федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Инфекционные болезни у детей

по направлению подготовки (специальности)

Педиатрия **31.05.02**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) Педиатрия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от «23» октября 2015

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

(ОК-5) готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала

(ОК-8) готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

(ОПК-4) способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

(ОПК-5) способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок

(ОПК-6) готовностью к ведению медицинской документации

(ПК-5) готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

(ПК-6) способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

(ПК-9) готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины.**

1. **Реферат.**

 **Модуль «Острые кишечные инфекции у детей».**

 **Темы рефератов**

1. Особенности клиники и течения дизентерии у детей первого года жизни.
2. Тифоподобная форма сальмонеллеза, клиника, дифференциальный диагноз с брюшным тифом и паратифами.
3. Госпитальные формы сальмонеллеза, особенности клиники и течения, диагностика, профилактика
4. Энтеротоксигенные эшерихиозы, особенности клиники, течения, диагностики.
5. Холероподобные эшерихиозы, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с холерой.
6. Кишечный иерсинеоз, особенности клиники и течения у детей раннего возраста.
7. Желудочно-кишечный тракт – важный иммунный орган, понятие колонизационной резистентности кишечника. Хроническая диарея – как проявление вторичного иммунодефицитного состояния.
8. Клинические особенности кишечной синегнойной инфекции у детей первого года жизни.
9. Профилактические мероприятия по борьбе с кишечными инфекциями у новорожденных.
10. Редкие клинические формы брюшного тифа у детей.
11. Значение пробиотических препаратов в терапии острых кишечных инфекций.
12. Фаготерапия острых кишечных инфекций у детей.
13. Смекта и другие противодиарейные препараты в терапии острых кишечных инфекций.
14. Водянистые диареи у детей и принципы их лечения.
15. Энтерогеморрагический эшерихиоз у детей.
16. Стафилококковая инфекция у детей, особенности клиники, диагностики и лечения.
17. Оральная регидратация при острых кишечных инфекциях.

 **Модуль «Вирусные гепатиты у детей»**

1. Злокачественная форма вирусных гепатитов, особенности клиники и течения.
2. Аутоиммунный хронический гепатит, особенности клиники и течения у детей у детей первого года жизни.
3. Интерферон и интерфероногены в терапии вирусных гепатитов.
4. Гепатит В – «кузина ВИЧ» - почему это утверждение справедливо?
5. Гепатит С – «ласковый убийца», особенности этиопатогенеза и клиники.
6. Д-гепатит. Особенности клиники и течения у детей.
7. Синдром Рея у детей.

**Модуль «Воздушно-капельные инфекции у детей»**

1. Синдром ангины у детей.
2. Синдром экзантем у детей.
3. Синдром крупа при ОРВИ.
4. Энцефалитический синдром у детей.
5. Особенности дифтерии на современном этапе.
6. Гнойные менингиты у детей.
7. Серозные менингиты у детей.
8. Полиомиелиты у детей.
9. Цитомегаловирусная инфекция у детей.
10. Герпетическая инфекция у детей.
11. ВИЧ-инфекция у детей.
12. Энтеровирусная инфекция.
13. Стафилоскарлатина.
14. Врожденная краснуха.
15. Особенности коклюша в современных условиях.
16. Грипп и борьба с ним на современном этапе.
17. ДВС-синдром при инфекционных заболеваниях у детей.
18. Дифференциальный диагноз синдрома ОРВИ у детей раннего возраста.
19. ИТШ при инфекционных заболеваниях у детей.
20. Дифференциальный диагноз токсической дифтерии ротоглотки.
21. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекций.
22. ВИЧ-ассоциированные инфекции у детей.
23. Вакцинопрофилактика детских инфекционных заболеваний.
24. Поражение нервной системы при паротитной инфекции.
25. Инфекционный мононуклеоз у детей.

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**История болезни.**

**Методика оформления учебной истории болезни детей с инфекционной патологией**

**Цель:** Формирование клинического мышления врача-педиатра с углубленным знанием инфекционных заболеваний у детей.

Многообразие клинических проявлений инфекционных заболеваний (типичные, атипичные формы) и вариантов их течения (острое, затяжное, хроническое, неосложненное, осложненное) определяют особенности ведения инфекционных больных и оформления истории болезни. Схема написания учебной истории болезни дана в приложении №1.

Для этого необходимо:

* Выделить ведущие синдромы заболевания на основании данных анамнеза болезни, объективного статуса, а так же с учетом данных эпид. анамнеза и преморбидного фона.
* Определить тактику ведения больного (на дому, в инфекционной больнице), и показания для госпитализации в случае необходимости таковой.
* В status praesens следует дать оценку состояния тяжести больного (средней тяжести, тяжелое) и указать синдромы определяющие его.
* Обосновать на основании клинических данных (анамнез болезни, эпид.анамнез, объективные данные) предварительный диагноз.
* Наметить план обследования больного.
* Интерпретировать результаты параклинического обследования.
* Провести дифференциальный диагноз с заболеваниями (соматические, хирургические), имеющими аналогичный ведущий синдром.
* Обосновать окончательный диагноз с учетом полученных результатов обследования и дифференциального диагноза.
* Назначить лечение больному: режим, диета (лечебные столы см.приложение №3), медикаменты с указанием суточной, курсовой доз, способа введения и механизма действия.
* В дневниках наблюдения (указывать день болезни) следует показать динамику угасания клинических проявлений болезни на фоне проводимой терапии.
* Выделить критерии выписки из стационара и наблюдение в периоде реконвалесценции.
* Оформить выписной эпикриз с указанием окончательного диагноза, сроков пребывания в больнице, результатов проведенного обследования (до и после лечения) и лечения (курсовые дозы препаратов, инфузионной терапии, а также рекомендации после выписки).
* Оформить температурный лист (пульс, дыхание, колебания температуры), отразить графически регресс клинических синдромов.
* Указать источники использованной литературы при написании болезни (не менее 5 источников, изданных в последние 5 лет как отечественными, так и зарубежными авторами).

 **Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль *1 Острые кишечные инфекции у детей.***

**Тема: «Шигеллёзы у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика»**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос**

 *Тесты. Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы устного опроса.*

1. Этиология шигеллёзов.
2. Эпидемиология шигеллёзов.
3. Патогенез шигеллёзов.
4. Клиника шигеллёзной инфекции у детей.
5. Особенности клиники шигеллёзов у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз шигеллёзов у детей.
7. Диагностика шигеллёзов у детей.
8. Лечение шигеллёзов у детей.
9. Профилактика шигеллёзов.
10. Противоэпидемические мероприятия при шигеллёзах у детей.

**Тесты исходного контроля.**

1.Наиболее частыми возбудителями дизентерии на сегодняшний день является:

1 )Григорьева-Шига;

2)Штуцера-Шмитца;

3)Флекснера;

4)Лардж-Сакса;

5)Зонне.

Ответ: 3,5.

2.Пути передачи дизентерии у детей:

 1 )контактно-бытовой;

2)воздушно-капельный;

3 )трансмиссивный;

4)пищевой;

5)водный.

Ответ: 1,4,5.

З.К какой группе микроорганизмов относится возбудитель дизентерии? 1)вирусы; 2)бактерии; 3)риккетсии; 4)грибы.

Ответ: 2.

4.В каком возрасте дети чаще болеют дизентерией?

 1)до 1 года;

 2)от 2-х до 7 лет;

3)старше 7 лет.

Ответ: 2.

5.Инкубационный период при дизентерии составляет: 1)от 1 до 3-х дней;

2)1-7 дней;

3)10- 14 дней;

 4)3 недели.

Ответ: 2.

6. Длительность температурной реакции при дизентерии чаще всего составляет: 1)от 5 до 7 дней;

 2)от 1 до 3-х дней;

 3)от 4-х до 5 дней;

 4)от 7 до 10 дней.

Ответ: 2.

7.К шигеллам, продуцирующим экзотоксин, относятся: 1)шигелла Зонне; 2)шигелла Флекснера; 3)шигелла Штуцера-Шмитца; 4)шигелла Григорьева-Шига; 5)ни одна из перечисленных.

Ответ: 4.

8.Основным путем передачи шигеллы Зонне является: 1)водный;

2)контактно-бытовой; 3)пищевой.

Ответ: 3.

9.Основным источником инфицирования при дизентерии является: 1)больной хронической дизентерией; 2)больной острой формой заболевания; 3)бактериовыделитель в периоде реконвалесценции.

Ответ: 2.

10.Диагностическим титром для дизентерии Зонне является положительная РПГА в разведении сыворотки больного:

1. 1:40;
2. 1 : 80;
3. 1 : 100.
4. Ответ: 3.

11 .Диагностическим титром для дизентерии Флекснера является положительная РПГА в разведении сыворотки больного:

1. 1 : 50;
2. 1 : 100;
3. 1 : 200.
4. Ответ: 3.

12.Серологические реакции для диагностики дизентерии назначаются: 1)на 2-й - 3-й день болезни; 2)на 5-й - 7-й день болезни; 3)на 10-й день болезни. Ответ: 2.

13.К атипичным формам дизентерии относятся: 1)стертая; 2)субклиническая; 3)тифоподобная; 4)септическая; 5 )гипертоксическая.

Ответ: 1,2,5.

14.Для синдрома дистального колита характерно: 1)спазм и болезненность сигмы; 2)вздутие живота; 3)сфинктерит;

4)обильный водянистый стул; 5)наличие слизи и крови в стуле.

Ответ: 1,3,5.

15.Для дизентерии характерно: 1)интоксикация; 2)кожные высыпания; 3)тенезмы;

4)скудный характер стула; 5)бактериемия.

Ответ: 1,3,4.

16.Кишечный синдром при дизентерии определяется поражением: 1)тонкой кишки;

2)восходящего отдела толстой кишки;

3)сигмовидной кишки;

4)прямой кишки.

Ответ: 3,4.

17.Стул при типичной дизентерии:

1)обильный водянистый со слизью;

2)кашицеобразный желто-зеленый со слизью;

3)необильный с мутной слизью и кровью.

Ответ: 3.

18.Особенностью дизентерии у детей грудного возраста является:

1)ярко выраженный колитический синдром;

2)длительное течение заболевания;

3)энтероколитный характер стула;

4)тенезмы;

5)вздутие живота.

Ответ: 2,3,4.

19.При легкой форме дизентерии отмечается:

1)температура 38°С в течение 2-3 дней, стул до 10 раз в сутки;

2)субфебрильная температура, стул до 8 раз;

3)нормальная температура, стул до 5 раз.

Ответ: 2,3.

20.Для лечения дизентерии применяются:

1)пенициллин;

2)полимиксин;

3)олететрин;

4)гентамицин;

5)олеандомицин.

Ответ: 2, 4.

21.Суточная доза полимиксина М для детей до 3-х лет составляет: 1)3 - 5мг/кг; 2)10- 15мг/кг; 3)50тыс.ЕД/кг; 4)100тыс.ЕД/кг; 5)150тыс. - 200тыс.ЕД/кг.

Ответ: 4.

22.Критериями допуска ребенка, перенесшего острую дизентерию, в детский коллектив являются:

1)клиническое выздоровление;

2)клиническое выздоровление, наличие 2-х отрицательных бакпосевов кала;

1.Наиболее частыми возбудителями дизентерии на сегодняшний день является:

1 )Григорьева-Шига;

2)Штуцера-Шмитца;

3)Флекснера;

4)Лардж-Сакса;

5)Зонне.

Ответ: 3,5.

2.Пути передачи дизентерии у детей:

1 )контактно-бытовой;

2)воздушно-капельный;

3 )трансмиссивный;

4)пищевой;

5)водный.

Ответ: 1,4,5.

З.К какой группе микроорганизмов относится возбудитель дизентерии? 1)вирусы; 2)бактерии; 3)риккетсии; 4)грибы.

Ответ: 2.

4.В каком возрасте дети чаще болеют дизентерией? 1)до 1 года; 2)от 2-х до 7 лет; 3)старше 7 лет.

Ответ: 2.

5.Инкубационный период при дизентерии составляет: 1)от 1 до 3-х дней; 2)1-7 дней; 3)10- 14 дней; 4)3 недели.

Ответ: 2.

6. Длительность температурной реакции при дизентерии чаще всего составляет:

 1)от 5 до 7 дней;

 2)от 1 до 3-х дней;

3)от 4-х до 5 дней;

4)от 7 до 10 дней.

Ответ: 2.

7.К шигеллам, продуцирующим экзотоксин, относятся: 1)шигелла Зонне; 2)шигелла Флекснера; 3)шигелла Штуцера-Шмитца; 4)шигелла Григорьева-Шига; 5)ни одна из перечисленных.

Ответ: 4.

8.Основным путем передачи шигеллы Зонне является: 1)водный;

2)контактно-бытовой; 3)пищевой.

Ответ: 3.

9.Основным источником инфицирования при дизентерии является: 1)больной хронической дизентерией; 2)больной острой формой заболевания; 3)бактериовыделитель в периоде реконвалесценции.

Ответ: 2.

10.Диагностическим титром для дизентерии Зонне является положительная РПГА в разведении сыворотки больного:

1. 1:40;
2. 1 : 80;
3. 1 : 100.
4. Ответ: 3.

11 .Диагностическим титром для дизентерии Флекснера является положительная РПГА в разведении сыворотки больного:

1. 1 : 50;
2. 1 : 100;
3. 1 : 200.
4. Ответ: 3.

12.Серологические реакции для диагностики дизентерии назначаются: 1)на 2-й - 3-й день болезни; 2)на 5-й - 7-й день болезни; 3)на 10-й день болезни. Ответ: 2.

13.К атипичным формам дизентерии относятся: 1)стертая; 2)субклиническая; 3)тифоподобная; 4)септическая; 5 )гипертоксическая.

Ответ: 1,2,5.

14.Для синдрома дистального колита характерно: 1)спазм и болезненность сигмы; 2)вздутие живота; 3)сфинктерит;

4)обильный водянистый стул; 5)наличие слизи и крови в стуле.

Ответ: 1,3,5.

15.Для дизентерии характерно: 1)интоксикация;

2)кожные высыпания;

3)тенезмы;

4)скудный характер стула; 5)бактериемия.

Ответ: 1,3,4.

16.Кишечный синдром при дизентерии определяется поражением: 1)тонкой кишки;

2)восходящего отдела толстой кишки;

3)сигмовидной кишки;

4)прямой кишки.

Ответ: 3,4.

17.Стул при типичной дизентерии:

1)обильный водянистый со слизью;

2)кашицеобразный желто-зеленый со слизью;

3)необильный с мутной слизью и кровью.

Ответ: 3.

18.Особенностью дизентерии у детей грудного возраста является:

1)ярко выраженный колитический синдром;

2)длительное течение заболевания;

3)энтероколитный характер стула;

4)тенезмы;

5)вздутие живота.

Ответ: 2,3,4.

19.При легкой форме дизентерии отмечается:

1)температура 38°С в течение 2-3 дней, стул до 10 раз в сутки;

2)субфебрильная температура, стул до 8 раз;

3)нормальная температура, стул до 5 раз.

Ответ: 2,3.

20.Для лечения дизентерии применяются:

1)пенициллин;

2)полимиксин;

3)олететрин;

4)гентамицин;

5)олеандомицин.

Ответ: 2, 4.

21.Суточная доза полимиксина М для детей до 3-х лет составляет:

1)3 - 5мг/кг;

2)10- 15мг/кг;

3)50тыс.ЕД/кг;

4)100тыс.ЕД/кг;

5)150тыс. - 200тыс.ЕД/кг.

Ответ: 4.

22.Критериями допуска ребенка, перенесшего острую дизентерию, в детский коллектив являются:

1)клиническое выздоровление;

2)клиническое выздоровление, наличие 2-х отрицательных бакпосевов кала;

3)клиническое выздоровление, отсутствие нарастания титра антител в РПГА с дизентерийным диагностикумом.

4)клинико-морфологическое выздоровление;

5)все вышеперечисленное.

Ответ: 2.

23.Бессимптомная (латентная форма)дизентерии характеризуется: 1)слабовыраженными симптомами интоксикации; 2)однократная рвота; 3)кашицеобразный стул со слизью; 4)отсутствием жалоб; 5)высев шигелл из кала.

Ответ: 4,5.

24.Острой считается дизентерия, если выздоровление наступает в течение: 1)10 дней; 2)14 дней; 3)1 месяц; 4)2 месяца.

Ответ: 3.

25.Дизентерия Флекснера отличается от дизентерии Зонне: 1)более длительным инкубационным периодом; 2)более выраженным токсикозом; 3)энтероколитным характером стула; 4)выраженным колитическим синдромом.

Ответ: 2,4.

**Ситуационные задачи.**

Задача № 1.

Саша К.З года заболел остро: повысилась температура до 39,8°С, появилась повторная рвота, бред, судороги, купировавшиеся самостоятельно, после чего ребенок заснул. Стула не было. Был госпитализирован в первые сутки с диагнозом: "Грипп. Судорожный синдром".

В первые сутки появился частый жидкий со слизью стул. Со второго дня болезни стул до 10 - 15 раз в сутки, скудный, с грубыми тяжами слизи,

прожилками крови. Появились тенезмы. Сигмовидная кишка определялась болезненной и спазмированной.

Задание:

1.Поставить предварительный диагноз. 2.План обследования.

З.План лечения.

Задача № 2.

Ребенок 6 лет заболел остро, повысилась температура до 37,5°С, слабость, появились боли в животе, жидкий стул со слизью до 5 раз в сутки. При пальпации сигмовидная кишка спазмированна, болезненна. Со 2-го дня заболевания температура нормализовалась, стул до 3-х раз в сутки.

При бактериологическом обследовании кала выделена шигелла Зонне.

Задание:

1 .Поставить диагноз.

2.План лечения.

3.Критерии выписки домой и допуска в детский сад.

Задача № 3.

Ребенок 4 года при оформлении в детский сад в бактериологическом посеве кала выделена шигелла Зонне. Из анамнеза выяснено, что дней 10-12 назад был кашицеобразный стул 2-3 раза, без патологических примесей.Температура не повышалась, состояние было удовлетворительным. Поступила в стационар как бактерионоситель.

При объективном обследовании патологии не выяснено. В копрограмме слизь ++, лейкоциты +++. Положительная РПГА с дизентерийным диагностикумом Зонне в разведении 1 : 200 в день госпитализации, через 5 дней - положительная РПГА в разведении 1 : 400.

Задание:

1 .Ваш диагноз.

2. Дополнительные методы обследования. 3.Критерии допуска в детский сад.

Задача № 4.

Девочка 10 лет, находящаяся в школе-интернате, заболела остро с повышения температуры до 38°С, головная боль, выраженная слабость, на фоне чего появились боли в животе схваткообразного характера, болезненные позывы на дефекацию, необильный стул с мутной слизью и кровью - "без счета". Остальные дети в школе-интернате здоровы. За 2 дня заболевания девочка находилась дома, на каникулах. Мама ребенка болела в это время кишечной инфекцией.

Задание:

1.Предварительный диагноз.

2.Предполагаемый источник заболевания.

З.План противоэпидемических мероприятий.

4.План обследования.

5.План лечения.

Задача № 5.

Группа детей 10-12 лет ходили в однодневный туристический поход, где пользовались для питья речной некипяченой водой. По возвращению из похода заболели 8 детей с однотипной кишечной картиной. Температура 38 - 39°С, головная боль. Боли в животе, болезненные позывы на дефекацию, стул жидкий. С примесью зелени, мутной слизи с прожилками крови, частота стула 8 - 10 раз. Объективно: урчание по ходу толстой кишки, уплотнение и болезненность сигмы. Синдром интоксикации сохранялся двое суток. Местные синдромы до 5 - 7 дней.

Задание:

 1 .Ваш диагноз.

2. Пред полагаемая причина заболевания.

З.План обследования.

4.Противоэпидемические мероприятия. 5.Методика оценки знаний студентов.

Темы для рефератов:

1. Особенности дизентерии у детей первого года жизни.

**Тема 2. Сальмонеллёзы у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос. Тесты. Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы устного опроса.*

1. Этиология сальмонеллёзов.
2. Эпидемиология сальмонеллёзов.
3. Патогенез сальмонеллёзов.
4. Клиника сальмонеллёзной инфекции у детей.
5. Особенности клиники сальмонеллёзов у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз сальмонеллёзов у детей.
7. Диагностика сальмонеллёзов у детей.
8. Лечение сальмонеллёзов у детей.
9. Профилактика сальмонеллёзов.
10. Противоэпидемические мероприятия при сальмонеллёзах у детей.

*Тесты для входного контроля*

1 .Сальмонеллез является инфекцией: а)антропонозной;

б)зоонозной;

в)антропозоонозной;

г)нозокомиальной.

Ответ: в, г.

2.Наиболее частый путь передачи сальмонеллеза у детей 1 года жизни:

а)воздушно-капельный;

б)водный;

в)пылевой;

г)пищевой;

д)контактно-бытовой.

Ответ: д.

3.Частая форма заболевания у детей старшего возраста:

а)гастро-интестинальная;

б)септическая;

в)тифоподобная;

г)гриппопод обная;

д)субклиническая.

Ответ: а, в.

4.Токсический синдром у детей раннего возраста проявляется:

а)эксикозом;

б)нейротоксикозом;

в)ГУС-синдромом;

г)токсической энцефалопатией;

д)синдромом Кишша.

Ответ: а, б.

5.Синдром сыпи характерен для:

а)гастро-интестинальной;

б)тифоподобной;

в)септической;

г)гриппоподобной формы сальмонеллеза.

Ответ: б.

6.Поражение кишечника при сальмонеллезе:

а)тонкий отдел; б)илеоцекальный угол; в)толстый отдел; г)дистальные отделы кишечника.

Ответ: а, б, в.

7.Характер сыпи при сальмонеллезе:

а)пятнистая;

б)розеолезно-папулезная;

в)геморрагическая;

г)везикулезная.

Ответ: б.

 **Ситуационные задачи**

 Задача № 1.

Яша В., 1 год, находился в соматическом стационаре с диагнозом: "Двусторонняя пневмония". В палате был случай сальмонеллеза. На 8-й день пребывания в стационаре состояние ребенка резко ухудшилось, повысилась температура до 39°С, рвота 10 раз, стул жидкий, водянистый со слизью, иногда с прожилками крови, 12 раз. Больной стал вялым, адинамичным. Объективно отмечается: сухость кожных покровов и слизистых, запавшие глаза. Язык густо обложен, сухой. Живот вздут, урчание по ходу толстого кишечника, больше в области слепой кишки. Сигма уплотнена, чувствительная. Пульс учащен, тоны сердца приглушены. Цианоз носогубного треугольника, мраморный рисунок кожи.

Задание.

1.Поставьте диагноз.

2.0пределите источник и пути передачи инфекции.

3.Наметьте план противоэпидемических мероприятий.

Задача № 2.

Толя Р., 14 лет, заболел остро спустя 2 часа после употребления пирожков с мясом, купленных на улице. Появились боли в эпигастрии, обильная рвота до 8 раз, головная боль, температура до 38,5°С, стул три раза, один раз жидкий. Машиной "скорой помощи" доставлен в стационар, где выявлены следующие

симптомы: вялость, резкая бледность, тахикардия, приглушение тонов сердца, язык густо обложен белым налетом, живот вздут, урчащая сигма. Задание.

1 .Каков предположительный диагноз?

2.Какова тактика в отношении больного в приемном покое?

3.Наметьте план обследования.

Задача № 3.

Ваня В., 6 лет, заболел 4 дня назад, когда повысилась температура до 3S.9'JC, была повторная рвота, жидкий стул со слизью и прожилками крови. В последующие дни рвота была нечастой, стул стал реже, до 2-х раз в сутки, без крови, но ребенок продолжал лихорадить, причем температура снижалась незначительно, а потом вновь повышалась. Ребенок был осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При поступлении на 5-е сутки от начала левания состояние тяжелое за счет интоксикации, высоко лихорадит до 39.8°С, вялый, адинамичный, отказывается от еды, пьет плохо, периодически бредит, встает и бежит. Выражена бледность кожи, язык сухой, обложен сероватым налетом. Живот вздут, урчит в правой подвздошной области, тоны сердца приглушены, брадикардия. Стула в день поступления не было. Увеличены печень и селезенка.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

3.Лечебные мероприятия.

Задача № 4.

Ребенок 2-х месячного возраста поступил с жалобами на вялость, отказ от груди, частые срыгивания, жидкий стул до 10 раз в сутки со слизью цвета "болотной тины". Из анамнеза известно, что ребенок находился в детском соматическом отделении, где лечился по поводу бронхита. Заболел через три дня после выписки из стационара. При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое: высоко лихорадит, вялый, адинимичный, отказывается от груди, беспокойный. Температура при поступлении 38,5 С, выражена бледность кожи, в покое одышка, цианоз носогубного треугольника. В легких дыхание ослаблено, на этом фоне выслушиваются мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Перкуторно над легкими коробочный оттенок легочного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 158 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, урчит по ходу кишечника, ребенок беспокоен при пальпации живота. Стул обильный водянистый цвета "болотной тины". Мочится мало. Сознание ясное, ребенок возбужден, отмечается выбухание большого родничка, положительный симптом подвешивания.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

 3.Наметьте план лечения.

**Тема 3**Эшерихиозы у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечения. ПЭМ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос. Тесты. Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса.*

1. Этиология эшерихиозов.
2. Эпидемиология эшерихиозов.
3. Патогенез эшерихиозов.
4. Клиника эшерихиозной инфекции у детей.
5. Особенности клиники эшерихиозов у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз эшерихиозов у детей.
7. Диагностика эшерихиозов у детей.
8. Лечение эшерихиозов у детей.
9. Профилактика эшерихиозов.
10. Противоэпидемические мероприятия при эшерихиозах у детей.
11. Тесты исходного контроля.

1. Антигенный комплекс эшерихий определяется наличием:

1. Соматического О-антигена
2. Оболочечного К-антигена
3. Жгутикового Н-антгена
4. Всех перечисленных

Ответ: 4

2. Эксикоз при ЭПКП, чаще всего проявляется:

1. По гипотоническому типу
2. По изотоническому типу
3. По гипертоническому типу

Ответ: 1,2

3. Основным источником инфекции при эшерихиозе является:

1. Больной ребенок
2. Бактерионоситель
3. Реконвалесцент

Ответ: 1

4. Характер стула при эшерихиозе:

1. Водянистый, желтый, с прозрачной слизью, обычным запахом
2. Скудный, с мутной слизью, с кровью
3. Обильный, водянистый, зеленый, зловонный

Ответ: 1

5. Наиболее контагиозными возбудителями эшерихиозов являются:

1. ЭПКП
2. ЭИКП
3. эткп
4. ЭГКП Ответ: 1

6. Третья группа (ЭТКП):

1 ) Проникают и размножаются в энтероцитах

2) Энтеротоксины ЭТКП обладают холерогенным действием

3 ) Размножаются на поверхности эпителия слизистой кишечника

1. Вызывают дизентериеподобное заболевание
2. Вызывают заболевание у детей и взрослых Ответ: 2. 3, 5

Отличие эшерихиоза от дизентерии:

1. Стул водянистый, обильный, без патологических примесей или с хлопьями слизи
2. Стул скудный, с примесью слизи в виде тяжей, комков, с прожилками крови
3. Рвота повторная
4. Частое развитие эксикоза
5. Генезмы Ответ: 1.3,4

Клиника эшерихиоза у детей раннего возраста, вызванного ЭПКП:

1 ) Температура тела и другие симптомы интоксикации максимально выражены в

первые 3 дня болезни 2) Рвота, срыгивания носят упорный характер

3 ) 11овышение температуры тела, токсикоз с эксикозом максимально выражены на 5-7 день болезни

4) Стул частый, водянистый, впитывающийся в пеленку, желтый со слизью, зеленью

и белыми комочками 5 | Стул жидкий, зеленоватый, цвета «болотной тины» Ответ: 1, 3. 5

9. Отличие простой диспепсии от эшерихиозов:

1. Контакт с больным кишечной инфекцией
2. Выражены симптомы интоксикации
3. В анамнезе перекорм и кормление пищей, несоответствующей возрасту
4. Стул непереваренный, зеленый, без патологических примесей до 6 раз в сутки
5. Коррекция питания приводит быстро к восстановлению функциональной деятель­ности жкт

Ответ: 3. 4, 5

10. Определение понятия «эшерихиоз»:

1. Острая желудочно-кишечная инфекция
2. Функциональная дисфункция кишечника
3. Болеют преимущественно дети раннего возраста
4. Вызывается энтеротоксигенными штаммами клосгридий
5. Вызывается энтеропатогенными штаммами кишечных палочек Ответ: 1, 3, 5

11. Первая группа ЭПКП вызывает:

1 ) Заболевание у детей первого года жизни

1. Заболевание у детей старше трех лет
2. Хорошо размножаются на поверхности кишечного эпителия, проникают в слизи­стую оболочку
3. Размножаются только в энтероцитах
4. Имеют антигенное сродство с сальмонеллами и вызывают очаговое воспаление преимущественно слизистой тонкой кишки

Ответ: 1,3,5

12. Вторая группа (ЭИКП):

1. Вызывает заболевание у детей первого года жизни
2. Вызывает заболевание ЖКТ у детей старшего возраста
3. Имеют антигенное сродство с шигеллами
4. Не могут размножаться в цитоплазме эпителиальных клеток слизистых оболочек кишечника

5) Вызывают дизентериеподобное заболевание
Ответ: 2, 3, 5

13. Эшерихиозная инфекция, вызванная ЭТКП:

1. Характеризуется выраженным колитическим синдромом
2. Протекает по типу острейшего гастроэнтерита
3. Выражен синдром нейротоксикоза
4. Отмечаются дегидратация и нарушения обмена веществ
5. Течение болезни длительное Ответ: 2, 4

14. Основные синдромы при ЭГЭ:

1. Гемолитико-уремический синдром
2. Эксикоз
3. Тромбоцитопеническая пурпура
4. Дистальный геморрагический колит
5. Гастроэнтерит

Ответ: 1,3,4

Задача № 1.

Мальчик 3 мес, заболел без "видимых" причин. Заболевание началось со срыгива-ния. рвоты, повышения температуры и жидкого стула 8-10 раз в сутки. Ребенок с 2 месяцев на искусственном вскармливании. В настоящее время вскармливается смесью "Малыш". При поступлении в больницу на 3 день заболевания обнаружено следующее: состояние среднетяжелое, вялый, адинамичный, высасывает при 6 разовом кормлении по 70-80 мл сме­си. За первые сутки после поступления рвота была 2 раза. Температура тела 38,5°С. Кожные покровы бледные, отмечается мраморность. Слизистые суховаты. Тургор мягких тканей снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Вес 5300 гр. Пульс 130 ударов в минуту, тоны сердца приглушены. Со стороны легких патологии нет. Живот значи­тельно вздут. При пальпации отмечается урчание по ходу тонкого кишечника. Стул жидкий, с большим количеством жидкости, ярко-охряного цвета, 8-10 раз в сутки, пенистый. При акте дефекации тенезмов не отмечается. Зияния и податливости ануса нет. В каловых массах слизи, крови, гноя не отмечается.

OAK: эритр. - 4х1012, Нв - 130 г/л, лей. - 11x109, э - 2%, и/я - 7%, с/я - 41%, л - 40%, м- 10%, СОЭ - 12 мм/ч. ОАМ: без патологии. Копрограмма: цвет - желтый, консистенция -водянистая, лейкоциты 3-5 в поле зрения, эритр. - нет, клетки кишечного эпителия - 4-8 в по­ле зрения.

1. Поставь те предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 2.

Ребенок 6 мес, находящийся на естественном вскармливании, заболел после того как бабушка накормила его бульоном щей, сваренных с жирной свининой. Спустя 6 часов после кормления у ребенка появился частый жидкий стул 6 раз в сутки, зеленоватого цвета, без примесей. В связи с чем ребенок поступил ребенок поступил, в больницу на 2 день забо­левания. Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное, активен, температура те­ла нормальная. Кожа чистая, тургор мягких тканей не изменен. Патологии со стороны сер­дечно-сосудистой и дыхательной систем нет. Живот слегка вздут, печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Стул жидкий, необильный с зеленью, белыми комочками, без слизи и крови.

Копрограмма: слизи, лейкоцитов, эритроцитов нет. Бактериологическое исследова­ние кала - патологической микрофлоры нет. После коррекции питания стул нормализовался.

 1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 3.

Ребенок 9 мес, в течение 23 дней лечился в соматическом отделении детской боль­ницы по поводу пневмонии, тяжелой формы, ДН - II. Получал: ампиокс, гентамицин. клафо-ран. Было достигнуто выздоровление, и ребенок готовился к выписке. Внезапно состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура до 39 С, появилась рвота 3-4 раза в день и частый жидкий, водянистый стул до 10 раз в сутки без примесей. При посеве кала выделена кишечная палочка 0-111. Во время пребывания в стационаре в контакте с больными кишеч­ными инфекциями не был.

1. Ваше мнение о происхождении эшерихиоза у ребенка

2. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в соматической больнице.

Задача № 4.

Девочка 2 мес, находящаяся на искусственном вскармливании, заболела исподволь. У ребенка повысилась температура до 37,1 °С и появился жидкий стул 4-5 раз в сутки. Общее состояние особо не ухудшалось, аппетит сохранялся. Ребенок наблюдался на дому с диагно­зом: простая диспесия, получая ферменты. Однако у ребенка в течении 5 дней сохраняется жидкий стул до 5-6 раз в сутки, в связи с чем она была госпитализирована в инфекционную больницу. При поступлении состояние ребенка существенно не нарушено, температура -нормальная, ребенок активен, хорошо сосет, периодически отмечается срыгивания. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем - без особенностей. Живот несколько вздут. Стул жидкий, водянистый, зеленоватого цвета, без слизи и крови, с белыми комочка­ми. Жиления. зияния и податливости ануса нет. При микроскопии кала: слизи, лейкоцитов, эритроцитов - нет. При бак.посеве капа выделена кишечная палочка: 0-55.

1. Поставь те диагноз

2. Назначь те лечение.

Задача № 5.

Мальчик 4 мес, заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры до 39,5°С, рвоты и частого жидкого стула. За сутки состояние ребенка стало тяжелым и мальчик был доставлен в больницу. При поступлении состояние - крайне тяжелое. Ребенок очень вя­лый, адинамичный. на окружающее почти не реагирует, сонлив. Кожные покровы землисто-серого цвета, холодные на ощупь, морщинисты, собранные в складку плохо расправляются. Слизистые сухие. Лицо осунувшееся, глазки запавшие, черты лица заостроены, веки не не закрываю! глаз. Тургор мягких тканей резко снижен. Большой родничок - запавший. Вес 5300 г. при рождении - 3300 г, до заболевания весил 6200г.

ЧСС - 160 в 1 мин. Пульс очень слабого наполнения. Тоны сердца резко приглуше­ны. АД - 70/40 мм рт.ст. Частота дыхания - 60 в 1 мин. Живот значительно вздут, брюшная стенка не напряжена. Периодически отмечается рвота, в рвотных массах значительная при­месь желчи, иногда рвота «кофейной гущей». Ребенок не пьет, залитую в рот жидкость спле­вывает. Стул 16 раз в сутки обильный, водянистый. Каловые массы практически полностью впитываются в пеленку, окрашиваются в слабый желтый цвет, не содержат слизи и крови.

OAK: эритр. - 5,2х1012, Нв - 150 г/л. лейк. - 15х109. п/я - 10%, с/я - 46%, л - 34%. м-10° о. СОЭ - 15 мм/час, гематокрит - 62%.

Ребенок в течение суток не мочился.

1. Поставь те диагноз

2. Назначьте лечение и план обследования.

**Тема 4**Холера у детей. Ботулизм

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

 *Тесты.*

*Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса.*

1. *Этиология холеры.*
2. Эпидемиология холеры.
3. Патогенез холеры.
4. Клиника холеры у детей.
5. Особенности клиники холеры у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз холеры у детей.
7. Диагностика холеры у детей.
8. Лечение холеры у детей. Особенности расчета объёма инфузионной терапии у детей.
9. Профилактика холеры.
10. *Противоэпидемические мероприятия.*
11. *Этиология ботулизма.*
12. Эпидемиология ботулизма.
13. Патогенез ботулизма.
14. Клиника ботулизма у детей.
15. Особенности клиники ботулизма у детей первого года жизни.
16. Дифференциальный диагноз ботулизма у детей.
17. Диагностика ботулизма у детей.
18. Лечение ботулизма у детей.
19. Профилактика ботулизма.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ

 **«Холера».**

1.Источником инфекции при холере являются:

1. Домашние животные;
2. Больной человек;
3. Вибриононоситель.

Ответ: 2,3.

2. Механизм передачи при холере:

1. Воздушно-капельный;
2. Фекально-оральный;
3. Парентеральный.

Ответ: 2.

3.При холере отмечается сезонность:

1. Летне-осенняя;

2. Весенне-летняя;

3. Зимне-весенняя

Ответ: 1.

1. Входными воротами для холерного вибриона являются:

1. Кожа и слизистые;

2. Верхние дыхательные пути;

3. Желудочно-кишечный тракт.

Ответ: 3.

5. Основное место размножения холерного вибриона в желудочно-кишечном тракте:

1. Желудок;

2. Тонкая кишка;

3. Проксимальные отделы толстой кишки;

4. Дистальные отделы толстой кишки.

Ответ: 2.

6.Основным в патогенезе диарейного синдрома при холере является:

1. Активация аденилатоцеклазой системы, циклической АМФ с гиперсекрецией воды и электролитов в просвете кишечника.

2. Инвазия возбудителя в клетку слизистой кишечника с развитием воспалительного процесса.

3. Нарушение переваривания и всасывания питательных веществ с накоплением непереваренных частиц в просвете кишечника, повышающих осмотическое давление в просвете кишечника.

Ответ: 1.

7. При развитии холеры развивается кишечный синдром, представленный:

1. Резким вздутием и болезненностью живота, «брызжущим» стулом.

2. Водянистыми, обильными, мутновато-белыми каловыми массами, с плавающими хлопьями.

3. Скудными, частыми каловыми массами с примесью слизи, прожилок крови,зелени.

Ответ:2.

8. Какое звено патогенеза обуславливает тяжесть течения при холере?

1. интоксикация;
2. изотоническая дегидратация;
3. инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника.
4. Ответ: 2.

9. Возможны следующие клинические формы холеры кроме:

1. холерный алгид;
2. холерный гепатит;
3. атипичные формы (стертые формы, “сухая” холера, и молниеносные формы).

Ответ: 2.

10. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы и почек при холере у детей наиболее часто связаны:

1. С нарушением вегетативной нервной системы;

2. С развитием гипокалиемического синдрома, гипоксии, нарушением микроциркуляторного русла;

3. С воздействием экзотоксина на сердце и почки.

Ответ:2.

11. Основой патогенетического лечения при холере является:

* 1. Дезинтоксикационная терапия.
	2. Десенсибилизирующая терапия.
	3. Регидратационная терапия.

Ответ:3

Ситуационные задачи по теме «Холера у детей».

**Задача 1**

Ребенок, 13 лет, заболел остро с выраженной слабости, недомогания, повышения температуры до 37,2С. Через 3 часа от начала заболевания появился жидкий стул, который в начале носил каловый характер, а затем стал обильным, водянистым, с мутновато-белыми хлопьями с частотой 15 раз за 8 часов. Присоединилась рвота до 6 раз за последние 3 часа. Слабость и адинамия усилились. При поступлении в стационар врач обнаружил следующее: ребенок бледен, черты лица заострены, глаза запавшие, цианоз носогубного треугольника, похолодание конечностей. Тургор тканей снижен. Складка на животе расправляется. ЧСС до 130 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧД=28 в минуту. Живот втянут, при пальпации – умеренно болезненный в околопупочной области. Последний раз мочился 6 часов назад. Ребенок вялый, адинамичный.

Менингеальных знаков нет.

Задание:

1. Обосновать предварительный диагноз.
2. Назначить план обследования.
3. Назначить план лечения.

**Задача 2**

       Мальчик, 12 лет,  летом отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения: отмечался кратковременный подъем температуры тела до 37,50С, вялость. Стул обильный, жидкий, водянистый, типа «рисового отвара». Дефекация без потуг, часто непроизвольная. Госпитализирован в стационар в тяжелом состоянии. Жалобы на вялость, слабость, головокружение, выраженную жажду, повторную рвоту «фонтаном».

      При осмотре: ребенок заторможен, черты лица заострены, глаза запавшие, синева вокруг глаз, язык обложен, сухой. Руки и ноги холодные, Кожа бледная с мраморным рисунком, на животе собирается в складку, акроцианоз. Зев бледный. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Пульс до 140 уд/мин., глухость сердечных тонов, одышка. Живот втянут, мягкий, безболезненный, при пальпации - разлитое урчание. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, обильный, водянистый, мутно-белый с плавающими хлопьями до 12 раз в сутки. Диурез снижен. Менингеальные знаки отрицательные.

***Клинический анализ крови:*** Нb - 150 г/л, Эр - 5,0 ×1012/л; ц.п. - 1; Лейк - 5,0 ×109/л; п/я - 4%, с/я - 60%, э - 2%, л - 26%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** относительная плотность - 1038, белок - 0,06%, глюкоза – отриц., эпител. кл. - ед.  В препарате: лейкоциты - 5-6 в п/зр, эритроциты - нет.

***Показатели КОС:***рН крови 7,26; рСО2 - 30 мм.рт.ст; РО2 - 70 мм.рт.ст, ВЕ-12,0; калий плазмы - 2,8 ммоль/л, натрий плазмы - 125 ммоль/л.

Задание:

1. Обосновать предварительный диагноз.
2. Назначить план дополнительного обследования.
3. Назначить план лечения.

Задача 3.

 Девочка, 5 лет, заболела остро: в три часа ночи появился частый водянистый стул, затем – 6 раз рвота. В 7 часов утра стали беспокоить судороги в икроножных мышцах, слабость, жажда и сухость во рту.

При поступлении беспокойна, стонет, жалуется на слабость, головокружение, тянущие боли в икроножных мышцах и мышцах предплечий. В прием­ном покое была рвота “фонтаном”. Через 12 часов от начала болезни состояние очень тяжелое. Кожные покровы холодные на ощупь, общая синюшность кож­ных покровов, тургор кожи резко снижен (“руки прачки”), черты лица заост­рившиеся, глаза запавшие, темные круги вокруг глаз. Слизистые полости рта и конъюнктивы гиперемированы. Голос сиплый, говорит с трудом, временами переходит на шепот. Периодически наблюдаются судороги икроножных мышц, кистей, стоп, пальцев ног. Пульс нитевидный, 155 ударов в 1 минуту. АД – 80/60 мм рт. ст. Одышка – до 36 дыханий в 1 минуту. Живот втянут, при пальпации болезненный. Температура тела – 35,8°С. Явления анурии.

Ваш предполагаемый диагноз?

Определите степень обезвоживания у больной.

Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и назначения адекватной терапии?

Назначить лечение.

***Задача № 4***

В гостиницу был вызван врач к больному, два дня назад вернувшемуся из поездки по Индии. Свое заболевание больной связывает с употреблением днем пирожков с творогом. Ночью у него появился жидкий, водянистый стул. К утру дефекации участились, стул стал более обильным и приобрел вид рисово­го отвара. Дважды была рвота. До момента обращения к врачу стул был 8 раз. Состояние удовлетворительное. Температура – 37,0°С. Кожные покровы блед­ные, цианоза нет. Тургор кожи сохранен. Язык сухой. Пульс – 80 ударов в 1 ми­нуту. АД – 110/75 мм рт. ст. Число дыханий – 18 в 1 минуту. Живот мягкий, ур­чание в правой подвздошной области. Диурез в норме.

Ваш предполагаемый диагноз?

На какие аспекты эпидемиологического анамнеза следует обратить внимание?

С каким заболеванием следует дифференцировать?

Какие исследования следует назначить для подтверждения диагноза?

Тестовые задания по теме «Ботулизм»

1.Возбудитель ботулизма:

1. спирохета

2. гемофильная палочка

3. вирус

4. клостридия ботулинум

 5. сальмонелла энтеритидис

Ответ: 4.

2. Жалобы, предъявляемые больным ботулизмом:

1) боли в суставах

2) жажда

3) нарушение зрения

4) вялость, адинамия

 5) однократная рвота

Ответ: 3,4,5.

3. СИСТЕМА ОРГАНОВ, ИЗБИРАТЕЛЬНО ПОРАЖАЕМАЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ

1) сердечно-сосудистая

2) нервная

3) ретикулоэндотелиальная

4) пищеварительная

5) органы дыхания

Ответ: 2,4,5.

4. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ

1) лихорадка с повышением температуры до фебрильных цифр

2) многократная рвота в течение дня

3) нормальная температура

4) вялость адинамия

 5) бульбарные нарушения

Ответ: 2,4,5.

5. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОТУЛИЗМА

1) сухость слизистых

2) токсикоз с эксикозом

3) мышечная слабость

4) поперхивание

5) появление «мушек» перед глазами

Ответ: 1,3,4,5.

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОТУЛИЗМА ПРИМЕНЯЮТ

1) антибактериальные препараты

2) специфическую сыворотку

3) препараты интерферона

4) дезинтоксикационную терапию

5) специфический бактериофаг

Ответ: 2,4.

7. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ

 1) пищевой

2) раневой

 3) трансмиссивный

4) трансплацентарный

5) аэрогенный

Ответ: 1,2.

8. ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ПРИ ПИЩЕВОМ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ЖКТ

 2) верхние дыхательные пути

3) неповрежденная кожа

4) неповрежденные слизисты оболочки

5) мозговые оболочки

Ответ: 1.

9. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТАВЛЯЕТ

 1) 12-24 часа

2) 2-3 дня

3) 5-7 дней

 4) 2 недели

5) 21 день

Ответ: 1.

10. МЕТОДЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ БОТУЛИЗМА

1) копрологический

2) биохимический анализ крови

3) РН

4) биологическая проба на мышах

5) ИФА

Ответ: 4.

 11. Основные синдромы при ботулизме, все кроме:

1. менингеальный;
2. гастроинтестинальный;
3. паралитический.

Ответ:1.

12.. Клинические симптомы периода разгара ботулизма, все кроме:

1. миастения, запор, метеоризм;
2. тахикардия;
3. менингеальные симптомы.

Ответ:3

1. Проявление глазного варианта начального периода ботулизма, все кроме:
2. сужение зрачков, близорукость;
3. диплопия;
4. мидриаз, анизокория.

Ответ:1

1. Лечение больных ботулизмом, все кроме:
2. промывание желудка;
3. введение лечебной противоботулинической сыворотки;
4. введение гормонов.

Ответ:3

**Ситуационные задачи по теме «Ботулизм у детей».**

Задача № 1

Саша К., 12 лет. Вечером с семьёй вернулись с рыбалки. Утром почувствовал слабость, головокружение, слабость, была рвота. Температура нормальная. Вызван педиатр. Мальчик направлен в стационар. В стационаре при выяснении анамнеза установлено, что на рыбалке ел уху и томаты из банки с герметической крышкой. Более подробно анамнез собрать не удалось, т.к. мальчик с трудом отвечает на вопросы, речь невнятная, смазанная. Общее состояние тяжелое, не сидит, не стоит, не может поднять руку, ногу. Резко выражена общая адинамия, гипотония. Отмечается двусторонний птоз, нарушение конвергенции глазных яблок, мидриаз, зрение снижено, перед глазами туман, предметы двоятся. Плохо глотает, небный рефлекс не вызывается. Сухость во рту. Сухожильные рефлексы так же отсутствуют. Нарушен ритм дыхания, экскурсия грудной клетки ограничена. Была рвота. Стул 1 раз жидкий. Температура остается нормальной.

Задание: 1. О каком заболевании следует думать, укажите тяжесть болезни

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

 3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

4. Расскажите патогенез заболевания.

Задача № 2

Девочка, 5 лет, вернулась из похода, где питалась консервами, жареными грибами, купалась в пруду и пила не кипяченую воду. По возвращении жаловалась на слабость, отсутствие аппетита, однократную рвоту, боли в животе, кратковременное расстройство стула. Участковым педиатром поставлен диагноз: «Отравление грибами» и ребенок направлен в стационар. При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела нормальная. Кожа бледная, резкая мышечная слабость. Сухой кашель, першение в горле, осиплость голоса. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 44 в мин. Тоны сердца приглушены. Слизистая полости рта чистая, суховата, небная занавеска слегка провисает, голос гнусавый. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула нет. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, косоглазие. Анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии на кишечную и тифопаратифозную группу не выявлены. Общий анализ крови: Hb- 134 г/ л, Эр – 4,06×10¹²/л, Лейк. – 8,0×109 /л, п/я – 7%, с/я – 54%, э – 3%, л – 30%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/час. РНГА с эритроцитарными диагностикумами: шигелл Зонне – 1:40, Флекснера и с комплексным сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная. Задание:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какие клинические симптомы явились основанием в установлении диагноза?

3. Оцените результаты приведенных лабораторных методов исследования.

4. Какие результаты дополнительных лабораторных исследований могут окончательно подтвердить диагноз?

Задача №3.

На ФАП обратился больной, 17 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения, слабость. Болен 2-й день.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1°С, в легких дыхание везикулярное, пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век.

 Эпиданамнез: за 7-8 часов до заболевания ел маринованные консервированные грибы домашнего приготовления. Головокружение и сухость во рту отмечала и жена, которая съела 1 грибок.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Перечислите возможные осложнения.

3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.

4. Определите дальнейшую тактику фельдшера.

Ситуационые задачи по теме «Ботулизм».

***Задача № 1***

Больной А., 14 лет, обратился к участковому педиатру по поводу появления слабости, сухости во рту, “тумана” и расплывчатости контуров предметов перед глазами и их двоения, затруднения при глотании пищи и слюны, осиплости голоса, головной боли и головокружения.

Заболел остро накануне вечером, когда появились вздутие живота и почти одновременно весь вышеописанный симптомокомплекс. В течение дня состояние и самочувствие продолжали ухудшаться, мать вызвала “скорую помощь”.

Эпиданамнез: за сутки до появления симптомов заболевания был в гостях, употреблял в пищу консервы, грибы и соки домашнего приготовления.

Объективно: состояние средней тяжести. Активен. Лицо бледное. В легких – без патологических изменений. ЧД – 20-22 в минуту, тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Вечером были однократный жидкий стул и боли в животе. Из неврологических симптомов выявлены равносторонний блефароптоз, ограничение движения глазных яблок со снижением зрачковых реакций. Глотание жидкости затруднено, но поперхивания нет. Мягкое небо подвижно. Небольшая охриплость голоса, затруднение речи.

Поставьте диагноз.

Определите степень тяжести заболевания.

План обследования.

План лечения.

***Задача № 2***

Больной К., 15 лет, направлен педиатром в инфекционную больницу с диагнозом “пищевая токсикоинфекция” на 2-й день болезни. Заболел остро, в ночь с 15.01. на 16.01. через 6 часов после употребления в пищу соленых грибов домашнего приготовления. В 2 часа ночи появились схваткообразная боль в животе, многократная рвота и обильный жидкий стул. Температура тела оставалась нормальной. Утром 16.01. обратился в поликлинику, так как продолжалась тошнота, развилась сильная слабость. Госпитализирован, получал обильное питье раствора перорально. На следующий день чувствовал себя удовлетворительно: диспепсические явления прошли, температура тела не повышалась. Вечером 18.01. (2-е сутки пребывания в стационаре, 3-и сутки болезни) отметил ухудшение зрения. Вечером 19.01. пожаловался дежурному врачу на невозможность чтения мелкого шрифта и чувство сдавления, сжатия в грудной клетке. При осмотре выявлены некоторое затруднение при глотании твердой пищи, сухость слизистых рта, анизокория, слабость конвергенции.

Укладывается ли представленная картина в клинику пищевой токсикоинфекции?

В чем заключается особенность данного случая?

Подчеркните сходство и различие дифференцируемых заболеваний.

Каковы мероприятия в очаге?

***Задача № 3***

На прием к педиатру 4.01. привели девочку 8 лет с жалобами на недомогание, отсутствие аппетита, появление слабого гнусавого голоса. С 1.01. наблюдается участковым педиатром, диагноз – ОРВИ. Обоснование диагноза – слабость, кратковременное расстройство стула, гиперемия слизистой ротоглотки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Бледная. Кожа чистая, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. В легких хрипов нет. Пульс – 100 ударов в минуту, тоны сердца ясные. АД – 100/70 мм рт. ст. Рот открывает неохотно, видна гиперемия слизистой и большое количество слюны, которую плохо глотает. Язык обложен. Небная занавеска неподвижна, голос слабый, гнусавый. Подробный анамнез и эпидемиологический анамнез выяснить невозможно. Педиатром заподозрена дифтерия, ребенок госпитализирован в боксовое отделение инфекционной больницы.

1. Согласны ли Вы с диагнозом “дифтерия”?

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимо получить в данной ситуации?
3. Дайте оценку ведению больной на догоспитальном этапе.

**Тема 5**Иерсиниоз. Пседотуберкулез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. ПЭМ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

 *Тесты.*

 *Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы устного опроса.

1. Этиология иерсиниоза, псевдотуберкулёза.
2. Эпидемиология иерсиниоза, псевдотуберкулёза.
3. Патогенез иерсиниоза, псевдотуберкулёза .
4. Клиника иерсиниоза, псевдотуберкулёза у детей.
5. Особенности клиники иерсиниоза, псевдотуберкулёза у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз иерсиниоза, псевдотуберкулёза у детей.
7. Диагностика иерсиниоза, псевдотуберкулёза у детей.
8. Лечение иерсиниоза, псевдотуберкулёза детей.
9. Профилактика иерсиниоза, псевдотуберкулёза.
10. Противоэпидемические мероприятия при иерсиниозе, псевдотуберкулёзе.

Тестовый контроль по теме «Иерсиниоз у детей».

1. Назовите типичные места локализации сыпи при иерсиниозе:

А. \*Вокруг суставов

В. На лице

С. На передней поверхности грудной клетки

D. На животе

Е. На спине

2. В какие температурные условия необходимо поместить питательную среду с посевом материала при иерсиниозной инфекции:

А. \*Т +1+5 С

В. Т +37 С

С. Т +20 С

D. Т +42 С

Е. Т –2 –5 С

3. Какой препарат предпочтительнее для лечения иерсиниоза:

А. Гентамицин

В. Пеницилин

С. Эритромицин

D. \*Левомицетин

Е. Цефазолин

4. Какой титр является диагностическим при однократном исследовании РПГА для подтверждения иерсиниоза у детей старшего возраста:

А. 1/20

В.1/40

С.1/80

D. 1/100

Е. \*1/200 и выше

5. Какой из приведенных симптомов отличает желтушный вариант иерсиниоза от вирусного гепатита?

А. Относительно невысокие цифры трансаминаз

В. Лейкоцитоз

С. Полиморфная сыпь

D. Длительная лихорадка с выраженным синдромом интоксикации

Е. \*Все перечисленные ответы верны

6. Какие лабораторные исследования имеют решающее значение в диагностике иерсиниозной инфекции:

А. \*Серологические исследования

В. Вирусологические

С. Гематологические

D. Бактериологические

Е. Иммунологические

7. Выберите типичные формы иерсиниозной инфекции:

А. Септическая

В. Абдоминальная

С. Суставная

D. Кишечная

Е. \*Все перечисленные

8. Выберите атипичную форму иерсиниозной инфекции:

А. \*Менингеальная

В. Кишечная

С. Суставная

D. Септическая

Е. Все ответы верны

!. Переносчиками инфекции при иерсиниозе:

\* дикие животные

\*+ мелкие грызуны

\* клещи

\* москиты

\* комары

!. Какой путь заражения наиболее характерен для иерсиниоза:

\*+ пищевой

\* парентеральный

\* аэрогенный

\* трансмиссивный

\* вертикальный

!. Что из перечисленного характерно для эпиданамнеза при иерсиниозе:

\* употребление свежих мясных блюд

\*+ употребление немытых овощей

\* употребление консервирванных продуктов

\* наличие в доме кошки

\* употребление шашлыка

!. Наиболее часто встречаемая клиническая форма иерсиниоза:

\* ангинозная

\* септическая

\* +желудочно-кишечная

\* геморрагическая

\* гепатитная

!. Основной путь заражения иерсиниозом:

\* воздушно-капельный

\* через поврежденную кожу

\* контактно-бытовой

\* +алиментарный

\* парентеральный

!. Что из перечисленного характерно для иерсиниоза:

\* птоз

\* ринит

\*+ гастроэнтероколит

\* отит

\* гайморит

!. Какие симптомы характерны для иерсиниоза:

\* сухой кашель

\* опоясывающие боли в животе

\*+ повышение температуры тела

\* привкус горечи во рту

\* боли в области сердца

!. Какой отдел желудочно-кишечного тракта наиболее поражаются при иерсиниозе:

\* желудок

\* 12-ти перстная кишка

\*+ подвздошная кишка

\* слепая кишка

\* прямая и сигмовидная кишка

!. Клинические варианты абдоминальной формы иерсиниоза:

\* язвенный колит

\*+ мезентериальный лимфаденит

\* проктосигмоидит

\* парапроктит

\* тромбоз сосудов кишечника

!. Какая из форм относится к первично-очаговым формам иерсиниоза?

\* абдоминальная

\* гепатитная

\*+ остролихорадочная

\* артралгическая

\* септическая

!. Отличительны признак иерсиниоза от вирусного гепатита:

\* желтуха

\* сниженный аппетит

\* гепатолиенальный синдром

\* +длительная высокая лихорадка

\* слабость

!. Отличительный признак иерсиниоза от сальмонеллеза:

\* тошнота

\* рвота

\* диарея

\*+ экзантема

\* лихорадка

!. Метод лабораторной диагностики иерсиниоза:

\*+ бактериологический

\* кожно-аллергическая проба

\* бактериоскопический

\* биохимический

\* биологический

!. Материал для бактериологического исследования при иерсиниозе:

\* слюна

\* соскоб с розеол

\*+ испражнения

\* мокрота

\* желчь

!. Из серологических методов диагностики при иерсиниозе наиболее часто применяют реакцию:

\* +непрямой гемаглютинации

\* Пауль-Бунеля

\* Райта

\* Хедельсона

\* Видаля

!. Какой способ лабораторного обследования применяется для диагностики иерсиниоза:

\*+ РПГА

\* микроскопия крови

\* биологическая проба

\* микроскопия кала

\* кожно-аллергическая проба

!. Укажите заболевание, к которому могут относиться перечисленные признаки: менингит, полиаденит, пятнисто-папулезная генерализованная сыпь, гепатолиенальный синдром.

\* чума

\* туберкулез

\* менингококковая инфекция

\* стафилококковая инфекция

\* + иерсиниоз

!. Какой антибактериальный препарат целесообразно назначать при лечении кишечной формы иерсиниоза?

\* пенициллин

\* оксациллин

\* нистатин

\* цепорин

+\* ципрофлоксацин

Задача 1

 Ребенок 8 лет. Живет в сельской местности. В доме погреб, где хранятся овощи. Заболел остро: высокая лихорадка до 38-38,6°С с ознобом в течение 3 дней, снижение аппетита, резкая слабость, головная боль, боли в мышцах и суставах, рвота 1-2 раза и кашицеобразный стул с небольшим количеством слизи и зелени до 3-4 раз в сутки, боли в животе в правой подвздошной области и в области пупка. Врач обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз «аппендицита» был снят, и ребенок переведен в боксированное отделение с диагнозом: «Грипп. Кишечная инфекция?». В последующие дни сохранялся субфебрилитет, в области локтевых, коленных суставов и на шее появились розовые пятнисто-папулезные высыпания. Кроме того, врачом отделения была выявлена желтушность кожи и склер, увеличение размеров печени и селезенки до +2 см ниже края реберной дуги, темная моча. Язык малиновый. Общий анализ крови: НЬ - 133 г/л, Эр - 4,0x1012/л, Ц.п. - 0,9, Лейк -13,0x10%; п/я - 10%, с/я - 45%, э - 10%, л - 20%, м - 15%; СОЭ - 20 мм/час. Анализ кала на кишечную группу - отрицательно. Анализ мочи на желчные пигменты- (++). Биохимический анализ крови: билирубин общий - 68,4 мкмоль/л, коньюгированный - 46,4 мкмоль/л, АлАТ - 64 Ед/л, АсАТ - 46,2 Ед/л, тимоловая проба - 6 ед., холестерин - 6,5 ммоль/л. 1. О каком заболевании следует думать в первую очередь с учетом клинико-эпидемических данных? Сформулируйте диагноз. Назовите возможный источник и путь инфицирования. 2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику с учетом проведенных лабораторных исследований? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза? 4. Составьте алгоритм врачебных действий соответственно диагнозу и назначьте лечение. 5. Как проявляются вторично-очаговые клинические формы при этом заболевании у детей? 6. Определите показания для выписки больного из стационара и допуска в детский коллектив. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком. 7. Определите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача 2

Мальчик 7 лет, заболел остро с подъема температуры тела до 39,0°С. Отмечалась общая слабость, плохой аппетит, тошнота, боли внизу живота справа, сыпь на теле. В клинике на 3-й день болезни состояние расценено как среднетяжелое. Температура тела – 38˚С. Определялись одутловатость и гиперемия лица и шеи. Язык обложен белым налетом, на участках очищения - малиновый. Обильные высыпания на коже внизу живота, вокруг крупных суставов, в области кистей рук и стоп. В легких дыхание везикулярное, чистое до 25 в мин. Сердечные тоны ритмичные, несколько приглушены, до 100 ударов в минуту. Язык обложен грязно-серым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Печень пальпируется на +1,5см +1,5см + 2,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение 5 дней был насыщенным, цвет кала не менялся. Стул 3 раза в день кашицеобразный. Мочился адекватно. Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина - 48 мкмоль/л, коньюгированного - 30 мкмоль/л, активность АлАТ – 15 Ед/л., АсАТ — 12 Ед/л. (N до 12 Ед/л) В реакции ИФА: НBsAg отрицат. анти-HCV – отриц. анти-HAV – отриц. Клинический анализ крови: HGB - 120 г/л, RBC- 3,8х1012/л, WBC-19,5х 109 /л;э-7% п/я - 10%, с/я - 58%, л – 22%, м - 3%; СОЭ - 30 мм/час. Задание 1. Поставьте клинический диагноз. Укажите возможный источник заболевания. 2. Оцените данные лабораторного исследования. Какие лабораторные исследования позволят уточнить этиологию заболевания? 3. Чем обусловлен абдоминальный синдром, сыпь при данном заболевании? 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Назначьте лечение. 6. Дайте рекомендации по диспансеризации больного. 7. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Ответ 1 1. Предположительный диагноз: Иерсиниоз, типичный, смешанная локализованная форма: гепатит, энтероколит, мезаденит; средней степени тяжести. Иерсиниоз относится к зоонозным заболеваниям. Заражение человека происходит при инфицировании фруктов, овощей (свежая и квашеная капуста, морковь, свекла, редис, картофель, лук), длительно хранящихся в погребах и на овощебазах. Основной путь заражения – алиментарный, через инфицированные мясные блюда, свежие овощи и корнеплоды, которые не проходят термической обработки, молочные продукты. Возможен также водный путь, т.к. иерсинии обнаруживаются в небольших водоемах. Больной человек также представляет опасность для окружающих. Заболевание регистрируется на протяжении всего года с тенденцией нарастания его удельного веса с декабря по февраль. Иерсиниозом болеют преимущественно дети в возрасте от 3 до 5 лет. В данном случае, ребенок живет в сельской местности, в доме погреб, где хранят овощи. Заражение возникло при употреблении овощей, инфицированных иерсиниями. 2. Дифференциальная диагностика проводится с пищевыми токсикоинфекциями, сальмонелезом, острым аппендицитом, бруцеллезом, ревматизмом, ревматоидным полиартритом, с тифом и паратифами, сепсисом, вирусным гепатитом, скарлатиной. С учетом проведенных лабораторных исследований данное заболевание необходимо дифференцировать с вирусным гепатитом. В продромальном периоде у больных иерсиниозом наблюдается повышенная температура, тошнота, рвота, диарея. Возникающая при иерсиниозе желтуха носит не интенсивный характер, продолжительность ее не превышает 5 – 7 дней, сохраняется лихорадка, печень и селезенка увеличены в размерах. В крови умереннаягипербилирубинемия: общий билирубин – 68,4 мкмоль/л, конъюгированный – 46,4 мкмоль/л и слегка выраженные признаки нарушения белковосинтетической функции печени: АлАТ – 64 Ед/л, АсАТ – 46,2 Ед/л, тимоловая проба – 6 ед. В периферической крови нейтрофильный лейкоцитоз: лейк. – 13,0 х 109 /л, п/я – 10 %, с/я – 45 %, м – 15 % и ускоренная СОЭ – 20 мм/час. Для острых вирусных гепатитов диарея в преджелтушном периоде мало характерна, суставные боли не сопровождаются покраснением и отечностью в области суставов, не наблюдается скарлатиноподобная сыпь на шее и в области локтевых и коленных суставов. 3. Для окончательного подтверждения диагноз наибольшее значение имеет бактериологический метод. Иерсинии можно выделить из кала, крови, мочи, гноя слизи из зева, лимфатических узлов, операционного материала, желчи, ликвора. Наиболее часто возбудитель выделяется в первые 2 – 3 недели от начала заболевания. Иногда он может выделяться до 4 мес. Серологическая диагностика основана на выявлении антител в РА в парных сыворотках. Нарастание титра в 2 – 4 раза подтверждает диагноз. Диагностические титры в РА 1:40 – 1:160; РНГА – 1:100 – 1:200. Необходима консультация хирурга, инфекциониста. 4.Больных с легкой формой иерсиниоза можно лечить в домашних условиях. В стационаре назначается постельный режим на весь лихорадочный период. Диета – печеночный стол с исключением жирной, жареной, острой, экстрактивной пищи. Должна быть полноценной, легко усвояемой, предпочтение отдается молочнорастительной пище. Обильное питье 1,5 – 2 л жидкости в сутки (компот, чай, настой шиповника). Левомицетин 0,3 х 4 раза peros, курс терапии 7 – 10 дней; Супрастин 0,01 х 2 раза в день peros; Комплекс витаминов группы В, С – 1 др. х 1 раз в день – курс 5 – 7 дней; Мезим-форте 1 др. х 3 – 4 раза в день во время или после еды; Бифидум форте – 5 доз х 2 р/день в течение 10 дней; Аллохол 1 др. х 3 р/день за 0,5 часа до еды в течение 2 – 3 недель. При иерсиниозесредне-тяжелой формы ребенок не нуждается в инфузионной терапии. 5. При иерсиниозе у детей осложнения возникают через 1 – 2 недели от начала болезни и имеют инфекционно-аллергический характер, что определяется как вторично-очаговые формы. Проявляются полиартритами с преимущественным поражением крупных суставов, инфекционно-аллергическим миокардитом, синдромом Рейтера, узловатой эритемой. При осложнениях болезнь затягивается до нескольких месяцев. 6. Реконвалесценты выписываются из стационара при условии хорошего самочувствия, стойкой нормальной температуры тела, нормализации показателей гемоглобина и функциональных проб печени, отрицательных бактериологических исследований кала и мочи на иерсинии. Учитывая частое развитие рецидивов на 3 неделе заболевания, реконвалесцентов следует выписывать из стационара не ранее 21 дня от начала заболевания. Больные выписываются под наблюдение врача инфекционного кабинета на 2-3 недели, который при необходимости наблюдает их совместно с кардиоревматологом, гастроэнтерологом, нефрологом, невропатологом. При хроническом течении иерсиниозной инфекцией больные наблюдаются на протяжении 3 лет с момента последнего рецидива с осмотром и обследованием ребенка (проведение двукратного исследования (через 1 и 3 месяца) гемограммы, биохимический исследований крови и бактериологический посевов кала и мочи) каждые полгода. Рекомендуется соблюдение рационального питания со сбалансированным содержанием Б,Ж,У, обогащенное витаминами и микроэлементами. 7.Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции. Важное значение имеет ранняя диагностика и изоляция больного в условиях стационара или на дому. На всех больных иерсиниозом заполняется экстренное извещение (форма № 58) и передается незамедлительно в СЭС. В очаге проводится текущая дезинфекция (влажная уборка, кипячение посуды, обработка дезинфицирующими растворами игрушек и др.). Карантин не устанавливают, в очаге устанавливается строгий контроль за характером и кратностью стула у членов семьи. Медицинскому наблюдению в квартирных очагах подлежат лица, относящиеся к контингенту работников пищевых предприятий и лица к ним приравненные. В нашей стране активная профилактика иерсиниоза не разработана

Ответ 2 1. Псевдотуберкулез типичный, средне-тяжелая форма. Данные анамнеза заболевания: заболела остро с подъема t o до 39,0о С, общей слабости, плохого аппетита, тошноты, боли в правой подвздошной области; данные клинического наблюдения: одутловатость и гиперемия лица и шеи, синдром сыпи с характерной локализацией, «малиновый язык», гепатомегалия, абдоминальный синдром в совокупности с данными лабораторных исследований: в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз – 9,5\*109 /л, ускоренная СОЭ – 30 мм/час, в биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия за счет прямой фракции (общий билирубин – 48 мкмоль/л, прямой – 30 мкмоль/л), синлром цитолиза (умеренная гиерферментемия), маркеры к гепатитам не обнаружены, позволяют поставить диагноз: Псевдотуберкулез типичный, среднетяжелая форма. Источником заболевания являются дикие и домашние животные. Основным резервуаром инфекции являются мышевидные грызуны, которые инфицируют пищевые продукты, в которых при хранении в холодильниках и овощехранилищах происходит размножение и накопление возбудителя. Возбудителя также выделяют и из других объектов внешней среды: воды, фуража, овощей, корнеплодов, молока, тары, предметов кухонного инвентаря. Факторами передачи возбудителя являются питьевая вода и подукты, особенно, овощи, корнеплоды и фрукты, при употреблении их в пищу термически необработанными. 2. Данные анамнеза заболевания: заболела остро с подъема t o до 39,0о С, общей слабости, плохого аппетита, тошноты, боли в правой подвздошной области; данные клинического наблюдения: одутловатость и гиперемия лица и шеи, синдром сыпи с характерной локализацией, «малиновый язык», гепатомегалия, абдоминальный синдром в совокупности с данными лабораторных исследований: в общем анализе крови умеренный лейкоцитоз – 9,5\*109 /л, ускоренная СОЭ – 30 мм/час, в биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия за счет прямой фракции (общий билирубин – 48 мкмоль/л, прямой – 30 мкмоль/л), синлром цитолиза (умеренная гиперферментемия), маркеры к гепатитам не обнаружены, позволяют поставить диагноз: Псевдотуберкулез типичный, среднетяжелая форма. Решающее значение в диагностике имеют бактериологические и серологические методы исследования. Материалом для бактериологического исследования являются кровь, мокрота, фекалии, моча и смывы из носоглотки. Посев материала производят на питательные среды и среды обогащения (среда Серова, фосфатнобуферный раствор), выдерживают при температуре 4-7 С в течение 28 дней, с периодическим (через 5-7 дней) высевом на твердые дифференциальные питательные среды. Бактериологическое подтверждение – 25 - 30% (метод малоинформативен). Применяется ПЦР диагностика для выявления АГ в кале, крови. Серологическая диагностика основана на выявлении антител в реакции агглютинации и непрямой агглютинации в парных сыворотках. Нарастание титра антител в 2 – 4 раза подтверждает диагноз. Диагностические титры в РА 1:40 – 1:100, в РНГА – 1:100 – 1:200 выявляются с 3-4 дня болезни. Может быть использован ИФА (ат Ig М). 3.Абдоминальный синдром обусловлен преобладанием поражения желудочнокишечного тракта в клинической картине псевдотуберкулеза. В самом начале воспалительные изменения носят продуктивный характер, что приводит к образованию лимфоидных пролифератов. Отмечается постоянное вовлечение в процесс мезентериальных лимфоузлов, особенно в области слепой и терминального отдела подвздошной кишки. Лимфоузлы иногда сливаются между собой, образуя конгломераты. Клинически это проявляется болями в животе. При пальпации у больных отмечается болезненность и урчание в правой подвздошной области. 1. Псевдотуберкулез необходимо дифференцировать от скарлатины, кори, энтеровирусной инфекции, ревматизма, вирусного гепатита, иерсиниоза кишечного, сепсиса, тифо-паратифозных заболеваний. Сыпь носит инфекционно-аллергический характер и обусловлена повторным поступлением возбудителя в кровь или предшествующей неспецифической сенсибилизацией организма. При псевдотуберкулезе нередко выявляются признаки нарушения билирубинового обмена, гепатомегалия. В биохимическом исследовании крови умеренно повышены уровень билирубина общего – 48 мкмоль/л, конъюгированного – 30 мкмоль/л, активность гепатоцеллюлярных ферментов: АлАТ, АсАТ. Для псевдотуберкулеза характерны лейкоцитоз, нейтрофиллез с палочкоядерным сдвигом влево, эозинофилия, ускоренная СОЭ (лейк. – 9,5\*109 /л, п/я – 7 %, с/я – 52 %, э – 3 %, м – 3 %, СОЭ – 30 мм/час.). 5. Постельный режим. Этиотропная терапия: Табл. Левомицетин 0,3 г. х 3 раза в сутки (или энтеральные цефалоспорины III генерации в возрастной дозировке). Курс лечения – 7 дней. Патогенетическая терапия включает мероприятия по нормализации водноэлектролитного обмена, дезинтоксикации (реополиглюкин (5-10мл/кг) и глюкозо-солевые растворы (1:2)). Назначают антигистаминные (супрастин по ½ табл. 2 раза в день), биопрепараты (линекс по 1капс. 3 раза в день после еды), КИП по 2 дозы в день – 5 дней, метилурацил по 0,5г 2 раза в день. 6. Выписывают на 7-10 день нормальной температуры, клинического выздоровления, нормализации показателей периферической крови, затем на домашнем режиме 5-7 дней, после тяжелых форм – 2-3 недели. Рекомендуется диета, фитотерапия. Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-инфекционистом в течение 6 мес., может быть до 12-18 мес. с учетом течения заболевания, с осмотром и обследование 1 раз в 3 мес. – ежемесячно, затее -1 раз в 3 мес. Хроническая иерсиниозная инфекция при необходимости наблюдается врачами специалистами- ардиологом, ревматологом, гастроентерологом, нефрологом, неврологом . 7. Главным в системе профилактических мер является борьба с грызунами. Большое значение имеет и организация правильного хранения овощей, фруктов и других продуктов питания, исключающая возможность их инфицирования. Необходимо осуществлять строгий санитарный контроль за техническим режимом приготовления пищи, особенно тех продуктов, которые перед употреблением не подвергаются термической обработке (салаты, винегреты, фрукты и др.), а также за водоснабжением в сельской местности. Специфическая профилактика не разработана.

**Тема 6** Острые кишечные инфекции, вызванные УПБ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

*Тесты.*

*Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы к устному опросу.*

1. Классификация условно-патогенных бактерий.
2. Эпидемиология УПБ.
3. Патогенез кишечных инфекций, вызванных УПБ.
4. Клиника кишечных инфекций, вызванных УПБ у детей.
5. Особенности клиники кишечных инфекций, вызванных УПБ у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз кишечных инфекций, вызванных УПБ у детей.
7. Диагностика кишечных инфекций, вызванных УПБ у детей.
8. Лечение кишечных инфекций, вызванных УПБ детей.
9. Профилактика кишечных инфекций, вызванных УПБ.
10. Противоэпидемические мероприятия при кишечных инфекциях, вызванных УПБ.

***Тесты исходного контроля.***

1 .Какие из перечисленных ниже возбудителей относятся к УПБ: а)сальмонелла; б)хламидия; в)клебсиелла; г)протей;

д)синегнойная палочка.

Ответ: в, г, д.

2. Дети каких возрастов наиболее подвержены кишечным инфекциям, вызванных УПБ:

а)7 - 8 лет;

б)старше 14 лет;

в)от 0 до 3-х мес;

г) 12 мес;

д)все перечисленные.

Ответ: в.

З.К факторам противоинфекционной защиты грудного молока относятся: а)секреторный *1%* А; б)лактоферрин; в)лизоцим; г)бифидо-фактор; д)все перечисленные.

Ответ: д.

4.Какие из перечисленных путей инфицирования наиболее характерны для кишечных инфекций, вызванных УПБ:

а)воздушно-капельный;

б)пищевой;

в)контактно-бытовой;

г)инвазивный;

д)все перечисленные.

Ответ: б, в.

5.К какой группе микроорганизмов относятся возбудители УПБ: а)вирусы; б)простейшие; в)грибы;

г)бактерии; д)микоплазма. Ответ: г.

б.Какие клинические симптомы характерны для кишечных инфекций, вызванных УПБ:

а)интоксикация;

б)нарушение гемодинамики;

в)диарея;

г)гиперестезия;

д)гипертермия.

Ответ: а,-б, в.

7.Факторы, способствующие развитию кишечных инфекций, вызванных УПБ: а)гипотрофия; б)незрелость к сроку; в)недоношенность; г)эмбриофетопатия; д)эндокринопатия.

Ответ: а, б, в, г, д.

8.Какие из перечисленных свойств наиболее характерны для облигатной нкрофлоры:

а)стимуляция перестальтики; б)синтез органических кислот; в)создание щелочной рН кишечника; г)синтез витаминов; д)иммуностимуляция.

Ответ: а, б, г, д.

9.Что из перечисленного ниже характерно в OAK при кишечной инфекции, зызванной УПБ:

а)нормоцитоз;

б)лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево; в)моноцитоз;

г)умеренно ускоренная СОЭ; д)все перечисленное.

Ответ: д.

10.Какие из перечисленных методов используются для диагностики кишечных инфекций, вызванных УПБ:

а)серологический;

б)бактериологический;

в)иммуноферментный;

г)бактериоскопический;

д)морфологический.

Ответ: а, б, в.

11 .Признаки, характерные для протея:

а)грам-отрицательная палочка;

б)образование эндотоксина, гемолизина, лейкоцидина, гиалуронидазы, фибринолизина;

в)устойчивость во внешней среде; г)малая чувствительность к фенолу, фуроциллину; д)все перечисленное.

 Ответ: д.

12.Что из перечисленного ниже характерно для возбудителя клебсиеллезной инфекции:

а)грам-положительная неподвижная капсульная палочка; б)образование эндотоксина, термостабильного экзотоксина; в)устойчивость во внешней среде; г)могут обнаруживаться на руках медперсонала; д)способны размножаться в условиях холодильника. Ответ: б, в, г, д.

13.Что из перечисленного ниже характерно для возбудителя цитробактерной инфекции:

а)грам-отрицательная палочка;

б)образование эндотоксина;

в)передача возбудителя пищевым путем (мясо, молоко, птица); г)заражение от домашних животных; д)все перечисленное.

Ответ: д.

14.Что из перечисленного ниже характерно для возбудителя синегнойной инфекции:

а)грам-положительная палочка;

б)облигатный аэроб;

в)продуцирование зеленого и синего пигмента; г)продуцирование гликокаликса; д)высокая токсичность.

Ответ: б, в, г, д.

15.Что из перечисленного ниже характерно для кампилобактериоза: а)грам-отрицательные мелкие вибрионы; б)вызывают заболевания у ослабленных людей;

в)заболевают дети до 2 лет, находящиеся на искусственном вскармливании;

г)микст-инфекция; д)все перечисленное.

Ответ: д.

16.Какие из перечисленных направлений характерны в лечении кишечных инфекций, вызванных УПБ:

а)воздействие на возбудителя;

б)иммунотерапия;

в)санация пиемических очагов;

г)лечение патофизиологических синдромов (ДВС, септический шок); д)все перечисленное.

 Ответ: а, б, г.

17.Каковы основные задачи инфузионной терапии при лечении кишечных инфекций, вызванных УПБ:

а)улучшение реологических свойств крови;

б)устранение дегидратации тканей;

в)восстановление КОС;

г)нормализация электролитного обмена;

д)устранение нарушений газообмена и гипоксии. Ответ: а, б, в, г.

**Ситуационные задачи по теме «Кишечные инфекции, вызванные УПБ».**

Задача № 1.

Ребенок 6 лет. Заболел остро, заболевание началось с разбитости, головной боли, озноба, тошноты, затем присоединилась повторная рвота, температура тела - пониженная. На фоне интоксикации появились схваткообразные боли в животе, в эпигастрии. Стул учащен, жидкий, водянистый, с прожилками слизи, крови. Печень и селезенка не увеличены. Язык обложен, влажный.

В OAK - лейкопения, относительная нейтропения при сдвиге влево, лимфоцитоз, СОЭ 25мм/час.

Задание.

1 .Поставить предварительный диагноз. 2.План обследования.

 З.План лечения.

Задача № 2.

Мальчик от I беременности, рожден от женщины из группы высокого риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний. Родился с признаками пренатальной гипотрофии, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов, получал лечение в палате интенсивной терапии роддома. Поступил на 8-й день жизни в отделение патологии новорожденных в тяжелом состоянии. Выражены симптомы токсикоза с эксикозом. Кожные покровы серовато-бледные, тургор тканей снижен. Живот умеренно. Гепатоспленомегалия. Стул жидкий, водянистый зеленоватого цвета, пенистый. Болезненное отхождение газов. Стул до 10 раз в сутки, температура 38°С. Частота дыхания 60 в мин. При аускультации легких - ослабленное дыхание.

Задание.

1 .Поставить предварительный диагноз. 2.План обследования.

З.План лечения.

Задача № 3.

У ребенка 2-х лет через 2 часа после приема молока появились боли в животе, в эпигастрии, тошнота, слабость, неоднократная рвота. К концу первых суток появился жидкий стул до 5 раз без существенных патологических признаков. Урчание по ходу кишечника. Температура субфебрильная.

Задание.

1 .Поставьте предварительный диагноз. 2.План обследования.

З.План лечения.

Задача № 4.

Ребенок, рожденный со сроком гестации 32 недели от матери с обострением пиелонефрита во время беременности, родился в асфиксии, ггроводилась ИВЛ в течение 2-х суток в палате интенсивной терапии, переведен в стационар в крайне тяжелом состоянии за счет токсикоза с эксикозом. Стул до 15 раз в сутки жидкий, зловонный, с большим количеством слизи, зелени, пгожилками крови. Температура субфебрильная.

Задание.

1 .Поставьте предварительный диагноз. 2.План обследования.

З.План лечения.

 **Тема 7**

Вирусные диареи у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. ПЭМ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

*Тесты.*

*Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы к устному опросу.*

1. Этиология вирусных диарей.
2. Эпидемиология вирусных диарей .
3. Патогенез вирусных диарей.
4. Клиника вирусных диарей у детей.
5. Особенности клиники вирусных диарей у детей первого года жизни.
6. Дифференциальный диагноз вирусных диарей у детей.
7. Диагностика вирусных диарей у детей.
8. Лечение вирусных диарей у детей.
9. Профилактика вирусных диарей.
10. Противоэпидемические мероприятия при возникновении вирусных диарей у детей.
11. Тесты исходного контроля.

*1. Источники инфекции при ротавирусном гастроэнтерите:*

1. Вирусоносители
2. Реконвалесценты
3. Больной человек
4. Все перечисленные

Ответ: 4

*2. Какова контагиозность ротавирусного гастроэнтерита (РГЭ):*

1. Низкая
2. Высокая
3. Средняя

Ответ: 2

*3. РГЭ болеют преимущественно дети в возрасте:*

1. Старше 7 лет
2. До 2-3 мес. жизни
3. От 6 мес. до 2-х лет жизни

Ответ: 3

*4. В какое время года наибольшая заболеваемость РГЭ:*

1. Лето
2. Весна
3. Зимне-весенний
4. Осень

Ответ: 3

5. *Пути заражения при РГЭ:*

1. Контактно-бытовой
2. Внутрибольничный
3. Пищевой
4. Водный
5. Аэрогенный
6. Все перечисленные

Ответ: 6

*6. Ротавирус тропен к следующим отделам ЖКТ:*

1. Дистальный отдел толстого кишечника
2. Желудок
3. Тонкий кишечник
4. Двенадцатиперстная кишка

Ответ: 3, 4

*7. Постинфекционный иммунитет при РГЭ:*

1. Стойкий, пожизненный
2. Недостаточный, до 5-7 лет
3. Повторные случаи заболевания встречаются через 6-12 мес. после перенесенного заболевания

Ответ: 3

8. *Инкубационный период при РГЭ составляет:*

1. 7-14 дней
2. До 21 дня
3. 1-5 дней

Ответ: 3

9. *Клинические симптомы, характерные для РГЭ:*

1. Постепенное начало заболевания
2. Боли в животе
3. Повторная рвота, тошнота
4. Бурное начало
5. Тенезмы
6. Императивные позывы к дефекации
7. Облегчение после дефекации
8. Гепатоспленомегалия
9. Спазмированная сигма
10. Вздутие живота
11. Фебрильная температура

Ответ: 2,3,4, 6, 7, 10, 11

*10. Характер стула при РГЭ:*

1. Скудный, с мутной слизью, кровью
2. Кашицеобразный, желто-зеленый, со слизью
3. Водянстый, обильный, пенистый, желто-зеленый, с резким запахом Ответ: 3

*11. Вид эксикоза, наиболее часто развивающийся при РГЭ:*

1. Гипотонический
2. Изотонический
3. Гипертонический

Ответ: 2, 3

12. *Изменения в периферической крови, отмечающиеся при РГЭ:*

1) Ускоренная СОЭ 1 СОЭ не меняется

1. Лейкопения с лимфоцитозом на высоте клинических проявлений
2. OAK без изменений
3. Лейкоцитоз с нейтрофилезом в начале заболевания

Ответ: 2, 3, 5

*13. Длителъностъ диареи при РГЭ:*

1) 2-3 дня

2) 5-10 дней

3) 3-6 дней

Ответ: 3

*14.Профилактические мероприятия в очаге инфекции РГЭ:*

1. Выявление больных и их своевременная изоляция
2. Карантин
3. Заполнение КЭИ
4. Максимальное разобщение больных
5. Применение дез.растворов
6. Ношение масок
7. Вакцинация всех контактных

Ответ: 1, 4, 5, 6

*15. Препараты, применяемые для лечения РГЭ:*

1. Антибиотики широкого спектра действия
2. Ферменты
3. Инфузионные растворы
4. Поливитамины
5. Спазмолитики
6. Энтеросорбенты

Ответ: 2, 3, 4, 5, 6

**Ситуационные задачи по теме «Вирусные диареи у детей».**

Задача № 1.

Ребенок 6 мес, находящийся на искусственном вскармливании, заболел остро, тем­пература 39,6°С, кратковременные судороги, многократная рвота и частый (свыше 12-14 раз .тки) водянистый стул. При поступлении состояние тяжелое, вял, адинамичен, кожные покровы бледные, носогубный цианоз. Катаральные явления выражены умеренно, изредка покашливает. Слизистые суховаты, жажда. Сердечные тоны приглушены, тахикардия. Живот вздут, печень пальпируется на 2,5 см ниже края реберной дуги. Стул водянистый, обильный с зеленью, слизь прозрачная. Спустя 3 дня испражнения кашицеобразные, примеси исчезли.

Копрограмма: слизь - +, лейкоцитов - 6-8 в п/зр, эритроцитов нет. Бактериологическое исследование кала - патологической микрофлоры нет.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Проведите дифференциальный диагноз.*

Задача № 2.

Кристина У., 1,5 мес. Родилась в срок, роды протекали нормально. Находилась на -.тественном вскармливании до 1 мес, затем была переведена на искусственное. В связи с острым респираторным заболеванием лечилась в ЦРБ в течение 10 дней. В период подготов­ки к выписке состояние внезапно ухудшилось, снизился аппетит, стала беспокойной. Темпе­ратура 37,4°С, повторные срыгивания в течение 3 дней. Стул в первый день болезни жидкий, водянистый, с зеленью и слизью до 20 раз в сутки. Состояние стало улучшаться с 3-го дня болезни. К 7-му дню стул нормализовался.

При бактериологическом обследовании на наличие патогенной микрофлоры получе­ны 4 отрицательных результата. В парных сыворотках крови отмечается прирост антител в 8 раз с ротавирусным диагностикумом.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Проведите дифференциальный диагноз.*
3. *Назначьте план обследования.*

Задача № 3.

Девочка 2 мес, находящаяся на искусственном вскармливании, заболела исподволь. У ребенка повысилась температура до 37,1 °С и появился жидкий стул 4-5 раз в сутки. Общее состояние особо не ухудшалось, аппетит сохранялся. Ребенок наблюдался на дому с диагно­зом: простая диспесия, получая ферменты. Однако у ребенка в течении 5 дней сохраняется жидкий стул до 5-6 раз в сутки, в связи с чем она была госпитализирована в инфекционную больницу. При поступлении состояние ребенка существенно не нарушено, температура -нормальная, ребенок активен, хорошо сосет, периодически отмечается срыгивания. Со сто­ге ны дыхательной и сердечно-сосудистой систем - без особенностей. Живот несколько вдут. Стул жидкий, водянистый, зеленоватого цвета, без слизи и крови, с белыми комочка-:. Паренхиматозные органы без патологических изменений.

1. *Поставьте диагноз*
2. *Назначьте лечение.*

Задача № 4.

Мальчик 4 мес, заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры до 39,5 С, рвоты и частого жидкого стула. За сутки состояние ребенка стало тяжелым и мальчик мал доставлен в больницу. При поступлении состояние - крайне тяжелое. Ребенок очень вя­лый, адинамичный, на окружающее почти не реагирует, сонлив. Кожные покровы землисто-серого цвета, холодные на ощупь, морщинисты, собранные в складку плохо расправляются. Слизистые сухие. Лицо осунувшееся, глазки запавшие, черты лица заостроены, веки не не закрывают глаз. Тургор мягких тканей резко снижен. Большой родничок - запавший. Вес 5300 г, при рождении - 3300 г, до заболевания весил 6200г.

ЧСС - 160 в 1 мин. Пульс очень слабого наполнения. Тоны сердца резко приглуше­ны. АД - 70/40 мм рт.ст. Частота дыхания - 60 в 1 мин. Живот значительно вздут, брюшная стенка не напряжена. Ребенок не пьет, залитую в рот жидкость сплевывает. Стул 16 раз в су­тки обильный, водянистый. Каловые массы практически полностью впитываются в пеленку, окрашиваются в слабый желтый цвет, не содержат слизи и крови.

OAK: эритр. - 5,2х1012, Нв - 150 г/л, лейк. - 15х109, и/я - 10%, с/я - 46%, л - 34%, м-10%, СОЭ - 15 мм/час, гематокрит - 62%.

Ребенок в течение суток не мочился.

1. *Поставьте диагноз*
2. *Назначьте лечение и план обследования.*

**Тема 8**

Инфекционные токсикозы у детей. Токсикоз с эксикозом при острых кишечных инфекциях у детей. Инфекционно-токсический шок. Нейротоксикоз у детей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

*Устный опрос.*

*Тесты.*

*Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса.**

* 1. Понятие «инфекционные токсикозы у детей».
	2. Особенности водно-солевого обмена у детей. Физиологические нормы потребности в воде у детей разного возраста.
	3. Патогенез токсикоза с эксикозом при острых кишечных инфекциях у детей разного возраста.
	4. Клиника токсикоза с эксикозом у детей.
	5. Классификация токсикоза с эксикозом у детей.
	6. Лечение. Оказание неотложной помощи при токсикозе с эксикозом у детей при острых кишечных инфекциях.
	7. Профилактика развития токсикоза с эксикозом у детей.
	8. Нейротоксикоз - этиология, патогенез, клиника.
	9. Инфекционно-токсический шок при кишечных инфекциях у детей.

**Тестовый контроль.**

Тесты исходного контроля.

1. *Клиническими проявлениями эксикоза являются:*
2. Головная боль
3. Жажда
4. Сухость кожи и слизистых оболочек
5. Микроциркуляторные нарушения (бледность, мраморный рисунок кожи, холодные конечности и др.)
6. Полиурия

Ответ: 2, 3, 4

1. *Эксикоз при ЭПКП, чаще всего проявляется:*
2. По гипотоническому типу
3. По изотоническому типу
4. По гипертоническому типу

Ответ: 1, 2

1. *Эксикоз определяет основную тяжесть заболевания при:*
2. Шигеллезах
3. Сальмонеллезе
4. Холере
5. Ротавирусной инфекции
6. Энтеротоксигенном эшерихиозе

Ответ: 3, 4, 5

1. *Клиническими проявлениями гипотонического (соледефицитного) характера эксикоза являются:*
2. Отсутствие жажды (ребенок отказывается от питья)
3. Выраженная жажда
4. Гипертермический синдром
5. Вялость, адинамия, мышечная гипотония, сонливость
6. Микроциркуляторные нарушения (бледность, мраморный рисунок кожи, холодные конечности и др.)

Ответ: 4, 5

1. *У детей в патогенезе развития диарейного синдрома ведущее значение имеет нарушение всасывания и/или гиперсекреция воды, электролитов энтероцитами при следующих кишечных инфекциях:*
2. Шигеллез
3. Холера
4. Энтерогеморрагический эшерихиоз
5. Энтеротоксигенный эшерихиоз
6. Ротавирусная инфекция

Ответ: 2, 4, 5

1. *По типу развития диарейного синдрома относятся к «инвазивным» следующие кишечные инфекции:*
2. Шигеллез
3. Сальмонеллез
4. Клостридиоз перфрингес
5. Холера
6. Ротавирусная инфекция

Ответ: 1, 2, 3

1. *При пищевом пути инфицирования и массивной инвазии синдром первичного нейротоксикоза чаще всего развивается при:*
2. Холере
3. Энтеропатогенном эшерихиозе
4. Шигеллезах
5. Сальмонеллезе
6. Энтеротоксигенном эшерихиозе

Ответ: 3, 4

1. *При кишечных инфекциях у детей с целью энтеральной детоксикации можно использовать:*
2. Регидрон
3. Смекту
4. Энтеросгель
5. Реополиглюкин
6. Энтеродез

Ответ: 2, 3, 5

1. *При кишечных инфекциях у детей, протекающих с эксикозом, оральная регидратация должна быть дополнена парентеральной при:*
2. Наличии синдрома первичного нейротоксикоза
3. Дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5%
4. Наличии признаков гиповолемического шока
5. Неукротимой рвоте

Ответ: 3, 4

1. *В качестве средств этиопатогенетической терапии кишечных инфекций могут быть использованы:*
2. Антибиотики
3. Эрцефурил, невиграмон
4. Смекта
5. Лоперамид (имодиум)
6. Комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП)

Ответ: 1, 3, 5

1. *При какой степени токсикоза с эксикозом оральная регидратация является основным методом лечения:*
	* 1. I
		2. II
		3. III

Ответ: 1

1. *Оптимальная прибавка массы тела у ребенка за 1-е сутки регидратационной терапии составляет (%):*
	* 1. До 1
		2. 1-2
		3. 2-3
		4. 3-7
		5. 7-10

Ответ: 3

1. *При дегидратации II степени дефицит массы тела составляет (%):*
	* 1. 1-3
		2. 3-5
		3. 5-9
		4. Свыше 10

Ответ: 3

1. *С чего начинают лечение при частой рвоте у детей с кишечным токсикозом:*
	* 1. Инфузионная терапия
		2. Введение противорвотных средств (церукал и др.)
		3. Нейровегетативная блокада
		4. Промывание желудка
		5. Антибактериальная терапия

Ответ: 4

 **Ситуационные задачи.**

**Задача № 1.**

Сережа М., 11 мес, заболел остро, вечером; повысилась температура тела до 39,60С, отмечалось выраженное беспокойство. После приема парацетамола температура снизилась до нормы, ребенок уснул, однако через 4 ч проснулся, стал плакать. Температура тела вновь повысилась до 39,90С, мальчик стал вялым. Ему дали воды, после чего была однократная рвота. Появилась одышка типа «загнанного зверя».

Объективно: сознание угнетено до сомноленции, ребенок периодически беспокоится, громко кричит. Мышечный гипертонус. Симптом Кернига положительный. Кожа бледная, периоральный цианоз. Слизистая ротовой полости суховатая. Частота дыхания – 80 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 162 в 1 мин. Живот мягкий, вздут. Кишечник при пальпации урчит. Стул 3 раза жидкий. Диурез снижен, моча обычного цвета.

 ОАК: эритр. – 4х1012, Нв - 136 г/л, лей. – 7,6х109, э - 0%, п/я - 13%, с/я - 42%, л - 40%, м- 5%, СОЭ - 5 мм/ч.

1. *О каком виде токсикоза можно думать?*
2. *Назначьте лечение.*

**Задача № 2.**

Люда Л., 1 год 4 мес, заболела накануне госпитализации, остро; температура тела повысилась до 38,20С. После приема парацетамола температура снизилась до 370С, самочувствие девочки улучшилось, она стала активней. Через 5 ч температура вновь повысилась до 39,10С. Однократно была рвота. Появился жидкий стул до 6 раз со слизью. На высоте лихорадки был кратковременный приступ тонико-клонических судорог. Доставлена в больницу.

Объективно: сознание угнетено до сомноленции, девочка очень вялая. Кожа бледная, периоральный цианоз. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 42 в 1 мин. Тоны сердца значительно приглушены, ЧСС – 230 в 1 мин, пульс ритмичный, АД 75/50 мм рт.ст. Живот мягкий, немного втянут. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна при пальпации. Анус податлив. Стул скудный в виде небольших порций ржавой слизи, прожилок крови. Диурез сохранен.

ОАК: эритр. – 4,2х1012, Нв - 132 г/л, лей. – 15,4х109, э - 0%, п/я - 22%, с/я - 49%, л - 24%, м- 5%, СОЭ - 4 мм/ч. Гематокрит – 0,40.

ОАМ: прозрачная, соломенно-желтая, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0-1 в поле зрения, белок 0,066 г/л.

При бактериологическом исследовании кала выделена культура Shigella sonnae.

1. *Поставьте диагноз. О каком виде инфекционного токсикоза идет речь?*
2. *Назначьте лечение.*

**Задача № 3.**

У ребенка эксикоз III степени. В крови содержание К – 2,8 ммоль/л, Na – 130 ммоль/л.

*О каком типе эксикоза можно думать?*

**Задача № 4.**

Евгений Т., 1 год 2 мес, болен в течение 10 дней. Госпитализирован в детскую инфекционную больницу, где получал лечение по поводу шигеллеза (Sh. flexnery 2a). Через 7 дней после поступления в стационар и через 2 дня после отмены антибиотиков у ребенка вновь повысилась температура тела, появился разжиженный стул частотой 9 раз в сутки, отмечалась трехкратная рвота. Он стал вялым, отказывается от еды, появились рвота «кофейной гущей», парез кишечника.

Объективно: сознание угнетено до сопора. Ребенок адинамичен, мышечный тонус снижен. Кожа серого цвета с наличием распространенного мраморного рисунка. На ощупь определяется пастозность кожи и подкожной клетчатки. Складка кожи расправляется замедленно. Дыхание поверхностное, частота дыхания – 48 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС – 156 в 1 мин. Живот увеличен в объеме, перистальтика не прослушивается. Кожа на животе лоснится. Пупок сглажен. Над всей поверхностью живота перкуторно определяется тимпанит. Мошонка отечна, цианотична. Стула нет в течение 16 ч. Через зонд из желудка выделяется жидкость типа «кофейной гущи».

Рентгенологически: свободного газа в брюшной полости нет. Петли толстой и тонкой кишки раздуты, имеются множественные уровни жидкости (чаши Клойбера).

ОАК: эритр. – 3,3х1012, Нв - 116 г/л, лей. – 11,4х109, п/я - 38%, с/я - 32%, л - 26%, м- 4%, СОЭ - 22 мм/ч.

При бактериологическом исследовании кала выделены культуры Sh.flexnery, St.aureus.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Назначьте лечение.*

**Задача № 5.**

Мальчик 4 мес., заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры до 39,50С, рвоты и частого жидкого стула. За сутки состояние ребенка стало тяжелым и мальчик был доставлен в больницу. При поступлении – состояние крайне тяжелое. Ребенок очень вялый, адинамичный, на окружающее почти не реагирует, сонлив. Кожные покровы землисто-серого цвета, холодные на ощупь, морщинисты, собранные в складку плохо расправляются. Слизистые сухие. Лицо осунувшееся, глазки запавшие, черты лица заострены, веки не закрывают глаз. Тургор мягких тканей резко снижен. Большой родничок – запавший. Вес 5300г, при рождении – 3300 г, до заболевания весил 6200г.

ЧСС – 160 в 1 мин. Пульс очень слабого наполнения. Тоны сердца резко приглушены. АД – 70/40 мм рт.ст. Частота дыхания – 60 в 1 мин. Живот значительно вздут, брюшная стенка не напряжена. Периодически отмечается рвота. Ребенок не пьет, залитую в рот жидкость сплевывает. Стул 16 раз в сутки обильный, водянистый. Каловые массы практически полностью впитываются в пеленку, окрашиваются в слабый желтый цвет, не содержат слизи и крови.

ОАК: эритр. – 5,2х1012, Нв – 150 г/л, лейк. – 15х109, п/я – 10%, с/я – 46%, л – 34%, м-10%, СОЭ – 15 мм/час, гематокрит – 62%.

Ребенок в течение суток не мочился.

1. *Поставьте диагноз*
2. *Назначьте лечение и план обследования.*

**Задача № 6.**

Мальчик 3 лет, заболел остро; съел пирожок с мясом, купленный у частного продавца, и через сутки появились многократная рвота, жидкий стул со слизью и неприятным запахом, частотой до 16 раз. Температура тела повысилась до 38,60С. Ребенок стал отказываться от еды.

Объективно: ребенок в сознании, вялый, периодически беспокоится. Воду пьет с жадностью. Аппетит снижен. Кожа бледная, чистая. Слизистые ротовой полости сухие, глазные яблоки умеренно запавшие. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Частота дыхания – 36 в 1 мин Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС – 120 в 1 мин, пульс ритмичный. Живот мягкий не вздут. Печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Определяется грубое урчание по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка при пальпации умеренно болезненная. Анус сомкнут. Стул жидкий, зловонный, с комками мутной слизи. Диурез сохранен.

ОАК: эритр. – 4,2х1012, Нв - 144 г/л, лей. - 11х109, э - 2%, п/я - 12%, с/я - 48%, л - 30%, м- 10%, СОЭ - 7 мм/ч. гематокрит – 0,45.

ОАМ: прозрачная, светло-желтая, лей. – 1-2 в поле зрения, белок – 0,033 г/л.

Копрограмма: цвет - желтый, консистенция - водянистая, слизь – большое количество, лейкоциты 13-15 в поле зрения, эритр. - нет, клетки кишечного эпителия - 4-8 в поле зрения.

1. *Поставьте предварительный диагноз, определите вид токсикоза.*
2. *Назначьте лечение*

**Задача № 7.**

Ребенок 10 мес., болен в течение 3 дней; снизился аппетит, появилась рвота частотой до 3 раз, жидкий стул – до 8 раз за сутки. За последние сутки повысилась температура тела до 38,40С, девочка стала вялой, отказывается от еды, осунулась.

Объективно: сознание угнетено до сомноленции. Ребенок вялый, но при виде бутылки с водой возбуждается, жадно пьет воду. Мышечный тонус повышен. Кожа резко бледная со стойким мраморным рисунком на конечностях, периоральный цианоз. Слизистая ротовой полости сухая, глазные яблоки ввалились. Кожная складка расправляется медленно. Дыхание жесткое с обеих сторон, прослушиваются рассеянные сухие хрипы. Частота дыхания – 54 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 156 в 1 мин. Живот мягкий, умеренно вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул обильный водянистый, бледно-желтого цвета с небольшой примесью комочков мутной слизи. Анус сомкнут. Диурез снижен – самостоятельного мочеиспускания не было в течение последних 6 часов.

При бактриологическом исследовании кала выделена культура энтеропатогенной Escherichia coli О-119

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Проведите дифференциальный диагноз.*
3. *Назначьте лечение*

**Задача № 8.**

Денис 5 мес., поступил в ОРИТ детской инфекционной больницы в крайне тяжелом состоянии на 4-й день болезни. Заболел остро; появились субфебрилитет, жидкий стул кратностью до 4 раз в сутки и рвота до 2 раз, ухудшился аппетит. Частота стула увеличилась в последние сутки до «без счета».

Объективно: сознание угнетено до сопора, температура тела 37,40С, адинамия, мышечный тонус повышен. Слизистые полости рта и склеры сухие. Большой родничок и глазные яблоки ввалились. Кожа серого цвета, акроцианоз, «мраморность», на ощупь дряблая, складка не расправляется. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, частота дыхания – 52 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС – 182 в 1 мин. АД – 60/40 мм рт.ст. Живот вздут, печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка – на 1 см. Анус податлив. Стул водянистый с большой примесью слизи зеленого цвета. Диурез отсутствует в течение последних 16 часов.

При бактериологическом исследовании кала выделена культура: S enteritidis.

1. *Поставьте диагноз*
2. *Назначьте лечение.*

**Тема 9 Лечение острых кишечных инфекций у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

 *Устный опрос.*

*Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы к устному опросу.*

1. *Показания к назначению антибиотикотерапии.*
2. *Этиотропное лечение острых кишечных инфекций у детей.*
3. *Патогенетическое лечение острых кишечных инфекций у детей.*
4. *Симптоматическое лечение острых кишечных инфекций у детей.*
5. *Оказание неотложной помощи при гипертермическом синдроме.*
6. *Оказание неотложной помощи при парезе кишечника.*
7. *Оказание неотложной помощи при кишечном кровотечении у ребенка с кишечной инфекцией.*
8. *Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме на фоне острых кишечных инфекций у детей.*
9. *Оказание неотложной помощи при ГУС-синдроме, ассоциированном с диареей у детей.*

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Толя Р., 14 лет, заболел остро спустя 2 часа после употребления пирожков с мясом, купленных на улице. Появились боли в эпигастрии, обильная рвота до 8 раз, головная боль, температура до 38,5°С, стул три раза, один раз жидкий. Машиной "скорой помощи" доставлен в стационар, где выявлены следующие

симптомы: вялость, резкая бледность, тахикардия, приглушение тонов сердца, язык густо обложен белым налетом, живот вздут, урчащая сигма. Задание.

1 .Какой предположительный диагноз?

2.Какова тактика в отношении больного в приемном покое?

3.Наметьте план обследования и лечения.

Задача № 2.

Ваня В., 6 лет, заболел 4 дня назад, когда повысилась температура до 38.9JC, была повторная рвота, жидкий стул со слизью и прожилками крови. В последующие дни рвота была нечастой, стул стал реже, до 2-х раз в сутки, без крови, но ребенок продолжал лихорадить, причем температура снижалась незначительно, а потом вновь повышалась. Ребенок был осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При поступлении на 5-е сутки от начала заболевания состояние тяжелое за счет интоксикации, высоко лихорадит до 39.8°С, вялый, адинамичный, отказывается от еды, пьет плохо, периодически бредит, встает и бежит. Выражена бледность кожи, язык сухой, обложен сероватым налетом. Живот вздут, урчит в правой подвздошной области, тоны сердца приглушены, брадикардия. Стула в день поступления не было. Увеличены печень и селезенка.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

3.Лечебные мероприятия.

Задача № 3.

Ребенок 2-х месячного возраста поступил с жалобами на вялость, отказ от груди, частые срыгивания, жидкий стул до 10 раз в сутки со слизью цвета "болотной тины". Из анамнеза известно, что ребенок находился в детском соматическом отделении, где лечился по поводу бронхита. Заболел через три дня после выписки из стационара. При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое: высоко лихорадит, вялый, адинимичный, отказывается от груди, беспокойный. Температура при поступлении 38,5 С, выражена бледность кожи, в покое одышка, цианоз носогубного треугольника. В легких дыхание ослаблено, на этом фоне выслушиваются мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Перкуторно над легкими коробочный оттенок легочного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 158 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, урчит по ходу кишечника, ребенок беспокоен при пальпации живота. Стул обильный водянистый цвета "болотной тины". Мочится мало. Сознание ясное, ребенок возбужден, отмечается выбухание большого родничка, положительный симптом подвешивания.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

 3.Наметьте план лечения.

Задача № 4.

Ребенок 6 мес, находящийся на искусственном вскармливании, заболел остро, тем­пература 39,6°С, кратковременные судороги, многократная рвота и частый (свыше 12-14 раз ) водянистый стул. При поступлении состояние тяжелое, вял, адинамичен, кожные покровы бледные, носогубный цианоз. Катаральные явления выражены умеренно, изредка покашливает. Слизистые суховаты, жажда. Сердечные тоны приглушены, тахикардия. Живот вздут, печень пальпируется на 2,5 см ниже края реберной дуги. Стул водянистый, обильный с зеленью, слизь прозрачная. Спустя 3 дня испражнения кашицеобразные, примеси исчезли.

Копрограмма: слизь - +, лейкоцитов - 6-8 в п/зр, эритроцитов нет. Бактериологическое исследование кала - патологической микрофлоры нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначить план лечения.

Задача № 5.

Кристина У., 1,5 мес. Родилась в срок, роды протекали нормально. Находилась на -.естественном вскармливании до 1 мес, затем была переведена на искусственное. В связи с острым респираторным заболеванием лечилась в ЦРБ в течение 10 дней. В период подготов­ки к выписке состояние внезапно ухудшилось, снизился аппетит, стала беспокойной. Темпе­ратура 37,4°С, повторные срыгивания в течение 3 дней. Стул в первый день болезни жидкий, водянистый, с зеленью и слизью до 20 раз в сутки. Состояние стало улучшаться с 3-го дня болезни. К 7-му дню стул нормализовался.

При бактериологическом обследовании на наличие патогенной микрофлоры получе­ны 4 отрицательных результата. В парных сыворотках крови отмечается прирост антител в 8 раз с ротавирусным диагностикумом.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования и лечения.

Задача № 6.

Девочка 2 мес, находящаяся на искусственном вскармливании, заболела исподволь. У ребенка повысилась температура до 37,1 °С и появился жидкий стул 4-5 раз в сутки. Общее состояние особо не ухудшалось, аппетит сохранялся. Ребенок наблюдался на дому с диагно­зом: простая диспесия, получая ферменты. Однако у ребенка в течении 5 дней сохраняется жидкий стул до 5-6 раз в сутки, в связи с чем она была госпитализирована в инфекционную больницу. При поступлении состояние ребенка существенно не нарушено, температура -нормальная, ребенок активен, хорошо сосет, периодически отмечается срыгивания. Со сто­роны дыхательной и сердечно-сосудистой систем - без особенностей. Живот несколько вдут. Стул жидкий, водянистый, зеленоватого цвета, без слизи и крови, с белыми комочками. Паренхиматозные органы без патологических изменений.

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение.

Задача № 7.

Мальчик 4 мес, заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры до 39,5 С, рвоты и частого жидкого стула. За сутки состояние ребенка стало тяжелым и мальчик доставлен в больницу. При поступлении состояние - крайне тяжелое. Ребенок очень вя­лый, адинамичный, на окружающее почти не реагирует, сонлив. Кожные покровы землисто-серого цвета, холодные на ощупь, морщинисты, собранные в складку плохо расправляются. Слизистые сухие. Лицо осунувшееся, глазки запавшие, черты лица заострены, веки не закрывают глаз. Тургор мягких тканей резко снижен. Большой родничок - запавший. Вес 5300 г, при рождении - 3300 г, до заболевания весил 6200г.

ЧСС - 160 в 1 мин. Пульс очень слабого наполнения. Тоны сердца резко приглуше­ны. АД - 70/40 мм рт.ст. Частота дыхания - 60 в 1 мин. Живот значительно вздут, брюшная стенка не напряжена. Ребенок не пьет, залитую в рот жидкость сплевывает. Стул 16 раз в су­тки обильный, водянистый. Каловые массы практически полностью впитываются в пеленку, окрашиваются в слабый желтый цвет, не содержат слизи и крови.

OAK: эритр. - 5,2х1012, Нв - 150 г/л, лейк. - 15х109, и/я - 10%, с/я - 46%, л - 34%, м-10%, СОЭ - 15 мм/час, гематокрит - 62%.

Ребенок в течение суток не мочился.

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение и план обследования.

Задача № 8.

Мальчик 3 мес, заболел без "видимых" причин. Заболевание началось со срыгивания. рвоты, повышения температуры и жидкого стула 8-10 раз в сутки. Ребенок с 2 месяцев на искусственном вскармливании. В настоящее время вскармливается смесью "Малыш". При поступлении в больницу на 3 день заболевания обнаружено следующее: состояние среднетяжелое, вялый, адинамичный, высасывает при 6 разовом кормлении по 70-80 мл сме­си. За первые сутки после поступления рвота была 2 раза. Температура тела 38,5°С. Кожные покровы бледные, отмечается мраморность. Слизистые суховаты. Тургор мягких тканей снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Вес 5300 гр. Пульс 130 ударов в минуту, тоны сердца приглушены. Со стороны легких патологии нет. Живот значи­тельно вздут. При пальпации отмечается урчание по ходу тонкого кишечника. Стул жидкий, с большим количеством жидкости, ярко-охряного цвета, 8-10 раз в сутки, пенистый. При акте дефекации тенезмов не отмечается. Зияния и податливости ануса нет. В каловых массах слизи, крови, гноя не отмечается.

OAK: эритр. - 4х1012, Нв - 130 г/л, лей. - 11x109, э - 2%, и/я - 7%, с/я - 41%, л - 40%, м- 10%, СОЭ - 12 мм/ч. ОАМ: без патологии. Копрограмма: цвет - желтый, консистенция -водянистая, лейкоциты 3-5 в поле зрения, эритр. - нет, клетки кишечного эпителия - 4-8 в по­ле зрения.

1. Поставь те предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план лечения.

**Темы рефератов.**

**Модуль *N 2 Вирусные гепатиты у детей.***

**Тема 1** *Вирусные гепатиты с энтеральным путём передачи у детей.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

*Тестовый контроль.*

*Ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы к устному опросу.*

1. *Этиология вирусного гепатита Этиология вирусного гепатита В,С,Д.*
2. *Эпидемиология вирусного гепатита В,С,Д. .*
3. *Патогенез вирусного гепатита В,С,Д.*
4. *Клиника вирусного гепатита В,С,Д у детей.*
5. *Особенности клиники вирусного гепатита В,С,Д у детей первого года жизни.*
6. *Дифференциальная диагностика вирусного гепатита В,С,Д.*
7. *Лечение вирусного гепатита В,С,Д.*
8. *Профилактика вирусного гепатита В,С,Д.*
9. *Противоэпидемические мероприятия при*

*вирусном гепатите В,С,Д.*

1. *А.*
2. *Эпидемиология вирусного гепатита А.*
3. *Патогенез вирусного гепатита А.*
4. *Клиника вирусного гепатита А у детей.*
5. *Особенности клиники вирусного гепатита А у детей первого года жизни.*
6. *Дифференциальная диагностика вирусного гепатита А.*
7. *Лечение вирусного гепатита А.*
8. *Профилактика вирусного гепатита А.*
9. *Противоэпидемические мероприятия при*

*вирусном гепатите А.*

1. *Этиология вирусного гепатита Е.*
2. *Эпидемиология вирусного гепатита Е.*
3. *Патогенез вирусного гепатита Е.*
4. *Клиника вирусного гепатита Е у детей.*
5. *Особенности клиники вирусного гепатита Е у детей первого года жизни.*
6. *Дифференциальная диагностика вирусного гепатита Е.*
7. *Лечение вирусного гепатита Е.*
8. *Профилактика вирусного гепатита Е.*
9. *Противоэпидемические мероприятия при*

*вирусном гепатите Е.*

*Тестовый контроль*

**Тесты по теме «Вирусный гепатит А и вирусный гепатит Е»**

 1. В каких биологических субстратах находится вирус у больных ГА:

а) слюне,

б) кале,

в) сперме,

г) грудном молоке

 2. Назовите источник инфекции при ГА:

а) больной в инкубационном периоде,

б) больной субклинической формой,

в) больной хроническим гепатитом.

 3. Назовите факторы передачи возбудителя при гепатите А:

а) медицинский инструмент,

в) мухи.

г) домашние животные.

 4. Какой биохимический тест является главным для диагностики вирусного гепатита:

а) повышение щелочной фосфатазы,

б) повышение амилазы крови,

в) повышение неконъюгированного билирубина,

г) повышение трансаминаз?

 5. Выберите показатель общего билирубина, характерный для среднетяжелой формы гепатита А (в мкмоль/л):

а) 20 – 85,

б) 85 – 180,

в) 5 – 20,

г) выше 180.

 6. Назовите причину “потемнения” мочи при гепатите в желтушном периоде:

а) уробилин,

б) неконъюгированный билирубин,

в) конъюгированный билирубин,

г) уробилиноген.

 7. Назовите диагностический маркер ГА в остром периоде:

а) анти-НВс,

б) анти-HAV IgM,

в) анти-HAV IgG,

г) анти-НBе.

 8. Назовите исходы гепатита А:

а) полное выздоровление,

б) дискинезия ж.в.п.,

в) хронический гепатит,

г) синдром Жильбера.

 9. Выберите временной критерий затяжного течения ГА:

а) 1 - 2 мес.,

б) 2 - 3 мес.,

в) 3 - 6 мес.,

г) более 6 мес.

10. При субклинической форме гепатита А отмечаются:

а) увеличение печени,

б) ферментемия,

в) билирубинемия,

г) обнаружение анти-HAV IgM.

11. Выберите лекарство, применяемое при лечении ГА:

а) преднизолон,

б) 5% р-р магнезии,

в) аллохол,

г) аспирин.

12. Назовите признаки, характеризующие безжелтушную форму ГА:

а) “темная” моча,

б) ферментемия,

в) увеличение печени,

г) билирубинемия.

13. На какой срок назначается диспансерное наблюдение после перенесенного ГА:

а) 1 месяц,

б) 2 месяца,

в) 3 месяца,

г) 6 месяцев?

14. Ведущий путь инфицирования вирусом гепатита Е:

а) пищевой,

б) водный,

в) воздушно-капельный,

г) контактно-бытовой.

15. Выберите географический регион, где распространена заболеваемость гепатитом Е:

а) страны Европы,

б) Россия,

в) страны Азиатского региона,

г) страны Африки

16. Кто чаще болеет гепатитом Е:

а) взрослые,

б) дети.

17. Выберете характерные клинические отличия ГЕ от ГА:

а) острое начало болезни,

б) не острое начало,

в) с появлением желтухи интоксикация исчезает,

г) с появлением желтухи интоксикация не исчезает,

д) многократное повышение АлАТ,

е) слабое повышение АлАТ,

ё) повышенный показатель тимоловой пробы,

ж) тимоловая проба в норме.

18. Каков исход гепатита Е у детей:

а) хронический гепатит Е,

б) полное выздоровление?

19. Какой маркер гепатита Е подтверждает диагноз:

а) HBsAg,

б) anti-HAV,

в) anti-HDV,

г) anti-HEV,

д) anti- HBe.

20. Геном вируса гепатита Е содержит:

а) РНК,

б) ДНК.

*Ситуационные задачи*

Задача №1

 Ребенок Костя А.3х лет стал жаловаться на кашель, насморк в течение 2х дней. Поднялась температура до 38.5 ºС. Мать ребенка отмечает, что он стал вялым, отказывается от еды, резко снизился аппетит. Обратился к врачу, был поставлен диагноз ОРВИ, назначено лечение парацетомолом, арбидолом, микстурой от кашля. Самочувствие ребенка не улучшалось и на 5й день мать заметила у ребенка желтушность кожи и склер. Повторно обратились к врачу.

При осмотре врач выявил следующее: состояние средней степени тяжести, температура 36.6ºС. Склеры и кожные покровы умеренно желтушны. Зев гиперемирован, миндалины обычных размеров, налетов нет. Язык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, пульс 124 удара в минуту. Дыхание 35 движение в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, печень на 2.0 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча темного цвета, пенится. Кал обесцвечен. Врач направил ребенка на исследование крови, сделан биохимический анализ крови: билирубин общий -81ммоль/л, прямой- 63 ммоль/л, непрямой -18 ммоль/л, АлАТ -4.8 ммоль/л, белок общий 69г/л, альбумины-37 г/л, глобулины – 32г/л.

Задание:

1. Поставить диагноз и обосновать.
2. Наметить план обследования.
3. Назначить лечение.

Задача №2.

 Маша В. 4х лет заболела остро. Заболевание связывают с приемом в пищу пирожков с мясом.

Жалобы на тошноту, 3х кратную рвоту, вялость, боли в животе. Обратились за помощью на скорую помощь. Врач скорой помощи поставил диагноз пищевой токсикоинфекции, промыл желудок и направил ребенка в инфекционный стационар.

 При осмотре врач приемного покоя обнаружил следующее:

Состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и слизистые чистые. Зев, нос, уши без патологии. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3см, мягкоэластичной консистенции, край острый.

 Селезенка не пальпируется.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, пульс 96 ударов в минуту. Дыхание 30 движений в минуту. Моча обычной окраски. Менингиальных знаков нет.

Проведено обследование: биохимический анализ крови - билирубин общий 9 ммоль/л, прямой 6 ммоль/л, непрямой 2 ммоль/л, АлАТ – 5.1 ммоль/л, сулемовая проба-1.6, белок общий 49.0 г/л, альбумины 39.0г/л, глобулины – 10г/лПТИ-58%, тимоловая проба -36 ЕД. Анализ мочи на желчные пигменты – положительный. Анализ кала на стеркобилин- положительный.

Задание:

* 1. Поставить предположительный диагноз и обосновать его.
	2. Оценить результаты обследования.
	3. Рекомендации по лечению.

Задача №3.

 Ребенок Олег Д. 5 лет, заболел постепенно, стал жаловаться на головные боли, плохой сон, снижение аппетита, вялость, слабость в течение последних 3х дней. Мать ребенка обратила внимание, что моча у ребенка интенсивно желтого цвета, а кал обесцвечен, склеры глаз ребенка пожелтели и кожные покровы лица, туловища стали желтыми. Обратились к врачу. При осмотре обнаружили следующее: состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры интенсивно желтые. Язык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичны. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подреберной области и в области эпигастрия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4см, пальпируется край селезенки. Моча интенсивно желтого цвета, кал обесцвечен.

Проведено обследование: биохимический анализ крови - билирубин общий 128 ммоль/л, прямой 112 ммоль/л, непрямой 16 ммоль/л, АлАТ – 4.16 ммоль/л, сулемовая проба-1.4, тимоловая проба -19 ЕД, белок общий 70 г/л, альбумины 27г/л, глобулины – 43г/л, холестерин-8.8 ммоль/л, ЩФ 1432Е/л, ПТИ-64%.

 Анализ мочи на желчные пигменты – резко положительный на +++. Анализ кала на стеркобилин- отрицательный.

В крови обнаружены антитела к HAV-вирусу класса IgM. В саду, который посещает мальчик есть случай гепатита.

Задание:

* 1. Поставить диагноз и обосновать.
	2. Оценить результаты исследований.
	3. Тактика ведения больного ребенка.

Задача №4.

 Ребенок Ира Д. 7 лет заболела остро. Жалобы на тошноту, рвоту дважды. Боли в животе, расстройство стула. Заболевание связывает с приемом в пищу жареной картошки. Обратилась к врачу, заподозрен холецистит с явлениями дискинезии желчевыводящих путей. Лечили обезболивающими, ферментами, папаверином. Однако самочувствие не улучшалось, нарастала слабость, вялость, стала отказываться от еды, рвота повторялась 2-3 раза за сутки, на 4ый день болезни мать заметила, что девочка пожелтела, моча стала темной. Девочка дала носовое кровотечение, которое остановилось после проведения тампонады. При повторном осмотре врач выявил следующее: состояние тяжелое за счет выраженной желтухи, кожные покровы и склеры интенсивно желтушны, на лице, шеи и груди мелкая геморрагическая сыпь. Зев умеренно гиперемирован. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 132 ударов в минуту. Дыхание 30 движений в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 4см, край острый, мягкоэластичной консистенции. Селезенка пальпируется на 1 см от края реберной дуги. Стул оформленный, кал обесцвечен. Моча пенистая, интенсивно темного цвета. Менингиальных знаков нет. Ребенка срочно направили в инфекционный стационар.

При обследовании:

биохимический анализ крови - билирубин общий 256 ммоль/л, прямой 188 ммоль/л, непрямой 68 ммоль/л, АлАТ – 6.38 ммоль/л, сулемовая проба-1.1, белок общий 79 г/л, альбумины 30г/л, глобулины – 49г/л, холестерин-7.2 ммоль/л, ЩФ 1382Е/л, ПТИ-55%.

 Анализ мочи на желчные пигменты –положительная реакция на ++++. Анализ кала на стеркобилин- отрицательная реакция.

В крови методом ИФА обнаружены антитела IgM к HAV-вирусу. Кровь на HBs-антиген отрицательна.

Задание:

* 1. Поставить диагноз и обосновать его.
	2. Провести анализ анализов.
	3. Тактика ведения и лечения больного.
	4. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача №5.

 Ребенок Катя М. 5 лет посещает детский сад, где есть случаи заболеваний ВГА. При обследовании контактных у данного ребенка обнаружили следующее: состояние удовлетворительное, кожные покровы и склеры чистые. Зев бледен, миндалины обычные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3см, мягкоэластичной консистенции, край острый. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, цвет коричневый. Моча светложелтого цвета.

При обследовании в анализах крови:

 билирубин общий 18 ммоль/л, прямой 2 ммоль/л, непрямой 16 ммоль/л, АлАТ – 6.38 ммоль/л, сулемовая проба-1.8, тимоловая проба – 12 ед, ПТИ-69 %.

 Анализ мочи на желчные пигменты –отрицательный. Анализ кала на стеркобилин- +++ положительная реакция.

Задание:

1. Поставить диагноз и обосновать.
2. Провести анализ анализов, составить план обследования больного.
3. Тактика ведения больного.

Задача №6.

 Ребенок Дима Т., 4 лет стал жаловаться на боли в животе, вялость, слабость, отсутствие аппетита, однократно была рвота. Ребенок посещает сад, где есть случай вирусного гепатита. На 3ий день от начала заболевания мать заметила, что у мальчика слегка пожелтела кожа лица и склеры, моча стала темнее обычного.

Обратились к врачу. При обследовании обнаружено следующее:

состояние удовлетворительное, склеры ребенка слегка желтушны, кожные покровы чистые. Зев бледен, нос, уши чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета. Моча светлая. Менингиальных знаков нет.

Сделан анализ крови:

Билирубин общий-26 ммоль/л, прямой 16 ммоль/л, непрямой -10ммоль/л, АлАТ-5.1 ммоль/л, сулемовая проба 1.7, белок общий- 54г/л, альбумины 30.2г/л, глобулины 23.8г/л, ПТИ-77%, тимоловая проба – 32ед.

Анализ мочи на желчные пигменты – отрицательный. Анализ кала на стеркобилин – положительная реакция. В крови в реакции ИФА выявлены антитела к HAV класса IgМ.

Задание:

* 1. Поставить диагноз и обосновать.
	2. Провести анализ анализов.
	3. Наметить план лечения больного.
	4. Провести противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача №7

 Ребенок Ренат С. 5 лет заболел остро, поднялась температура до 38.5ºС, появились кашель и обильный насморк. Стал вялым, была трижды рвота и 2 раза жидкий стул, на 4 ый день у мальчика заметили желтуху на склерах и коже. Моча потемнела интенсивно, кал был обесцвечен.

Обратились к врачу, ребенок был направлен в больницу по тяжести состояния.

При осмотре в приемном покое состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации и желтушного синдрома, сознание спутанное, односложно отвечает на вопросы. Кожные покровы и склеры интенсивно желтые, на груди элементы мелкой геморрагической сыпи. Живот несколько вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см. селезенка не пальпируется. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Менингиальных знаков нет.

В анализах крови:

 Билирубин общий-256 ммоль/л, прямой 158 ммоль/л, непрямой -98ммоль/л, АлАТ-2.38 ммоль/л, сулемовая проба 1.1, белок общий- 79г/л, альбумины 30г/л, глобулины 49г/л, ПТИ-45%, тимоловая проба – 14ед.

Анализ мочи на желчные пигменты – положительный +++. Анализ кала на стеркобилин – отрицательный.

Анализ крови: Нв-96г/л, эрит.-2.7 х1012 /л, ЦП- 0.7, Л-6.2х109/л, п-10, с-38, м-10, л-32, СОЭ-10мм/ч.

Задание:

1. Поставить диагноз, обосновать его.
2. Сделать анализ анализов.
3. Назначить лечение.

Задача №8.

 Миша А. 5 лет, заболел постепенно, появились вялость, слабость, отказ от еды, жалобы на насморк, кашель. На 5ый день болезни заметили желтуху на склера и кожных покровах. Обратились к врачу. С диагнозом вирусный гепатит ребенок направлен в стационар.

 При поступлении состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и склеры желтушные, зев умеренно гиперемирован, нос-слизистые выделения, уши чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме, печень пальпируется на 2см ниже края реберной дуги. Стул полуоформленный, обесцвечен. Моча интенсивно темного цвета, пенится. При обследовании:

Биохимический анализ крови - Билирубин общий-128ммоль/л, прямой 106 ммоль/л, непрямой -22ммоль/л, АлАТ- 4.17 ммоль/л, сулемовая проба 1.8, холестерин – 8.1 ммоль/л, ЩФ-1432Е/л, ПТИ-80%, тимоловая проба – 32ед.

Анализ мочи на желчные пигменты – резко положительная реакция.. Анализ кала на стеркобилин – реакция отрицательная.

Задание:

1. Поставить диагноз и обосновать его;
2. Провести анализ анализов, назначить дополнительное обследование.
3. Назначить лечение.

Задача№9.

 Коля Д. 10 лет, перенес вирусный гепатит А. Через месяц после выписки врач обраила внимание на то, что склеры и кожные покровы ребенка умеренно желтушны. Мальчик реагирует на прием жирной пищи. Выражены катаральные явления: гиперемия зева, легкий насморк, дыхание везикулярное, тоны сердца отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает на 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча светло-желтого цвета, кал окрашен, оформленный.

Назначено обследование:

Биохимический анализ крови - Билирубин общий- 43ммоль/л, прямой 0 ммоль/л, непрямой – 43 ммоль/л, АлАТ- 0.27 ммоль/л, сулемовая проба 1.8, ПТИ-80%, тимоловая проба – 5ед.

Анализ мочи на желчные пигменты – отрицательная реакция. Кал на стеркобилин – реакция отрицательная.

Анализ крови: Нв- 118г/л, эрит.-4.7 х1012 /л, ЦП- 0.8, Л-9.2х109/л, п-3, с-48, м-10, л-39, СОЭ-6мм/ч.

Задание:

1. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Повести анализ анализов.
3. Назначить лечение.

Задача 14.

Костя М., 6 лет, посещает детский сад, где есть случаи вирусного гепатита. Заболел неделю назад, заболевание началось с повышения температуры тела до 37,8, сохранявшейся в течение двух дней; появления незначительных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей; кашля, насморка, гиперемии зева.

 При госпитализации ребенок был осмотрен врачом: отмечена умеренная иктеричность склер и кожных покровов. Печень выступает на 1 см, несколько уплотнена, слегка болезненна при пальпации. Моча насыщенно желтого цвета, кал светлый. В больнице печень оставалась таких же размеров, желтуха не усиливалась.

 Лабораторное исследование: биохимический анализ крови: билирубин общий – 70 мкмоль/л (прямой – 52,3 мкмоль/л, непрямой – 17,7 мкмоль/л), тимоловая проба – 12 ед., АлАТ – 1,8 ммоль/л. В анализе мочи обнаружены желчные пигменты.

 Методом ИФА обнаружены анти – НАV IgM, тогда как маркёры вирусного гепатита В и С были отрицательными.

Задание:

1) Поставить диагноз.

2) Провести дифференциальный диагноз.

3) Наметить план лечения больного.

1. Провести противоэпидемические мероприятия.

*Тема №2.*

 *Вирусные гепатиты с парентеральным путём передачи.*

*Вопросы устного опроса*

1. *Этиология вирусного гепатита В,С,Д.*
2. *Эпидемиология вирусного гепатита В,С,Д. .*
3. *Патогенез вирусного гепатита В,С,Д.*
4. *Клиника вирусного гепатита В,С,Д у детей.*
5. *Особенности клиники вирусного гепатита В,С,Д у детей первого года жизни.*
6. *Дифференциальная диагностика вирусного гепатита В,С,Д.*
7. *Лечение вирусного гепатита В,С,Д.*
8. *Профилактика вирусного гепатита В,С,Д.*
9. *Противоэпидемические мероприятия при*

*вирусном гепатите В,С,Д.*

Тесты по теме «Вирусный гепатит В»

1.Выберите наиболее типичные симптомы преджелтушного периода гепатита В:

1. острое начало болезни,

б) постепенное начало болезни,

в) астения,

г) катаральные явления,

д) боли в животе,

е) длительная лихорадка.

2.Назовите опорные клинико-диагностические признаки острого гепатита В:

1. интоксикация в желтушном периоде,
2. острое начало болезни,
3. желтуха,
4. катаральные явления,
5. гепатолиенальный синдром,
6. лимфаденопатия.

3. Назовите наиболее информативные биохимические показатели для

диагностики гепатита В в остром периоде:

1. повышение уровня билирубина в крови,
2. снижение сулемового титра,
3. повышение содержания щелочной фосфатазы в крови,
4. повышение активности АлАТ в крови,
5. повышение тимоловой пробы,
6. повышение уровня коньюгированного билирубина в крови.

4. Выберите диагностические серологические маркеры гепатита В в остром периоде:

1. HBs Ag,
2. HBe Ag,
3. анти-HBs,
4. анти-HBe,
5. анти-HBcore IgM,
6. анти-HAV.

### **5. Перечислите клинико-лабораторные проявления синдрома холестаза при гепатите В:**

а) зуд кожи,

### **б) геморрагические высыпания,**

### **в) желтуха,**

г) повышение содержания щелочной фосфатазы,

д) повышение протромбинового индекса,

е) увеличение размеров селезенки.

6. Назовите ранние диагностические признаки фульминантной формы гепатита В:

 а) психомоторное возбуждение,

б) менингеальные симптомы,

в) нарастание желтухи,

г) анемия,

д) диарея,

е) геморрагический синдром.

7. Назовите клинические особенности течения острого гепатита В у детей грудного возраста:

#### **а) формирование хронического гепатита,**

б) большая частота тяжелых форм,

в) выраженный гепатолиенальный синдром,

г) геморрагический синдром,

д) наличие сыпей,

е) гемолитический синдром.

8. Назовите наиболее информативные лабораторные показатели для диагностики злокачественных форм гепатита В:

а) снижение протромбинового индекса,

#### **б) повышение протромбинового индекса,**

в) снижение β-липопротеидов,

#### **г) повышение тимоловой пробы,**

д) повышение неконьюгированной фракции билирубина,

#### **е) повышение β-липопротеидов.**

9. Назовите методы специфической профилактики гепатита В:

###### **а) назначение противовирусных препаратов,**

б) введение гипериммунного гамма-глобулина,

в) плазменная вакцина,

г) назначение иммуномодуляторов,

д) рекомбинантная вакцина,

е) переливание плазмы.

10. Назовите показания к назначению гормональных препаратов при гепатите В:

а) фульминантные формы,

б) тяжелая форма у детей 1-го года жизни,

в) хронический гепатит,

г) гепатит В , затяжное течение,

д) гепатит В с синдромом холестаза,

е) Гепатит В с аутоиммунным компонентом.

**11.Вакцины, используемые для профилактики гепатита В:**

а) Хаврикс,

б) Геп-А-инвак,

в) Энджерикс-В,

г) Эувакс,

д) Инфлювак,

е) Вирион.

12. Основные биохимические феномены, характерные для злокачественной формы:

а) билирубин-протеидная диссоциация,

б) повышение активности АлАТ и АсАТ в 5-10 раз,

в) снижение уровня β-липопротеидов,

г) билирубин-ферментная диссоциация,

д) повышение уровня щелочной фосфатазы

Тесты по теме «Вирусный гепатит С»

1. Какие показатели из ниже перечисленных позволяют диагностировать HCV-инфекцию у больного с клинической картиной вирусного гепатита:

1. выявление в сыворотке крови анти-HCV IgM,
2. выявление в сыворотке крови РНК HGV,
3. выявление в сыворотке крови анти-HCV,
4. выявление в сыворотке крови РНК HCV и анти-HCV,
5. выявление в сыворотке крови анти-HBc IgM в разгар заболевания?

2. В каком возрасте чаще болеют гепатитом С:

1. первый год жизни,
2. 3 - 7 лет,
3. 8 - 15 лет,
4. 15 - 30 лет,
5. одинаково вероятно во все периоды жизни?

3. У детей с манифестными признаками гепатита С течение заболевания обычно:

1. острое с полным выздоровлением,
2. затяжное,
3. хроническое.

4. Сывороточными маркерами гепатита С являются:

1. HBsAg,
2. анти-HBs,
3. анти-НВс,
4. анти-HCV,
5. РНК HCV.

5. Возможные исходы манифестного острого гепатита С у детей:

1. переход в хронический гепатит С,
2. выздоровление,
3. летальный исход.

 6. Вирус гепатита С содержит:

1. РНК,
2. ДНК,
3. HBsAg,
4. HBcoreAg,
5. HCcoreAg.

7. Симптомы преджелтушного периода гепатита С:

1. астения,
2. катаральные явления,
3. боли в животе,
4. длительная лихорадка,
5. многократная рвота.

8. Клинико-лабораторные проявления синдрома холестаза у больного с гепатитом С:

1. зуд кожи,
2. геморрагические высыпания,
3. желтуха,
4. повышение щелочной фосфатазы,
5. повышение протромбина,
6. увеличение селезенки.

9. Методы профилактики гепатита С:

1. назначение противовирусных препаратов,
2. плазменная вакцина,
3. применение одноразового медицинского инструментария,
4. рекомбинантная вакцина,
5. тестирование донорской крови на наличие анти- HCV.

10. Показания к назначению гормональных препаратов при гепатите С у детей:

1. тяжелая форма у детей 1-го года жизни,
2. затяжное течение вирусного гепатита,
3. вирусный гепатит с синдромом холестаза.

11. Гепатит С – это:

1. ВГ ни А, ни В с парентеральным инфицированием,
2. ВГ ни А, ни В с энтеральным инфицированием,
3. ВГ, вызываемый одним из флавивирусов,
4. гепатит В, при котором в сыворотке крови выявляется HBsAg.

12. Вирус - возбудитель гепатита С принадлежит к:

1. ортомиксовирусам,
2. пикорновирусам,
3. гепадновирусам,
4. флавивирусам,
5. герпетическим вирусам.

13. Серологическая диагностика гепатита С включает:

1. тестирование на анти-HCV,
2. тестирование на HCV-антиген,
3. тестирование на РНК HCV,
4. тестирование на ДНК HCV.

14. К основным группам риска по гепатиту С относятся:

1. врачи – хирурги,
2. врачи – физиотерапевты,
3. больные гемофилией,
4. больные сахарным диабетом,
5. больные лейкозом,
6. ослабленные дети.

Ситуационные задачи

Задача №1.

 Лена, 7 месяцев, заболела остро: два дня назад мама заметила, что девочка стала беспокойной, отказывается от еды, плохо спит ночью, хотя днем несколько сонлива, 2 раза за сутки отмечалась рвота, не связанная с приемом пищи; на вторые сутки появился тремор подбородка и верхних конечностей. В день обращения мама обратила внимание на потемнение мочи, желтушность кожи и осветленный кал, а также на то, что девочка периодически не реагирует на окружающих. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от первой беременности, первых срочных родов, массой 3500. Вскармливание грудное. Привита - БЦЖ в роддоме, АКДС+полиомиелит 1. В 4 месяца переболела пневмонией, находилась на стационарном лечении, где получала антибактериальную, инфузионную терапию, включающую плазму.

 При осмотре участковым педиатром состояние ребенка тяжелое за счет симптомов интоксикации. Отмечается монотонный крик, вздрагивание, тремор подбородка, иногда не узнает мать. Кожные покровы бледно-желтушной окраски, гемодинамические нарушения, склеры иктеричны. На передней поверхности грудной клетки единичные петехии. Тургор тканей сохранен. Зев и слизистые ротовой полости чистые, бледные. В легких жесткое дыхание ЧД-40 в минуту. Температура 38.7ºС. Тоны сердца ритмичные до 136 ударов в минуту. Живот вздут, при пальпации чувствительный. Печень на 3см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции. Селезенка на 1.5см от края реберной дуги. Стула на осмотре нет. Моча темная, мочеиспускания редкие.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план обследования.
4. Тактика ведения и лечения больного.

Задача №2.

 Мальчик 12 лет поступил в инфекционную больницу с жалобами на недомогание, вялость, отсутствие аппетита, боли в суставах, повышение температуры до 38ºС, потемнение мочи, осветление кала. Заболел постепенно около недели назад. Изменение цвета мочи и кала заметил накануне госпитализации. Из анамнеза известно, что мальчик рожден от здоровых родителей. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний ветряная оспа. 3 месяца назад перенес аппендектомию.

 При осмотре состояние его средней степени тяжести. В сознании, при появлении желтухи мальчик отмечает нарастание вялости, сонливости, снижение аппетита, повторную рвоту. Кожа желтушной окраски, склеры иктеричные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, чувствителен при пальпации, печень на 2.5 см от края реберной дуги, мягкая, эластичная, селезенка не пальпируется. Стул осветлен, моча темная.

 Общий анализ крови: Нв-120г/л, эр-3.2х1012/л, Л-5.4х109/л, СОЭ-10мм/час. В общем анализе мочи +++ желчные пигменты и уробилин. В копрограмме –стеркобилин отрицательный. В биохимическом анализе крови – билирубин -100ммоль/л, прямой-80 ммоль/л, непрямой -20 ммоль/л. АлАТ-3.5 ммоль/л, АсАТ-1.9 ммоль/л, ПТИ-65%. Общий белок -68г/л, альбумины-40г/л, глобулины-28г/л. НВА-положительный.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование и лечение.
3. Провести дифференциальный диагноз.

Задача №3.

 Ребенок 5 лет поступил в инфекционную больницу с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, вялость, снижение аппетита, изменение цвета кала и мочи, двухкратную рвоту.

 Из анамнеза известно, что мальчик 2 года назад переболел гепатитом после чего дважды обращался в стационар с подобными жалобами. При осмотре в сознании, менингиальных знаков нет, пониженного питания. Кожа бледно-желтая, на животе и груди сосудистые звездочки. Мальчик адинамичный, отказывается от еды, тургор тканей снижен. Печень на 4см от края реберной дуги, плотная, болезненная. Селезенка на 1 см от края реберной дуги. Стул оформленный светлый, моча темная.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Тактика лечения и дальнейшего наблюдения больного.

Задача №4.

Ребенок Алеша Н, 4 лет заболел постепенно, поднялась температура до 38.5ºС, появился насморк, кашель, сыпь на коже туловища мелкопапуллезная по характеру, зудящая, на 3й день мать обнаружила желтушность склер и кожных покровов, темную мочу.

 Обратились к врачу, при осмотре обнаружено следующее: состояние средней тяжести, умеренная желтушность склер и кожных покровов, кожа туловища покрыта мелкопапулезной зудящей сыпью, видны следы расчесов, на лице и груди видны сосудистые узелочки. Живот увеличен в объеме, на передней брюшной стенке наблюдается расширенная сосудистая сеть, пальпируется печень на 10см от края реберной дуги, селезенка на 4.0 см от края реберной дуги. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Моча темного цвета. Кал обесцвечен.

 При обследовании:

Ан.крови - Нв-86г/л, Цп-0.8, эр- 2.7х1012/л, Л- 4.2х109/л, СОЭ-3мм/час.

 Анализ мочи ++ желчные пигменты и уробилин +++.

Биохимия крови - альбумины-37г/л, глобулины-48г/л, тимоловая проба – 20ед., сулемовая проба – 1.4мл, активность трансаминазы – 2.7ммоль/л, протромбиновый индкс – 60%, кровь на НВsантиген + (положительна), билирубин прямой-41 ммоль/л, непрямой -22 ммоль/л.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок из группы ЧДБ, за год перенес 7 раз ОРВИ, в анамнезе перенесенная стафилококковая пневмония, переливалась кровь и плазма.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальный диагноз.

Наметить план ведения и лечения больного

Задача №5.

 Евгений К. 14 лет, поступил в детскую инфекционную больницу на пятый день болезни. Заболел с появления тошноты, однократной рвоты, болей в животе. На другой день наблюдалась повторная рвота, сохранялись боли в животе, температуру тела не измеряли, через 3 дня заметили изменение цвета мочи, а еще через день - желтуху. Из анамнеза выяснено, что 3-4 месяца назад ребенок получал внутривенно наркотики (эфедрон).

При поступлении состояние расценено как среднетяжелое за счет умеренно выраженных симптомов интоксикации. Выражена желтушность кожных покровов и склер. Геморрагического синдрома нет. Изменений со стороны сердца и легких нет. Печень выступала из-под реберного края на 2 см. В биохимическом анализе крови отмечалась гипербилирубинемия (общий билирубин- 180 мкмоль/л, прямой- 108, непрямой- 72 мкмоль/л), гиперферментемия (АЛАТ- 3,15 ммоль/л.ч.),тимоловая проба- 13,9 ед., протромбиновый индекс- 70%. В анализе крови методом ИФА анти-HCV IgM(+). Другие маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Установлен диагноз вирусного гепатита С, назначена базис- терапия.

На 6-й день пребывания в стационаре состояние больного ухудшилось, появился геморрагический синдром, проявляющийся наличием петехиальной сыпи в левой подмышечной впадине, верхнем плечевом поясе справа. На следующий день наблюдалось нарастание сыпи, появление сонливости, нарастание интенсивности желтухи, уменьшение размеров печени до 3-3,5-5,5 см. В биохимическом анализе крови произошли изменения общий билирубин повысился до 220,8 мкмоль/л (прямой- 156 мкмоль/л), АЛАТ-6,17 ммоль/л, тимоловая проба- 20 ед., щелочная фосфатаза- 3,25 ед. В общем анализе крови тромбоцитопения (140х109/л). УЗИ, проведенное в данное время, выявило гепатоспленомегалию и диффузные изменения паренхимы печени.

Задание:

1) Сформулировать диагноз.

2) Провести дифференциальный диагноз.

3) Назначить лечение больного.

4) Оказать неотложную помощь.

Задача №6.

 Юля К., поступила в школу-интернат из детского дома, откуда во время прогулки совершила побег, в связи с чем находилась в розыске, при этом удалось установить, что девочка пребывала в группе подростков, получала эфедрон, при этом использовались общие шприцы и иглы, половая связь с 11 лет, партнеры разные.

Через 2 недели девочка была найдена и помещена в изолятор школы- интерната. При ее осмотре были выявлены следы инъекций и проведено обследование на наличие парентеральных гепатитов, венерических заболеваний и на ВИЧ- инфекцию.

Еще через 3 недели поступила в кожно- венерический диспансер, где диагностированы венерические заболевания: сифилис, гонорейная инфекция, уреаплазмоз, генитальный микоплазмоз и герпес, а также эфедриновая наркомания и ВИЧ- инфекция.

При обследовании больной в крови обнаружены маркеры вирусного гепатита Hbs Ag(-), анти- Hbe(-), анти HBcore IgM(+), анти- HCV IgM(+),гиперферментемия (повышение уровня АЛАТ в 8 раз), и девочка была переведена в детскую инфекционну больницу.

При поступлении состояние расценено как удовлетворительное, отмечалось нарушение осанки из-за искривления позвоночника. Кожа обычной окраски, сыпи нет. Выявлена генерализованная лимфаденопатия, пальпировались задне-, переднешейные, затылочные лимфоузлы размером 0,5-0,8 см, почелюстные- 1,5 см, надключичные- 0,5 см, подмышечные- 0,8 см, паховые-0,8 см, множественные, эластичные, не спаяны с кожей, безболезненные. Наблюдалась гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия миндалин до II-III степени. Тоны сердца ритмичные выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке. Дыхание везикулярное. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, асцита нет, печень выступала из- под ребра на 3,5-2-3,5 мм, плотновато- эластичная, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена.

При обследовании в общем анализе крови: Нв-108 г/л, эр.- 3,46х1012/л, лейк.- 4,4х 109/л, п/я -4%,с/я- 75%, л-14%, м-5%, плазм. кл.- 2:100. СОЭ- 7 мм/ч, тромб.- 230х109/л, длительность кровотечения 1, время свертывания- 5,40,,. Общий анализ мочи – без патологии. В биохимических анализах: общий белок- 62 г/л. альбумины- 39,8 г/л, протромбиновый индекс- 72%, АЛАТ-3,19 ммоль/л.ч., АСАТ- 2,16 ммоль/л.ч., холестерин- 3,24 г/л, в- липопротеиды- 38 ед., билирубин- 7,2 (непрямой) мкмоль/л , тимоловая проба- 20 ед., ЦИК- 116 ед., щелочная фосфатаза- 238 ед.

Маркеры гепатита: анти- HCV IgM(+), анти- HCVcore IgG(+), анти HCV NS5(-), NS5(-), анти- HBcore(+), анти- Hbs(+).

УЗИ органов брюшной полости: печень на 2 см ниже края реберной дуги, край острый, контур четкий, ровный, толщина левой доли 7 см. Паренхима средней эхогенности, зернистая, сосудистый рисунок обычный, сигналы с перипортальных структур не усилены. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Лимфоузлы в воротах вены не лоцируются.

Задание:

1) Сформулировать диагноз.

2) Назначить лечение больного.

Тема №3.

Врожденные гепатиты у детей. Особенности течения гепатитов у детей до 1 года жизни.

1. *Этиология врождённых вирусных гепатитов.*
2. *Патогенез врожденных вирусных гепатитов.*
3. *Клиника врожденного вирусного гепатита.*
4. *Дифференциальная диагностика врождённых вирусных гепатитов.*
5. *Алгоритм диагностического поиска при синдроме желтухи у новорожденных.*
6. *Лечение врождённого вирусного гепатита.*
7. *Профилактика перинатальной передачи вирусных гепатитов В,С,Д.*

*…………………………………………………………………………………………………*

**Модуль *N 3. Воздушно-капельные инфекции у детей.***

**Тема 1** *Корь. Краснуха у детей.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестовые задания.**

**Ситуационные задачи.**

**Реферат.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. *Этиология кори.*
			2. *Эпидемиология кори.*
			3. *Патогенез кори.*
			4. *Клиника кори.*
			5. *Дифференциальный диагноз кори с другими заболеваниями.*
			6. *Диагностика кори.*
			7. *Лечение кори.*
			8. *Профилактика кори.*
			9. *Противоэпидемические мероприятия при кори.*
			10. *Этиология краснухи.*
			11. *Эпидемиология краснухи.*
			12. *Патогенез краснухи.*
			13. *Клиника краснухи.*
			14. *Дифференциальный диагноз краснухи с другими заболеваниями.*
			15. *Диагностика краснухи.*
			16. *Лечение краснухи.*
			17. *Профилактика краснухи.*
			18. *Противоэпидемические мероприятия при краснухе.*
1. Тесты исходного контроля.

1. При заболевании корью ранними офтальмологическими ее симптомами
могут быть:

1. Помутнение роговицы
2. Покраснение глаз
3. Светобоязнь
4. Гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
5. Ответ: 2, 3

2. Для кори характерна кожная сыпь:

1. Узловатая эритема
2. Пятнисто-папулезная
3. Кольцевидная эритема
4. Папулезная сыпь с центральным некрозом
5. Везикулярная сыпь
6. Ответ: 2

3. На 5-й день заболевания корью со стороны глаз встречаются следующие
изменения:

1. Слизистое отделяемое из конъюнктивальной полости
2. Светобоязнь
3. Гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
4. Поверхностный кератит
5. Пятна Коплика-Филатова на конъюнктиве
6. Легкоснимающиеся пленки на конъюнктиве

Ответ: 1, 2, 4, 5

4. Назовите периоды болезни, характерные для кори:

1. Катаральный
2. Дисфонический
3. Период высыпаний
4. Стенотический
5. Период пигментации

Ответ: 1, 3, 5

5. Укажите симптомы, характерные для кори в продромальный период:

1. Боль в горле
2. Грубый кашель
3. Склерит
4. Конъюнктивит
5. Пятна Коплика-Филатова
6. Повышение температуры
7. Энантема

Ответ: 1,2,4, 5, 6,7

6. Какие органы и системы поражаются при кори:

1. Надпочечники
2. Нервная система
3. Печень
4. Кожа
5. Органы дыхания
6. Желудочно-кишечный тракт
7. Сердце

Ответ: 2, 4, 5, 6

7. Назовите клинические симптомы, характерные для периода высыпаний
при кори:

1. Энтерит
2. Колит
3. Пятнисто-папулезная сыпь на коже
4. Этапность высыпаний
5. Энантема
6. Сухие и влажные хрипы в легких
7. Лихорадка

Ответ: 1,3,4,5,6,7

8. В какие периоды болезни заразен больной корью:

1. Продромальный
2. Период высыпаний
3. Период пигментации
4. Период астенизации Ответ: 1, 2

9. Укажите, где появляются первые элементы коревой сыпи:

1. Лицо
2. Туловище
3. Заушные области
4. Нижние конечности
5. Локтевые сгибы

Ответ: 1, 3

10. Назовите осложнения, характерные для кори:

1. Отит
2. Круп
3. Фурункулез
4. Энцефалит
5. Пневмония

Ответ: 1, 2, 4, 5

11. В детском саду случай кори, перечислите противоэпидемические мероприятия:

1. Введение контактным гамма-глобулина
2. Карантин на 21 день
3. Вакцинация непривитых детей
4. Текущая дезинфекция
5. Послать КЭИ

Ответ: 2, 3, 4, 5

12. Назовите симптомы, которые позволяют отличить краснуху от кори:

1. Лихорадка
2. Увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов
3. Одномоментность высыпаний
4. Этапность высыпаний
5. Энантема Ответ: 2, 3

13. Какая сыпь характерна для кори по морфологии:

1. Пятно
2. Розеола
3. Папула
4. Везикула Ответ: 1, 3

14. На какой день от начала высыпаний при кори ребенок не опасен для окружающих:

1. На 5-й день
2. На 10-й день
3. На 21-й день Ответ: 1

Задача № 1.

У ребенка 4 лет, посещающего детский сад, 18.01 повысилась темпера­тура до 39°С, появился кашель, насморк, конъюнктивит. Температура остава­лась повышенной все дни, катаральные явления нарастали. На 4-й день болезни при осмотре отмечается конъюнктивит, блефароспазм, на слизистой рта энан­тема, пятна Бельского-Филатова. На коже лица, за ушами пятнисто-папулезная сыпь.

/. Поставьте развернутый клинический диагноз.

1. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?
2. Какие обследования следует назначить?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Где лечить больного?
5. Назначьте лечение.
6. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.

Задача № 2.

Мальчик двух лет заболел остро с повышения температуры до 38,5°С, появился кашель, насморк, конъюнктивит. На 4-й день болезни появилась пят­нисто-папулезная сыпь на лице. В последующие дни сыпь распространилась на туловище и конечности. Температура оставалась повышенной 6 дней. На 8-й день болезни снова повысилась температура до 38°С, появилось затрудненное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, лающий кашель и оси­плость голоса.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?
3. Какие обследования следует назначить?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Где лечить больного?
6. Назначьте лечение.

Задача № 3.

Ребенок двух лет находился в соматическом отделении на обследова­нии. На 4-й день пребывания в стационаре у него повысилась температура, поя­вились катаральные явления. На 6-й день катаральные явления усилились (ка­шель, насморк, конъюнктивит). На слизистой твердого и мягкого неба выявлена энантема, на слизистой щек пятна Бельского-Филатова.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?
3. Какие обследования следует назначить?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Проведите противоэпидемические мероприятия в отделении.
7. Где искать источник инфекции?

Задача № 4.

Света 6 лет поступила в ЛОР отделение 3 января с диагнозом правосто­ронний гайморит. 6 января в отделении у другого ребенка диагностирована корь. Света корью не болела, и ей был введен противокоревой гамма-глобулин. 15 января девочка переведена в бокс. 25 января повысилась температура до 37,5°С, появились незначительные катаральные явления, гиперемия зева, сли­зистая щек блестящая, на коже лица, туловища появилась редкая мелко­пятнистая сыпь. На второй день сыпь побледнела и на третий день исчезла.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких эпидемиологических и клинических данных вы поста­вили диагноз?
3. Следует ли проводить какие дополнительные обследования?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Следует ли назначать дополнительно какое лечение?

Задача № 5.

Ребенок Д. 1 года находился на лечении в стационаре по поводу острой пневмонии, на 4-й день госпитализации у него поднялась температура, появи­лись катаральные явления, кашель, насморк, конъюнктивит. На слизистой щек выявлены пятна Коплика-Филатова, на слизистой мягкого и твердого неба -энантема.

/. Поставьте клинический диагноз.

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения больного.
3. Проведите противоэпидемические мероприятия.
4. Где искать источник инфекции?

Задача № 6.

Ребенок С. 3-х лет находился в ЛОР-отделении по поводу острого гай­морита, там был в контакте с больным, корью не болел, в связи с чем получил противокоревой гамма-глобулин. Через 15 дней после выписки у ребенка под­нялась температура до 37,5 С, появились незначительные катаральные явления, гиперемия зева, слизистая щек гладкая, на коже - редкая мелко-пятнистая сыпь розового цвета. На второй день сыпь побледнела, на третий день - исчезла.

/. Поставьте клинический диагноз.

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения больного.

Задача № 7.

Ребенок А. 2-х лет., заболел остро, поднялась температура до 38,5°С, появились кашель, насморк, явления конъюнктивита с двух сторон, светобо­язнь, ребенок стал вялым. Все дни ребенок высоко лихорадил, на 4-й день бо­лезни на лице и в заушных областях появилась сыпь пятнисто-папулезного ха­рактера. В последующие дни сыпь распространилась и стала сливаться. На 8-й день болезни вновь поднялась температура до 39°С, появились признаки за­труднения дыхания, грубый лающий кашель, осиплость голоса. Обнаружены у ребенка явления ДН - 2-й степени.

/. Поставьте диагноз

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Наметьте план обследования больного.
3. Назначьте лечение на до- и госпитальном этапах.

Задача № 8.

У Кати М., 5 лет был поставлен диагноз корь, период высыпаний, 2-й день. На фоне высыпаний и лихорадки участился стул, который стал жидким, водянистым, брызжущим, пенистым оранжевого цвета. Наблюдалось вздутие живота. На 4-й день высыпаний расстройство стула сохранилось, он оставался жидким до 8 раз за сутки. У девочки отмечалась выраженная жажда, много пи­ла воду.

1. Поставьте диагноз

**Темы рефератов.**

1. Врожденный краснушный синдром
2. Формы кори с агравированным течением
3. Клиника и диагностика коревого энцефалита
4. Кореподобные сыпи при сальмонеллезах у детей

**Тема 2** *Стрептококковая инфекция у детей.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестовые задания.**

**Ситуационные задачи.**

**Реферат.**

**Вопросы устного опроса.**

Этиология и эпидемиология стрептококковой инфекции у детей.

Патогенез.

Клиническая характеристика стрептококковой инфекции у детей.

Классификация стрептококковой инфекции у детей.

Осложнения стрептококковой инфекции у детей.

Диагностика заболевания.

Дифференциальный диагноз стрептококковой инфекции у детей.

Принципы лечения.

Меры профилактики и противоэпидемические мероприятия в очаге стрептококковой инфекции.

 Тесты исходного контроля.

1. Особенностями скарлатины у детей 1-го года жизни являются:

1. Слабо выраженный токсический синдром
2. Частота гипертоксических форм
3. Ангина, преимущественно некротическая
4. Необильная сыпь
5. Раннее шелушение
6. Осложнения в виде отита, лимфаденита

Ответ: 1,4,6

2. Наиболее типичными осложнениями при скарлатине являются:

1. Отит
2. Флегмона
3. Синдром крупа
4. Лимфаденит
5. Пневмония
6. Нефрит
7. Полирадикулоневрит

Ответ: 1, 2, 4, 6

3. При стрептококковом и стафилококковом поражениях сенсибилизация:

1. Наступает
2. Не наступает Ответ: 1

4. В начале скарлатины выявляются:

1. Сухость кожи
2. Мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи
3. Пятнисто-папулезная сыпь на неизмененном фоне кожи
4. Пластинчатое шелушение
5. Белый дермографизм

 Ответ: 1,2,5

5. Сыпь при скарлатине:

1. Папулезная
2. Мелкоточечная
3. Везикулезная Ответ: 2

6. Источником инфицирования при скарлатине может быть больной анги-
ной:

1. Верно
2. Не верно Ответ: 1

7. Инкубационный период скарлатины:

1. 2-3 часа
2. 2-7 дней
3. 9-21 день Ответ: 2

8. Скарлатину вызывает:

1. в-гемолитический стрептококк группы А
2. Стрептококк группы В
3. Зеленящий стрептококк

Ответ: 1

9. Для лечения больного скарлатиной назначают:

1. Пенициллин
2. Линкомицин
3. Олететрин

Ответ: 1

10. Пути передачи скарлатины:

1. Воздушно-капельный
2. Пищевой
3. Контактно-бытовой
4. Трансплацентарный

Ответ: 1, 2, 3

11. Назовите профилактические мероприятия в очаге скарлатины:

1. Введение контактным гамма-глобулина
2. Наблюдение за контактными
3. Карантин
4. Послать КЭИ Ответ: 2, 3, 4

12. Для «скарлатинозного» сердца характерны:

1. Тахикардия
2. Брадикардия
3. Снижение АД
4. Повышение АД
5. Систолический шум

 Ответ: 2, 3, 5

13. Какие формы относятся к атипичной скарлатине:

1. Среднетяжелая скарлатина
2. Легкая скарлатина
3. Стертая
4. Экстрабукальная
5. Токсическая
6. Гипертоксическая Ответ: 3, 4, 6

14. Какие симптомы у больного скарлатиной указывают на возникновение
гломерулонефрита:

1. Повышение температуры
2. Отеки на лице, в области поясницы
3. Моча цвета «мясных помоев»
4. Повышение диуреза
5. Снижение диуреза Ответ: 1, 2, 3, 5

15. Какие осложнения скарлатины относятся к септическим:

1. Отит
2. Нефрит
3. Лимфоаденит
4. Синовиит
5. Мастоидит

Ответ: 1, 3, 5

16. Какие клинические симптомы указывают на симпатикотонию:

1. Влажность кожи
2. Сухость кожи
3. Гиперемия кожи
4. Белый дермографизм
5. Красный дермографизм

Ответ: 2, 3, 4

17. Назовите признаки, характерные для скарлатины в крови:

1. Лейкопения
2. Лейкоцитоз
3. Нормоцитоз
4. Нейтрофилез
5. Повышенная СОЭ Ответ: 2, 4, 5

18. Какие симптомы свидетельствуют о вагус-фазе при скарлатине:

1. Брадикардия
2. Понижение АД
3. Изменения со стороны сердца
4. Отрицательный симптом Ашнера
5. Белый дермографизм Ответ: 1,2,3

19. В саду случай скарлатины. Назовите основные противоэпидемические
мероприятия:

1. Карантин на 21 день
2. Текущая дезинфекция
3. Наблюдение за контактными детьми
4. Послать КЭИ Ответ: 2, 3, 4

 Ситуационные задачи.

Задача 1.

Петя Г., 12 лет заболел остро с повышения температуры до 39 градусов, недомогания. Отмечался озноб, головная боль. На следующий день появились боли в левой ноге. При осмотре врач обнаружил следующее: состояние средней степени тяжести, температура 38,7, вялый, бледный. На коже передней поверх­ности нижней трети голени гиперемия размером 2 3 см, выступает над уровнем здоровой кожи, отграничен от нее воспалительным валиком с фестончатыми краями. Кожа над гиперемией глянцевая, горячая на ощупь, болезненная при пальпации, отечна, напряжена. Увеличены и болезненны подколенные и пахо­вые лимфатические узлы, плотные на ощупь.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача 2.

Витя Е. Родился доношенным, массой 3100. Закричал сразу, к груди при­ложен через 6 часов. На 4 день пребывания в родильном доме у ребенка повы­силась температура до 38 градусов, стал отказываться от груди, срыгивать, бес­покоился. При осмотре состояние новорожденного средней тяжести. Вялый, бледный. Лихорадит до 37,8 градусов. Пупочная ранка под корочкой. В около­пупочной области отмечается отек и гиперемия с нечетким валиком, распро­страняющийся по передней поверхности брюшной стенки до мошонки. Кожа в

области гиперемии горячая на ощупь. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. ЧСС - 152 в минуту. Живот доступен пальпации. Стул 3 раза темно-зеленого цвета необильный калового характера. Мочится. Менингеальных знаков нет. При посеве отделяемого из пупочной ранки выделен гемолитический стрептококк группы А.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика поведения врача в данной ситуации.
3. Назначьте лечение.

Задача 3.

Катя Д., 3 года, заболела остро с повышения температуры до 38,2 граду­сов, болей в горле. На 2 день от начала заболевания у девочки появилась точеч­ная, розовая сыпь на гиперемированном фоне с преимущественной локализаци­ей внизу живота и на сгибательных поверхностях конечностей. Участковым врачом был выставлен диагноз: Скарлатина, легкая форма. Назначено лечение феноксиметилпенициллином, диазолином. Состояние ребенка ухудшилось. С 4 дня от начала заболевания стала высоко лихорадить, снизился аппетит, беспо­койно спала. Повторный осмотр участкового врача выявил следующее: состоя­ние ребенка тяжелое за счет интоксикации, лихорадит 39,8 градусов, вялая, от еды и питья отказывается. На коже папулезная точечная сыпь на гиперемиро­ванном фоне, сгущается в естественных складках и внизу живота. Язык густо обложен белым налетом, кончик языка и боковые поверхности ярко малиново­го цвета с гиперплазированными сосочками. Зев ярко гиперемирован, гипере­мия четко отграничена от бледного неба. Миндалины гипертрофированы. На дужках, мягком небе и на миндалинах налет серого цвета. Налет плохо снима­ется шпателем. Отмечается увеличение и болезненность подчелюстных и переднешейных лимфатических узлов. Отмечается отек подкожно-жировой клет­чатки шеи. Кожа над отеком гиперемирована, болезненна. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС до 150 в

минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул 2 раза полуоформленный. Менингеальных знаков нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика в отношении больного.

Задача 4.

Маша Т., 2 года. Заболела остро с повышения температуры до 38 граду­сов, стала вялой, отказывалась от еды, отмечалась однократная рвота. При ос­мотре больной на 2 день болезни участковый врач обнаружил следующее: со­стояние удовлетворительное. Температура 37,4 вяловата, аппетит снижен, бес­покоят боли в горле. На лице, туловище, конечностях отмечается точечная ро­зовая сыпь папулезного характера. Сыпь располагается на гиперемированном фоне кожи, сгущается в естественных складках, внизу живота. Щеки яркие. Носогубный треугольник бледен. При осмотре зева обнаружена яркая отграничен­ная гиперемия миндалин, дужек, язычка, не распространяющаяся на слизистую твердого неба. Миндалины гипертрофированы налетов нет. Переднешейные лимфоузлы плотные на ощупь, болезненные при пальпации. Язык обложен бе­лым налетом. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 110 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Менингеальных знаков нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите степень тяжести заболевания.

Задача 5.

Коля В., 4 года заболел остро с повышения температуры до 39,5 граду­сов, стал вялым, отказывался от еды, отмечалась повторная, необильная рвота. Лихорадил в течении дня до 38,8 - 39,2 градусов. К вечеру того же дня на коже туловища, конечностей появилась сыпь, в связи с этим была вызвана скорая

помощь. Ребенок госпитализирован в инфекционную больницу. При осмотре больного в приемном покое врач обнаружил следующее: состояние средней тяжести, лихорадит, возбужден. Глаза блестят, лицо гиперемировано, блед­ность носогубного треугольника. Губы отечные, яркие, сухие. Выделений из носа нет. На лице, туловище, конечностях отмечается точечная, розовая сыпь папулезного характера. Сыпь располагается на гиперемированном фоне кожи, сгущается в естественных складках, внизу живота. Щеки яркие. При осмотре зева обнаружена яркая отграниченная гиперемия миндалин, дужек, язычка, не распространяющаяся на слизистую твердого неба. Миндалины гипертрофиро­ваны, в лакунах наложения желтовато-белого цвета, легко снимаются и расти­раются шпателем. Переднешейные лимфоузлы плотные на ощупь, болезнен­ные при пальпации. Язык обложен белым налетом. Тоны сердца громкие, рит­мичные. ЧСС - 122 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Менингеальных знаков нет. Белый дермографизм.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите степень тяжести заболевания.

Задача 6.

Миша В., 5 лет. Заболел остро с повышения температуры до 40 градусов. Отмечалась повторная рвота, головная боль, кратковременные судороги. Ско­рой помощью доставлен в стационар через 6 часов от начала заболевания. Со­стояние при поступлении тяжелое. Сознание спутано, бредит. Температура 39,9 градусов. 11а лице яркий румянец щек с бледным носогубным треугольником. Губы сухие, яркие. Сыпь обильная располагается на гиперемированном фоне кожи, сгущается в естественных складках, внизу живота. Акроцианоз, конечно­сти холодные. При осмотре зева обнаружена яркая отграниченная гиперемия миндалин, дужек, язычка, не распространяющаяся на слизистую твердого неба. На бледном небе точечная геморрагическая сыпь. Миндалины гипергрофиро-

ваны, единичные гнойные фоликулы. Язык обложен белым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 142 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень селезенка не увеличены. Сту­ла не было. Не мочился. Менингеальные знаки сомнительные. Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте диагноз по классификации.

**Темы рефератов**

1. Стафилоскарлатина у детей.
2. Скарлатиноподобная форма псевдотуберкулеза у детей.
3. Особенности клиники современной скарлатины.
4. «Скарлатинозное» сердце у детей.
5. Клиника милиарной скарлатины у детей.

**Тема №3.**

**Герпетическая инфекция у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Вопросы устного опроса.**

* Этиология и эпидемиология ветряной оспы, ЦМВИ, герпетической инфекции.
* Патогенез.
* Клиническая характеристика герпесвирусных заболеваний.
* Диагностика.

 Дифференциальный диагноз.

* Принципы лечения.
* Меры профилактики.

**Тестовые задания.**

Тесты исходного контроля.

1. Какие из перечисленных ниже вирусов относятся к семейству герпесвирусов:

1. Вирус простого герпеса I типа
2. Вирус ветряной оспы
3. Вирус Эпштейн-Барр
4. Цитомегаловирус
5. Вирус краснухи
6. Вирус простого герпеса I типа

Ответ: 1.2,3.4,6

2. Вирус ветряной оспы является:

1. ДНК-содержащим
2. Р Н К-содержащи м

Ответ: 1

3. Больной ветряной оспой опасен для окружающих:

!) С начала заболевания и весь период высыпаний

1. В течение 7 дней от начала заболевания
2. С начала заболевания и в течение 4-х дней со дня последних высыпаний
3. Ответ: 3

4. Пути передачи ветряной оспы:

1. Контактно-бытовой
2. Воздушно-капельный
3. Трансмиссивный
4. Трансплацентарный
5. Фекально-оральный

Ответ: 2, 4

5. Входными воротами инфекции при ветряной оспе являются:

1. Кожа
2. Слизистая ЖКТ
3. Слизистая верхних дыхательных путей
4. Ответ: 3

6. Максимальная величина инкубационного периода при ветряной оспе:

1. 7 дней
2. 10 дней
3. 14 дней
4. 21 день

Ответ: 4

7. Для ветряной оспы характерен:

1 ) Истинный полиморфизм

2) Ложный полиморфизм

Ответ: 2

8.Входят ли в комплекс базисной терапии при ветряной оспе антибиотики:

1. Да
2. Нет

Ответ: 2

9.Ребенок, переболевший ветряной оспой, допускается в детский коллектив:

1. На 2-3 сутки после прекращения высыпаний
2. На 10 день от начала заболевания
3. На 5 день, со дня появления последних высыпаний

Ответ: 3

10.При выявлении случая ветряной оспы в детском коллективе, дети не болевшие ветряной ос­пой подлежат разобщению:

I) С 1 -го дня контакта

2) С 5-го дня после контакта

3)С 1 1 -го дня после контакта

Ответ: 3

11.Что из перечисленного ниже инактивирует вирус простого герпеса:

1 Температура 40('-50°С

2 Ультрафиолетовые лучи

3 Этиловый спирт

4 Эфир

Ответ: 2, 3, 4

12.Какие из перечисленных ниже систем организма чаще повреждаются при простом герпесе:

1 Поражение ЦНС

2 Органы зрения

3 Пищеварительная

4 Сердечно-сосудистая

5 Кожа и слизистые оболочки

Ответ: 1, 2, 5

13. Какие из перечисленных ниже симптомов характерны для герпетического стоматита:

1)Интоксикация

1. ) Очаговая гиперемия, отек слизистой оболочек щек, языка, десен, губ

3) Болезненность регионарных лимфатических узлов

4)Гепатоспленомеалия

5) Геморрагическая сыпь

Ответ: 1, 2, 3

14. Что из перечисленного ниже указывает на герпетическую инфекцию у новорожденных:

1 )Наличие простого герпеса II типа у матери

1. Единичные или сгруппированные везикулярные высыпания
2. Пневмония с диспноэ, цианозом
3. Поражение ЦНС с гипертензионным синдромом, нарушением терморегуляцией
4. Гепатоспленомегалия
5. Желтуха
6. Геморрагический синдром
7. Острый некротический менингоэнцефалит

Ответ: 1.2,3.4,5.6, 7,8

15. Что из перечисленного ниже характерно для ЦМВИ:

1 ) Чаще врожденное заболевание

2) Половой путь передачи

3 ) Частые поражения ЖКТ

4) Специфические изменения в легких, почках

5 ) Единичные случаи заболевания у взрослых

6) Наличие внутриядерного включения

Ответ: 1,3,4.5,6

16. Что из перечисленного ниже указывает на врожденную форму ЦМВИ:

1 ) Гепатоспленомегалия

1. Тромбоцитопения
2. Поражение ЦНС, судорожный синдром
3. Геморрагический синдром
4. H едоношенность
5. Гипотрофия

Ответ: 1,2,3,4,5,6

**Ситуационные задачи.**

Задача № 1.

У ребенка 4-х лет, находящегося в хирургическом отделении по поводу паховой грыжи на 4-й день пребывания в стационаре отмечалось повышение температуры до 37,2° С и зуд кожи. При осмотре обнаружены пятна, мелкие папулы и везикулы. Со стороны внутренних органов отклонений от номы не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз.

1. Какой будет дальнейшая динамика сыпи?
2. Назначьте противоэпидемические мероприятия в хирургическом стационаре.

Задача № 2.

При утреннем приеме в детский сад выяснено, что ребенок накануне был у родст­венников, где попал в контакт с больным ветряной оспой. Как поступить в данной ситуации?

Задача № 4.

Девочка 5-и лет посещает детский сад, где были случаи заболевания ветряной оспой. Заболела остро 02.10. с повышения температуры до 37,6 С и появления сыпи на коже туловища в виде единичных везикул. Последующие два дня температура оставалась субфебрильной. общее состояние страдало незначительно, на коже - свежие подсыпания везикул. С 4-го дня болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная, на коже подсыхающие элементы сыпи. На 8-й день болезни состояние ухудшилось - появилась тошнота, повторная рвота и сонливость. Девочка не могла держать чашку в руках, появилась шаткая походка. По этому поводу была направлена в стационар.

1. Поставьте диагноз.

1. Наметьте план обследования
2. Назначьте лечение.

Задача № 4.

Мальчик 6-и лет заболел ветряной оспой. Как быть с его братом 3-х лет, посещающий детский сад и до этого не болевшим ветряной оспой?

Задача № 5.

Ребенок С. Родился от молодой, здоровой матери, 2-я беременность (1-я беремен­ность закончилась срочными родами, ребенок здоров), протекавшей с ОРВИ (4 раза), быст­рых родов, осложненных мекониальной аспирацией. Родился доношенный мальчик, в состоянии асфиксии, был переведен на ИВЛ. С первых суток желтуха с зеленоватым м. геморрагическая сыпь с экхимозом по всему телу, гепатолиенатьный синдром. В чтении реанимации состояние мальчика прогрессивно ухудшилось - нарастала дыхательная. недостаточность, геморрагический синдром, размеры печени +5-6 см.

В геммограмме выраженная анемия, снижение тромбоцитов до 90x109 /л УЗИ печени - отек паренхимы, гепатоспленомегалия, холецистит. Ребенок умер. Гистологически - в клетках печени, легких, почках ядерные включения по типу «совиного глаза». В осадке мочи - гигантские цитомегалические клетки.

/. Поставьте диагноз

1. Перечислите методы диагностики.
2. В какой специфической терапии нуждался больной?

Задача № 6.

Ребенок Н. Поступил в отделение детей раннего возраста в 6 месяцев в тяжелом состоянии, обусловленном интоксикацией неясного генеза и тяжелой анемией. Из анамнеза известно. что ребенок родился от второй беременности необследованной матери, в срок, с массой - 3000 г. Период адаптации без особенностей. Вскармливание естественное. В массе прибавлял плохо, на 6-м месяце жизни стали нарастать бледность, вялость, в связи с чем госпитализирован. При поступлении бледность с мраморным рисунком кожи, гипотония мышц, гепатоспленомегалия (печень +5 см, селезенка +2 см) приглушенность тонов сердца, тахикардия, неустойчивый стул.

OAK: эритр.-1,02х1012/л, НЬ-31 г/л, ЦП-1,0, ретикулоциты-4%, лейк.- 9x10%, токсическая зернистость нейтрофилов.

ИФА: выявлены антитела к ЦМВ - иммуноглобилины класса А и М. Консультация окулиста - атрезия зрительного нерва.

/. Поставьте диагноз

1. Проведите дифференциальный диагноз
2. Назначьте лечение.

Задача № 7.

Ребенок М. От первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в срок, нормальные антропометрические показатели, период неонатальной адаптации без осо­бенностей, из роддома выписан на 6-е сутки. На 3-й неделе жизни состояние ухудшилось, что было связано с присоединением респираторной инфекции, госпитализирован в инфекци­онное отделение в тяжелом состоянии. На осмотре ребенок бледный, вялый, гепатоспленомегалия, дыхательная недостаточность.

OAK: эритр.-2х10' /л. лимфоцитоз, осмотическая резистентность эритроцитов не изменена, ретикулоциты-6%.

УЗИ: гепатоспленомегалия.

От стернальной пункции мать отказалась.

/. Поставьте диагноз

1. Назначьте план обследования
2. Назначьте лечение.

Задача № 8.

Ребенок поступил из ОПН в возрасте 1,5 месяцев. Рожден от 2-й беременности, про­текавшей с угрозой прерывания, путем кесарева сечения, родился в асфиксии, массой 3200г. С первых суток жизни отмечается геморрагический синдром в виде петехиально-экхимозной сыпи на туловище. На 3 сутки присоединился катаральный синдром, осложнившийся развитием пневмонии. С 5 суток выявлена тромбоцитопения до 49x109 /л.

УЗИ: печень и селезенка увеличены.

ИФА: антитела к ЦМВ класса М и G.

/. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение.

**Реферат.**

**Темы рефератов.**

1. Осложнения при ветряной оспе
2. Дифференциальный диагноз ветряной оспы
3. Особенности врожденной формы ЦМВИ, в зависимости от сроков инфициро­вания
4. Клинические формы приобретенной ЦМВИ
5. Клинические формы простого герпеса у детей
6. Клиника врожденной герпетической инфекции
7. Диагностика герпес-вирусных инфекций.

**Тема №4.**

**Эпидемические паротит у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. Этиология и эпидемиология эпидемического паротита.
			2. Патогенез.
			3. Клиническая характеристика эпидемического паротита.
			4. Диагностика.

 Дифференциальный диагноз.

* + - 1. Принципы лечения.
			2. Меры профилактики.
			3. Противоэпидемические мероприятия.

Тесты исходного контроля.

1. Какие из перечисленных ниже вирусов относятся к семейству герпесвирусов:

1. Вирус простого герпеса I типа
2. Вирус ветряной оспы
3. Вирус Эпштейн-Барр
4. Цитомегаловирус
5. Вирус краснухи
6. Вирус простого герпеса I типа

Ответ: 1.2,3.4,6

2. Вирус ветряной оспы является:

1. ДНК-содержащим
2. Р Н К-содержащи м

Ответ: 1

3. Больной ветряной оспой опасен для окружающих:

!) С начала заболевания и весь период высыпаний

1. В течение 7 дней от начала заболевания
2. С начала заболевания и в течение 4-х дней со дня последних высыпаний
3. Ответ: 3

4. Пути передачи ветряной оспы:

1. Контактно-бытовой
2. Воздушно-капельный
3. Трансмиссивный
4. Трансплацентарный
5. Фекально-оральный

Ответ: 2, 4

5. Входными воротами инфекции при ветряной оспе являются:

1. Кожа
2. Слизистая ЖКТ
3. Слизистая верхних дыхательных путей
4. Ответ: 3

6. Максимальная величина инкубационного периода при ветряной оспе:

1. 7 дней
2. 10 дней
3. 14 дней
4. 21 день

Ответ: 4

7. Для ветряной оспы характерен:

1 ) Истинный полиморфизм

2) Ложный полиморфизм

Ответ: 2

8.Входят ли в комплекс базисной терапии при ветряной оспе антибиотики:

1. Да
2. Нет

Ответ: 2

9.Ребенок, переболевший ветряной оспой, допускается в детский коллектив:

1. На 2-3 сутки после прекращения высыпаний
2. На 10 день от начала заболевания
3. На 5 день, со дня появления последних высыпаний

Ответ: 3

10.При выявлении случая ветряной оспы в детском коллективе, дети не болевшие ветряной ос­пой подлежат разобщению:

I) С 1 -го дня контакта

2) С 5-го дня после контакта

3)С 1 1 -го дня после контакта

Ответ: 3

11.Что из перечисленного ниже инактивирует вирус простого герпеса:

1 Температура 40('-50°С

2 Ультрафиолетовые лучи

3 Этиловый спирт

4 Эфир

Ответ: 2, 3, 4

12.Какие из перечисленных ниже систем организма чаще повреждаются при простом герпесе:

1 Поражение ЦНС

2 Органы зрения

3 Пищеварительная

4 Сердечно-сосудистая

5 Кожа и слизистые оболочки

Ответ: 1, 2, 5

13. Какие из перечисленных ниже симптомов характерны для герпетического стоматита:

1)Интоксикация

1. ) Очаговая гиперемия, отек слизистой оболочек щек, языка, десен, губ

3) Болезненность регионарных лимфатических узлов

4)Гепатоспленомеалия

5) Геморрагическая сыпь

Ответ: 1, 2, 3

14. Что из перечисленного ниже указывает на герпетическую инфекцию у новорожденных:

1 )Наличие простого герпеса II типа у матери

1. Единичные или сгруппированные везикулярные высыпания
2. Пневмония с диспноэ, цианозом
3. Поражение ЦНС с гипертензионным синдромом, нарушением терморегуляцией
4. Гепатоспленомегалия
5. Желтуха
6. Геморрагический синдром
7. Острый некротический менингоэнцефалит

Ответ: 1.2,3.4,5.6, 7,8

15. Что из перечисленного ниже характерно для ЦМВИ:

1 ) Чаще врожденное заболевание

2) Половой путь передачи

3 ) Частые поражения ЖКТ

4) Специфические изменения в легких, почках

5 ) Единичные случаи заболевания у взрослых

6) Наличие внутриядерного включения

Ответ: 1,3,4.5,6

16. Что из перечисленного ниже указывает на врожденную форму ЦМВИ:

1 ) Гепатоспленомегалия

1. Тромбоцитопения
2. Поражение ЦНС, судорожный синдром
3. Геморрагический синдром
4. H едоношенность
5. Гипотрофия

Ответ: 1,2,3,4,5,6

ситуационных задач.

Задача № 1.

У ребенка 4-х лет, находящегося в хирургическом отделении по поводу паховой грыжи на 4-й день пребывания в стационаре отмечалось повышение температуры до 37,2° С и зуд кожи. При осмотре обнаружены пятна, мелкие папулы и везикулы. Со стороны внутренних органов отклонений от номы не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз.

1. Какой будет дальнейшая динамика сыпи?
2. Назначьте противоэпидемические мероприятия в хирургическом стационаре.

Задача № 2.

При утреннем приеме в детский сад выяснено, что ребенок накануне был у родст­венников, где попал в контакт с больным ветряной оспой. Как поступить в данной ситуации?

Задача № 4.

Девочка 5-и лет посещает детский сад, где были случаи заболевания ветряной оспой. Заболела остро 02.10. с повышения температуры до 37,6 С и появления сыпи на коже туловища в виде единичных везикул. Последующие два дня температура оставалась субфебрильной. общее состояние страдало незначительно, на коже - свежие подсыпания везикул. С 4-го дня болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная, на коже подсыхающие элементы сыпи. На 8-й день болезни состояние ухудшилось - появилась тошнота, повторная рвота и сонливость. Девочка не могла держать чашку в руках, появилась шаткая походка. По этому поводу была направлена в стационар.

1. Поставьте диагноз.

1. Наметьте план обследования
2. Назначьте лечение.

Задача № 4.

Мальчик 6-и лет заболел ветряной оспой. Как быть с его братом 3-х лет, посещающий детский сад и до этого не болевшим ветряной оспой?

Задача № 5.

Ребенок С. Родился от молодой, здоровой матери, 2-я беременность (1-я беремен­ность закончилась срочными родами, ребенок здоров), протекавшей с ОРВИ (4 раза), быст­рых родов, осложненных мекониальной аспирацией. Родился доношенный мальчик, в состоянии асфиксии, был переведен на ИВЛ. С первых суток желтуха с зеленоватым м. геморрагическая сыпь с экхимозом по всему телу, гепатолиенатьный синдром. В чтении реанимации состояние мальчика прогрессивно ухудшилось - нарастала дыхательная. недостаточность, геморрагический синдром, размеры печени +5-6 см.

В геммограмме выраженная анемия, снижение тромбоцитов до 90x109 /л УЗИ печени - отек паренхимы, гепатоспленомегалия, холецистит. Ребенок умер. Гистологически - в клетках печени, легких, почках ядерные включения по типу «совиного глаза». В осадке мочи - гигантские цитомегалические клетки.

/. Поставьте диагноз

1. Перечислите методы диагностики.
2. В какой специфической терапии нуждался больной?

Задача № 6.

Ребенок Н. Поступил в отделение детей раннего возраста в 6 месяцев в тяжелом состоянии, обусловленном интоксикацией неясного генеза и тяжелой анемией. Из анамнеза известно. что ребенок родился от второй беременности необследованной матери, в срок, с массой - 3000 г. Период адаптации без особенностей. Вскармливание естественное. В массе прибавлял плохо, на 6-м месяце жизни стали нарастать бледность, вялость, в связи с чем госпитализирован. При поступлении бледность с мраморным рисунком кожи, гипотония мышц, гепатоспленомегалия (печень +5 см, селезенка +2 см) приглушенность тонов сердца, тахикардия, неустойчивый стул.

OAK: эритр.-1,02х1012/л, НЬ-31 г/л, ЦП-1,0, ретикулоциты-4%, лейк.- 9x10%, токсическая зернистость нейтрофилов.

ИФА: выявлены антитела к ЦМВ - иммуноглобилины класса А и М. Консультация окулиста - атрезия зрительного нерва.

/. Поставьте диагноз

1. Проведите дифференциальный диагноз
2. Назначьте лечение.

Задача № 7.

Ребенок М. От первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в срок, нормальные антропометрические показатели, период неонатальной адаптации без осо­бенностей, из роддома выписан на 6-е сутки. На 3-й неделе жизни состояние ухудшилось, что было связано с присоединением респираторной инфекции, госпитализирован в инфекци­онное отделение в тяжелом состоянии. На осмотре ребенок бледный, вялый, гепатоспленомегалия, дыхательная недостаточность.

OAK: эритр.-2х10' /л. лимфоцитоз, осмотическая резистентность эритроцитов не изменена, ретикулоциты-6%.

УЗИ: гепатоспленомегалия.

От стернальной пункции мать отказалась.

/. Поставьте диагноз

1. Назначьте план обследования
2. Назначьте лечение.

Задача № 8.

Ребенок поступил из ОПН в возрасте 1,5 месяцев. Рожден от 2-й беременности, про­текавшей с угрозой прерывания, путем кесарева сечения, родился в асфиксии, массой 3200г. С первых суток жизни отмечается геморрагический синдром в виде петехиально-экхимозной сыпи на туловище. На 3 сутки присоединился катаральный синдром, осложнившийся развитием пневмонии. С 5 суток выявлена тромбоцитопения до 49x109 /л.

УЗИ: печень и селезенка увеличены.

ИФА: антитела к ЦМВ класса М и G.

/. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение.

Темы рефератов.

* + - 1. Осложнения при ветряной оспе
			2. Дифференциальный диагноз ветряной оспы
			3. Особенности врожденной формы ЦМВИ, в зависимости от сроков инфициро­вания
			4. Клинические формы приобретенной ЦМВИ
			5. Клинические формы простого герпеса у детей
			6. Клиника врожденной герпетической инфекции
			7. Диагностика герпес-вирусных инфекций.

**Тема №5.**

**Коклюш и паракоклюш у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. Этиология коклюша и паракоклюша
			2. Эпидемиология
			3. Патогенез
			4. Клиника заболеваний
			5. Особенности коклюша у детей первого года жизни
			6. Осложнения коклюша
			7. Диагностика коклюша и паракоклюша
			8. Дифференциальная диагностика коклюша в разные периоды заболевания
			9. Принципы лечения
			10. Меры профилактики, календарь прививок
			11. Противоэпидемические мероприятия

*Тесты исходного контроля.*

1.Период заразительности при коклюше:

1. 1-7 дней
2. 2-3 недели
3. 4-5 недель
4. 2 месяца

Ответ: 3

2.Инкубационный период при коклюше:

1. 5-8 дней
2. 30 - 35 дней
3. 1-3 дня
4. 6-8 недель

Ответ: 1

3.Возбудитель коклюша:

1. Hemophilus pertusis
2. Hemophilus influenzae

Ответ: 1

4.Пути передачи коклюша:

1. воздушно-капельный
2. фекально-оральный
3. трансплацентарный

Ответ: 1

5.Периоды болезни, выделяемые при коклюше:

1. инкубационный период
2. афонический
3. спазматический
4. катаральный
5. разрешения
6. асфиксический

Ответ: 1, 3, 4, 5

6.Особенности коклюша у детей первого года жизни:

1. удлинение инкубационного и катарального периодов
2. укорочение инкубационного и катарального периодов

3)апноэ

4)судороги

1. энцефалопатия
2. легкое течение
3. тяжелое течение
4. увеличение спазматического периода
5. укорочение спазматического периода
6. частые осложнения в виде бронхита и пневмонии

Ответ: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10

7.Перечислите специфические осложнения, возникающие в связи с основным заболеванием при коклюше:

1. судороги
2. пневмония
3. ателектазы
4. носовые кровотечения
5. плевриты
6. пневмоторакс
7. выпадение прямой кишки
8. плевропневмонии

Ответ: 1, 3, 4, 6, 7

8.В клиническом анализе крови при коклюше отмечается:

1. лейкоцитоз
2. лейкопения
3. лимфоцитоз
4. ускоренное СОЭ
5. нормальное СОЭ

Ответ: 1, 3, 5

9.Особенности коклюша в катаральном периоде:

1. маловыраженные катаральные явления со стороны носа и ротоглотки
2. выраженные катаральные явления
3. высокая температура
4. нормальная и субфебрильная температура
5. прогрессирование кашля постепенное
6. положительные результаты от проводимой симптоматической терапии
7. высокий лейко-лимфоцитоз
8. лейкопения

9)скудность аускультативных данных
Ответ: 1,4, 5, 7, 8, 10

10.В младшей группе детсада ребенку поставлен диагноз коклюш. Ваши мероприятия:

1. изоляция больного
2. заключительная дезинфекция
3. проветривание
4. карантин в группе
5. обеззараживание посуды
6. изоляция и обследование контактных в течение 14 дней от момента последнего контакта

Ответ: 1,3,4,5,6

11.Сроки вакцинации и ревакцинации АКДС-вакциной:

1) 3 мес, 4,5 мес, 6 мес

1. 15-18 мес
2. 1,5 - 2 г
3. 6-7 лет
4. 11-12 лет
5. 16-17 лет

Ответ: 1, 3

12.Препараты, применяемые для лечения коклюша:

1. пенициллин
2. ампициллин
3. эритромицин
4. клафоран
5. левомицетин
6. оксациллин
7. гентамицин
8. бисептол
9. трихопол

Ответ: 2, 3, 5, 7

13.С какими из перечисленных заболеваний следует дифференцировать коклюш в периоде спазматического кашля:

1. аденовирусная инфекция
2. респираторные аллергозы
3. грипп
4. бронхиальная астма
5. инородное тело дыхательных путей
6. корь
7. дифтерия зева
8. паракоклюш
9. туберкулезный бронхоаденит

Ответ: 2, 4, 5, 8, 9

14.Какие из перечисленных симптомов характеризуют спазматический период коклюша:

1. приступы кашля
2. высокая температура
3. токсикоз
4. конъюнктивит
5. стоматит
6. кровоизлияния в склеру
7. рвота
8. язвочки на уздечке языка
9. одышка

10)вязкая мокрота

1. разнокалиберные хрипы
2. боли в животе

Ответ: 1,6,7, 8, 10, 11

15.Кашель в спазматическом периоде коклюша отличают:

1. репризы
2. апноэ
3. лающий характер

Ответ: 1,2

16.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать коклюш у ребенка первого года жизни?

1. грипп
2. аденовирусная инфекция
3. пневмоцистоз
4. муковисцидоз

Ответ: 3, 4

17.Дети первого месяца жизни коклюшем:

1. болеют
2. не болеют

Ответ: 1

18.Для профилактики коклюша применяют АКДС-вакцину:

1. верно
2. неверно

Ответ: 1

19.В катаральном периоде коклюша кашель носит приступообразный характер:

1. верно
2. неверно

Ответ: 2

20.Во время реприза при коклюше затруднен:

1. вдох
2. выдох

Ответ: 1

21 .На тяжесть коклюша указывают:

1. рвота во время приступа кашля
2. частота приступов кашля
3. апноэ во время кашля
4. нейротоксикоз
5. количество репризов во время приступа

Ответ: 2, 3, 5

Задача № 1

Ребенок 2 лет посещает детский сад, где несколько детей кашляют. 15 дней ребенок кашляет, температура нормальная. Последние 2 дня во время кашля мальчик синеет, кашель заканчивается рвотой. Общее состояние не нарушено.

Задание.

1.Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Какие данные (эпидемиологические, клинические) позволяют поставить этот диагноз?

3.Какие дополнительные исследования следует назначить?

4.План лечения больного.

5.Противоэпидемические мероприятия в яслях.

Задача № 2

Ребенку 1 месяц. В течение 3 дней ребенок часто чихает, покашливает. Температура не повышалась. Сегодня во время туалета у ребенка появился кашель и цианоз лица на 1 - 2 минуты. Отец ребенка кашляет уже 2 месяца, но продолжает работать. При осмотре ребенок несколько вялый. Кожа с некоторой мраморностью. Зев слегка гиперемирован. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Задание.

1 .Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Какие данные анамнеза и клиники позволили поставить диагноз?

З.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4.Какие лабораторные исследования следует провести?

5.Назначьте лечение, дайте советы по уходу и наблюдению за ребенком.

Задача № 3

Ребенок 9 месяцев находился в стационаре в течение 2-х недель с диагнозом: ОРВИ, бронхит. При осмотре врач наблюдает типичный приступ спазматического кашля.

Задание.

1 .Ваша тактика в отношении больного?

2.Какие противоэпидемические мероприятия следует провести в данном отделении?

3.Назначьте лечение больному.

Задача № 4

Ребенок 4-х лет заболел 2 недели назад, когда появился кашель, который постепенно нарастал, приобретая все более упорный, навязчивый характер. Со вчерашнего дня кашель стал приступообразным с репризами, до 12 - 13 раз в счутки. Длительность приступа 1 - 2 минуты. Во время приступа кашля лицо больного краснеет, иногда даже синеет, шейные вены набухают. Приступ кашля заканчивается выделением вязкой мокроты, иногда (1-2 раза в сутки) рвотой. Состояние ребенка среднетяжелое. В межприступный период сохраняется одутловатость лица, бледность кожных покровов, периоральный цианоз. При осмотре на уздечке языка обнаружена язвочка. Сердечные тоны ритмичные, слегка приглушенные. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Задание.

1.Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Назовите основные клинические симптомы, подтверждающие ваш диагноз с обоснованием тяжести.

З.С какими заболеваниями нужно дифференцировать. 4.Назначьте дополнительные методы исследования. 5.Наметьте план лечения.

Задача № 5

Ребенок 3-х месяцев болен третью неделю. Жалобы на частый приступообразный кашель, повышение температуры до 38,5°С. Заболевание началось с обычного кашля, который постепенно учащался, приобретая навязчивый характер, и последние 5 дней стал носить приступообразный характер до 15 - 20 раз в сутки. Во время приступов лицо и глаза больного краснеют, язык высовывается до предела. Приступ заканчивается тягучей мокротой или рвотой. Длительность приступа 1 - 2 минуты. В момент приступа 2 - 3 раза в день возникает апноэ. В легких масса сухих и влажных хрипов, преюгущественно среднего колибра. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком. Частота дыхания в покое 60 в минуту. При кашле резко выражен цианоз носогубного треугольника, отмечается втяжение межреберных мышц. Тоны сердца учащены, слегка приглушены. Со стороны других систем патологии не обнаружено. В анализе крови - лейкоцитоз и эозинофилия. Рентгенография легких: легочный рисунок усилен, корни широкие. Видны очаговые тени в правом легком.

Задание.

1 .Диагноз заболевания с указанием тяжести и течения.

2.Какие критерии тяжести болезни?

З.На основании каких данных поставлен основной диагноз и осложнения?

4.План лечения.

Задача № 6

Юра К. 3 лет обратился с жалобами на повышенную температуру до 37,5°С, кашель в течение 8 - 10 дней, который постепенно нарастал, приобретая зсе более навязчивый характер. Проводимое лечение на дому - горчичники, отхаркивающая микстура, сульфадимезин - оказалось неэффективным.

Общее состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие и поведение без особенностей. Отмечаются нерезко выраженные катаральные явления -небольшой насморк, легкая гиперемия в зеве. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, непостоянные рассеянные сухие хрипы. Со стороны других внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Из анамнеза выяснено, что ребенок недели 3 назад был в контакте с кашляющим ребенком. Все необходимые прививки мальчик получил в соответствии с возрастом.

Задание.

1 .Ваш предположительный диагноз.

2.Что говорит за это заболевание?

З.С какими заболеваниями надо дифференцировать?

4.Дополнительные методы исследования.

5.Наметить план лечения.

Задача № 7

Сережа Д. 6 лет обратился к врачу с жалобами на кашель, который несмотря на проводимое лечение (горчичники, отхаркивающая микстура) не проходит в течение 3-х недель. Заболел 3 недели назад, когда появился незначительный кашель. Постепенно кашель усиливался, приобретая упорный приступообразный характер, до 6 - 8 раз в сутки. Общее состояние оставалось удовлетворительным, температура нормальная. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное. Катаральных явлений нет. Со стороны других внутренних органов изменений не отмечается.

При обследовании: общий анализ крови - эритроцитов 4,3 х 1012/л, Нв 12 г%, лейкоцитов 17 х 109/л, Э 1%, П 3%, с 36%, Л 52%, М 8%, СОЭ 12 мм/час. В мазках со слизистой носоглотки выделены палочки Борде-Жонгу.

Из анамнеза: посещает детский сад, прививки сделаны все в соответствии с возрастом, контакт с инфекционными больными отрицается.

Задание.

1.Клинический диагноз.

2.Возможные источники инфекции.

3.Причины легкого течения заболевания.

4.План лечения.

5.Сроки заразности.

6.Мероприятия, которые нужно провести в детском саду.

Задача № 8

Коля С. 3 лет заболел остро, когда появились частый сухой "лающий" кашель, насморк, температура 38,5°С. Врачом осмотрен на 3-й день. Жалобы оставались прежними, температура снизилась до 37,5°С.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Выражены явления конъюнктивита. Из носа необильное выделение слизи. Зев гиперемирован, зернист. Слизистая рта чистая. Тоны сердца ритмичные, ясные. В легких дыхание везикулярное. Определяются несколько увеличенные шейные, подчелюстные лимфоузлы. Живот безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный.

В анализе крови: лейкопения, лимфоцитоз, ускоренная СОЭ. Рентгенография легких без патологии. Контакт с инфекционными больными отрицается.

Задание.

1 .Ваш предположительный диагноз.

2.Что говорит за это заболевание?

З.С чем нужно дифференцировать?

4.План лечения.

Темы рефератов.

1 .Дифференциальная диагностика коклюша в разные периоды болезни.

2.Особенности клиники и течения коклюша у детей первого года жизни.

3.Осложнения коклюша.

4.Методы исследования при коклюше и паракоклюше на современном этапе (забор материала, питательные среды).

5.Коклюш у беременных, новорожденных. Тактика их ведения.

**Тема №6.**

 **Грипп. Острые респираторные вирусные инфекции у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. Грипп, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
			2. Парагрипп, клиника, патогенез развития синдрома крупа, клиника по степеням, лечение по степеням стеноза
			3. Аденовирусная инфекция, этиология, патогенез, клинические формы, осложнения
			4. Риновирусная инфекция, клиника
			5. Респираторно-синцитиальная инфекция, клиника

**Тесты исходного контроля**

1.В патогенезе гриппа ведущую роль играет:

1)общетоксическое и эпителиотропное действие вируса

2)бактериемия

3)вирусемия

4)нарушение микроциркуляции, гемодинамические нарушения

5)абдоминальный синдром

Ответ: 1, 3, 4.

2.Основные клинические отличия аденовирусной инфекции от риновирусной: 1)обильные серозные выделения из носа

2)слабовыраженная интоксикация

3)фарингоконъюнктивальная лихорадка

4)довольно длительная температура

5)гепатоспленомегалия

Ответ: 3, 4, 5.

3.Синдром интоксикации при парагриппе характеризуется:

1)слабо и умеренно выраженными симптомами интоксикации

2)высокой лихорадкой с первых дней болезни

3)выраженными нейротоксическими явлениями

4)энцефалитическим синдромом

5)менингеальным синдромом

Ответ: 1.

4.В патогенезе аденовирусной инфекции важное значение имеет:

1)поражение вирусом слизистых оболочек носа, задней стенки

глотки, миндалин, регионарных лимфоузлов

2)бактериемия

3)вирусемия

4)общетоксическое действие вируса с поражением мозговых оболочек

5)выраженный экссудативный компонент воспаления

Ответ: 1, 3, 5.

5.Диагноз респираторно-синцитиальной инфекции подтверждается:

1)выделением вируса из носоглоточных смывов

2)посевом фекалий на обычные питательные среды

3)серологические (РСК, РН в парных сыворотках)

 4)методом ИФА

 5)постановкой пробы Дика

 Ответ: 1,3,4.

6.При гриппе у новорожденных и детей первого года жизни наблюдается:

1)ярко выраженный токсический синдром

2)синдром интоксикации слабо выражен, наблюдается бледность

кожи, отказ от груди

3)яркий катаральный синдром

4)катаральные явления слабо выражены в виде кашля, заложенности носа, "сопении"

5)течение болезни значительно более тяжелое в связи с частым присоединением бактериальной инфекции и возникновением пневмонии

Ответ: 2, 4, 5.

7.Дифференциальный диагноз гриппа проводится:

1)с брюшным тифом

2)с холерой

3)с корью в продромальном периоде

4)с менингококцемией

5)другими ОРВИ

Ответ: 1, 3,4, 5.

8.Дифференциальный диагноз аденовирусной инфекции проводится прежде всего с:

1)инфекционным мононуклеозом

2)парагриппозной инфекцией

3)вирусным гепатитом

4)менингококковой инфекцией

5)корью

Ответ: 1, 2, 5.

9.Возбудитель риновирусной инфекции поражает преимущественно:

1)эпителий слизистой оболочки глаз

2)эпителий слизистой щек

3)эпителий верхних дыхательных путей

4)эпителий тонкого кишечника

5)менингеальные оболочки

Ответ: 3.

10.Осложнения респираторно-синцитиальной инфекции обусловлены:

1)наслоением бактериальной инфекции

2)чаще других возникает отит, синусит, пневмония

3)менингитом, менингоэнцефалитом

4)часто осложняется сепсисом

5)гнойным лимфаденитом

 Ответ: 1, 2.

11 .Катаральный синдром при парагриппе характеризуется:

1)упорным, грубым, сухим кашлем

2)слизистыми выделениями из носа, отечностью, умеренной

гиперемией дужек, мягкого неба, задней стенки глотки

3)яркой отграниченной гиперемией зева, гноем в лакунах

4)частым навязчивым коклюшеподобным кашлем

5)обильными слизисто-гнойными выделениями из носа

Ответ: 1, 2.

12.Диагноз гриппа подтверждается:

1)методом ИФА, РИА

2)посевом крови на желчный бульон

3 Серологическим методом (РСК, РТГА в парных сыворотках)

4)посевом кала на обычные питательные среды

5)выделением вируса из носоглоточных смывов

Ответ: 1, 3, 5.

13.Профилактика гриппа:

1)ранняя диагностика, изоляция больного сроком на 7 дней

2)плановая иммунизация

3)ежедневная влажная уборка, проветривание и облучение помещения

4)противогриппозный гамма-глобулин

5)интерферон, у детей старшего возраста ремантадин

Ответ: 1, 3, 4, 5.

14.Осложнения риновирусной инфекции:

1)синуситы

2)дерматиты

3)отиты

4)увеиты

5)гаймориты

Ответ: 1, 3, 5.

 **Ситуационные задачи**

Задача № 1.

Саша В. 11 лет поступил в инфекционную больницу 15 февраля с диагнозом "Менингококковая инфекция". Заболел накануне остро. Повысилась температура до 39,6°С, был озноб, головная боль, боль в глазных яблоках. Спал беспокойно, бредил. Утром 15 февраля вызван участковый врач, который обнаружил слабовыраженную ригидность затылочных мышц и элементы петехиальной сыпи на лице и груди. Симптом Кернига отрицательный. В день поступления в стационар сделана спинномозговая пункция. Жидкость вытекала под давлением, белок 0,065%о, цитоз 3 клетки (лимфоциты 2, нейтрофилы 1), реакция Панди слабоположительная, реакция Нонне-Апельта отрицательная.

Задание.

1 .Ваш предположительный диагноз.

2.Назначьте лечебные мероприятия.

З.Что говорит против менингококковой инфекции?

Задача № 2.

Дима Г.1г бмес заболел 19 января остро: повысилась температура до 38.9°С, появился кашель, выраженный насморк, конъюнктивит. Вызванный участковый врач при осмотре обнаружил гранулезный фарингит, незначительное увеличение всех групп лимфоузлов, печени, селезенки. Конъюнктива глаз гиперемирована, слева на слизистой нижнего века белого цвета небольшой налет в виде пленки. Слизистая рта чистая, гладкая, блестящая. В легких при аускультации выслушивались проводные сухие хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, учащены. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Выяснено, что в семье 5 дней назад был болен отец ребенка, заболевание у которого проявлялось недомоганием, небольшим кашлем и насморком.

Задание.

1.Ваш предположительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? 3.Мероприятия в отношении больного ребенка.

4.Назначьте лечение.

Задача № 3.

Сережа Б. 3 лет поступил в ларингитное отделение инфекционной больницы с диагнозом "ОРВИ, ларингит". Заболел 2 дня назад: появился кашель, насморк. Общее состояние оставалось удовлетворительным. На следующий день кашель усилился, из носа обильные слизистые выделения, температура тела 37,2°С. Ночью 10 марта состояние ухудшилось, кашель стал грубым, "лающим", дыхание шумное, появилось втяжение яремной ямки при дыхании. Родители вызвали "Скорую помощь" и ребенок был доставлен в больницу. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 37,5°С, частый грубый кашель, голос осипший, дыхание шумное, затруднено, втяжение податливых мест грудной клетки. Из носа обильные слизистые выделения, в зеве разлитая гиперемия. При ларингоскопии (прямой) -гиперемия и отечность голосовых связок. В легких проводные хрипы. Со стороны других органов патологических изменений не наблюдается.

Из анамнеза выяснено, что в детском саду, который посещает ребенок, болеют ОРВИ несколько детей, у двух из них тоже был ларингит.

Задание.

1.Сформулируйте диагноз.

2.Симптомы, говорящие за это заболевание?

3.Мероприятия в отделении.

4.План лечения больных.

Задача № 4.

В отделении недоношенных в течение 3-х дней заболели 5 детей. Заболевание у всех протекало однотипно. Появилось затрудненное носовое дыхание, выделения из носа вязкого слизистого характера, быстро присоединился приступообразный кашель. Нарастала одышка, цианоз носогубного треугольника. Температура у 3-х детей была нормальной, у 2-х -субфебрильной. У 2-х детей развился астматический синдром. В легких у всех отмечалась пестрая картина, в основном определялся перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации выслушивались влажные разнокалиберные хрипы. У 3-х детей имело место увеличение размеров печени. На рентгенограммах у 2-х детей выявлены небольшие ателектазы, у всех картина мелкоочаговой пневмонии.

Задание.

1.О каком заболевании можно думать?

2.Симптомы, говорящие за это заболевание. 3.Мероприятия в отделении.

4.План лечения больных.

**Подготовка реферативного сообщения на практическом занятии.**

**Темы рефератов:**

1 .Осложнения гриппа у детей.

2.Специфическая терапия острых респираторных вирусных инфекций.

**Тема №7.**

 **Дифтерия у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестирование.**

**Ситуационные задачи.**

1. **Вопросы устного опроса.**
2. Этиология и эпидемиология дифтерии
3. Патогенез
4. Патоморфология
5. Классификация
6. Клиническая картина дифтерии ротоглотки » Клиника токсической дифтерии ротоглотки
7. Инфекционно-токсический шок при дифтерии
8. Осложнения
9. Диагностика
10. Дифференциальный диагноз
11. Принципы лечения

**Тесты исходного контроля**

1.Какие свойства из нижеперечисленных характерны для возбудителя дифтерии?

а)гемагглютинация;

б)токсинообразование;

в)плазмокоагуляция;

г)вирулентность.

Ответ: б, в.

2.Укажите, от чего зависит восприимчивость к дифтерии:

а)от антибактериального иммунитета;

б)от антитоксического иммунитета.

Ответ: б.

З.Что является вероятным признаком дифтерии ротоглотки?

а)ангина (острый тонзиллит) с налетами;

б)плотные малоболезненные передне-шейные лимфоузлы; в)кратковременный подъем температуры;

г)пневмония;

д)выраженный катаральный синдром.

Ответ: а, б.

4.Признаки дифтерийного воспаления:

а)фибринозный налет, плотно спаянный с подлежащими тканями,

возвышающийся над поверхностью слизистой, кожи;

б)умеренная или слабая болезненность и гиперемия в месте входных

ворот;

в)кратковременная температурная реакция; г)выраженная интоксикация;

д)прогрессирование воспаления на фоне антибактериального лечения.

Ответ: а, б, г, д.

5.Какие заболевания должны вызвать подозрение на дифтерию?

а)ларингит;

б)назофарингит;

в)острый тонзиллит;

г)диарея;

д)менингит.

Ответ: а, в.

6.Отличие дифтерии ротоглотки от лакунарной ангины:

а)налеты на миндалинах островчатые или пленчатые, возвышаются, с трудом снимаются, выходят за пределы лакун;

б)налеты на миндалинах рыхлые гнойные по ходу лакун;

в)регионарные лимфоузлы плотные, малоболезненные или безболезненные;

г)регионарные лимфоузлы болезненные;

д)эффект от антибиотиков слабый или отсутствует.

Ответ: а, в, д.

7.Что необходимо для подтверждения диагноза дифтерии:

а)один или несколько типичных признаков дифтерии;

б)выделение из клинического материала токсигенного штамма

коринебактерий дифтерии;

в)нарастание титра противодифтерийных антител в сыворотке крови

больных в 4 раза и более;

г)нарастание титров противовирусных антител;

д)выделение из клинического материала гемолитического стрептококка.

Ответ: а, б, в.

8.Назовите клинические формы локализованной дифтерии ротоглотки:

а)катаральная;

б)распространенная;

в)островчатая;

г)пленчатая;

д)субтоксическая.

Ответ: в, г.

9.Какие осложнения наиболее характерны для дифтерии ротоглотки?

а)пневмония;

б)ларингит;

в)нефроз;

г)миокардит;

д)поражение черепно-мозговых нервов;

е)тонзиллит;

ж)лимфаденит.

Ответ: в, г, д.

10.Что является вероятным признаком дифтерии в поздние сроки болезни?

а)миокардит;

б)нефроз;

в)паралич или парез черепно-мозговых нервов;

г)пневмония;

д)полирадикулоневрит.

Ответ: а, б, в

11 .Что является вероятным признаком дифтерии ротоглотки, токсической формы?

а)распространение налетов за пределы миндалин;

б)отек в зеве;

в)резкая болезненность в горле (тризм);

г)отек подкожной клетчатки шеи ("бычья шея");

д)токсический сосудистый коллапс.

Ответ: а, б, г

12.Отличия дифтерии ротоглотки, токсической формы от флегмонозной ангины и паратонзиллярного абсцесса:

а)резко выраженная боль в горле, тризм;

б)боль в горле умеренная;

в)налеты выходят за пределы миндалин;

г)отек подкожной клетчатки шеи ("бычья шея");

д)ассиметрия зева с односторонней резкой гипертрофией миндалины и выбуханием дужки.

Ответ: б, в, г

13.Перечислите изменения в периферической крови, характерные для токсической дифтерии ротоглотки:

а)лейкопения;

б)лейкоцитоз;

в)нейтрофилез;

г)лимфоцитоз;

д)атипичные мононуклеары;

е)ускоренная СОЭ.

Ответ: б, в, е.

14.Назовите клинические признаки дифтерийного миокардита:

а)одышка;

б)брадикардия;

в)повышение АД;

г)глухость тонов сердца;

д)расширение границ сердца;

е)возбуждение;

ж)боли в сердце.

Ответ: а, г, д, ж

15.Перечислите изменения на ЭКГ, характерные для дифтерийного миокардита:

а)синусовая аритмия;

б)экстрасистолия;

в)снижение вольтажа зубцов;

г)удлинение интервала QT;

д)смещение интервала ST;

е)отрицательный зубец Т;

ж)блокада ветвей пучка Гиса;

з)расширение комплекса QRS.

Ответ: б, в, д, ж, з

16.Назовите показания для назначения сердечных гликозидов:

а)брадикардия;

б)тахикардия;

в)увеличение размеров печени;

г)низкие цифры АД;

д)одышка.

Ответ: а, в, г, д

17.Перечислите основные принципы лечения дифтерийного миокардита:

а)постельный режим;

б)строгий постельный режим;

в)антибиотикотерапия;

г)гормоны;

д)кардиотрофики;

е)антикоагулянты;

ж)седативная терапия.

Ответ: б, г, д

18.Назовите симптомы, свидетельствующие о параличе мягкого неба:

а)поперхивание во время еды;

б)нарушение глотания;

в)нарушение дыхания;

г)гнусавый оттенок голоса;

д)провисание небной занавески на стороне поражения.

Ответ: а, б, г, д

19.Определите симптомы, характерные для инфекционно-токсического шока II степени при токсической дифтерии ротоглотки:

а)покраснение кожи;

б)резкая бледность кожи;

в)цианоз носогубного треугольника;

г)акроцианоз;

д)нарушение сознания;

е)брадикардия;

ж)тахикардия;

з)падение АД;

и)полиурия;

к)олигурия.

Ответ: б, в, г, е, з, к

 Ситуационные задачи

Задача № 1.

Ребенок 5 лет. Заболевание началось остро с резкого повышения температуры до 39,5°С, неоднократной рвоты, резкой бледности, болей в горле. В течение 2 дней лечился по поводу ангины.

Поступил в инфекционную больницу на 3 день заболевания в крайне тяжелом состоянии. Температура 39,5°С, ребенок вялый, адинамичный, бледный. Кожные покровы бледные, в области шеи с обеих сторон имеется отек подкожно-жировой клетчатки. Отек имеет тестоватую консистенцию, кожа над ним не изменена. Отек занимает подкожно-жировую клетчатку всей шеи и переходит на грудную клетку. Тоны сердца глухие, тахикардия, пульс слабого наполнения. Картина зева: резкий отек слизистой зева, слизистая миндалин, дужек, малого язычка покрыта грубым белесоватым гребешковым налетом.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

Задача № 2.

Девочка 8 лет находится в инфекционной больнице по поводу токсической дифтерии зева II степени. В результате проведенной комплексной терапии состояние ребенка улучшилось, исчез отек зева и подкожной клетчатки, рассосались пленки в зеве, исчезла интоксикация. Внезапно на 6-й день заболевания состояние ребенка значительно ухудшилось, появились сильные боли в правом подреберье, многократная рвота и икота. Ребенок резко побледнел, стонет.

При осмотре: кожные покровы бледные и влажные, акроцианоз, одышка до 65 дыхательных движений в 1 минуту, пульсация шейных сосудов. В легких в нижних долях с обеих сторон большое количество звучных влажных хрипов. Пульс 145 в минуту слабого наполнения, артериальное давление 80/50 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: справа - по правой средне-ключичной линии, сверху - II ребро, слева - на уровне передней аксиллярной линии. Тоны сердца очень глухие, ритм галопа, систолический шум. Печень пальпируется на 1,5 см из-под реберной дуги, пальпация резко болезненна. ЭКГ - снижение вольтажа зубцов, РО - 0,24 секунды, расширение желудочкового комплекса.

Задание.

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

Задача № 3

Девочка 6 лет заболела 3 дня назад, когда впервые повысилась температура до 38,5°С, появилась небольшая болезненность при глотании.

При осмотре состояние средней тяжести, в зеве отмечается умеренная гиперемия миндалин, налеты плотные с гладкой поверхностью и довольно хорошо очерченными краями. Они выглядят в виде небольших островков серовато-беловатого цвета. Отмечается приторно-сладкий запах изо рта и небольшое увеличение верхнешейных лимфатических узлов. Налеты снимаются с трудом, при снятии кровоточат, не растираются шпателем. Носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный.

Задание.

1.Поставить диагноз.

2.Наметить план обследования и лечения.

Задача № 4

Ребенок 5 лет переболел лакунарной ангиной, лечился эритромицином. Привит по возрасту.На 12-й день болезни у ребенка появилась следующая неврологическая симптоматика: поперхивается при глотании, гнусавит, из носа вытекает вода и жидкая пища. Мать с ребенком обратилась к невропатологу, который после осмотра поставил диагноз: парез мягкого неба, направил ребенка на консультацию к врачу-инфекционисту.

Задание.

1.Что случилось с ребенком?

2.С чем связано возникновение пареза мягкого неба?

3.Ваш диагноз.

4.Тактика ведения и лечения больного.

Задача № 5

Ребенок Саша К., 8 лет с диагнозом дифтерия ротоглотки токсическая II степени получил назначение врача: 80 тыс.ПДС внутримышечно. Сыворотка была введена одномоментно. Через 30 минут после введения сыворотки :чувствие больного резко ухудшилось, ребенок потерял сознание, : побледнел, появилось аритмичное редкое дыхание, диффузный цианоз, АД 20/0 мм.рт.ст. Сердцебиения аритмичные, глухие. Появились тонико-клонические судороги. Через 10 минут произошла остановка дыхания, ребенок умер.

Задание.

1.Поставить диагноз.

2.Какова причина смерти, объясните случившееся.

Задача № 6

Мальчик 5 лет заболел остро: повысилась температура до 39,6°С, появились головная боль, общая разбитость, слабость, резкая болезненность кожных покровов, боль в горле. Давали жаропонижающее.

На следующий день был вызван врач. При осмотре обнаружено, что состояние ребенка тяжелое, лицо бледное, язык обложен белым налетом. В зеве: миндалины резко увеличены, почти соприкасаются друг с другом; слизистая оболочка мягкого неба, глотки отечна и относительно слабо гиперемирована, поверхность миндалин выстлана толстым налетом грязно-белого цвета, который выходит за пределы миндалин; ощущается приторно-сладкий запах. Одновременно в области лимфатических узлов определяется болезненный инфильтрат плотноватой консистенции с расплывчатыми краями. Над пораженными узлами и в окружении их до середины шеи отмечается отек мягких тканей.

Задание.

1.Поставить предварительный диагноз.

2.Провести дифференциальный диагноз.

3.Наметить план обследования и лечения больного.

Задача № 7

Мальчик 7 лет заболел остро, повысилась температура до 38,7°С, отмечалось возбуждение, рвота, резкая болезненность при глотании.

Вызванный врач обнаружил: яркую гиперемию зева, на миндалинах налеты белого цвета, они рыхлые, имеют гнилостный запах, расположены в лакунах. Регионарные лимфатические узлы значительно увеличены, болезненны, эластичной консистенции. Со стороны внутренних органов без особенностей.

Задание.

1 .Поставить предварительный диагноз.

2.Провести дифференциальный диагноз.

3.Наметить план обследования и лечения больного.

**Темы рефератов.**

1. Гипертоксическая форма дифтерии.

2.Клиника, диагностика, лечение инфекционно-токсического шока у детей.

3.Характеристика клиники и особенностей течения дифтерийного миокардита.

4.Дифференциальный диагноз ангин.

5.Полирадикулоневриты Ландри как осложнение токсической дифтерии ротоглотки.

**Тема №8.**

 **Менингококковая инфекция у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестирование.**

**Ситуационные задачи.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. Этиология и эпидемиология менингококковой инфекции.
			2. Патогенез.
			3. Классификация менингококковой инфекции.
			4. Клиника менингококкового менингита.
			5. Особенности клиники у грудных детей.
			6. Осложнения болезни.
			7. Лабораторная диагностика
			8. Дифференциальный диагноз
			9. Принципы лечения.
			10. Современные достижения в изучении менингококковой инфекции и роль отечест­венных ученых в изучении данного заболевания.
			11. Показания к люмбальной пункции.
			12. Диагностика и дифференциальная диагностика.
			13. Вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактику данной инфекции.

**Тесты исходного контроля.**

/. Назовите органы и системы, поражаемые при менингококковой инфекции:

1. мозговые оболочки
2. дыхательная система
3. кожа
4. носоглотка
5. желудочно-кишечный тракт

Ответ: 1,3.4

2. Перечислите основные клинические формы менингококковой инфекции:

1) менингит

2) энцефалит

1. менингококцемия
2. назофарингит
3. бактерионосительство
4. пневмония

Ответ: 1. 3. 4. 5

3. Укажите клинические симптомы характерные для менингококкового менингита:

1)острое начало

2)постепенное начало

3)высокая температура

4)повторная рвота

5)головная боль

6)возбуждение

7)судороги

8)ригидность затылочных мышц

9)стенотическое дыхание

Ответ: 1,3,4,5, 7,8

4. Назовите особенности клиники менингита у детей первого года жизни:

1. выбухание и пульсация большого родничка
2. постепенное начало
3. монотонный «мозговой» крик
4. тремор верхних конечностей
5. грубая ригидность мышц затылка
6. положительный симптом Маслова
7. вздрагивание

Ответ: 1.3.4,6.7

5. Назовите основные методы бак. обследования больных с подозрением на менингококковый менингит:

1. бактериологическое исследование крови
2. бактериологическое исследование мочи

3 ) бактериологическое исследование СМЖ

4) бактериологическое исследование кала

Ответ: 1. 3

6. Какие из перечисленных мероприятий проводятся для предупреждения менингококковой инфекции:

1. обследование контактных на менингококк
2. изоляция больного
3. специфическая иммунизация
4. текущая дезинфекция
5. заключительная дезинфекция

Ответ: 1. 2. 4

7.Назовите особенности ликвора при меиингококковом менингите:

1. гнойная жидкость
2. прозрачная жидкость
3. высокий лейкоцитоз
4. лимфоцитарный цитоз
5. белково-клеточная диссоциация

Ответ: 1, 3

8.Выберите антибиотик наиболее эффективный при меиингококковом менингите:

1. генгамицин
2. пенициллин
3. клафоран
4. стрептомицин

Ответ: 2

9. Назовите правила выписки больного с менингококковым менингитом:

1. санация СМЖ
2. отрицательные бактериологические исследования на менингококк из носоглотки
3. выписка на 21 день болезни
4. нормальные показатели крови
5. выписка на 30 день болезни

Ответ: 1.2,3,4

10. При меиингококковом менингите отменить антибиотик возможно при цитозе клеток в ликворе:

1. 1000 клеток в 1 мкл
2. 100 клеток в 1 мкл
3. 300 клеток в 1 мкл

Ответ: 2

Задача № 1.

Ребенок 6 мес. заболел остро, поднялась температура до 39,5 С, была дважды рвота, однократно жидкий стул. Ребенок возбужден и беспокоен, крик «монотонный», ручками держится за голову.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, высоко лихорадит, голова квадратной формы, большой родничок 1,5x2,0 см выбухает и пульсирует. Кожные покровы бледные. Дыхание через нос затруднено из-за слизистых выделений. Частота дыхания 44 в 1 мин. В I их хрипов нет. Зев гиперемирован. Тоны сердца отчетливые ритмичные. Живот мягкий, стул жидкий. Отчетливо выражена ригидность мышц затылка.

1. Поставьте клинический диагноз.

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения больного.
3. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Задача № 2.

Ребенок 7 мес, заболел постепенно, в течение 3-х недель лечился в Адамовской ЦРБ по поводу острого бронхита, однако за последнюю неделю врачи обратили внимание на что ребенок стал вялым, сонливым, появилось напряжение и пульсация большого родничка. Изменился характер стула - стал частым, жидким, со слизью и прожилками крови. В анализах периферической крови наблюдался выраженный лейкоцитоз до 39,6х10ч/л. Ребенок с диагнозом острый лейкоз направлен в ОДКБ, а оттуда с диагнозом кишечная инфекция пе­реправлен в городскую инфекционную больницу.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, высоко лихорадит до 39,5°-40°С, воз­бужден, крик «монотонный», на одной ноте, руками держится за голову, большой родничок выбухает и пульсирует. В легких дыхание жесткое, сухие и влажные хрипы с двух сторон. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, стул жидкий с патологическими примесями. Мо­чится регулярно. Выражена ригидность затылочных мышц.

На рентгенограмме в легких инфильтрация в верхней доле с очагами деструкции.

СМЖ: жидкость мутная, вытекает тяжелыми каплями, цитоз 9000 клеток, все - ней-трофилы.

OAK: гемоглобин-86 г/л, эритр.-3.4х1012/л, ЦП-0.9. лейк.-40,2x10%, СОЭ-58мм/час. п я-27%. с/я-53%, моно-12%, лимф.-8%.

1. Поставьте клинический диагноз.

1. Проведите дифференциачьный диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения больного.

Задача № 3.

Ребенок 4 мес. заболел остро, поднялась температура до 39°С. стал беспокойным, кричал, крик «монотонный» на одной ноте, в этот же день был приступ клонико-тонических судорог.

Доставлен врачом в стационар. При осмотре: состояние ребенка тяжелое, выражены симптомы интоксикации, ребенок бледный, высоко лихорадит. Родничок на голове выбухает и пульсирует. Положительный симптом «материнских рук». Наблюдается вздрагивание и ригидность мышц затылка.

Произведена СМИ, жидкость вытекала частыми каплями, мутная, беловатая, реак­ция Панди - резко положительная, белок - 0,4%, цитоз - 6000 клеток, 100% - нейтрофилы.

1. Поставьте диагноз

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Наметьте план обследования больного.
3. Назначьте лечение.

Задача № 4.

Ребенок 3 мес. заболел 4.01. появилась боль в правом глазу и гной в углу глаза. К вечеру присоединились насморк и кашель. В 4°° 5.01 температура поднялась до 39,5°С, обра­тились в скорую помощь, доставлен в инфекционную больницу..

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, выражены симптомы интоксикации. Пра­вый глаз: веки отечны, конъюнктива гиперемирована с гнойным отделяемым, склеры до радужки инъецированы. Зев гиперемирован. зернистый. Миндалины разрыхлены, налетов нет. Выражена ригидность мышц затылка, родничок выбухает и пульсирует. Кожные покровы бледные, чистые, сыпи нет. Дыхание жесткое, сухие и влажные хрипы с 2-х сторон. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, вздут. Печень +3.0 см., пальпируется селе­зенка на 2.0 см. от края реберной дуги. Стул жидкий, зеленый, со слизью. Мочиться регуляр­но. СМЖ: мутная, вытекает частыми каплями, общий цитоз - 2000 клеток, 100% - нейтрофи­лы.

1. Поставьте диагноз

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте лечение и план обследования.

**Темы рефератов.**

1. Грибковый менингит у новорожденных
2. Гемолитико-уремический синдром при менингококковой инфекции
3. Вторичные бактериальные менингиты у детей раннего возраста
4. Исходы и последствия менингококкового менингита
5. Профилактика менингококковой инфекции

**Тема №9.**

 **Энтеровирусная инфекция у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестирование.**

**Ситуационные задачи.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. Этиология энтеровирусной инфекции
			2. Эпидемиология
			3. Патогенез
			4. Клинические формы
			5. Классификация
			6. Особенности Коксаки и ECHO- инфекции у новорожденных и детей первого года жизни
			7. Врожденная Коксаки и ECHO- инфекция
			8. Осложнения
			9. Лабораторная диагностика

10. Дифференциальный диагноз клинических форм Коксаки и ЕСНО-инфекции

1. Принципы лечения данной инфекции
2. Профилактика и противоэпидемические мероприятия

**Тесты исходного контроля**

1 .Патогенез энтеровирусной инфекции:

1. Входные ворота- глоточное лимфоидное кольцо и слизистые ЖКТ
2. Входные ворота- повреждения кожи
3. Нарушение пигментного обмена
4. Вирус распространяется гематогенно
5. Генерализованная вирусная инфекция с поражением нервной системы, внутренних органов и других систем.

Ответ: 1,4,5

2.Клиническая картина энтеровирусной инфекции:

1 )Полиморфизм клинических проявлений

1. Тонзиллит с гнойными наложениями
2. Острое начало с высокой температурой
3. Гнойный лимфаденит
4. Поражение ЦНС с различными клиническими проявлениями

Ответ: 1,3,5

3 При энтеровирусной инфекции отмечаются:

1. лихорадка
2. боли в суставах
3. некротическая ангина
4. миалгии
5. энцефалит и миокардит новорожденных

 Ответ: 1,4,5

4. Для энтеровирусной инфекции характерен синдром:

1. конъюнктивит
2. артрит
3. герпетическая ангина
4. отек шейной клетчатки

Ответ: 3

5 Для энтеровирусной инфекции характерны симптомы со стороны ротоглотки:

1. пузырьковые высыпания на дужках
2. пятна Филатова-Коплика
3. лакунарная ангина

Ответ: 1

6. Типичными для энтеровирусной экзантемы являются:

а) мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи

6) мелкоточечная сыпь на неизмененном фоне кожи

в) лихорадка

г) склерит

д) катаральные явления

е) пятнисто-папулезная сыпь

Выберите правильную комбинацию ответов: 1)а,б,в,г 2)б,в,г,д 3)б,в,г,е 4)в,г,д,е 5)а,в,г,е

Ответ: 3

7 Энтеровирусная инфекция имеет характерные клинические проявления:

1)склерит

1. пигментация
2. геморрагическая сыпь
3. кератоконьюнктивит

5)шелушение
Ответ: 1

8. Для энтеровирусных заболеваний характерны:

1. пневмония
2. эпидемическая миалгия
3. гнойный менингит
4. серозный менингит

5)герпетическая ангина
Ответ: 2,4,5

9 Назовите основные клинические формы энтеровирусной инфекции:

1. острый тонзиллит с гнойным выпотом
2. миалгия
3. серозный менингит
4. энцефаломиокардит

5)отит

1. экзантема
2. герпетическая ангина

Ответ: 2,3,4,6,7

10.Серозный менингит при энтеровирусной инфекции характеризуется цитозом:

1)смешанным

2)лимфоцитарным

3)нейтрофильным
Ответ: 2

11 .Назовите особенности энтеровирусной инфекции у новорожденных и у детей раннего возраста:

1. заболеваемость высокая
2. заболеваемость зависит от материнского иммунитета
3. часто гепатоэнцефаломиокардит
4. может быть увеит
5. течение тяжелое с высокой летальностью

Ответ: 2,3,5

12.0сновное отличие энтеровирусной инфекции от респираторносинцитиальной инфекции:

1. полиморфизм клинической картины
2. поражение нервной системы
3. гепатоспленомегалия

4)бронхиолит
Ответ: 1,2,3

13.Что отличает краснуху от энтеровирусной инфекции:

1. слабо выраженная интоксикация
2. выраженная интоксикация
3. менингеальный синдром
4. синдром диареи

5) увеличение затылочных и задне-шейных лимфатических узлов

Ответ: 1,5

**Ситуационные задачи**

Задача № 1

В саду вспышка энтеровирусной инфекции. У ребенка 4,5 лет остро поднялась температура до 38 - 39°С, появились озноб, рвота, головная боль и сильные боли в мышцах груди, живота, конечностях Миалгия носит приступообразный характер. В течение 9 дней отмечались две волны заболевания с подъемами температуры

Задание.

1. .Поставить диагноз.
2. Назначить план обследования больного.

 З.Оказать неотложную помощь.

Задача №2

В городе вспышка энтеровирусной инфекции. Ребенок 3-х лет заболел остро, температура до 39°С, рвота, катаральные явления в носоглотке, отмечаются ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского, гиперестезия

СМЖ: цитоз 200 клеток, Л - 80%, Н - 20%, содержание хлоридов, белка, сахара в ликворе в норме.

Задание.

1Поставить диагноз. 2.Назначить лечение.

3Назвать возможные осложнения

Задача №3

Мальчик 12 лет заболел остро, поднялась температура 38,5°С, беспокоили озноб, головная боль, общее недомогание, боли в мышцах живота и конечностей, боли носили приступообразный характер.

Участковый врач при осмотре выявил следующее: ребенок высоко лихорадит 2-й день, температура повышалась до 40°С. Лицо гиперемировано, склеры глаз инъецированы. В зеве - яркая гиперемия слизистой задней стенки глотки, миндалин, на миндалинах и дужках обнаружены пузыри с желтоватым содержимым, окруженные венчиком гиперемии. Мышцы живота при захвате резко болезненны, выражена боль в икроножных мышцах По другим органам без патологии.

Установлено, что мальчик был в контакте с больным серозным менингитом

Задание.

1. Поставьте предварительный диагноз с указанием формы, тяжести и течения
болезни

2. Дайте обоснование диагноза
З.Окажите помощь на догоспитальном этапе.

Задача №4

Ребенок 5-ти лет заболел остро, температура 39,5°С. Выражены вялость, сонливость, отказ от еды, головная боль; трижды была рвота Контакт с инфекционными больными отрицает. Накануне болезни был на даче, купался в водоеме.

Вызванный участковый врач обнаружил следующее: лицо ребенка гиперемировано, сосуды склер инъецированы. Отмечается гиперемия и зернистость слизистой оболочки зева. Выявлены положительные менингиальные знаки: ригидность мышц затылка и симптомы Кернига с 2-х сторон. По другим органам без патологии.

Вопросы к заданию:

1 .Выделите основные синдромы, имеющие место у данного больного.

2.Дайте определение понятия и патогенез развития данных синдромов.

З.Ваш предварительный диагноз.

4.0казать больному неотложную помощь на догоспитальном этапе.

5.Тактика ведения больного на госпитальном этапе.

 б.Составьте план обследования больного.

Дополнительная информация по больному. СМЖ: при люмбальной пункции ликвор вытекает под давлением, прозрачен. Реакция Панди - слабо положительная, белок -0,067оо, плеоцитоз - 370 клеток, нейтрофилов -170 клеток, лимфоцитов - 200 клеток, сахар - 4,2 мкмоль/л.

Анализ крови: Нв -118г/л, Эр - 3,7х1012/л, ЦП 0,9, лейкоциты -12,7х109/л, П -6, С -48, Л - 33, М -11, Э - 2, СОЭ- 12мм/час.

При серологическом исследовании крови: в 1-м анализе титр антител к вирусу Коксаки В7 составил 1:80, при повторном исследовании - титр 1:800.

7.0цените данные лабораторного обследования.

8. Перечислите информативные показатели, подтверждающие ваш диагноз.

9.0боснуйте и поставьте правильный диагноз.

10.Назовите клинические показатели, определяющие тяжесть состояния ребенка

11 .Какова тактика ведения больного после первичного осмотра?

Задача №5

Больной К 3-х лет обратился к врачу с жалобами на ассиметрию лица, боли в правой половине лица и в заушной области.

Дополнительная информация.

Ребенок привит по возрасту

При осмотре установлено следующее: лицо перекошено, ассиметрично, правый угол рта опущен, правая носогубная складка сглажена Правая глазная щель шире левой, из глаза бежит слеза

Заболел внезапно 2 дня назад, беспокоили легкие катаральные явления, боль в заушной области справа При проверке вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка отмечается снижение чувствительности на сладкое и соленое.

Результату анализов.

КАК: Нв 126г/л, эр 4,5х1012/л, ЦП 0,9, лейкоциты 6,7х109/л,

П5,С26,Л62,Э 1,М6,ООЭ 12 мм/час.

ОАМ: цвет соломенно-желтый, уд.вес 1016, белка нет, эпит. 1-2 в п/зр, лейкоциты

1-2 в п/зр, эритроцитов нет.

Задание.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования.

Эталон ответа - неврит лицевого нерва

Задача№6.

Больной М, 5 лет, заболел остро, были катаральные явления, на 3-й день перекосило лицо.

Дополнительная информация

Ребенок прививался прошв полиомиелита нерегулярно. Заболел 2 дня назад наблюдались легкие катаральные явления.

При осмотре: лицо ассиметрично, правая носогубная складка сглажена, губки при разговоре кривятся. Отсутствуют горизонтальные складки на лбу при поднимании бровей. Тактильная кожная и вкусовая чувствительности не нарушены

Результаты анализов.

КАК: Нв 132г/л, эр 4,7х1012/л, ЦП 0,9, лейкоциты 10Дх109/л,

П 5, С 38, Л 45, М11, Э1, СОЭ 6 мм/час. ОАМ: цвет желтый, уд.вес 1014, белканет, эпит. пл. 1-2вп/зр,

эритроцитов нет.

При серологическом обследовании крови получены титры специфических антител на 4-ый день болезни 120 на 18-ый день болезни 1:1600.

Задание.

1 Поставьте клинический диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования.

Эталон ответа - полиомиелит, понтинная форма

Задача №7.

Вводная информация. Больной С, 5лет, обратился к врачу с жалобами на боли и слабость в правой ноге, хромоту.

Дополнительная информация Из анамнеза стало известно, что ребенок болен 3-й день, в первый день температура 37,5°С, насморк, кашель, на второй день -повышенная потливость, с 3-- дня боль и слабость в правой ноге, хромает.

Масса ребенка 20кг, ЧДД - 26 в мин, ЧСС -100 в мин. При осмотре отмечается слабость мышц голени правой ноги. Сухожильные рефлексы справа не вызываются. По другим органам без патологии. Ребенок привит по возрасту.

Результаты анализов.

КАК: Нв 124г/л, эр 3,7х1012/л, ЦП 0,9, лейкоциты 10,7х109/л,

П 5, С 52, Л 33, Э 2, М 8, СОЭ 6 мм/час. СМЖ; цвет - прозрачная, белок 0,00337оо, реакция Панди отрицательная, сахар 5,7г/л, цитоз 0 кл. Из ликвора выделен вирус Коксаки А-7.

Задание.

1. Поставьте клинический диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования

Эталон ответа - Энтеровирусная инфекция, Коксаки А-7, полиомиелитоподобная форма

Задача№8.

Вводная информация. Больной С, 5 лет, обратился к врачу с жалобами на боли и слабость в правой ноге, хромоту.

Дополнительная информация Из анамнеза стало известно, что ребенок не прививался, заболел остро, поднялась температура до 38,5°С, беспокоила заложенность носа, вялость, слабость. Потливость. При осмотре обнаружены - слабость мышц голени правой ноги, отсутствие сухожильных реф­лексов, кожная чувствительность сохранена

Результаты анализов.

КАК:Нв 118г/л, эр 4,2х1012/л, ЦП 0,9, лейкоциты 9,4x10%, П 3, С 48, Л 41, Э1, М 7, СОЭ 6 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, уд.вес 1012, эпит. 1-2 в п/зр, лейкоцить1

1-2 в п/зр, эритроцитов нет, белка нет. СМЖ: цвет прозрачный, белок 0,033%о, сахар 5,8г/л, цитоз

6 кл, все лимфоциты.

Из ликвора выделен вирус полиомиелита тип П.

Задание.

1 .Поставьте клинический диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования

Эталон ответа - полиомиелит, спинальная форма

**Тема № 10.**

 **Полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестирование.**

**Ситуационные задачи.**

**Вопросы устного опроса.**

Этиология полиомиелита

Эпидемиология

Патогенез

Клиника заболевания

Особенности клиники современного полиомиелита

Классификация

Диагностика

Дифференциальный диагноз полиомиелита с полиомиелитоподобными заболеваниями

Осложнения

* + - 1. Принципы лечения
			2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очаге
			3. Вакцинопрофилактика

**Тесты исходного контроля.**

1 .Характеристика параличей при полиомиелите:

1 )асимметричные

2)симметричные

3)параличи проксимальных отделов конечностей

4)атрофия

5)гиперрефлексия

6)гипо-арефлексия

7)гипо-антония

8)выпадение функции тазовых органов

9)нарушение чувствительности

Ответ: 1,3,4, 6, 7.

2.Основные пути распространения инфекции при полиомиелите:

1 )контактно-бытовой

2)воздушно-капельный

3)трансмиссивный

4)парентеральный

5)алиментарный

Ответ: 2, 5.

3.Основные клинические симптомы менингеальной формы полиомиелита:

1 постепенное начало

2)головная боль

3)повторная рвота

4)высокая температура

5)острое начало

6)боли в горле

7)спонтанные боли в конечностях и спине

8)боль по ходу нервных стволов

9)гиперестезия кожи

Ответ: 1,2,3,4, 5, 7,9.

4. Характеристика понтинной формы полиомиелита:

1)частичная утрата мимических движений на одной половине лица

2)лагофтальм

3)выраженные болевые ощущения

4)свисание угла рта

5)обильное слезотечение

6)отсутствие чувствительных расстройств

7) снижение вкусовой чувствительности

Ответ: 1, 2, 4, 6.

5.Характер спинномозговой жидкости при менингеальной форме полиомиелита: 1)прозрачный ликвор

2)вытекает под повышенным давлением

3)белесоватый

4)цитоз 100- 300 клеток

5)цитоз 12000 - 15000 клеток

6)преобладание нейтрофилов

7)лимфоцитарный характер

8)белок до 1 г/л

Ответ: 1,2,4,7, 8.

6.Ребенок 3-х лет посещает детский сад. Заболел полиомиелитом. Ваши мероприятия.

1)изоляция больного

2)введение иммуноглобулина контактным

Заключительная дезинфекция

4)наблюдение за контактными в течение 21 дня

5)наблюдение за контактными в течение 35 дней

6)вирусологическое обследование контактных

7)КЭИ

Ответ: 1, 3, 4, 7.

7.Сроки вакцинации и ревакцинации вакциной Себина:

1)1; 2 и 3 мес.

2)1; 2 и 7 мес.

3)3; 4 и 5 - 6 мес.

4)2,5 - 7 лет

Ответ: 3, 4.

8.Сроки применения дегидратационной терапии при полиомиелите:

1)резидуальный период

2)весь восстановительный период

3)препаралитический период

4)паралитический период

5)начало восстановительного периода

Ответ: 3, 4, 5.

9.Какие формы относятся к атипичным?

1)понтинная

2)субклиническая

3)менингеальная

4)абортивная

Ответ: 2, 4.

10.Укажите продолжительность инкубационного периода при полиомиелите:

1)45 дней

2)3 - 12 дней

3)1 -2 дня

4)30 - 35 дней

Ответ: 4.

11. Основные симптомы препаралитического периода:

1)анорексия

2)умеренные катаральные явления

3)ангина

4)двухволновый характер температуры

5)токсикоз с эксикозом

6)положительный симптом Кернига

7)гиперестезия

8)выраженная потливость

Ответ: 1, 2, 4, 6, 7, 8.

12.При паралитическом полиомиелите выявляются:

1 )расстройство чувствительности

2)боли в конечностях

3)нейтрофильный цитоз в ликворе

4)лимфоцитарный цитоз в ликворе

5)расстройство двигательных функций

Ответ: 2, 4, 5.

**Ситуационные задачи**

Задача № 1.

Ребенок 10 лет заболел остро. На фоне нормальной температуры появились сильные боли в правой половине лица, слезотечение из правого глаза. Отмечается перекашивание лица влево, в связи с чем и госпитализирован в больницу. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, бледная. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. Справа сглаженность носогубной складки, угол рта опущен, глаз слизится, нарушена поверхностная чувствительность на лице, выражены болевые ощущения. Снижена вкусовая чувствительность на сладкое и соленое на передних двух третях с больной стороны.

Задание.

1 .Поставить диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 2.

Ребенок 3-х лет заболел остро, повысилась температура до 38°С, стал беспокойным, нарушился сон, ухудшился аппетит. На 4-й день болезни температура нормализовалась, сохранялась адинамия, вялость, отмечается перекашивание лица влево, в связи с чем госпитализирован в больницу.

Общее состояние ребенка мало нарушено. Кожа чистая, бледная, отмечается выраженная влажность, особенно кожи головы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. Справа отмечается сглаженность носогубной складки, угол рта свисает, глазная щель не смыкается. Каких-либо болевых ощущений нет, чувствительных расстройств нет, слезотечение не нарушено. Вкусовая чувствительность не нарушена.

Задание.

1 .Поставить диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 3.

Ребенок 5 лет заболел остро с повышением температуры до 37,6°С, недомогания, слабости, появились умеренные катаральные явления (назофарингит). Через три дня температура нормализовалась, а затем появилась вновь до 39°С, появилась головная боль, рвота, боли в ногах и спине, болезненность при сгибании головы и спины, усилилась потливость. На 6-й пень болезни при спаде температуры утром неожиданно выяснилось, что : вбенок перестал двигать правой ногой. Доставлен в инфекционную больницу.

Общее состояние ребенка тяжелое. Сознание ясное. Кожа чистая, выражена потливость и гиперестезия. Ребенок вялый, неохотно меняет позу из-за болей. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. При движении правой ногой возникает резкая болезненность, из-за чего движения резко ограничены. Отмечается резкая мышечная гипотония и гипорефлексия. Чувствительность не нарушена.

При спинномозговой пункции ликвор вытекает под значительным давлением, прозрачный. Отмечается лимфоцитарный цитоз (150 клеток), незначительное увеличение белка.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 4.

Ребенок 6 лет. Внезапно среди полного здоровья при нормальной температуре стал прихрамывать на левую ногу. После осмотра хирурга, невропатолога ребенок был направлен на госпитализацию.

Общее состояние при поступлении ближе к удовлетворительному, активен. Кожа и видимые слизистые чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальных симптомов нет. Правую ногу щадит, при становлении на ней отмечается ротация ноги кнаружи. Мышечный тонус и тургор снижены. Сухожильные рефлексы сохраняют нормальную живость.

Задание.

1 Поставьте диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 5

Ребенок 4-х лет посещает детский сад, где отмечены случаи лихорадочных заболеваний.

Девочка заболела остро, повысилась температура до 38,5 С, появилась сильная головная боль, повторная рвота. Врачом детского сада доставлена в больницу.

При поступлении состояние тяжелое. Жалуется на головную боль. Отмечается повторная рвота. Кожа чистая, на щеках румянец, инъекция сосудов склер. Зев рыхлый, гиперемирован. Определяется ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

При спинномозговой пункции определялось повышение давления ликвора. Жидкость прозрачная, цитоз 567 клеток, лимфоцитарный, белок 0,13%о, сахар 56мг%.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Предполагаемая этиология заболевания.

З.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

**Темы рефератов:**

1 .Полиомиелитоподобные заболевания у детей.

2.Дифференциальная диагностика менингеальных форм полиомиелита с другими серозными менингитами.

3.Клиническая картина и диагностика атипичных форм полиомиелита.

4.Бульбарная форма полиомиелита.

5.Понтинная форма полиомиелита.

б.Вакциноассоциированный полиомиелит.

 **Тема № 11.**

**Поражение центральной нервной системы при инфекционных заболеваниях у детей.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Устный опрос.**

**Тестирование.**

**Ситуационные задачи.**

**Вопросы устного опроса.**

* + - 1. Этиология и эпидемиология вирусных энцефалитов.
			2. Патогенез.
			3. Клиническая характеристика вирусных энцефалитов.
			4. Диагностика.
			5. Дифференциальный диагноз.
			6. Принципы лечения.
			7. Меры профилактики.

**Тесты исходного контроля.**

1. Назовите заболевания, осложняющиеся развитием энцефалита:

1. Аденовирусная инфекция
2. Грипп
3. Энтеровирусная инфекция
4. Герпетическая инфекция

Ответ: 2, 3, 4

2. Назовите симптомы, характерные для клиники энцефалитов

1. Повышение температуры
2. Рвота
3. Головная боль
4. Возбуждение
5. Сонливость
6. Наличие менингеальных симптомов
7. Наличие очаговых симптомов поражения ЦНС

Ответ: 1, 2, 3, 5, 7

3. Назовите симптомы, характерные для ветряночного энцефалита:

1. Шаткая походка
2. Вздрагивание
3. Тремор конечностей
4. Слабость в руках и ногах

Ответ: 3

4. Назовите методы исследования вируса простого герпеса:

1. Метод флюоресцирующих антител
2. Иммунопероксидазный метод
3. РСК
4. РПГА с диагностикумом

Ответ: 1, 2

5. Выберите препарат для лечения герпетического энцефалита:

1. Зовиракс
2. Интерферон
3. Пенициллин
4. Гентамицин

Ответ: 1

6. Назовите симптомы, характерные для герпетического энцефалита:

1. Острое начало заболевания
2. Судороги
3. Головная боль
4. Высокая температура
5. Герпетические высыпания
6. Потеря сознания
7. Субфебрилитет

Ответ: 1,2,3,5,6,7

7. Назовите изменения в ликворе, характерные для энцефалита:

1. Повышение внутричерепного давления
2. Незначительный плеоцитоз
3. Преобладание нейтрофильных клеток
4. Высокое содержание белка
5. Разбавленный ликвор

Ответ: 1, 2

**Ситуационные задачи.**

Задача № 1.

Больная С, 10 лет заболела остро, поднялась температура до 37,7°С, головная боль, чувство онемения в правой половине лица и правой руке, затруднение при глотании. Достав­лена в реанимационное отделение в связи с ухудшением состояния.

Неврологический статус: ребенок в сопоре, возможен простой контакт, межъядерная офтальмоплегия, горизонтально-ротаторный нистагм, дизартрия, дисфония, дисфагия, дыха­ние спонтанное, затрудненное (переведена на ИВЛ), правосторонний гемипарез.

СМЖ: цитоз 3x10%, белок 0,33 г/л

OAK: лей 14,8x10%, и/я 4%, с/я 80%, эоз 3 %, лимф 11%, моно 2%, СОЭ 54 мм/час В СМЖ и лимфоцитах крови обнаружен антиген к ВПГ.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте план лечения.

Задача № 2.

Ребенок 11 лет, заболел ветряной оспой, на 6 день высыпаний у ребенка появилась температура 38,5°С, вялость, сонливость, головная боль, тошнота, трижды рвота. При осмот­ре на коже полиморфная под корочками, свежих пузырьков нет. Ребенок сонлив, сознание ясное, однако, отмечается шаткая походка, головокружение, в руку не может взять и удер­жать стакан с водой.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования и лечения.

Задача № 3.

Больная Г., 11 лет, заболела остро, поднялась температура до 38,3°С, развилась об­щая слабость. На 2-й день болезни - сильная головная боль, однократная рвота. На 3-й день -внезапно психомоторное возбуждение, в ночь потеря сознания, возбуждение купировалось седуксеном.

Неврологический статус: больной без сознания, глаза полузакрыты, зрачки расши­рены, реакция зрачков на свет вялая, корнеальные рефлексы низкие, реакция на свет вялая, ресничный рефлекс не вызывается. Дыхание спонтанное 26-28 в мин., болевой рефлекс со­хранен, правосторонняя анизорефлексия, симптомы Бабинского, Рассолимо с обеих сторон положительные, брюшные рефлексы не вызываются, умеренно выражены менингеальные симптомы.

На 4 день ребенок доставлен в стационар, при поступлении имеет место выраженная кома (8-9 баллов по шкале Глазго); правосторонние судороги, купируемые введением седук­сена. Температура тела 37,7°-37,9°С. На губах у правого угла герпетические высыпания.

СМЖ: 23x10%, белок 0,39 г/л

OAK: лей 4,7x10%, п/я 3%, с/я 67%, эоз 4%, лимф 21%, моно 5%, СОЭ 32 мм/час

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования и лечения.

Задача № 4.

Девочка 2 мес, заболела постепенно, поднялась температура до 37,5°С, стал вялым, мать заметила у ребенка во время сна вздрагивания и периодически наблюдались остановки дыхания. Мать ребенка больна гриппом. Во время осмотра состояние ребенка ухудшилось и произошла остановка дыхания, ребенок посинел.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте реанимационные мероприятия.

Задача № 5.

Мальчик 4 мес, заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры до 39,5°С, рвоты и частого жидкого стула. За сутки состояние ребенка стало тяжелым и мальчик был доставлен в больницу. При поступлении состояние - крайне тяжелое. Ребенок очень вя­лый, адинамичный, на окружающее почти не реагирует, сонлив. Кожные покровы землисто-серого цвета, холодные на ощупь, морщинисты, собранные в складку плохо расправляются. Слизистые сухие. Лицо осунувшееся, глазки запавшие, черты лица заостроены, веки не не закрывают глаз. Тургор мягких тканей резко снижен. Большой родничок - запавший. Вес 5300 г, при рождении - 3300 г, до заболевания весил 6200г.

ЧСС - 160 в 1 мин. Пульс очень слабого наполнения. Тоны сердца резко приглуше­ны. АД - 70/40 мм рт.ст. Частота дыхания - 60 в 1 мин. Живот значительно вздут, брюшная стенка не напряжена. Периодически отмечается рвота, в рвотных массах значительная при­месь желчи, иногда рвота «кофейной гущей». Ребенок не пьет, залитую в рот жидкость спле­вывает. Стул 16 раз в сутки обильный, водянистый. Каловые массы практически полностью впитываются в пеленку, окрашиваются в слабый желтый цвет, не содержат слизи и крови.

OAK: эритр. - 5,2х1012, Нв - 150 г/л, лейк. - 15х109, п/я - 10%, с/я - 46%, л - 34%, м-10%, СОЭ - 15 мм/час, гематокрит - 62%.

Ребенок в течение суток не мочился.

/. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение и план обследования.

Задача № 6.

Больная С, 11 лет, заболела остро, когда появилась высокая температура, головная боль, рвота, неадекватность поведения. В этот же день к вечеру возникли фокальные право­сторонние судороги. Госпитализирована на 2-й день болезни. Состояние при поступлении тяжелое, температура 38°С; больная плаксива, дезориентирована. Отмечаются частые при­ступы клонических судорог в правых конечностях, правосторонний гемисиндром.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования
3. Наметьте план лечения.

Задача № 7.

Больная В., 1 год 6 мес. Заболела остро 24.02: повысилась температура, появились об­щее беспокойство, повторная рвота, генерализованные клонико-тонические судороги с на­рушением сознания. 25.02 госпитализирована. Ранний период жизни без особенностей.

При поступлении состояние тяжелое, адинамия, заторможенность, повторные приступы тонико-клонических судорог. В неврологическом статусе: сознание затемнено, умеренные менингеальные знаки. Симптомов очагового поражения нервной системы нет.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования
3. Наметьте план лечения.

Задача № 8.

Больная Д., 5 мес. Заболела остро 26.02. При нормальной температуре появились на­сморк, двусторонний конъюнктивит. Лечилась амбулаторно. 3.03 в 5 ч утра повысилась тем­пература до 38,8°С, возникли кратковременные судорожные подергивания в лице. Вызван­ный врач диагностировал острое респираторное заболевание с судорожным синдромом. В 9 и 12 ч дня судороги повторились и отмечались не только в лице, но и в левой руке. Девочка стала вялой, адинамичной. В 14 ч больная госпитализирована.

Анамнез жизни без особенностей. Живущая в семье бабушка страдает хронической формой herpes labialis, последнее обострение было за 2 недели до заболевания ребенка.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования
3. Наметьте план лечения.

**Темы рефератов.**

1. Особенности герпетического энцефалита у детей.
2. Весенне-летний (клещевой) энцефалит.
3. Ветряночный энцефалит, особенности клиники у детей.
4. Краснушный энцефалит у детей.
5. Гриппозный энцефалит у детей.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **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 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% 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 правильный 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** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: 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 и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится в виде тестирования. Формирование итоговой оценки проводится только по результатам тестирования.

# Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине “Инфекционные болезни у детей” на педиатрическом факультете

Таблица 3.1 - Критерии оценки ответа обучающихся по 5-ми бальной системе

|  |  |
| --- | --- |
| **Баллы** | **Критерии** |
| 5 | При тестировании - количество правильных ответов от 91 процентов и выше |
| 4 | При тестировании - количество правильных ответов от 81 до 90 процентов |
| 3 | При тестировании - количество правильных ответов от 71 до 80 процентов |
| 2 | При тестировании - количество правильных ответов от 51 до 70 процентов |
| 1 | При тестировании - количество правильных ответов менее 50 процентов |
| 0 | Ответ отсутствует либо фиксируется отказ обучающегося от ответа. |

Таблица 3.3 - Расчет дисциплинарного рейтинга (итоговой оценки) по дисциплине\*

|  |  |
| --- | --- |
| дисциплинарный рейтинг по дисциплине | оценка по дисциплине |
|  Тестирование | зачет |
| 86 - 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 - 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50 -69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

\* - правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему (Приложение 4 Положения П004.03-2020).

Таблица 3.4 - Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рейтинг экзаменационный / зачетный | Рейтинг дисциплинарный | Оценка |
| 15 | 50 | удовлетворительно |
| 16 | 54 | удовлетворительно |
| 17 | 59 | удовлетворительно |
| 18 | 64 | удовлетворительно |
| 19 | 69 | удовлетворительно |
| 20 | 70 | хорошо |
| 21 | 74 | хорошо |
| 22 | 78 | хорошо |
| 23 | 82 | хорошо |
| 24 | 85 | хорошо |
| 25 | 86 | отлично |
| 26 | 89 | отлично |
| 27 | 92 | отлично |
| 28 | 95 | отлично |
| 29 | 98 | отлично |
| 20 | 100 | отлично |

\* - Приложение 5 Положения П004.03-2020.

# Раздел 4 ФОС - Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Эпидемиология. Военная эпидемиология» на медико-профилактическом факультете

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» с поправками в соответствие Приказа № 479 от 03.03.2020 определены следующие правила формирования:

* текущего фактического рейтинга обучающегося (рисунок 4.1);
* бонусного фактического рейтинга обучающегося (таблица 4.2).

## 4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех модулей, входящих в дисциплину, и самостоятельной внеаудиторной работы (СВР; рисунок 1).

Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры в течение текущего семестра.



Рисунок 4.1 – Порядок формирования текущего фактического рейтинга (Ртф)

### 4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося

Модульный рейтинг (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение:

* текущего рейтинга обучающегося на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля модуля (РК);
* рейтинга обучающегося за выполнение самостоятельной внеаудиторной работы (СВР).

### 4.1.2 Правила формирования текущего рейтинга обучающегося на каждом практическом занятии

Рейтинг за практическое занятие (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1-й до 4-х контрольных точек (КТ; входной контроль, устный ответ, доклад (с презентацией), решение ситуационных задач, самостоятельная работа на занятии, заключительный контроль (тестирование) и проч.), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Перечисленные КТ не являются обязательными на каждом занятии, однако, обязательно проведение хотя бы одной КТ с участием и оцениванием работы всех обучающихся учебной группы. Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Итоговое значение баллов за занятие рассчитывается как среднее арифметическое всех полученных баллов. При пропуске занятия независимо от причины в качестве итогового значения выставляется «0» баллов.

### 4.1.3 Правила формирования рейтинга обучающегося на рубежном контроле модуля

По окончании каждого модуля дисциплины по решению преподавателя по изучаемой дисциплине проводится рубежный контроль (РК) в форме тестирования или решения ситуационных задач, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. В ином случае за РК обучающийся получает оценку равную среднему баллу за все занятия модуля.

### 4.1.4 Правила формирования рейтинга обучающегося за выполнение самостоятельной внеаудиторной работы (СВР)

За выполнение каждого задания (этапа) по внеаудиторной самостоятельной работе обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Итоговый рейтинг за СВР рассчитывается как среднее арифметическое значение всех балльных оценок, полученных за выполнение каждого задания (этапа).

## 4.2 Правила формирования бонусных баллов

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество 5) определено п.8 и 9 Положения П004.03-2020 (таблица 4.2). Допускается “закрытие” пропущенных занятий после выполнения учебных заданий, определенных преподавателем, ведущим данную дисциплину.

Таблица 4.2 - Правила формирования бонусного фактического рейтинга по дисциплине

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерий** | **Количество баллов** |
| посещение обучающимися всех практических занятий | 1 |
| посещение обучающимися всех лекций | 1 |
| Результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине: |
|  1 место | 3 |
|  2 место | 2 |
|  3 место | 1 |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Шигеллёз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

2. Сальмонеллёз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

3. Энтеропатогенный эшерихиоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

4. Энтеротоксигенный эшерихиоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

5. Энтероинвазивный эшерихиоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

6. Энтерогеморрагический эшерихиоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

7. Брюшной тиф у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

8. Иерсиниоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

9. Псевдотуберкулёз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

10. Вирусные диареи у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

11. Протеоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

12. Кампилобактериоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

13. Холера у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

14. Ботулизм у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

15. Токсикоз с эксикозом гипотонического типа у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

16. Токсикоз с эксикозом гипертонического типа у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

17. Токсикоз с эксикозом изотонического типа у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

18. Вирусный гепатит А у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

19. Вирусный гепатит В у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

20. Вирусный гепатит С у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

21. Вирусный гепатит Д у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

22. Врожденный вирусный гепатит у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

23. Хронический гепатит у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

24. Корь у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

25. Краснуха у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

26. Скарлатина у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

27. Герпетическая инфекция ВПГ 1.2 типов у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

28. Цитомегаловирусная инфекция у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

29. Инфекционный мононуклеоз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

30. Бартонеллёзы у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

31. Эпидемический паротит у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

32. Коклюш и паракоклюш у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

33. Дифтерия зева у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

34. Дифтерия дыхательных путей у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

35. Менингококковая инфекция у детей. Назофарингит. Гнойный менингит. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

36. Менингококковая инфекция у детей. Менингококцемия. Инфекционно-токсический шок. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

37. Энтеровирусная инфекция у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

38. Полиомиелит и полимиелитоподобные заболевания у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

39. Весенне-летний клещевой энцефалит у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

40. Болезнь Лайма у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

41. Бруцеллёз у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

42. Серозные менингиты у детей. Этиология. Эпидемиология.Патогенез. Клиника. Особенности клиники у детей до 1 года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

43. Неотложная помощь при менингококцемии на догоспитальном этапе.

44. Рассчитайте объем оральной регидратации при эксикозе 1 степениь.

45. Неотложная помощь при ДВС-синдроме.

46. Неотложная помощь при лихорадке «белого» типа.

47.Неотложная помощь при токсической форме дифтерии 1 степени.

48. Неотложная помощь при токсической форме дифтерии 2 степени.

49. Неотложная помощь при токсической форме дифтерии 3 степени.

50. Неотложная помощь при судорожном синдроме.

51. Неотложная помощь при гнойном менингите.

52. Неотложная помощь при ложном крупе.

53. Неотложная помощь при истинном крупе.

54. Неотложная помощь при дифтерийном миокардите.

55. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом гипертонического типа.

56. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом гипотонического типа.

57. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом изотонического типа.

58. Неотложная помощь при синдроме Омбредана.

59. Неотложная помощь при нейротоксикозе.

60. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке 1 степени.

61. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке 2 степени.

62. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке 3 степени.

63. Провести анализ анализа копрограммы.

64. Провести анализ анализа спинно-мозговой жидкости.

65. Провести анализ биохимического анализа крови.

66. Провести анализ анализа маркеров на вирусные гепатиты.

67. Провести анализ анализа бактериологического посева кала.

68. Провести анализ анализа бактериологического посева желчи.

69. Провести анализ анализа бактериологического посева крови.

70. Провести анализ анализа бактериологического посева ликвора.

71. Провести анализ анализа ПЦР кала.

72. Провести анализ иммуноферментного анализа крови.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

* + - 1. **Оценить результат анализа**

1. Провести анализ анализа копрограммы.

2. Провести анализ анализа спинно-мозговой жидкости.

3. Провести анализ биохимического анализа крови.

4. Провести анализ анализа маркеров на вирусные гепатиты.

5. Провести анализ анализа бактериологического посева кала.

6. Провести анализ анализа бактериологического посева желчи.

7. Провести анализ анализа бактериологического посева крови.

8. Провести анализ анализа бактериологического посева ликвора.

9. Провести анализ анализа ПЦР кала.

10. Провести анализ иммуноферментного анализа крови.

**2. Оказать неотложную помощь**

1. Неотложная помощь при менингококцемии на догоспитальном этапе.

2. Рассчитайте объем оральной регидратации при эксикозе 1 степениь.

3. Неотложная помощь при ДВС-синдроме.

4. Неотложная помощь при лихорадке «белого» типа.

5.Неотложная помощь при токсической форме дифтерии 1 степени.

6. Неотложная помощь при токсической форме дифтерии 2 степени.

7. Неотложная помощь при токсической форме дифтерии 3 степени.

8. Неотложная помощь при судорожном синдроме.

9. Неотложная помощь при гнойном менингите.

10. Неотложная помощь при ложном крупе.

11. Неотложная помощь при истинном крупе.

12. Неотложная помощь при дифтерийном миокардите.

13. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом гипертонического типа.

14. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом гипотонического типа.

15. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом изотонического типа.

16. Неотложная помощь при синдроме Омбредана.

17. Неотложная помощь при нейротоксикозе.

18. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке 1 степени.

19. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке 2 степени.

20. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке 3 степени.