

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай	
Александрович	F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A
Бунькова Елена	
Борисовна	F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 27 мая 2021 года
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**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

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. Оцените роль лихорадки при инфекционных болезнях.
5. Что такое экзо и эндотоксины?
6. Варианты конфигураций температурных кривых и их роль в диагностике инфекционных болезней.
7. Суть понятия «лихорадка неясного генеза».
8. 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. Приведите принципы забора материала для лабораторного исследования опоясывающего герпеса
9. Дифференциальная диагностика и лабораторная верификация HBV инфекции.
10. Особенности лабораторной верификации гепатита С.
11. Назначьте план обследования пациента с подозрением на ВИЧ-инфекцию.
12. Чем отличается ИФА от иммунного блота при обследовании лиц на ВИЧ-инфекцию?
13. Почему отрицательные данные ПЦР не могут быть основным показателем исключения у подозреваемого ВИЧ-инфекции?

Тема 3. Профилактика

1. Современная вакцинопрофилактика в РФ.
2. Основные современные возможности профилактики цирроза печени и первичной гепатокарциномы.
3. В чем суть профилактики ВИЧ-инфекции в России
4. Профилактика вирусных диарей
5. Общие положения Федерального Закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», основные приказы и постановления правительства, регламентирующие проведение вакцинации.
6. Выявление, регистрация лиц, контактировавших с больным или объектами, контаминированными (подозрительными) возбудителем болезни;
7. Временная изоляция лиц, контактировавших с больным, в случае выявления больного с подозрением на инфекционное заболевание в любом свободном помещении до решения специалиста управления.

Тема 4. Принципы терапии инфекционных больных

1. Оральная регидратация: принципы, правила и препараты
2. Современные антибактериальные препараты
3. Современные противовирусные препараты
4. Показания к назначению постельного режима при инфекционных болезнях.
5. Основные виды диет, назначаемые больным инфекционными заболеваниями
6. Основные осложнения медикаментозной терапии
7. Интенсивная терапия и показания к ней у инфекционных больных
8. Дайте характеристику этиотропной терапии, применяемой при лечении инфекционных больных.

9. Антибиотики бактерицидного и бактериостатического эффекта при лечении инфекционных больных
10. Суть и примеры патогенетической терапии.
11. Дайте характеристику эфферентной терапии у больных инфекционными болезнями.
12. Современные противовирусные препараты при парентеральных вирусных гепатитах
13. Лечение ОРВИ, гриппа; парагриппа; риновирусной инфекции; аденовирусной инфекции; респираторно-синцитиальной инфекции
14. Опишите клиническую картину опоясывающего герпеса и назначьте лечение больному
15. Назначьте лечение больному типичным вариантом простого герпеса.
16. Лечение больных острым гепатитом В, «золотой стандарт» терапии.
17. Что такое тритерапия при гепатите С?
18. Назовите основные группы антиретровирусных препаратов.
19. Обоснуйте показания к назначению больному антиретровирусной терапии.

Тема 5. Бактериальные инфекции, вирусные инфекции дыхательных путей, вирусные и прионные инфекции нервной системы

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. Опишите клинику ТОРС.
9. Какие нозологические формы входят в группу *Herpesviridea*?
 10. Какие возможны варианты течения простого герпеса?
 11. Перечислите клинические формы опоясывающего герпеса.
 12. Дайте характеристику вирусу простого герпеса.
 13. Дайте характеристику первичному и рецидивирующему вариантам простого герпеса
 14. Опишите клиническую картину наиболее часто встречающегося варианта простого герпеса.
 15. Что общего между ветряной оспой и опоясывающим герпесом?
 16. Характеристика возбудителя ротавирусной инфекции.
 17. Место ротавирусной инфекции в заболеваниях с диарейным синдромом.
 18. Особенности клиники ротавирусной инфекции.
 19. Профилактика вирусных диарей.
 20. Этиология и клиническая картина энтеровирусного гастроэнтерита.

Тема 6. ВИЧ-инфекция, Вирусные гепатиты

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?
19. К какой группе инфекций относится ВИЧ/СПИД?
20. Дайте характеристику возбудителю ВИЧ-инфекции.
21. Почему введены понятия «ВИЧ-инфекция» и «СПИД»?
22. Перечислите пути передачи ВИЧ.
23. Перечислите группы риска инфицирования ВИЧ.
24. Почему инфицированная кровь представляет наибольшую угрозу для заражения, однако не является основным путем инфицирования?
25. Назовите фазы течения ВИЧ инфекции.
26. Перечислите основные варианты органопатологии при ВИЧ инфекции.
27. Что входит в список СПИД ассоциированных заболеваний?
28. Приведите российскую классификацию ВИЧ инфекции.
29. Дайте характеристику 4й стадии ВИЧ инфекции.
30. Почему СПИД ассоциированные онкологические заболевания относятся к группе инфекционных?

3.2. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1

Задача 1 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°С. Вялая, адинамичная, не проявляет интереса к разговору. Сознание ясное. Кожа и склеры интенсивно иктеричны. Инъекции склер не отмечаются. 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.

Этalon ответа

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: НАV 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; контактными проводят обследование в течение 35 дней – определение активности АлАТ в крови. В очаге проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами.

Тема 2

Задача 1 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?

Эталон ответа

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 - диспептический 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 гемодилюции – инфузионная дезинтоксикационная терапия с форсированием диуреза. II Парентерально необходимо вводить солевые и коллоидные растворы, гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, белковые препараты (5%-10% альбумин, одноклассовая 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).

Тема 3

Задача 1

У студента, навестившего больного товарища, на 2-е сутки появились озноб, температура тела 39,1°С, 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.

Эталон ответа

1. Грипп, форма средней тяжести, период разгара. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдром

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 эритроцитарнымдиагностикомом 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) контактными лицам с целью профилактики применяют оксолиновую мазь, лейкоцитарный интерферон, ремантадин.

Тема 4

Задача 1

Пациент Б. 21 года, студент технического вуза, жалуется на боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет.

Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал по Оби. В программу путешествия входила рыбалка, грибная охота, знакомство с бытом народов Севера, что включало дегустацию пищи, в основном состоящую из рыбы разного приготовления.

Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье, повышаться температура до 37,1°C, появились отчётливые боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, аппетит снизился, появилось лёгкоподташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°C.

В Сибири находился впервые.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°C. Кожные покровы и склеры жёлтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчёсы отсутствуют. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счёт увеличенной печени, правая доля определяется ниже рёберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглён, поверхность гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации.

Положительные пузырные симптомы: Керра, Мерфи и Френикус.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 22%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины – 55%, глобулины: 1 – 3, 2 – 12,2, - 6,3, - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, непрямой - 18) мкмоль/л, АЛТ - 50 U/L (норма - 4-42 U/L); АСТ - 42 U/L (5-37 U/L), холестерин - 6,6 мкмоль/л, ЩФ – 392 (норма – 64-306), ГГТП - 170 U/L (норма 7 - 64 U/L), амилаза крови - 28 г/л (12-32 г/л в час). Копрограмма: нейтральный жир +, мышечные волокна непереваренные – ед. жирные кислоты и мыла жирных кислот +, большое количество бактерий. Паразиты не выявлены.

УЗИ печени: печень увеличена, размер правой доли - 169 (норма до 150), левая - 85 (норма до 70), структура однородная, экзогенность снижена, имеется расширение крупных внутривенных желчных протоков.

Рплёгих: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

ФЭГДС: в желудке и ДПК имеются участки гиперемии в виде полос.

Вирусологическое исследование: ИФА: вирусы А, В, Е – отрицательные.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе монотерапии или комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Эталон ответа

1. Наиболее вероятный диагноз: описторхоз.
2. Диагноз установлен на основании эпидемиологического анамнеза: пребывание в эндемичной зоне, употребление рыбы, в т.ч. возможно термически не обработанной, на основании наличия жалоб и симптомов поражения печени и желчевыводящих путей, наличия в периферической крови эозинофилии и маркеров холестаза.
3. Дополнительное обследование: дуоденальное зондирование, исследование желчи в т.ч. на наличие описторхов и их яиц, трехкратное исследование кала на яйца гельминтов, ИФА на антитела к антигенам описторхов.
4. Антигельминтный препарат празиквантел 0,025 г/кг 3 раза в сутки (однодневное лечение), учитывая диагноз и обоснование.
5. Не употреблять в пищу термически необработанную рыбу.

Тема 5

Задача 1

Больной Г., 18 лет, тракторист, работает в совхозе. Во время работы получил колотую рану левой стопы. В фельдшерском пункте, куда больной обратился за помощью, рана была обработана настойкой йода с последующим наложением повязки. Больной продолжал работать. Спустя неделю после ранения почувствовал общее недомогание, подергивание мышц вокруг раны, тянущие боли в ране, чувство напряженности, затруднение при открывании рта. Обратился к врачу поликлиники.

При осмотре выявлена бледность кожных покровов, при пальпации — ригидность мышц левой голени и стопы. Рот полностью не открывает.

Пульс — 100 уд/мин, ритмичный. Других патологических изменений при осмотре не выявлено.

Ваш предварительный диагноз? Диагностика.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Эталон ответа

Столбняк.

Лабораторные исследования на стационарном уровне :

· *Общий анализ крови:* нейтрофильный лейкоцитоз (может быть обусловлен сгущением крови), сдвиг формулы влево, анэозинофилия бывают обычно при сочетании столбняка с другой бактериальной инфекцией.

· *Общий анализ мочи:* в разгар болезни - повышение удельного веса мочи, появление белка.

· *Биохимические методы исследования:* при исследовании крови выявляют метаболический ацидоз, снижение резервной щелочности. Степень изменения этих показателей коррелирует с тяжестью течения. На фоне судорожного синдрома и дегидратации обычно возникают выраженная азотемия, креатенинемия. При сильной потливости развивается нарушение водно-электролитного баланса.

На фоне лихорадки, судорог часто выявляется гипопроотеинемия.

Усиление процессов сгорания жиров сопровождается липемией, а повышенный расход гликогена, снижение его количества в исчерпанных мышцах — гипогликемией.

Инструментальные исследования

· ЭКГ – синусовая тахикардия, при прогрессировании заболевания возможно нарушение сер-

дечного ритма, появление отрицательного зубца Т.

· Рентгенография органов грудной клетки – признаки пневмонии.

Показания для консультации специалистов:

· консультация хирурга и травматолога – при переломах, разрывах сухожилий, массивных кровотечениях;

· консультация невропатолога – при дифференциальной диагностики с поражениями ЦНС.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ : лечение столбняка осуществляется в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Немедикаментозное лечение:

· **Лечебно-охранительный режим:** отдельная палата, исключаются любые звуковые, световые и прочие раздражители. При применении миорелаксантов - использование противопролежневых матрацев и проведение регулярного массажа грудной клетки для уменьшения вероятности развития пневмоний.

· **Диета:** полноценное энтеральное (зондовое) и/или парентеральное питание специальными питательными смесями, концентрированными растворами глюкозы (10–70%), смесями аминокислот и жировыми эмульсиями. Питание осуществляется из расчёта (учитывая большие энергозатраты при судорогах и высокой температуре) 2500–3000 ккал/сут.

Медикаментозное лечение:

Специфическая (основная терапия):

· сыворотка противостолбнячная лошадиная очищенная концентрированная жидкая, однократно с предварительной десенсибилизацией по Безредке - в дозе 100 000 - 200 000 МЕ внутривенно (в соответствии с инструкцией);

· столбнячный анатоксин (в соответствии с инструкцией).

Противосудорожная терапия для устранения судорог, угрожающих расстройствам дыхания:

· диазепам – по 5-10 мг в/м, в/в (нагрузочная доза), затем по 0,03-0,1 мг/кг каждые 5-6 ч (поддерживающая доза) (УД-А [6,7]);

или хлорпромазина гидрохлорид, в/м, 50-150мг/сут каждые 4-8 часов (УД-А[6,7]).

При отсутствии эффекта от противосудорожных препаратов (как правило, при IV степени тяжести), когда заболевание быстро прогрессирует несмотря на введение нейроплегических средств, проводят миорелаксацию с применением миорелаксантов антидеполяризующего действия и искусственную вентиляцию легких, которую через 4–6 суток проводят через специально наложенную трахеостому. При очень тяжелых формах столбняка искусственная вентиляция легких с применением миорелаксантов продолжается длительное время (до 2-3 недель и более).

Миорелаксанты антидеполяризующего действия:

· пипекурония бромид в/в в дозах 20-85 мкг/кг, при необходимости увеличения продолжительности действия вводят 1/4 от начальной дозы (10-15 мкг/кг);

· *или* рокуроний бромид, нагрузочная доза 0.6 мг/кг, поддерживающая доза составляет 5-10 мкг/кг/мин. Их применяют как изолированно, так и в сочетании с наркотическими анальгетиками (нейролептаналгезия), антигистаминными препаратами (дифенгидрамин 30–60 мг/сут), барбитуратами (фенобарбитал *или* хлорпромазин). Указанные суточные дозы препаратов вводят внутримышечно или внутривенно в 3–4 приёма. Комбинированное введение препаратов потенцирует их эффект.

Антибактериальная терапия:

Этиотропная терапия

· метронидазол - внутривенно капельно 0,5 г каждые 6 часов в течение 7-10 дней;

· клиндамицин 300 мг x 2-4 раза в сутки в/м, в/в, 7-10 дней,;

· *или* доксициклин 100-200 мг/сут 7-10 дней.

Для профилактики и лечения осложнения в виде пневмонии и сепсиса:

Цефалоспорины II и III поколений:

· цефтриаксон по 1,0 - 2,0 г x 1-2 раза в сутки, в/м, в/в, 7-10 дней;

· *или* цефуроксим по 0,75-1,5 г x 2-3 раза в сутки в/м, в/в, 7-10 дней;

· *или* цефотаксим по 1-2 г x 1-2 раза в сутки, в/в, в/м, 7-10 дней.

Перечень основных лекарственных средств:

· сыворотка противостолбнячная лошадиная очищенная концентрированная жидкая, раствор для в/м введения в ампулах по 50000 МЕ;

· столбнячный анатоксин, в ампулах по 0,5 мл (одна прививочная доза) или 1 мл

(2прививочные дозы);

- диазепам – раствор для инъекций 0,5% по 2,0 мл;
- хлорпромазин, раствор для инъекций 2,5%, 2,0 мл;
- тримепиридин 1% - 2,0 мл;
- дифенгидрамин 2% - 2,0 мл;
- пипекурония бромид, субстанция-порошок стерильный, банка (баночка) темного стекла 20 г, 50 г, 100 г, 200 г.

Задача 2

Больная С., 53 года. Заболела остро. Появились озноб, головная боль, повысилась температура до 39,8 °С, была 2 раза рвота. На второй день болезни заметила в области нижней трети правой голени уплотнение, болезненность и покраснение участка кожи 5 x 8 см. Измененный участок кожи 38 четко ограничен в виде валика, кожа горячая, чувствительная при ощупывании. Паховые лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Температура в течение всех дней болезни держится на высоких цифрах, выражены явления интоксикации.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Эталон ответа

Рожа, эритематозная форма

Лабораторные исследования

- ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, тромбоцитопения, увеличение СОЭ.
- ОАМ: протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия (при тяжелом течении заболевания в результате токсического поражения почек).
- С-реактивный белок: повышение содержания.
- биохимический анализ крови (по показаниям): определение содержания общего белка, альбумина, электролитов (калий, натрий), глюкозы, креатинина, мочевины, остаточного азота).
- коагулограмма: при нарушениях в сосудисто-тромбоцитарном, прокоагулянтном, фибринолитическом звеньях у больных с тяжелыми геморрагическими формами рожи – определение времени свертывания крови, активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса или отношения, фибриногена, тромбинового времени.
- сахар крови (по показаниям);
- иммунограмма (по показаниям).

Инструментальные исследования

- ЭКГ (по показаниям);
- рентгенография органов грудной клетки (по показаниям);
- УЗИ органов брюшной полости, почек (по показаниям).

Тактика лечения

В амбулаторных условиях осуществляется лечение легких форм рожи.

Немедикаментозное лечение

Постельный режим– до нормализации температуры, при поражении нижних конечностей – в течение всего периода заболевания.

Диета: общий стол (№ 15), обильное питьё. При наличии сопутствующей патологии (сахарный диабет, заболевание почек и др.) назначают соответствующую диету.

Медикаментозное лечение

Этиотропная терапия. При лечении больных в условиях поликлиники целесообразно назначать один из нижеперечисленных антибиотиков:

- бензилпенициллина натриевая соль 1 000000 ЕД x 6 раз/сутки, в/м, 7-10 дней [УД – А];
- или
- амоксициллин/клавуланат внутрь по 0,375- 0,625 г через 2-3/раз в сутки 7-10 дней [УД – А];
- или макролиды:
- эритромицин внутрь по 250-500 мг 4 раза/сутки 7-10 дней [УД – А];
- азитромицин внутрь – в 1-й день по 0,5 г, затем в течение 4 дней – по 0,25 г один раз в день (или по 0,5 г в течение 5 дней) [УД – А],

или

· спирамицин внутрь – по 3 млн. МЕ два раза в сутки (курс лечения 7-10 дней) [УД – А]

или

· рокситромицин внутрь – по 0,15 г два раза в день (курс лечения 7-10 дней) [УД – А] или др. или фторхинолоны:

· левофлоксацин внутрь – по 0,5 г (0,25 г) 1-2 раза в день (курс лечения 7-10 дней) [УД – А].

Патогенетическая терапия:

Нестероидные противовоспалительные препараты (противопоказаны при геморрагических формах рожи):

· индометацин по 0,025 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 10–15 дней [УД – В]

или

· диклофенак по 0,025 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 5-7 дней [УД – В]

или

· нимесулид по 0,1 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 7–10 дней [УД – В]

или

· ибупрофен по 0,2г, 2-3 раза в сутки, внутрь в течение 5-7 дней [УД – В].

Симптоматическая терапия *при лихорадке, один из нижеперечисленных препаратов:*

· ибупрофен 200 мг, 400 мг, внутрь ;

или

парацетамол 500 мг, внутрь

Десенсибилизирующая терапия:

· мебгидролин внутрь по 0,1-0,2 г 1- 2 раза в сутки[

или

· хифенадин внутрь по 0,025 г — 0,05 г 3—4 раза в сутки

или

· хлоропирамин внутрь по 0,025 г 3-4 раза в сутки

или

· цетиризин внутрь по 0,005-0,01г 1 раз в сутки, 5-7 дней

или

· лоратадин по 0,01г внутрь 1 раз в сутки

Задача 3

Больной И., 19 лет. Заболел остро с умеренной головной боли, общей слабости, повышения температуры до 38 °С. В этот же день появи-лась резь в глазах, гнойное отделяемое из глаз, заложенность носа, боли в горле при глотании.

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Конъюнктивит. Затрудненное носовое дыхание, отечность и гиперемия слизистой оболочки носа. Лакунарная ангина. Увеличены подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы, печень и селезенка.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте план обследования.

Эталон ответа

Аденовирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз.

Лабораторные исследования:

ОАК;

· биохимический анализ крови (АлТ, АсТ, креатинин, мочеви́на, белок, холестерин);

· серологический анализ крови (ИФА) с определением показателя индекса авидности;

· ПЦР крови.

· ОАК: лейкопения/умеренный лейкоцитоз ($12-25 \times 10^9/\text{л}$); лимфоцитоз до 80-90%;

нейтропения; плазматические клетки; увеличение СОЭ до 20-30 мм/ч; атипичные мононуклеары (отсутствие или увеличение от 10 до 50%).

· Биохимический анализ крови: умеренная гиперферментемия, гипербилирубинемия.

· Коагулограмма: время свертывания крови, активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс или отношение, фибриноген, тромбиновое время.

· Серологический анализ крови (ИФА): обнаружение специфических антител ВЭБ

специфичности (IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG-EBNA) с определением показателя индекса avidности.

· Полимеразная цепная реакция (ПЦР): обнаружение в крови ДНК вируса Эпштейна-Барр.

Инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости, почек;
- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки (по показаниям);
- рентгенограмма придаточных пазух (по показаниям);
- эхокардиография (по показаниям);
- КТ/МРТ (по показаниям);
- электроэнцефалография (по показаниям);
- стерильная пункция с цитологическим исследованием мазков костного мозга (по показаниям).

Дифференциальная диагностика с корью, ЦМВИ, ВИЧ, острая ангина, вирусный гепатит, лимфогранулематоз

Тактика лечения

Лечение больных проводится в амбулаторных условиях и условиях стационара.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- период болезни;
- тяжесть заболевания;
- возраст больного;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

В амбулаторных условиях осуществляется лечение легких форм инфекционного мононуклеоза при отсутствии осложнений и наличии возможности организовать изоляцию больного от здоровых лиц.

Режим. Диета.

- Изоляция больного в острый период болезни;
- Режим: постельный (в течение периода лихорадки), полупостельный;
- Диета: стол № 5 (предпочтительно).

Медикаментозное лечение

Этиотропная терапия.

- ацикловир, внутрь 10-15 мг/кг веса в течение 10-14 дней [УД – В]
- интерферон человеческий рекомбинантный альфа2b– по 1 свече (500 000 - 1000000 МЕ) 2 раза в день ректально в течение 5-10 дней [УД – В]

Антибиотики назначают при тяжелых формах заболевания, при выраженных гнойно-некротических изменениях в зеве и резком палочкоядерном сдвиге в анализах крови. При этом целесообразно назначать один из нижеперечисленных антибиотиков:

Фторхинолоны:

- ципрофлоксацин– внутрь по 0,5 г 1-2 раза в день (курс лечения 7-10 дней) [УД – А]
- или
- левофлоксацин – внутрь, по 0,5 г (0,25 г) 1-2 раза в день (курс лечения 7-10 дней) [УД – А]

Цефалоспорины:

- цефотаксим – в/м, в/в по 1,0 г 2 раза в день в течение 7-10 дней [УД – А]
- или
- цефтриаксон – в/м, в/в по 1,0 г 2 раза в день в течение 7-10 дней

NB! При инфекционном мононуклеозе противопоказаны следующие антибиотики:

- ампициллин – в связи с частым появлением сыпи и развитием лекарственной болезни;
- левомицетин, а также сульфаниламидные препараты – в связи с угнетением кроветворения;
- макролиды (азитромицин) – редко возможно появление сыпи.

Патогенетическая терапия:

- полоскание ротоглотки раствором антисептиков (с добавлением 2% раствора лидокаина (ксилокаина) при выраженном дискомфорте в глотке).

Нестероидные противовоспалительные препараты:

- ибупрофен по 0,2г, 2-3 раза в сутки, внутрь в течение 5-7 дней

или

- парацетамол 500 мг, внутрь

или

- диклофенак по 0,025 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 5-7 дней

Десенсибилизирующая терапия:

- хлоропирамин внутрь по 0,025 г 3-4 раза в сутки

или

- цетиризин внутрь по 0,005-0,01г 1 раз в сутки, 5-7 дней

или

- лоратадин по 0,01г внутрь 1 раз в сутки

Тема 6

Задача 1 Женщина, 30 лет. Диагноз ко-инфекция ВИЧ+ХГС (анти-НСV+, РНК ВГС+) установлен 8 лет назад. ПИН 11 лет.

Анамнез: в течение последнего месяца беспокоила головная боль, слабость, которые усиливались с течением времени. 26.01. появились судороги, расстройство сознания с психоневрологическими симптомами, правосторонний гемипарез. Моторная и сенсорная афазия. Менингеальные симптомы отрицательные.

Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения. Орофарингеальный кандидоз. Онихомикоз ногтей стоп.

Исследования:

ОАК: лейкоциты — $3,4 \times 10^9$ /л, Нв — 97 г/л, э. — 49 %, л. — 24 %, СОЭ — 57 мм/ч.

БАК: повышена активность АЛТ до 140 ЕД/л.; ОАМ: эритроциты — 6–8 в поле зрения; рентгенография органов грудной клетки — без патологии.

КТ — головного мозга: в левой теменной области определяется зона отека с наличием очагов пониженной плотности — 26 x 27 мм слева, 17 x 16 мм — справа с признаками компрессии тела и передних рогов левого бокового желудочка. В левой височной области: зона пониженной плотности с неровными нечеткими контурами.

Предполагаемый диагноз?

План дообследования?

План эмпирической терапии?

Эталон ответа

ВИЧ-инфекция. Токсоплазмоз головного мозга.

Методы исследования

1.ПЦР: обнаружение ДНК *T. gondii* в крови, ликворе и биоптатах.

2.Серологические методы:

2.1 ИФА: обнаружение специфических антител (в динамике с интервалом 3-4 недели) с определением принадлежности антител к классам IgM (для дифференциальной диагностики острого и хронического процессов) и IgG;

2.2 Иммуноблот (Line-blot):

- выявление специфических антител к отдельным белкам *T. gondii*;
- выявление низкоавидных IgG – антител в сыворотке крови с расчетом индекса авидности (ИА), при первичной постановке диагноза (диагностика первичной инфекции), особенно у беременных женщин, когда не определяются специфические антитела класса IgM.

План терапии

Тактика лечения осуществляется с учетом:

- клинической формы (острая, хроническая с активацией инфекционного процесса);
- степени тяжести (легкая, среднетяжелая, тяжелая);
- органной патологии (энцефалит, миокардит, пневмония, хориоретинит, гепатит и др.).

Применяют сочетание (комбинацию) пириметамина с сульфаниламидами или антибиотиками.

- пириметамин - по 75 мг в сутки, однократно, внутрь в течение первых 3-х дней лечения, затем по 25 мг в сутки, однократно с 4-го по 7-й день лечения;
- сульфадиазин по 500 мг 4 раза в сутки, внутрь в течение 7 дней или (при плохой переносимости сульфадиазина):

· приметами (по вышеуказанной схеме) в комбинации с клиндамицином по 450 мг 4 раза в сутки, внутрь в течение 7 дней.

Проводят 1 курс лечения.

одновременно назначают кальция фолиат по 2-10 мг в сутки, внутрь на весь период лечения этиотропными препаратами или ко-тримоксазол – 480 мг (сульфаметоксазол 400 мг + триметапим 80 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 суток. Проводят 2 курса с интервалом в 10 суток. Одновременно применяют фолиат кальция по 2-10 мг в сутки.

Патогенетическая терапия проводится в зависимости от характера органной патологии.

· глюкокортикоиды - при хориоретините и поражении ЦНС.

При необходимости назначают:

· десенсибилизирующие лекарственные средства.

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, олигурия, 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:

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	Бактериальные инфекции, вирусные инфекции дыхательных путей, вирусные и прионные инфекции нервной системы	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
6	ВИЧ-инфекция. Вирусные гепатиты	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
	ИТОГО СРС 48	

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	Бактериальные инфекции, вирусные инфекции дыхательных путей, вирусные и прионные инфекции нервной системы	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
6	ВИЧ-инфекция. Вирусные гепатиты	Решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, написание истории болезни/ фрагмента истории болезни.
	ИТОГО СРС 48	

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