федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по дисциплине

Инфекционные болезни

по специальности 31.08.49 «Терапия»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 «Терапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Инфекционные болезни» »является овладение знаниями, закрепление их и систематизация и формирование умений, необходимых для оказания медицинской помощи пациентам с инфекционными болезнями.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной работы  | Форма самостоятельной работы1 | Форма контроля самостоятельной работы*(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма контактной работы при проведении текущего контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины* |
| 1 |  | работа с конспектом лекции | Собеседование |  |
| 2 |  | работа над учебным материалом основной, дополнительной литературы, ресурсов Интернет | СобеседованиеТестированиеРешение проблемно-ситуационных задач |  |
| *Самостоятельная работа в рамках модуля*  |
| 111 | Модуль «Актуальные вопросы инфекционной патологии» | Подготовка к промежуточной аттестации | зачет | КСР/аудиторная |
| подготовка реферата | реферат | КСР |
| решение проблемно-ситуационных задач | решение проблемно-ситуационных задач | КСР |
| *Самостоятельная работа в рамках практических занятий**Модуля «Актуальные вопросы инфекционной патологии»* |
| 1. | Тема «Острые респираторные вирусные инфекции. Грипп» | - работа с конспектом лекции; - работа над учебным материалом (основной, дополнительной литературы);- составление плана и тезисов ответа; - решение ситуационных задач- подготовка презентаций по темам «Грипп у беременных», «Современные подходы к вакцинации гриппа», «Респираторный дистресс-синдром взрослых при гриппе» | СобеседованиеТестирование | аудиторная |
| 2. |  Тема «Геморрагические вирусные лихорадки. ГЛПС»  | - работа с конспектом лекции; - работа над учебным материалом (основной, дополнительной литературы);- составление плана и тезисов ответа; - решение ситуационных задач- подготовка презентаций по темам «*Дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок»*  | СобеседованиеТестированиеРешение проблемно-ситуационных задач | аудиторная |
| 3. | Тема «Дифференциально-диагностический поиск при менингитах различной этиологии» | - работа с конспектом лекции; - работа над учебным материалом (основной, дополнительной литературы);- составление плана и тезисов ответа; - решение ситуационных задач- подготовка презентации по темам *«Стрептококковый менингит», «Поражение ЦНС при клещевом энцефалите»* | СобеседованиеТестированиеРешение проблемно-ситуационных задач  | аудиторная |
| 4. | Тема «Хронические вирусные гепатиты» | - работа с конспектом лекции; - работа над учебным материалом (основной, дополнительной литературы);- составление плана и тезисов ответа; - решение ситуационных задач- подготовка презентации по теме «Исходы хронических вирусных гепатитов» | СобеседованиеТестированиеРешение проблемно-ситуационных задач  | аудиторная |
| 5. | Тема «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции» | - работа с конспектом лекции; - работа над учебным материалом (основной, дополнительной литературы);- составление плана и тезисов ответа; - решение ситуационных задач- подготовка презентаций по темам «Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе», «Поражение ЖКТ при ВИЧ/СПИДе» | СобеседованиеТестированиеРешение проблемно-ситуационных задач | аудиторная |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

 - основные определения;

 - не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходе лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**Вопросы для подготовки к практическим занятиям (самоподготовки)**

**Модуль № «Актуальные вопросы инфекционной патологии»**

***Тема «Острые респираторные вирусные инфекции. Грипп»***

1. Актуальность ОРВИ в современных условиях. Общие признаки ОРЗ.
2. Этиология гриппа и ОРВИ. Характеристика вирусов, вызывающих 0P3: гриппа, парагриппа, аденовирусов и др.
3. Вирусы гриппа, их характеристика. Устойчивость. Антигенная структура вирусов гриппа, циркулирующих на современном этапе. Механизмы изменчивости. Антигенный шифт, антигенный дрейф.
4. Эпидемиология гриппа. Источники инфекции, механизм и пути передачи. Эпидемии и пандемии гриппа. Восприимчивость населения. Иммунитет.
5. Патогенез гриппа: внедрение, репродукция вируса в клетках цилиндрического эпителия дыхательного тракта. Вирусемия и токсемия. Токсико-аллергические реакции. Значение вторичной инфекции. Исходы болезни.
6. Клиника гриппа. Ведущие синдромы и симптомы.
7. Осложнения гриппа. Пневмония. Респираторный дистресс-синдром взрослых. Клинические проявления, лабораторная и инструментальная диагностика.
8. Клиника других острых респираторных инфекций (риновирусной инфекции, парагриппа, аденовирусной инфекции, респираторно-синцитиальной инфекции): признаки токсикоза и ведущие синдромы поражения дыхательного тракта. Осложнения, дифференциальная диагностика.
9. Методы лабораторной диагностики гриппа и ОРВИ.
10. Принципы лечения: специфическое лечение гриппа, патогенетическая и симптоматическая терапия. Противовирусные препараты, механизм действия. Показания к назначению антибиотиков, гормональных препаратов.
11. Неотложные мероприятия при шоке, отеке легких, отеке-набухании мозга.
12. Профилактика гриппа и ОРЗ.

***Тема «Геморрагические вирусные лихорадки. ГЛПС»***

1. Определение ГЛПС. Шифр по МКБ
2. Актуальность ГЛПС на современном этапе.
3. Этиология. Генотипы вируса, их распространение. Устойчивость вируса ГЛПС в окружающей среде.
4. Характеристика природных очагов ГЛПC. Эпидемиология ГЛПС. Источники инфекции, пути передачи: воздушно-пылевой, алиментарный, контактный. Сезонность. Восприимчивость и иммунитет.
5. Патогенез и патологическая анатомия ГЛПС.
6. Клиника: инкубационный период, лихорадка, период геморрагических проявлений, олигоанурия, полиурия и реконвалесценция.
7. Осложнения при ГЛПС. Причины возможных летальных исходов.
8. Дифференциальный диагноз ГЛПС. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике.
9. Лабораторная диагностика и ее перспективы.
10. Лечение ГЛПС в зависимости от степени тяжести. Показании к этиотропной терапии, тактика при развитии ОПН, ДВС-синдрома. Прогноз.
11. Профилактика ГЛПС.

***Тема «Дифференциально-диагностический поиск при менингитах различной этиологии»***

1. Актуальность менингококковой инфекции в современных условиях.
2. Определение. Шифр по МКБ.
3. Этиология менингококковой инфекции. Свойства возбудителя: устойчивость, серологические типы менингококка.
4. Эпидемиология менингококковой инфекции. Источники инфекции. Роль носителей в распространении болезни. Механизм заражения. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет.
5. Патогенез: внедрение, назофарингит, менингококкцемия, преодоление гематоэнцефалического барьера, менингит. Роль аллергии в патогенезе шока. Патогенез церебральной гипертензии.
6. Клиника менингококковой инфекции. Клиническая классификация. Менингококковый назофарингит. Менингококкемия. Менингит, менингоэнцефалит. Редкие формы болезни. Клинические синдромы и симптомы.
7. Осложнения. Инфекционно-токсический шок, отек-набухание головного мозга.
8. Дифференциальная диагностика менингококкемии, менингитов различной этиологии.
9. Методы лабораторной диагностики. Показания к спинномозговой пункции. Оценка полученных результатов исследования. Дифференциальная диагностика. Бактериоскопическое, бактериологическое исследования. ПЦР. Лечение: этиотропная, патогенетическая терапия.
10. Принципы и тактика антибиотикотерапии.
11. Неотложные мероприятия при инфекционно-токсическом шоке, судорожном синдроме, отеке-набухании головного мозга.
12. Профилактика менингококковой инфекции.

***Тема «Хронические вирусные гепатиты»***

* 1. Классификация хронических гепатитов
	2. Причины хронизации при вирусных гепатитах различной этиологии, частота формирования хронического процесса при вирусном гепатите В, С.
	3. Клинические проявления хронических вирусных гепатитов
	4. Исходы хронических вирусных гепатитов. Цирроз печени, его проявления, классификация по Чайлд-Пью, осложнения
	5. Методы лабораторной диагностики хронических вирусных гепатитов. Биохимические показатели; специфические маркеры.
	6. Этиотропная терапия хронических вирусных гепатитов и цирроза печени. Группы препаратов (интерфероны, препараты прямого противовирусного действия, их классификация). Современные подходы к выбору препаратов и схем лечения. Противопоказания для назначения, возможные побочные действия. Критерии эффективности противовирусной терапии.
	7. Патогенетическая терапия хронических вирусных гепатитов.

***Тема «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции»***

1. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе. Распространение ВИЧ – инфекции в мире, РФ, Оренбургской области. Социально-биологические, социально-экономические, социально-психологические последствия распространения ВИЧ – инфекции
2. Этиология ВИЧ-инфекции. Характеристика возбудителя. Строение вируса. Устойчивость в окружающей среде. Изменчивость.
3. Эпидемиология ВИЧ-инфекции (источники инфекции, пути и факторы передачи, восприимчивость). Эпидемиологическая значимость различных путей передачи.
4. Основные патогенетические механизмы развития иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе. Тропность вируса к клеткам, имеющим рецепторы СД4, репликация вируса (проникновение вируса в клетку, обратная транскрипция, роль ферментов обратной транскриптазы, интегразы, протеазы). Развитие вторичных заболеваний.
5. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции в соответствии с приказом Минздравсоцразвития №166 от 2006 г. Стадия инкубации (первичное серонегативное окно), сроки появления антител. Стадия первичных проявлений, варианты (бессимптомное течение, острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний, острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями, субклиническая стадия, стадия вторичных заболеваний, критерии стадий 4А, 4Б, 4В, фазы прогрессирования и ремиссии, терминальная стадия).
6. Понятия об оппортунистических, СПИД-индикаторных инфекциях при ВИЧ/СПИДе.
7. Бактериальные инфекции (туберкулез, атипичный микобактериоз), вирусные инфекции (герпетическая, цитомегаловирусная инфекции, ВЭБ-ассоциированные заболевания, саркома Капоши, папилломовирусные инфекции), грибковые (криптококковая инфеция, кандидоз, пневмоцистоз), протозойные болезни (токсоплазмоз, криптоспоридиоз). Основные клинические проявления, диагностика, лечение.

**Методические указания по подготовке письменного конспекта**

Конспект (от лат. conspectus — обзор, изложение) – 1) письменный текст, систематически, кратко, логично и связно передающий содержание основного источника информации (статьи, книги, лекции и др.); 2) синтезирующая форма записи, которая может включать в себя план источника информации, выписки из него и его тезисы.

В процессе выполнения самостоятельной работы можно использовать следующие виды конспектов: (*преподаватель может сразу указать требуемый вид конспекта, исходя из целей и задач самостоятельной работы)*

- плановый конспект (план-конспект) – конспект на основе сформированного плана, состоящего из определенного количества пунктов (с заголовками) и подпунктов, соответствующих определенным частям источника информации;

- текстуальный конспект – подробная форма изложения, основанная на выписках из текста-источника и его цитировании (с логическими связями);

- произвольный конспект – конспект, включающий несколько способов работы над материалом (выписки, цитирование, план и др.);

- схематический конспект (контекст-схема) – конспект на основе плана, составленного из пунктов в виде вопросов, на которыенужно дать ответ;

- тематический конспект – разработка и освещение в конспективной форме определенного вопроса, темы;

- опорный конспект (введен В.Ф. Шаталовым) — конспект, в котором содержание источника информации закодировано с помощью графических символов, рисунков, цифр, ключевых слов и др.;

- сводный конспект – обработка нескольких текстов с цельюих сопоставления, сравнения и сведения к единой конструкции;

- выборочный конспект – выбор из текста информации на определенную тему.

В процессе выполнения самостоятельной работы обучающийся может использовать следующие формы конспектирования: (*преподаватель может сразу указать требуемую форму конспектирования, исходя из содержания задания и целей самостоятельной работы)*

- план (простой, сложный) – форма конспектирования, которая включает анализ структуры текста, обобщение, выделение логики развития событий и их сути;

- выписки – простейшая форма конспектирования, почти дословно воспроизводящая текст;

- тезисы – форма конспектирования, которая представляет собой выводы, сделанные на основе прочитанного;

- цитирование – дословная выписка, которая используется, когда передать мысль автора своими словами невозможно.

*Алгоритм выполнения задания*:

1) определить цель составления конспекта;

2) записать название текста или его части;

3) записать выходные данные текста (автор, место и год издания);

4) выделить при первичном чтении основные смысловые части текста;

5) выделить основные положения текста;

6) выделить понятия, термины, которые требуют разъяснений;

7) последовательно и кратко изложить своими словами существенные положения изучаемого материала;

8) включить в запись выводы по основным положениям, конкретным фактам и примерам (без подробного описания);

9) использовать приемы наглядного отражения содержания (абзацы «ступеньками», различные способы подчеркивания, ручки разного цвета);

10) соблюдать правила цитирования (цитата должна быть заключена в кавычки, дана ссылка на ее источник, указана страница).

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «TimesNewRoman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Темы рефератов**

**Модуль «Актуальные вопросы инфекционной патологии»**

**Темы рефератов**

1. Ку-лихорадка

2.Тактика медицинских работников при выявлении больного с подозрением на карантинную инфекцию

3. Вопросы профессиональной безопасности

4. Лимфоцитарный хориоменингит

5. Синдром лимфоаденопатии при инфекционных заболеваниях

6. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: инфекционно-токсический шок.

7. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: отек-набухание головного мозга

8. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: отек-набухание головного мозга

9. Сепсис

**Методические указания по подготовке компьютерной презентации**

Компьютерная презентация:демонстрация в наглядной форме основных положений доклада, степени освоения содержания проблемы.

*Алгоритм подготовки компьютерной презентации*:

1) подготовка и согласование с научным руководителем текста доклада;

2) разработка структуры презентации;

3) создание презентации в PowerPoint;

4) репетиция доклада с использованием презентации.

*Требования к оформлению компьютерной презентации:*

- Презентация должна полностью соответствовать тексту вашего доклада. В первую очередь вам необходимо составить сам текст доклада, во вторую очередь – создать презентацию.

- Титульный слайд должен содержать тему доклада и фамилию, имя и отчество докладчика.

- Очередность слайдов должна четко соответствовать структуре вашего доклада. Не планируйте в процессе доклада возвращаться к предыдущим слайдам или перелистывать их вперед, это усложнит процесс и может сбить ход ваших рассуждений.

- Не пытайтесь отразить в презентации весь текст доклада! Слайды должны демонстрировать лишь основные положения вашего доклада.

- Слайды не должны быть перегружены графической и текстовой информацией, различными эффектами анимации.

- Текст на слайдах не должен быть слишком мелким (кегель 24-28).

- Предложения должны быть короткими, максимум – 7 слов. Каждая отдельная информация должна быть в отдельном предложении или на отдельном слайде.

- Тезисы доклада должны быть общепонятными.

- Не допускаются орфографические ошибки в тексте презентации!

- Иллюстрации (рисунки, графики, таблицы) должны иметь четкое, краткое и выразительное название.

- В дизайне презентации придерживайтесь принципа «чем меньше, тем лучше»

- Не следует использовать более 3 различных цветов на одном слайде.

- Остерегайтесь светлых цветов, они плохо видны издали.

- Сочетание цветов фона и текста должно быть таким, чтобы текст легко мог быть прочитан. Лучшее сочетание: белый фон, черный текст.В качестве основного шрифта рекомендуется использовать черный или темно-синий.

- Лучше использовать одну цветовую гамму во всей презентации, а не различные стили для каждого слайда.

- Используйте только один вид шрифта. Лучше использовать простой печатный шрифт вместо экзотических и витиеватых шрифтов.

- Финальным слайдом, как правило, благодарят за внимание, дают информацию для контактов.

*Требования к тексту презентации:*

- не пишите длинно;

- разбивайте текстовую информацию на слайды;

- используйте заголовки и подзаголовки;

- для повышения удобочитаемости используйте: форматирование, списки, подбор шрифтов.

*Требования к фону презентации:*

Рекомендуется использовать: синий на белом, черный на желтом, зеленый на белом, черный на белом, белый на синем, зеленый на красном, красный на желтом, красный на белом, оранжевый на черном, черный на красном, оранжевый на белом, красный на зеленом.

*Требования к иллюстрациям презентации:*

- Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация.

- Что можно изобразить, лучше не описывать словами.

- Изображать то, что трудно или невозможно описать словами.

- Используйте анимацию, как одно из эффективных средств привлечения внимания пользователя и управления им.

- Используйте видеоинформацию, позволяющую в динамике демонстрировать информацию в режиме реального времени, что недоступно при традиционном обучении.

- Помните, что видеоинформация требует больших затрат вычислительных ресурсов и значительных затрат на доставку и воспроизведение изображения.

**Темы презентаций**

 **Модуль «Актуальные вопросы инфекционной патологии»**

1. Современные подходы к вакцинации гриппа
2. Респираторный дистресс-синдром взрослых при гриппе
3. Дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок
4. Стрептококковый менингит»
5. «Поражение ЦНС при клещевом энцефалите
6. Исходы хронических вирусных гепатитов
7. Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе
8. Поражение ЖКТ при ВИЧ/СПИДе

**Ситуационные задачи**

**Модуль «Актуальные вопросы инфекционной патологии»**

**Ситуационная задача №1**

Больной А., 32 лет, живет в сельской местности, работает на разных работах. Жалобы при поступлении: сильная головная боль, выраженные боли в пояснице, задержка мочеиспускания, тошнота, рвота (очень часто).

Болен 4-й день. Заболевание началось остро, среди полного здоровья. Повысилась температура до 39,40С, сильная головная боль, сильная слабость, боли в суставах, мышцах. Больной был вынужден лечь в постель. На 3-й день присоединились тошнота и рвота, с 3-го дня появились сильные боли в пояснице, боли в животе, задержка мочеиспускания. Беспокоила сухость во рту, сильная жажда. Было носовое кровотечение. Обратился за помощью к участковому врачу. С диагнозом грипп направлен на госпитализацию.

Эпидемиологический анамнез. Заболел в декабре. Селение, где живет больной, расположено недалеко от леса. Больной отмечает, что в этом году стало больше мышей. Контакт с лихорадящими больными отрицает. Питается только дома. За пределы своего села за последний месяц не выезжал.

Настоящее состояние. Состояние тяжелое. Т–39,20С. Лицо гиперемировано. Инъекция конъюнктивальных сосудов. На туловище и верхних конечностях геморрагическая сыпь, больше в подмышечных областях. Костно-суставная система без видимой патологии. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены. Пульс ритмичный удовлетворительного наполнения 60 уд. в мин. АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот болезненный справа и слева от пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого резко положительный с обеих сторон. Больной вялый. Менингеальных симптомов нет.

 Диагноз?

 План обследования?

 Лечение?

**Ситуационная задача №2**

Больной Ш., 47 лет, доставлен в приемный покой инфекционной больницы 20/Х–2007 года с диагнозом ГЛПС?

Жалуется на высокую температуру, боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, общее недомогание.

Заболел остро 15/Х–07г. с озноба, повышения температуры до 38,70С, тяжести, а затем болей в поясничной области. Появилось учащенное, с резями мочеиспускание.

По рекомендации участкового врача получал парацетамол, фурадонин, но улучшения не было: сохранялись повышенная температура особенно в вечернее время (38-390С), ознобы, боли в пояснице, учащенное, с резями мочеиспускание, слабость, недомогание.

В общем анализе мочи выявлены: белок 0,099%0, уд. вес 1008, эпителий 1-2, лейкоциты 60-80, эритроциты 3-5 в поле зрения.

В общем анализе крови лейкоциты 13,1, СОЭ-42мм/час.

20/Х–07 доставлен в больницу.

Объективно:

Состояние средней тяжести. Т–38,20С. В сознании, в контакт вступает хорошо, во всем ориентирован.

Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Сердечные тоны ритмичные, пульс 92 уд. в мин, АД – 140/90 мм. рт. ст.

Дыхание везикулярное.

Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный.

Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное.

Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез.

Житель г.Оренбурга, квартира благоустроенная в многоквартирном доме. Работает инженером не заводе «Радиатор».

Имеет дачу в районе Аэропорта, обрабатывает её вместе с женой.

В сентябре – октябре кроме поездок на дачу, был несколько раз на рыбалке в Илекском районе, последняя поездка 13/Х–07г.

Задание

1. Были ли основания у участкового врача заподозрить ГЛПС у

 данного больного? Конкретно какие?

1. Какие симптомы, характерны для ГЛПС, отсутствуют у данного

 больного?

1. Какие симптомы не характерны для ГЛПС у данного больного?
2. Есть ли показания для госпитализации больного в инфекционный

 стационар?

**Ситуационная задача №3**

Пациент В., 55-ти лет, осмотрен врачом «Скорой помощи», вызванной в связи с возникновением у больного накануне вечером резкой головной боли, разлитой боли в груди и спине. Больной госпитализирован. При поступлении в стационар состояние больного расценено как тяжелое. Температура тела 39,5°С. Сознание ясное. При осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность при пальпации по ходу межреберий, наличие пузырьковых высыпаний с серозным содержимым по ходу VI, VII, VIII ребер справа. Со слов пациента, высыпания появились 3 дня назад, их появление сопровождалось выраженной болезненностью в области грудной клетки справа. Симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского положительные. Тоны сердца ритмичный, ЧСС 100 ударов в минуту. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Что необходимо уточнить в анамнезе жизни пациента?
3. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную инфекцию
4. Составьте план обследования больного
5. Составьте план лечения

**Ситуационная задача №4**

Больная Н., 58 лет обратилась к врачу по поводу сильных болей в правой половине головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, на­значены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состоя­ние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5°С, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На пра­вой щеке появился участок покраснения и отек. При осмотре состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабоположительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

1.Установите диагноз, обоснуйте его.
 2 .Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

3. Назначьте и обоснуйте лечение больной.

**Ситуационная задача №5**

Больной Е., 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертермическая форма». Заболевание началось остро, на фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,20С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль.

При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тело повышена до 39,2°С. Резко выражена ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 ударов в мин, ритмичный, АД-130/90 мм рт.ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции СМЖ получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом- 15400 кл /мл, белок- 2,64 г/л, реакция Панди ( ++++).

1.Предположите наиболее вероятный диагноз

2.Обоснуйте поставленный вами диагноз

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

4.Укажите план лечения данного пациента

**Ситуационная задача №6**

Больной К., 17 лет, заболел остро. Появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов появилась тошнота, а затем - повторная рвота, повышение температуры тела до 39°С. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение. Из анамнеза: за 5 дней до заболевания отмечал заложенность носа, першение в горле, сухой редкий кашель, повышение температуры тела до 37,5°С. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. При осмотре: больной стонет от головной боли. Пульс - 92/мин., ритмичный, АД - 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен грязно-серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Резко выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон 160°. Положительный верхний и нижний симптом Брудзинского.

Вопросы:

1.Укажите предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

**Ситуационная задача №7**

Больной К., 22 лет, студент, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро: озноб, температура 39,5оС, сильная головная боль, рвота, мышечные боли. Дома не лечился. В контакте с инфекционными больными не был. В прошлом ничем не болел. При осмотре тяжелое. Гиперестезия кожи, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Со стороны внутренних органов изменений нет. При спинномозговой пункции получена мутная жидкость, вытекающая частыми каплями.

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения

**Ситуационная задача №8**

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

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

В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 2 раза.

Из эпидемиологического анамнеза: 7 лет назад оперирована по поводу яз-венной болезни желудка, операция сопровождалась переливанием плазмы.

1.Ваш предполагаемый диагноз.

2.Напишите обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

3.Продумайте тактику по ведению пациентки.

**Ситуационная задача №9**

Больной К., 35 лет, состоит на учете в центре СПИД в течение 3-х лет после выявления антител к ВИЧ в стационаре, где лечился по поводу пневмонии. После постановки на учет в СПИД-центр не обращался, самочувствие было хорошим. Обратился к участковому терапевту в связи с ухудшением самочувствия в последние 4 месяца и отсутствием эффекта от принимаемых самостоятельно препаратов. Больной отмечал периодическое повышение температуры до 37,5-38°С, ознобы, повышенную потливость, чувство онемения в конечностях, похудел на 5 кг. В течение последней недели стал отмечать ухудшение зрения, появились боли в животе, жидкий стул с примесью слизи.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается увеличение лимфатических узлов шей, подмышечных и паховых областей, при пальпации лимфатические узлы до 1,5 см, безболезненные. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, пальпируются спазмированные участки сигмовидной и слепой кишок. Симптомов раздражения брюшины нет. При эндоскопии кишечника диагностирован эрозивный проктосигмоидит, сделана биопсия слизистой кишечника.

 Осмотр невролога – диагноз – полирадикулонейропатия.

 Осмотр офтальмолога – двухстороннее поражение сетчатки глаза.

 Укажите, о каком вторичном заболевании можно думать у ВИЧ-инфицированного пациента.

1. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза?
2. Укажите, какую стадию и фазу ВИЧ-инфекции можно определить.
3. Какая тактика ведения пациента должна быть выбрана

**Ситуационная задача №10**

 Больная Н., 34 г., наблюдается в центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции в течение 6 лет, но на осмотры являлась нерегулярно, от АРВТ ранее отказывалась. Месяц назад была выписана из пульмонологического отделения, где лечилась по поводу пневмоцистной пневмонии, получала бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня с хорошим клиническим эффектом. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент госпитализации - 160 кл/мкл. В стационаре начала получать АРВТ по схеме тенофовир+ламивудин+невирапин, продолжает принимать и в настоящее время. После выписки в течение недели продолжала прием бисептола в профилактической дозе, однако самовольно прекратила прием препарата, так как хорошо себя чувствовала. Спустя 3 недели вновь обратилась с жалобами на подъем температуры до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (при подъеме по лестнице на второй этаж), последние 2 дня – кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой и была направлена в пульмонологическое отделение.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°С, аускультативно дыхание в легких ослаблено. ЧД 26 в 1 мин., ЧСС 110 в мин., АД 100/70 мм рт. ст. На рентгенограмме – двухсторонние интерстициальные изменения в заднее-базальных отделах легких. Дежурным врачом назначен амоксиклав, эуфиллин в/в, отхаркивающие средства. На следующий день самочувствие с ухудшением – затруднение дыхания на выдохе кожный покров бледный, акроцианоз, одышка 34 в 1 мин. в покое, тахикардия с числом ЧСС 120 в мин., экстрасистолы 18-20 в мин.

 В клиническом анализе крови СОЭ 6о мм/ч, лейкоцитопения, ЛДГ 640 Ед/л.

1. Укажите предполагаемый диагноз, причину ухудшения самочувствия.
2. Определите тактику ведения пациента.

**Ситуационная задача №11**

 Больному 35 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на температуру тела до 37-37,8°С, преимущественно в вечернее время, потливость, слабость, кашель с мокротой, которые усилились в течение нескольких месяцев. Год назад вернулся из мест лишения свободы. Работает разнорабочим на стройке.

 При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены прикорневые инфильтративные тени слева с признаками распада. При исследовании крови на антитела к ВИЧ получен положительный результат.

1. Укажите действия врача.
2. Выскажите предположения о диагнозе.
3. Тактика обследования и лечения больного.

**Ситуационная задача №12**

 Больному 23 лет, поступившему в противотуберкулезный диспансер в связи с выявлением туберкулеза легких предложено обследование на ВИЧ-инфекцию. Больной от обследования отказался.

1. Укажите тактику врача
2. Имеет ли право больной отказаться от обследования?

**Ситуационная задача №13**

 Во время проведения плевральной пункции, которая проводилась ВИЧ-инфицированному пациенту, врач поранил руку иглой.

1. Дайте определение сложившейся ситуации.
2. Составьте алгоритм действий врача.

**Ситуационная задача №14**

Больная Р., 30 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, рвоту, резкий сухой кашель, носовое кровотечение, слабость, отсутствие аппетита. Больна 2 дня.

Заболела 5 декабря во второй половине дня, почувствовала озноб, повысилась температура тела до 39,50, появилась головная боль в области лба и глазных яблок, всю ночь под 6 декабря не спала, была рвота. 6 декабря во второй половине дня появилась боль в горле, насморк, чувство першения и царапания за грудиной, температура повысилась до 400, головная боль усилилась, рвота повторилась 3 раза. В 18.00 началось носовое кровотечение. На дом был вызван врач скорой помощи, который доставил больную в инфекционную больницу.

В детстве болела корью, скарлатиной, ангиной.

Работает в школе буфетчицей. Личную гигиену соблюдает. В контакте с лихорадящими больными не была.

Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Лицо одутловатое, гиперемировано. На коже сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. Носовое кровотечение продолжалось 3 минуты.

В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторный звук над легкими ясный, легочный. Частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца приглушены. Границы относительной сердечной тупости не смещены. АД – 100/70 мм. рт. ст. Пульс 120 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев ярко гиперемирован. На мягком нене яркая гиперемия и «зернистость». Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное. Выражена ригидность затылочных мышц. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные.

* Выделить основные синдромы.
* Обосновать предварительный диагноз.
* Написать план обследования.
* Составить план лечения.

**Ситуационная задача №15**

Больной К., 22 лет, студент, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро: озноб, температура 39,5оС, сильная головная боль, рвота, мышечные боли. Дома не лечился. В контакте с инфекционными больными не был. В прошлом ничем не болел. При осмотре тяжелое. Гиперестезия кожи, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Со стороны внутренних органов изменений нет. При спинномозговой пункции получена мутная жидкость, вытекающая частыми каплями.

* Диагноз?
* План обследования и лечения?

**Ситуационная задача №16**

У ребенка, оформляющегося в детский сад, врач установил воспалительные явления в носоглотке и назначил бактериологическое обследование. Результат анализа на менингококк оказался положительным. Мать ребенка – воспитатель в молодежном общежитии, отец – рабочий, брат – ученик 2-го класса.

* Какие мероприятия необходимы по этому случаю?

**Ситуационная задача №17**

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6°С. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°С, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°С. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отечная. На тыле стопы имеются пузыри размером 3x4 см., напряженные, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними - «розовое пятно». Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

* Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
* Определите терапевтическую тактику.
* Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после
* выписки и составьте их планы.
* Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

**Ситуационная задача №18**

Больной 3., 23 года. В течение 3 дней находится на лечении в инфекционной больнице с предварительным диагнозом «инфекци­онный мононуклеоз». Из анамнеза известно, что заболел 12 дней назад, когда повысилась температура до 38,2°С, отметил першение в горле, слабость. Лечился самостоятельно, полоскал горло, прини­мал жаропонижающие препараты. Через 3 дня вызвал участкового врача, диагностирована «катаральная ангина», принимал ампицил­лин по 1,0-3 раза в день; врачом было отмечено увеличение шей­ных, подчелюстных лимфатических узлов. Через 4 дня состояние оставалось прежним, температура - от 37,5 до 38,6°С в течение дня, боли в горле усилились, вновь вызвал врача из поликлиники, врач отметил наряду с увеличенными лимфатическими узлами шеи увеличение подмышечных лимфатических узлов. Больной был на­правлен на госпитализацию в инфекционную больницу с диагно­зом «инфекционный мононуклеоз».

При осмотре в больнице - состояние средней тяжести. Темпе­ратура - 37,4°С. Слизистая оболочка ротоглотки несколько гиперемирована, миндалины увеличены, налетов нет. Пальпируются не­сколько болезненные подмышечные, подчелюстные, передне- и заднешейные лимфоузлы размером до 1,5 см, также отмечено уве­личение (1,5 см) паховых лимфоузлов, при пальпации безболезнен­ных. По остальным органам - без патологии. Печень и селезенка не увеличены.

Из анамнеза известно, что сексуальный партнер больного в те­чение 2 лет употребляет (нерегулярно) наркотики.

В клиническом анализе крови: НЬ - 140 г/л, лейкоцитов -4,5x10%, п/я нейтрофилов - 4%, сегментоядерных нейтрофилов -22%, лимфоцитов - 68%, моноцитов - 6%, СОЭ - 10 мм/ч. Среди лимфоцитов определяются 12 клеток с широкой светлой цитоплаз­мой. Реакции Пауль-Буннеля и Хоффа-Бауэра - отрицательные. RW - отрицательная. При исследовании крови в ИФА обнаружены антитела к ВИЧ, при постановке иммунологического блотинга най­дены gpl60, p24, р55.

* Ваше мнение о возможном диагнозе.
* Проведите дифференциальную диагностику.
* Какой должна быть тактика дальнейшего лечения и обследо­вания больного?

**Ситуационная задача №19**

Больной И., 25 лет. Поступил в неврологическое отделение боль­ницы с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения?».

При осмотре - состояние тяжелое. Температура - 36,8°С. Боль­ной без сознания, отмечены умеренная ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига, сглаженность носогубной склад­ки слева, анизокория. Истощен, кожные покровы бледные, сыпи нет. На слизистой оболочке ротоглотки - творожистые налеты. Пе­риферические лимфоузлы не увеличены, но плотные при пальпа­ции. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. В легких -без патологии. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс - 76 уд. в мин., АД - 130/80 мм рт. ст.

Из анамнеза (со слов матери): заболел 2 недели назад, стали беспокоить слабость, сильная головная боль, головокружение, те­рял сознание, снизилась острота зрения, 2 раза на фоне потери соз­нания были судороги, температура повышалась до 37,5°С. Лечился самостоятельно: принимал анальгетики. Состояние ухудшалось, и

утром (в день госпитализации) больной был обнаружен в постели без сознания, вызвана бригада «скорой помощи». В течение 2 лет пациент внутривенно употребляет наркотики.

Проведена люмбальная пункция: спинномозговая жидкость вытекает частыми каплями, опалесцирующая, цитоз - 76 клеток (85% - лимфоциты), белок - 1,8%о, реакция Панди - ++.

Проведена компьютерная томография головного мозга, в мозго­вой ткани выявлено 5 очагов уплотнения диаметром 1-1,5 см с про­светлениями в центре. Проводилась дифференциальная диагностика с множественными абсцессами головного мозга, опухолью.

При обследовании на ВИЧ-инфекцию получены положитель­ные результаты в ИФА.

* Какие исследования необходимо провести для подтвержде­ния диагноза ВИЧ-инфекции и определения стадии заболе­вания?
* Укажите возможную этиологию менингоэнцефалита, раз­вившегося у больного.
* Какое лечение необходимо назначить больному?

**Ситуационная задача №20**

 При обследовании пациента на ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям (длительная лихорадка до 38°С более 1 месяца, беспричинная потеря массы тела) в поликлинике по месту жительства получен положительный результат (методом ИФА и иммунного блота). Участковый терапевт сообщил пациенту о том, что у него подтвердился диагноз ВИЧ-инфекции, и болезнь находится на продвинутой стадии, а дальнейшее обследование и лечение возможны только в условиях центра СПИД, куда больной и должен обратиться.

1. Укажите ошибки в действиях участкового врача.
2. Кто и каким образом должен сообщать пациенту о его диагнозе «ВИЧ-инфекция»?
3. Какой должна быть тактика участкового терапевта в подобном случае?

**Ситуационная задача №21**

 Больная А., 49 лет, безработная и без определенного места жительства, 18 марта была доставлена в стационар бригадой «Скорой помощи» в связи высокой лихорадкой, резкой слабостью, кашлем с подозрением на пневмонию. Бригаду «Скорой помощи» вызвали прохожие, увидев А. лежащей на скамейке; накануне провела ночь на улице. Считает себя больной 2-й день. Из анамнеза жизни выяснено, что гражданский муж умер от туберкулеза 2 года назад, сама А. 1,5 года назад перенесла 2 эпизода опоясывающего герпеса с интервалом 3 месяца.

 При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые оболочки резко бледные, температура тела 39,1°С. Истощена, масса тела 50 кг при росте 165 см. Ногтевые пластинки пальцев кистей и стоп неравномерно деформированы, утолщены, слоятся, грязно-желтой окраски. Ангулярный хейлит. Периферические лимфатические узлы (шейные, подчелюстные, подмышечные) в размере до 1 см, подвижные, чувствительные при пальпации. Аускультативно дыхание над всей поверхностью как правого, так и левого легкого резко ослаблено, в верхних отделах выслушиваются влажные и сухие хрипы. При кашле выделяется умеренное количество мокроты с прожилками крови, ЧД 22 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС 92 в мин, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под реберного края, плотная. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Стул кашицеобразный, без примесей. При проведении вагинального исследования выявлен микоз влагалища.

 Рентгенологическое исследование выявило множественные инфильтративные изменения в I, II, IV сегментов правого и левого легких, кальцинаты во II сегменте левого легкого, корни обеих легких подтянуты кверху.

 В клиническом анализе крови: эритроциты гемоглобин 90 г/л, тромбоциты 120Х109/л, эритроциты 3,9х1012/л, лейкоциты 11,5Х109/л, нейтрофилы 75%, лимфоциты 7%, моноциты 16%, эозинофилы 2% , СОЭ 40 мм/ч.

 В биохимическом анализе крови АсАТ 62 Ед/мл, АлАТ 54 Ед/мл, общий билирубин 20 мкмоль/л. Сыворотка на антитела к ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов в работе, но в приемном покое проведен экспресс тест на антитела к ВИЧ с положительным результатом.

 Сатурация кислорода 95%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите, с какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
2. Укажите, результаты каких еще исследований необходимы для определения оптимальной тактики ведения больного.

**Ситуационная задача №22**

Больной С., 18 лет обратился в студенческую поликлинику 15.09. с жалобами на снижение аппетита, ноющую боль в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 11.09., когда повысилась температура до 38,2°С, появились умеренная боль в горле, головная боль, тошнота, дважды была рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38°С, беспокоила общая слабость, тошнота, снизился аппетит. 14.09. потемнела моча, а кал стал светлым. 15.09. заметил желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живѐт в студенческом общежитии, в комнате еще 2 человека. Периодически питается в столовой. В августе был на каникулах у родителей, проживающих в селе. Со слов С. в селе были случаи «желтухи».

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,3°С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налѐтом. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги. Пальпируется край селезѐнки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлАТ – 1640 МЕ/л, АсАТ – 1470 ммоль/л, щѐлочная фосфатаза – 112 ед, ПТИ – 65%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите и обоснуйте тактику ведения пациента.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания

**4.Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата/презентации** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к подготовке и оформлению реферата/презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату/презентации и их защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата/презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию/подготовке презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата/презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата/презентации, обнаруживается существенное непонимание проблемы |