоурия, анурия, полиурия, никтурия). Менструальный цикл и его нарушения. Изменения со стороны предстательной железы. **Нервная система.** Сознание (ясное, помраченное, состояние ступора или сопора, бессознательное состояние, кома, бред, галлюцинации). Интеллект, настроение. Повышенная возбудимость (эйфория, чрезмерная говорливость, агрессивность), угнетение (вялость, апатия, сонливость, оглушенность). Наличие судорог. Головные боли, головокружение, сон, память, речь. Менингеальные симптомы. Двигательная сфера и чувствительная сфера. Походка. Наличие патологических рефлексов. Тремор языка, век и кистей рук.

Органы зрения. Глазное яблоко, экзофтальм, нистагм, стробизм, птоз, анизокория, острота зрения, наличие «тумана», «сетки» перед глазами, диплопии.

Органы слуха. Выделения из уха, болезненность при давлении на козелок или при поколачивании по сосцевидному отростку.

Физиологические выделения:

По результатам объективного осмотра выделяют синдромы.

VII. Предварительный диагноз и его обоснование:

Предварительный диагноз ставится на основании данных, полученных при обследовании больного (жалобы, анамнез болезни, эпидемиологический анамнез, результаты объективного обследования). Для того, чтобы обоснование диагноза было убедительным, необходимо использовать лишь типичные для этого заболевания проявления и признаки, обобщая и резюмируя их.

VIII. Дифференциальный диагноз (развернутый, подробный)

Проводится конкретно в отношении заболевания у курируемого больного с использованием анамнестических, клинических и лабораторных данных. Дифференциальный диагноз может быть изложен в табличной и повествовательной форме. При этом необходимо проводить сопоставление и противопоставление данных эпид. анамнеза, клинических симптомов.

IX. План лабораторных исследований.

X. Интерпретация данных лабораторных и инструментальных обследований

В историю болезни вносятся результаты всех лабораторных, инструментальных, рентгенологических и морфологических исследований в динамике с указанием даты проведения исследования. Проводится заключение по результатам каждого из анализов.

XI. План лечения и его обоснование

Режим, диета, медикаментозные средства с указанием дозировки, способа введения и длительности терапии, краткое обоснование их назначения.

XII. Дневник течения заболевания

С отражением динамики заболевания, указанием диеты и режима, перечнем медикаментозной терапии

ДАТА	ЖАЛОБЫ ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС	НАЗНАЧЕНИЯ
температура тела, частота пульса, ЧД, АД		(диета, режим, планобследования, изменение в медикаментозной терапии) Подпись студента (за каждый день курации)

К дневнику прилагается температурный лист с условными обозначениями.

XIII. Окончательный диагноз и его обоснование

Окончательный диагноз должен быть сформулирован и обоснован данными клинического обследования и наблюдением в динамике, исключением других заболеваний и подтвержден методами специфического лабораторного обследования или комплексом чувствительных лабораторных тестов. Здесь же указывается клиническая форма и тяжесть течения заболевания (легкое, средней тяжести или тяжелое), а также осложнения и сопутствующие заболевания.

XIV. Прогноз и его обоснование.

XV. Критерии выписки больного из стационара.

XVI. Рекомендации при выписки больного из стационара, диспансерное наблюдение больного.

XVII. ЛИТЕРАТУРА:

3.4. Разбор тематического больного.

Разбор больного с острой кишечной инфекцией.

1. Знакомство с планировкой инфекционной больницы. Обратить внимание на павильонный тип строения инфекционной больницы, на принцип отдельной госпитализации больных как по нозологическим формам заболевания, так и по их этиологической структуре. 2. Обратить внимание на важность мероприятий, направленных на предупреждение нозокомиальных инфекций (перекрестная, суперинфекция). 3. Знакомство с работой приемного покоя (особенности его устройства, инвентарь, правила санитарной обработки больных, методы дезинфекции, дезердства, документация). 4. Знакомство с работой диагностического (боксированного) отделения. Структура мельцеровских боксов, их значение (госпитализация больных с сомнительным диагнозом, смешанной инфекцией, наличием контакта по инфекционному заболеванию). 5. Знакомство с основными организационными принципами работы отделения для больных с желудочно-кишечными инфекциями (вопросы госпитализации, размещение с учетом типа возбудителя, одномоментность заполнения палат). 6. Эпидемиологический анамнез (наличие в окружении детей и взрослых с дисфункцией кишечника, реконвалесцентов и т. д.). 7. Анамнез болезни: лихорадка, беспокойство, нарушение аппетита, рвота, частота и характер стула и т. д. 8. Анамнез жизни: особенности преморбидного фона, развитие ребенка, вид вскармливания. 9. Объективное обследование больного: оценка общего состояния, осмотр кожи, подкожной клетчатки (влажность, эластичность, тургор тканей), осмотр слизистых полости рта и зева, исследование сердечнососудистой системы, исследование органов дыхания, исследование нервной системы, исследование пищеварительной системы и органов брюшной полости (вздутие живота, пальпация органов брюшной полости, зоны болезненности, частота и характер стула; осмотр испражнений, состояние ануса), исследование мочевыделительной системы. 10. Данные лабораторного исследования (анализ крови, анализ мочи, копрограмма, бактериологическое исследование кала, серологические исследования). 11. Обоснование клинического диагноза. 12. Обоснование комплексной рациональной терапии (санитарно-гигиенический режим, диета – дозированное вскармливание при токсикозах), медикаментозная терапия (этиотропная, антитоксическая, регидратационная (Оральная и инфузионная), симптоматическая, витаминотерапия, стимулирующие средства и др.), в зависимости от наличия симптомов токсикоза, эксикоза (дегидратации) и его типов. Меры оказания неотложной помощи (посиндромно). 13. Сроки выписки из стационара (сроки изоляции). 14. Меры профилактики. 15. Решение задач. 16. Знакомство со структурой и принципами работы санаторного отделения для детей раннего возраста, перенесших кишечные инфекции.

Разбор больного с ветряной оспой.

1. Знакомство с анамнезом заболевания и эпиданамнезом больных ветряной оспой. 2. Тщательный осмотр этих больных. Обратить особое внимание на выраженность симптомов интоксикации, сроки и порядок появления экзантемы, локализация сыпи (волосистая часть головы, лицо, живот, туловище, конечности), везикулярный характер сыпи, особенности сыпи при ветряной оспе (форма, величина, характер содержимого элементов сыпи, корочки, полиморфизм высыпаний). Обратить внимание на поражение слизистых оболочек. Обратить внимание на различный характер высыпаний при буллезной, пустулезной, гангренозной и геморрагической формах ветряной оспы. 15. Обоснование диагноза у данного больного. 16. Провести дифференциальный диагноз с натуральной оспой. 17. Принципы лечения данного больного. 18. Сроки изоляции и правила выписки данного ребенка в детский коллектив. 19. Знакомство с анамнезом и эпиданамнезом больного эпидемическим паротитом. 20. Осмотр больного с эпидемическим паротитом. 21. Обратить внимание на продромальные симптомы заболевания, характер поражения околоушной железы (распространенность, припухлость вокруг ушной раковины, болезненность слюнных желез, их консистенция, болезненные точки при ощупывании, состояние стенового протока, поражение других слюнных желез), выраженность симптомов общей интоксикации. 22. Последовательный осмотр данного больного по системам, обратив особое внимание на поражение других желез, желудочно-кишечного тракта, вовлечение в патологический процесс нервной системы и других органов. 23. Обоснование диагноза и основные принципы терапии данного больного. 24. Сроки изоляции и правила выписки данного больного.

25. Знакомство с анамнезом и эпиданамнезом больного с краснухой. 26. Последовательный осмотр больного. Обратит внимание на продромальные явления, поражение лимфатического аппарата, сроки появления и характер высыпаний, локализацию их, отсутствие этапности высыпаний, пигментации и шелушения. 27. Дифференциальный диагноз с корью, медикаментозной сыпью. 28. Принципы терапии больного коревой краснухой. 29. Сроки изоляции и правила выписки ребенка в детский коллектив.

Разбор больного с ОДН.

Работа у постели курируемого больного с ОДН: на ранних этапах развития патологического процесса определить вид дыхательной недостаточности - вентиляционная, шунто-диффузионная или нарушение механики дыхания. Составить алгоритм дифференциально-диагностических причин вентиляционной ОДН, которая м.б. связана с угнетением ЦНС (кома любой этиологии, ЧМТ, менингит или энцефалит, отравления; нарушением нервно-мышечной регуляции дыхания, с обструктивной ОДН (западение языка, о. эпиглотит, ларингоспазм, инородное тело в гортани и трахее и т.д. Определить степень тяжести ОДН и провести соответствующее лечение при I и II степенях, при III и IV степенях провести реанимационные мероприятия. Познакомиться с ИВЛ (искусственной вентиляцией легких). 2. Объективное обследование больного ОССН. В зависимости от остроты процесса и степени декомпенсации выделить две основные разновидности сердечной недостаточности: а) синдром малого сердечного выброса (СМСВ) одной из причин которого являются сердечные аритмии и застойную сердечную недостаточность. С практической точки зрения студент у постели больного должен уметь выделить три стадии ОСН: I стадия-уменьшение минутного объема, гиперволемиа, признаки застоя жидкости в одном или обоих кругах кровообращения; II стадия присоединение общей задержки жидкости с олигурией или анурией, появление периферических отеков, возможен отек легких; III стадия с развитием артериальной гипотензии на фоне перегрузки малого круга кровообращения. Назначить терапию в зависимости от вида ОСН – усиливающую сократительную способность миокарда: сердечные гликозиды, кардиотрофики, мочегонные, сосудорасширяющие и дезагреганты. При острой коронарной недостаточности (токсикоз Киша) – антиаритмическая терапия, ликвидация инфекционного токсикоза, лечение сердечной недостаточности и этиотропная терапия. 3. При курации ребенка с гипертермией определить ее вид (розовая или «бледная» лихорадка) и назначить соответствующее лечение. 4. При курации пациента с судорожным синдромом провести дифференциальную диагностику судорог и назначить соответствующее лечение

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Основные эпидемиологические понятия.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
2	Диагностика инфекционных болезней	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории

		болезни/ фрагмента истории болезни.
3	Профилактика	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
4	Принципы терапии инфекционных больных	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
5	Бактериозы: Кишечные инфекции.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
6	Бактериальные зоонозы.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
7	Другие бактериальные инфекции	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
8	Болезни, вызванные спирохетами, риккетсиями, хламидиями и микоплазмами	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
9	Вирусные инфекции дыхательных путей	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
10	Вирусные и прионные инфекции нервной системы	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
11	Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
12	Вирусный гепатит	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
13	ВИЧ-инфекция	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
14	Вирусные лихорадки, передающиеся членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
15	Протозойные инфекции	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
16	Гельминтозы	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
	ИТОГО СРС 24	

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям

оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для оценки истории болезни/фрагмента истории болезни:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя,

студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»;
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
 - Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
 - Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
 - Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
 - Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.
- Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Основные эпидемиологические понятия.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
2	Диагностика инфекционных болезней	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
3	Профилактика	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
4	Принципы терапии инфекционных больных	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
5	Бактериозы: Кишечные инфекции.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
6	Бактериальные зоонозы.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
7	Другие бактериальные инфекции	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
8	Болезни, вызванные спирохетами, риккетсиями, хламидиями и микоплазмами	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
9	Вирусные инфекции дыхательных путей	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
10	Вирусные и прионные инфекции нервной системы	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
11	Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек.	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
12	Вирусный гепатит	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.

13	ВИЧ-инфекция	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
14	Вирусные лихорадки, передающиеся членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
15	Протозойные инфекции	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
16	Гельминтозы	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
	ИТОГО СРС 24	

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» в соответствии с п.6.