

№Пед-15

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания Центрального
координационного учебно-
методического совета
«23» мая 2023 г. №5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине Инфекционные болезни у детей
(название дисциплины)

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 24.05.2023 г.

Для студентов 5-6 курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия
(код/название)

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От 17 мая 2023 г. (протокол № 10)

Заведующий кафедрой



_____ *ростись*

к.м.н. Дзилихова К.М.

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к модулю
 - банк ситуационных задач/практических заданий
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
 - экзаменационные билеты

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

по дисциплине Инфекционные болезни у детей
(название дисциплины)

для студентов 5 и 6 курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Оценочные материалы составлены на кафедре Детских болезней №2 на основании рабочей программы учебной дисциплины **Инфекционные болезни у детей**, утвержденной 24.05.2023г. и соответствуют требованиям ФГОСЗ+ для Педиатрического факультета

Оценочные материалы включают в себя:

- вопросы к модулю,
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе **Инфекционные болезни у детей** и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 2 вопроса, а также билеты по практическим навыкам 1 задание. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине **Инфекционные болезни у детей** способствует качественной оценке уровня владения универсальными/ общепрофессиональными/ профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине **Инфекционные болезни у детей** могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у студентов 5 и 6 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК по педиатрии, д.м.н., проф. _____ Т.Т. Бораева

М.П.

**Паспорт оценочных материалов по
Инфекционным болезням у детей**

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного материала
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий		
1.	Общие вопросы	ОПК-6 ПК-5, ПК-8, ПК-20	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий
2.	Инфекции преимущественно с капельным механизмом передачи		
3.	Инфекции с фекально-оральным механизмом передачи		
4.	Инфекции с преимущественно гемоконтактным механизмом передачи		
5.	Инфекции с различными механизмами передачи		
Вид контроля	Промежуточный		
	Экзамен	ОПК-6 ПК-5, ПК-8, ПК-20	тестовый контроль, банк ситуационных задач/практических заданий/ билеты к экзамену

Вопросы к модулю №1

1. Стрептококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, вопросы патогенеза, клинические формы.
2. Скарлатина. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
3. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
4. Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика. Врожденная краснуха, особенности патогенеза и клиники.
5. Эпидемический паротит. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
6. Коклюш. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
7. Паракоклюш. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
8. Дифтерия зева. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика. Редкие формы дифтерии.
9. Дифтерия дыхательных путей. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
10. Ветряная оспа. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
11. Опоясывающий герпес. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
12. Инфекция простого герпеса. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
13. Инфекционный мононуклеоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
14. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
15. Грипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
16. Парагрипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
17. Аденовирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.

18. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
19. Риновирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
20. Коронавирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.

Вопросы к модулю №2

1. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
2. Гемофильная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
3. Вирусный гепатит А. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
4. Вирусный гепатит Е. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
5. Ротавирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
6. Энтеровирусная (Коксаки и ЕСНО) инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
7. Полиомиелит. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
8. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
9. Паратифы А, В. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
10. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
11. Кампилобактерная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
12. Протейная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.

13. Синегнойная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
14. Клебсиеллезная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
15. Иерсиниоз кишечный. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
16. Псевдотуберкулез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
17. Эшерихиозы. Энтеропатогенный эшерихиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
18. Эшерихиозы. Энтероинвазивный эшерихиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
19. Эшерихиозы. Энтеротоксигенный эшерихиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
20. Эшерихиозы. Энтерогеморрагический эшерихиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
21. Шигеллезы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
22. Основные принципы лечения острых кишечных инфекций у детей. Оральная регидратация (расчет жидкости).
23. Основные принципы лечения острых кишечных инфекций у детей. Инфузионная терапия.

Вопросы к модулю №3

1. Ботулизм. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика. Особенности у детей. Принципы введения противоботулинической сыворотки.
2. Холера. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика. Особенности у детей.
3. Чума. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика. Особенности у детей.
4. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
5. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика. Особенности у детей.

6. Боррелиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
7. Вирусный гепатит В. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
8. Вирусный гепатит С. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
9. Вирусный гепатит Д. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
10. Злокачественные формы вирусных гепатитов. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
11. Особенности хронических вирусных гепатитов у детей. Этиологическая структура, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
12. Конго-крымская геморрагическая лихорадка. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
13. Желтая геморрагическая лихорадка. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
14. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
15. Омская геморрагическая лихорадка. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
16. Токсоплазмоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническое течение, вопросы дифференциального диагноза и диагностики, лечение, профилактика.
17. Неотложная медицинская помощь детям с инфекционными заболеваниями. Гипертермический синдром, судорожный синдром.
18. Неотложная медицинская помощь детям с инфекционными заболеваниями. Синдром обструктивного ларингита.
19. Неотложная медицинская помощь детям с инфекционными заболеваниями. Инфекционно-токсический шок.
20. Принципы вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей. Календарь профилактических прививок. Патология поствакцинального периода.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 1

Девочка 9 мес. с врожденным синдромом. Заболела остро с подъема температуры тела до 38,8⁰С, "лающего" кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в больницу. При поступлении: температура тела 38,2⁰С, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД – 60 в мин) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западание яремной ямки и эпигастрия. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, "мраморный" оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован, умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое. Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

На рентгенограмме грудной клетки усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольника тень (ателектаз?)

КОС: рН – 7,31; РОС₂ – 41,1, РО₂ – 70,1, ВЕ = -3,6.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: Парагрипп (+), грипп (-), РС (-), Адено (-).

Клинический анализ крови: Нв – 130 г/л, Эр – 3,5x10¹²/л, Ц.п. – 0,89, Лейк – 8,3x10⁹/л; п/я – 3%, с/я – 41%, э – 2%, л – 45%, м – 9%, СОЭ – 10 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Объясните патогенез развившегося синдрома.
3. Возможная динамика процесса.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Где следует лечить больного?
7. О каких сложностях можно думать в данном случае?
8. Консультация каких специалистов необходима для уточнения диагноза и лечения?
9. Что является реакцией иммунофлюоресценции?
10. Какие изменения со стороны ЛОР органов будут выявлены при осмотре больного?
11. Назначьте лечение.
12. Когда ребенок может быть выписан домой?
13. Необходимые рекомендации при выписке больного из стационара.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 2

Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39⁰С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3⁰С, веки отечны, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены на 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 32 уд/мин. Печень +3,5 см. селезенка +1,5см. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нв-133г/л, Эр-4,3x10¹²/л, Ц.п.0,93, Лейк-7,9x10⁹/л; п/я-3%, с/я-38%, б-1%, э-2%, л-51%, м-4%, СОЭ-4мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность-1031; белок-0,3‰, глюкоза - отсутствует; лейкоциты-1-3 в п/з; соли –ураты.

Биохимический анализ крови: общий белок-74г/л, мочевины-5,2 ммоль/л, АлАТ-32Ед/л, АсАТ-42Ед/л.

Реакция иммунофлуоресценции:

Парагрипп (-) грипп (-) РС (-) Аденовир (+)

На **рентгенограмме органов грудной клетки** – легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите инкубационный период заболевания.
3. Объясните патогенез данного заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Консультация каких специалистов потребуется для динамического наблюдения и назначения терапии?
6. Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз.
7. Дайте заключение по рентгенограмме.
8. Возможные осложнения.
9. Опишите изменения со стороны ЛОР органов, которые будут выявлены при осмотре специалистом.
10. Назначьте лечение.
11. Когда ребенок может быть выписан из стационара.
12. Профилактические мероприятия.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 5

Ситуационная задача № 3

Мальчик 2 лет, страдает экземой. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием. На фоне десенсибилизирующей терапии и применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако на 3 день болезни состояние ухудшилось, повысилась температура до 39⁰С, стал беспокойный, нарушился сон, ухудшился аппетит, усилился зуд. На коже появились везикулярные высыпания, и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, высоко лихорадит, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени конечностей – обширные эритематозные участки с мокнутием, следы расчёсов. На лице на фоне поражённой кожи отмечаются везикулезные высыпания, мелкие, сгруппированные, с прозрачным, местами желтоватым содержимым. Дыхание пуэрильное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца отчетливые. ЧСС-160 уд/мин. Слизистая оболочка полости рта и глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стула не было.

Клинический анализ крови: Нв-118г/л, Эр-3,0x10¹²/л, Лейк-18,0x10⁹/л; п/я-15%, с/я-54%, э-3%, л-20%, м-8%; СОЭ-43мм/час.

Определение антител (ИФА) к антигенам: CMV IgG 1/200, IgM (-); ВПГІ-II IgG(-), IgM (+) (1:400).

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные тесты подтвердят этиологию заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Каких специалистов необходимо пригласить на консультацию?
6. Объясните причину изменений в клиническом анализе крови.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Состояние иммунитета при данном заболевании.
9. Какова вероятность рецидивов заболевания?
10. Как мог заразиться ребенок?
11. Назначьте этиотропное лечение: а)общее, б)местное.
12. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 5

Ситуационная задача № 4

Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3⁰ С. При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен, отмечались боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей – единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая слаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет. Положительные пальце – носовая и коленно-пяточная пробы. Положительная проба Ромберга.

В детском саду - несколько случаев ветряной оспы.

Анализ мочи общий – без патологии.

Общий анализ крови: Нв – 136г/л, Эр – 4,2x10 /л, Лейк – 5,5x10/л; п/я – 2%, с/я – 25%, э – 3%, л – 65%, м – 5%; СОЭ – 7 мм/час.

Спинальная жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз – 30/3, из них нейтрофилов – 2%, лимфоцитов – 21%, белок – 0,165 г/л, сахар – в норме, реакция Панда – слабо положительная (+).

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие вопросы зададите маме в отношении эпиданамнеза и анамнеза жизни?
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного?
6. Оцените результаты лабораторных исследований.
7. Какие лабораторные исследования назначите?
8. К каким заболеваниям будите проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте медикаментозное лечение.
10. Противозидемические мероприятия.
11. Консультация каких специалистов необходима для динамического контроля за состоянием ребенка?
12. Предполагаемый прогноз заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 5

Ребенок 3 месяца поступил в боксированное отделение на 14 день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению, и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом с диагнозом ОРВИ. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка – край у реберной дуги. Стул, диурез – в норме. В отделении у ребенка отмечалась до 25 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалась рвота.

Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал. Известно, что в семье у бабушки в течение 3 недель отмечался кашель.

На *рентгенограмме*: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

При бак. исследовании слизи из носоглотки – *обнаружена палочка Haemophilus pertussis*.

Общий анализ крови: Нв-140г/л, Эр-4,0x10¹²/л, Лейк-30,0x10⁹/л; п/я-3%, с/я-20%, л-70%, м-7%; СОЭ-3 мм/час.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените тяжесть заболевания.
3. Назовите источник заражения.
4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз?
5. Объясните патогенез приступа кашля.
6. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ЛОР-врачом, невропатологом?
7. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания?
8. Проведите дифференциальный диагноз с пневмонией.
9. Назначьте лечение.
10. Проведите противоэпидемические мероприятия.
11. Возможные исходы заболевания.
12. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да - то каким препаратом она проводится?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический**

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 6

Девочка 5 лет, заболела остро: с подъёма температуры тела до 38°C, кашля, насморка. В последующие три дня температура держалась, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела до 39,5°C, на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось. Однако на 8-й день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги, Срочно госпитализирована.

При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение суток.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление легочного рисунка.

Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз - 30/3, лимфоциты - 28%, нейтрофилы - 2%, белок - 0,165 г/л, сахара - нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $8,4 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 42%, э - 5%, л - 43%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз.
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Укажите причину появления неврологических симптомов,
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Специалистов каких профилей необходимо привлечь для консультации в процессе лечения больного?
8. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии?
9. Назначьте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?
11. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.
12. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 5

Ситуационная задача № 7

Ребенок 5 лет, доставлен в травм пункт с рваной раной левой щеки. Проведена обработка раны. Наложены швы, через сутки у ребенка поднялась температура до 38⁰С, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. На следующий день температура 3⁰С. Гиперемия и отечность тканей увеличилась, из раны скудное отделяемое гнойного характера. На лице, туловище и конечностях – мелкоточечная, розового цвета сыпь, с преимущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык "сосочковый". Зев спокоен. Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре переднешейные и околоушные лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание везикулярное. ЧСС до 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка - на 1 см. Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Взят посев отделяемого из раны, обнаружен патогенный золотистый стафилококк.

Общий анализ крови: Нб – 130г/л, Эр – 3,8x10¹²/л, Лейк – 20,0x10⁹/л; п/я – 10%, с/я – 60%, л – 27%, м – 3%; СОЭ – 30 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Характеристика возбудителя.
4. Перечислите заболевания, вызываемые данным микробом.
5. Патогенез заболевания.
6. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
7. Какие специалисты должны проводить общее и местное лечение?
8. С какими инфекционными заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте общее и местное лечение.
10. В каком отделении должен лечиться ребенок?
11. Противоэпидемические мероприятия.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 8

Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры тела до 38⁰С, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.

Госпитализирована с диагнозом: подозрения на дифтерию ротоглотки.

При поступлении: состояние тяжелое, температура тела 39⁰С, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные задние и передние лимфоузлы, с некоторой отечностью тканей вокруг глаз.

Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см.

В ротоглотке – яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под реберья на 3 см, моча насыщенная.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л, Эр – 3,8х10¹²/л, Ц.п. – 0,89, Лейк – 10х10⁹/л; п/я – 8%, с/я – 13%, э – 1%, л – 40%, м – 13%, атипичные мононуклеары – 25%, СОЭ – 25 мм/час.

Положительная реакция Гофф-Бауэра.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Характеристика возбудителя.
4. Перечислите заболевания вызываемые данным микробом.
5. Патогенез заболевания.
6. Какие лабораторные исследования нужны чтобы подтвердить диагноз?
7. Какие специалисты должны проводить общее и местное лечение?
8. С какими инфекционными заболеваниями будите проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте общее и местное лечение.
10. В каком отделение должен лечиться ребенок?
11. Противоэпидемические мероприятия.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 9

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39⁰С, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня – кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп. При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей – геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39⁰С. Артериальное давление – 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень+1см. не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: Нб-120г/л, Эр-3,6x10¹²/л, Тромб.-170,0x10⁹/л, Лейк-17,0x10⁹/л; п/я-27%, с/я-53%, э-2%, л-10%, м-8%; СОЭ-30мм/час.

Ликворограмма: цвет – мутный, опалесцирует, цитоз-1800/3,0, белок-0,460г/л, лимфоциты-10%, нейтрофилы-90%.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?
3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию?
4. Дайте характеристику возбудителя.
5. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции.
6. Объясните патогенез токсического синдрома.
7. Причины появления геморрагической сыпи.
8. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?
9. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
10. Возможный прогноз.
11. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
12. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача №10

Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5⁰С. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на ВЛ.

Наложения на миндалинах сохранились в течении недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растерались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр.

Девочка привита против дифтерии: 1-я вакцина в 3 месяца – АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. 2-я вакцина в 5 месяцев – АДС-М анатоксином. 1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев – АДС-М анатоксином. В посевах слизи из зева и носа на дифтерию выделена *Corynebacterium dipht. mitis*.

Общий анализ крови: Нб-156г/л, Эр-5,1x10¹²/л, Ц.п.-1,0, Лейк-9,6x10⁹/л; п/я-4%, с/я-65%, б-1%, л-18%, м-12%; СОЭ-16мм/час.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителю.
3. Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании?
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Подтверждает ли результат бактериологического исследования данный диагноз?
7. Обязательна ли госпитализация больного ребенка?
8. Какими препаратами следует проводить вакцинацию?
9. Оценить проведенную иммунизацию ребенка.
10. Назначьте лечение.
11. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 11

Мальчик 8 месяцев, поступил в стационар на второй день болезни в крайне тяжелом состоянии. Заболел остро: температура тела 38⁰С, повторная рвота, покашливал. Затем состояние ухудшилось, на теле появились геморрагические высыпания. При поступлении: ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого цвета. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. Артериальное давление - не определяется. Живот умеренно вздут. Печень +1см. Не мочится.

Осмотр окулиста – расширение вен сетчатки, кровоизлияние на глазном дне.

Клинический анализ крови: Нб-120г/л, Эр-3,6x10¹²/л, Тромб.-137x10⁹/л, Лейк-17,2x10⁹/л; п/я-37%, с/я-33%, э-2%, л-25%, м-3%; СОЭ-35мм/час.

Методом "толстой" капли крови обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Подтверждают ли проверенные исследования диагноз?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
4. Дайте характеристику возбудителя.
5. Объясните патогенез данного заболевания.
6. Чем обусловлена тяжесть заболевания в данном случае?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Консультация, каких специалистов потребуется для уточнения диагноза и определения тактики лечения в стационаре?
9. Назначьте лечение.
10. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести по месту жительства ребенка.
11. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 12

Девочка 2 лет, заболела остро, температура тела 37,8⁰С, кашель. На следующий день кашель сохранился, появилась осиплость голоса, отдышка на 3-й день болезни госпитализирована с диагнозом: ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани II степени.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок в 3 месячном возрасте перенес коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдался невропатологом по поводу энцефалопатии. Имел отвод от профилактических прививок до 1 года. В возрасте года вакцинирована АДС-М анатоксином (однократно). При поступлении: состояние ребенка тяжелое, голос сиплый, выражена инспираторная отдышка, кашель беззвучный. При вдохе отмечаются умеренные втяжения межреберных промежутков, эпигастрия. Слизистые полости рта и зева чистые. В легких жесткое дыхание, хрипов не слышно. Сердце – тоны несколько приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1см. Менингеальных знаков нет. Сознание ясное. Через 30 минут отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появились потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс.

Ребенок срочно переведен в реанимационное отделение, где произведена прямая ларингоскопия: на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

Посев слизи и зева из носа – обнаружена *Corynebacterium diphth. mitis*. (токсигенная).

КОС: рН –7,26, РСО₂-48,5 мм рт.ст., ВЕ-/-4,22мэкв/л, РО₂-55,3 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Нв-153 г/л, Эр-5,1х10¹²/л, Ц.п.-1,0, Лейк-9,6х10⁹/л; п/я-6%, с/я-70%, б-1%, л-18%,м-5%; СРЭ-15 мм/час.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования позволят уточнить этиологию заболевания?
3. Характеристика возбудителя.
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте обследование.
7. Консультация каких специалистов потребуется для дальнейшего лечения?
8. В каком отделении должен лечиться ребенок?
9. Назначьте лечение.
10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
11. При каких условиях ребенок может быть выписан из стационара?
12. Оцените качество проводимой ребенку вакцинопрофилактики.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 13

Ребенок 6 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,5⁰С. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях. При осмотре участковым врачом: температура тела 37,8⁰С, увеличение и болезненность шейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: выявилась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка – не увеличены.

Общий анализ кров: Нб – 135г/л, Эр – 4,1x10¹²/л, Лейк – 6,3x10⁹/л, п/я – 1%, с/я – 30%, э – 5%, л – 53%, м – 3%; плазматических клеток – 8, СОЭ – 12 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова этиология предполагаемого заболевания?
3. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
4. Чем обусловлено появление сыпи при данном заболевании?
5. Какие исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
6. Назовите форму тяжести болезни?
7. Какие другие клинические симптомы возможны при данном заболевании?
8. Проведите дифференциальный диагноз.
9. Оцените результаты анализа периферической крови.
10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
11. Назначьте лечение.
12. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12-й неделе беременности.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 14

Девочка 11 лет. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38,6⁰С, появилась боль в горле при глотании. На 2-й день болезни госпитализирована с диагнозом: перитонзиллярный абсцесс. Из анамнеза жизни известно, что девочка привита двукратно против дифтерии АДС-М анотоксином в возрасте до 1 года. В последующем имела отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром. При поступлении: состояние тяжелое, вялая, бледная, адинамична. Голос сдавленный. Из рта приторно сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек клетчатки шеи до II шейной складки с обеих сторон. Зев резко отечен, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки и мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые плотные налеты, распространившиеся на небо и заднюю стенку глотки. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мало мочится.

Общий анализ крови: Нв-120г/л, Эр-3,5x10¹²/л, Лейк-12,0x10⁹/л; п/я-10%, с/я-60%, л-27%, м-3%; СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет-сол.-желтый, относительная плотность-1017, белок-0,033%, глюкоза-нет, лейкоциты-2-3 в п/з, эритроциты- ед. в препарате.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Согласны ли вы с диагнозом участкового врача?
3. Чем обусловлена плотность налетов в ротоглотке?
4. Каков патогенез развития отека в области ротоглотки и шейной клетчатки?
5. Каковы причины снижения диуреза у больной?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какие лабораторные исследования вы назначите для уточнения этиологии заболевания?
8. Нуждается ли больная в консультации специалистов?
9. Оцените результаты анализа периферической крови.
10. Какие инструментальные исследования показаны больной?
11. Назначьте лечение.
12. Какие профилактические мероприятия необходимы в данном случае заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 15

Ребенок 5 лет, посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38⁰С, была двукратная рвота, жалобы на боль в горле, через несколько часов мать заметила покраснение лица, сыпь на коже. Ребенок направлен в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,2⁰С, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, на конечностях (преимущественно на сгибательных поверхностях) обильная мелкоточечная сыпь. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 140 уд/мин. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен. Осмотре ЛОР - врача: лакулярная ангина.

Клинический анализ крови: Нв – 135 г/л, Эр – 3,4x10¹²/л, Лейк – 15,0x10⁹/л; п/я – 10%, с/я – 62%, э – 3%, л – 20%, м – 5%; СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция – кислая, белок – нет, эпителий – единицы, лейкоциты – 1-2 в п/з, слизь – много.

В посеве слизи из зева: рост гемолитического стрептококка.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова этиология предполагаемого заболевания?
3. Укажите типичные симптомы заболевания.
4. Какова причина возникновения сыпи при данном заболевании?
5. Каков патогенез возникновения ланукарной ангины у ребенка?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Оцените результаты лабораторных исследований.
8. Нуждается ли ребенок в повторных исследованиях анализов периферической крови и мочевого осадка?
9. Возможны ли осложнения при данном заболевании?
10. Назначьте лечение.
11. Какие мероприятия необходимо провести дома и в детском саду?
12. Когда ребенок может быть допущен в детский коллектив?
Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 16

Мальчик 13 лет, заболел остро: с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрии. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы.

Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован.

Состояние средней тяжести, температура тела - 39°C. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам - без особенностей. Обе околоушные железы увеличены.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,95, Лейк - $8,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 63%, л - 21%, м - 12%; плазм, клетки - 1%, СОЭ - 8 мм/час.

В посевах слизи из ротоглотки патогенная микрофлора не обнаружена.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, плотность - 1020, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - единицы.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
3. В консультации какого специалиста нуждается больной?
4. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
7. Оцените результаты лабораторных исследований.
8. Чем отличается паротит от околоушного лимфаденита?
9. Есть ли особенности в пути передачи данного заболевания?
10. Назначьте лечение.
11. Каковы исходы данного заболевания?
12. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?
13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да – то какими препаратами?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 17

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до 37,5⁰С и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие 2 дня температура тела 38⁰С, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта. На 4 день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела 40⁰С, беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на теле увеличилось. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, Эр – 4,4х10¹²/л, Ц.п. – 0,95, Лейк – 17,5х10⁹/л; п/я – 3%, с/я – 82%, э – 1%, л – 12%, м – 2%; СОЭ – 25 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие типичные симптомы характеризуют данное заболевание?
3. Имеется ли полиморфизм сыпи?
4. Каков патогенез экзантемы при данном заболевании?
5. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в области спины?
6. Какие еще проявления болезни возможны у ребенка?
7. Оцените результаты анализа периферической крови.
8. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
9. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?
10. Назначьте лечение.
11. Допускались ли ошибки в процессе ухода за ребенком?
12. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду и в семье, где еще ребенок 5 лет?
13. Существует ли активная иммунизация против данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 18

Девочка 2 месяца. Родилась в срок. На грудном вскармливании. Психическое и физическое развитие соответствуют возрасту. У отца ребенка в последние 2 недели отмечался кашель.

Со слов мамы при нормальной температуре у ребенка появился кашель, который в последующие дни усиливался. Через неделю ребенок госпитализирован по тяжести состояния с диагнозом ОРВИ, пневмония? При поступлении: состояние средней тяжести. Бледная. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, Проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам без особенностей. В конце второй недели заболевания состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохранялся постоянно. Кашель усилился, стал приступообразным до 20-30 раз в сутки со рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой он синел и несколько раз отмечались судороги. Затем поднялась температура тела до 38,5⁰С, в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 160 уд/мин. Ребенок стал вялый, временами беспокойный.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной пневманизации, большое количество мелкоочаговых теней, особенно в прикорневых и нижних отделах.

Общий анализ крови: Нб- 128г/л, Эр-3,8x10¹²/л, Ц.п.-0,87, Лейк-18,2x10⁹/л; п/я-5%, с/я-21%, э-5%, л-61%, м-10%; СОЭ-8 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы, на основании которых поставлен диагноз?
3. Каков предлагаемый источник заболевания?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
5. Каков патогенез развития кашля при данном заболевании?
6. Как оценить данные рентгенографического исследования легких?
7. Имеются ли осложнения болезни у ребенка?
8. Оцените результаты анализа периферической крови.
9. В каком отделении должен лечиться больной?
10. Перечислите особенности данного заболевания у детей раннего возраста.
11. Какого специалиста пригласите для консультации?
12. Назначьте лечение.
13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да – то какими препаратами?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 19

Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела до 40°С, сухой резкий кашель, жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Госпитализирована. При поступлении: состояние тяжёлое, вялая, температура тела 39° С. На коже лица и шеи – петехии, склеры инъецированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Цианоз носогубного треугольника, ЧД – 48 в минуту. В лёгких единичные сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ЧСС – 146 в 1 минуту. Зев гиперемирован, налётов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Стул нормальный, анус сомкнут. Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, Эр – $3,6 \times 10^{10}/г$, Ц.п. – 0,89, Лейк – $7,0 \times 10^9/л$; п/я – 2%, с/я – 45%, м – 8%; СОЭ – 10 мм/час, Тромб. – $302 \times 10^9/л$.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
3. Перечислите типичные симптомы, характерные для данного заболевания?
4. Какова причина сухого резкого кашля?
5. Каков патогенез абдоминального синдрома при данном заболевании?
6. Какова причина появления петехиальной сыпи?
7. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
8. Назначьте лечение.
9. Нуждается ли больная в консультации специалиста?
10. Проведите дифференциальный диагноз.
11. Оцените анализ периферической крови.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 20

Девочка 1 год 2 месяца, заболела остро: температура тела 38°C. Влажный частый кашель, насморк. К вечеру мать заметила отёчность век. На следующий день состояние резко ухудшилось – усилился насморк, повысилась температура тела до 39°C, появился цианоз носогубного треугольника, одышка. Участковый врач осмотрел ребёнка и госпитализировал по тяжести состояния. При поступлении: состояние тяжёлое, выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Веки обоих глаз гиперемированы, отёчны, конъюнктивы с выраженными фолликулами, отмечается помутнение роговицы правого глаза. Полиадения. В лёгких с обеих сторон выслушиваются сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Дыхание 36 в 1 минуту. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. При пальпации кишечника отмечается болезненность, урчание, разжиженный стул до 4 раз со слизью без патологических примесей. Печень пальпируется ниже края рёберной дуги на 2,5 см, селезёнка – 1,5 см. Менингеальных симптомов нет. У девочки 2 дня назад родители обнаружили в левой паховой области безболезненное опухолевидное образование размерами 1,5/1см округлой формы, не вправляющееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное.

Общий анализ крови: Нв – 120г/л, Эр – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,9 \times 10^9$ /л; п/я – 6%, с/я – 47%, э – 2%, л – 35%, м – 10%; СОЭ – 15 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка.

Кал на кишечную группу – отрицательный.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Чем обусловлено поражение глаз?
4. Что является причиной помутнения роговицы?
5. Каков патогенез развития диареи у данного больного?
6. Как охарактеризовать патологические изменения в лёгких?
7. Какова причина полиадении?
8. Проведите дифференциальный диагноз.
9. Специалистов какого профиля Вы пригласите на консультацию?
10. Какие осложнения возможны в течении болезни?
11. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 21

Мальчик 2 лет, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от завтрака. Осмотрен врачом: температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. На коже лица, туловища, конечностей – розовая мелкоточечная сыпь с насыщением в естественных складках кожи. В зеве яркая гиперемия. Увеличены переднешейные лимфоузлы. Язык обложен белым налетом. С подозрение на скарлатину ребенок отправлен домой, назначено лечение. К третьему дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мать прекратила лечение, так как посчитала ребенка выздоровевшим. Через 2,5 недели - подъем температуры тела до 38°C , головная боль, слабость, моча с розоватым оттенком. Была повторная рвота. Ребенок госпитализирован. В стационаре: АД – 140/80 мм рт.ст. Состояние тяжелое. Мальчик вял, бледен, лицо одутловатое. Пастозность голеней, стоп. Сыпи нет. Зев слегка гиперемирован. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается акцент II тона на а. pulmonalis. Живот мягкий, печень +2см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул нормальный. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк – $11,0 \times 10^9/\text{л}$; п/я – 7%, с/я – 60%, э – 6%, л – 22%, м – 2%; СОЭ – 32 мм/час

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок – 0,5‰, сахар – нет, эритроциты – 25-30 в п/з, местами скопления; цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/з.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова форма заболевания?
3. Объясните патогенез развития ангины и экзантемы.
4. Какие дополнительные симптомы можно выявить в начале заболевания?
5. В какой терапии и длительности ее курса нуждается ребенок с начала заболевания?
6. Оцените результаты анализа периферической крови, общего анализа мочи.
7. Какие дополнительные исследования необходимо провести в условиях стационара?
8. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
9. Каких специалистов Вы пригласите на консультацию?
10. Назначьте лечение.
11. Каков прогноз заболевания?
12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 1

Девочка 10 лет, заболела остро, с подъема температуры тела $38,4^{\circ}\text{C}$ плохой аппетит, беспокойный сон, затруднение носового дыхания, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. На 6-й день болезни выявлены гепато- и спленомегалия. За 2 месяца до заболевания ребенок лечился в стационаре по поводу травмы, получал препараты крови. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела $38,4^{\circ}\text{C}$, бледная, аппетит снижен, лицо одутловатое, пастозное, увеличены передне- и заднешейные лимфоузлы до 1 см, подвижны. Болезненность при пальпации околоушной области с обеих сторон. Носовое дыхание затруднено, но выделений нет. В легких жестковатое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. В зеве – умеренная разлитая гиперемия, отечность миндалин, наложений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5– 2,0- в/3, край эластичный, безболезненный. Селезенка +1 см. стул, диурез в норме. В неврологическом статусе без изменений.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно увеличена, ЭХО – однородна; селезенка слабо увеличена, паренхима не изменена; желчный пузырь с перетяжкой в области тела.

Реакция Гоффа-Бауэра – отрицательна.

Цепная полимеразная реакция: ДНК цитомегаловируса (+).

Общий анализ крови: Нб – 120 г/л, Эр – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Лейк – $10,0 \cdot 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 40%, э – 2%, л – 38%, м – 13%; атипичные мононуклеары – 4%, СОЭ – 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 16 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АлАТ – 80 ммоль/л, АсАТ – 67 ммоль/л, протромбин – 85%, тимоловая проба – 12 ед.

Серологические маркеры: анти-СМV IgM (+), анти-СМV IgG(+); анти-ТОХО IgM(-), анти-ТОХО IgG(+).

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Предполагаемый источник инфицирования.
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Оцените результаты лабораторных исследования, проведенных больному.
6. Оцените результаты УЗИ - исследования.
7. Перечислите возможные клинические варианты.
8. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
9. Консультация каких специалистов необходима для уточнения диагноза?
10. Назначьте лечение по программе протокола.
11. Прогноз данного заболевания.
12. Противоэпидемические мероприятия.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 6

Ситуационная задача № 2

Девочка 5 лет, заболела остро; температура тела 38,5°C, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 8-й день болезни температура субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован.

При поступлении: состояние ближе к тяжелому, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 уд/мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. В доме есть кошка и собака. В сыворотке крови:

анти-СМV IgG (+), IgM (-); анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-);

анти-ТОХО IgG (-), анти-ТОХО IgM (+). Температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев.

Клинический анализ крови: НЬ - ПО г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,6 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 38%, э - 6%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый; прозрачность - полная; относительная плотность - 1012; белок - 0,033‰, сахар - нет, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - ед. в п/з.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания.
3. Оцените результаты серологических исследований.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?
5. Дайте характеристику возбудителя.
6. Предполагаемый источник инфекции.
7. Объясните патогенез гепато-лиенального синдрома.
8. Каких специалистов привлечете для консультации?
9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями.
10. Перечислите возможные исходы заболевания.
11. Назначьте этиотропное лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 3

Девочка 8 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 39⁰С. отмечалась общая слабость, плохой аппетит, тошнота, боли в правой подвздошной области, сыпь на теле. В клинике на 3-й день болезни состояние расценено как средне тяжелое. При осмотре: определялись одутловатость и гиперемия лица и шеи. Язык обложен белым налетом, на участках очищения – малиновый. На коже внизу обильные высыпания расположены вокруг крупных суставов, в области кистей рук и стоп. В легких и сердце без отклонений. Живот умеренно вздут. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Печень пальпируется на 1,5-2,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение 5 дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина – 48мкмоль/л, конъюгированного – 30мкмоль/л, активность АлАТ – 1,64 ммоль/ч.л., АсАТ – 1,84 ммоль/ч.л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Клинический анализ крови: Нб – 12 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейе – $9,5 \times 10^9$ /л; п/я – 7%, с/я – 52%, э – 3%, л – 35%, м – 3%; СОЭ – 30 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов вы диагностировали данное заболевание?
3. Укажите возможный источник заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие лабораторные исследования позволяют уточнить этиологию заболевания?
6. Каков патогенез сыпи при данном заболевании.
7. Чем обусловлен абдоминальный синдром?
8. Оцените показатели функциональных печеночных проб.
9. Оцените результаты анализа периферической крови.
10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
11. Назначьте лечение.
12. Противоэпидемические мероприятия.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 6

Ситуационная задача № 4

Мальчик 3 месяца, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3000г. Родился в асфиксии. В родильном доме получал инфузионную терапию, в/м инъекции. Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 3-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, единичные геморрагические высыпания на лице и шее. При поступлении: состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен, число дыханий 60 в мин., пульс – 160 уд/мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. На третий день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций. Рвота "кофейной гущей". Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились до 0,5 см.

Биохимический анализ крови: билирубин общий –180 мкмоль/л, конъюгированный – 90мкмоль/л, АлАТ-260Ед/л, АсАТ-300Ед/л; тимоловая проба-10ед., сулемовая проба –1,5ед., протромбированный индекс-15%.

Вирусные маркеры: HbsAg-не обнаружен, anti-Hbcor LgM – обнаружены, anti-HDV LgM-обнаружены, РНК HDV- обнаружена.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы данной формы болезни.
3. Какой дополнительный биохимический тест необходимо провести для подтверждения диагноза.
4. Оцените приведенные данные биохимического анализа крови.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Оцените маркерный спектр.
7. Что является главным в патогенезе этой формы болезни?
8. Чем объясняется сокращение печени у больного?
9. Назначьте лечение.
10. Прогноз заболевания.
11. Как можно предупредить данное заболевание.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 6

Ситуационная задача № 5

Мальчик 4 года, заболел остро: с подъёма температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача – ОРВИ. На 4-ый день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребёнок был госпитализирован. В детском саду, в соседней группе, за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой.

При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит хороший, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5 +2,5 +ср/3, плотноватой консистенции, болезненная при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча тёмная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой.

Биохимический анализ крови: Билирубин общий –

80 мкмоль/л, конъюгированный – 50 мкмоль/л, АлАт – 1100 Ед/л, АсАт – 830 Ед/л, тимоловая проба – 22ед.

Вирусные маркеры: HbsAg (-), anti-HCV(-),
anti- HAV LgM (+).

Данные **УЗ-исследования органов брюшной полости:** печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа – без патологии.

Клинический анализ крови: Hb-130г/л, Эр $-4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк- $5,4 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-49%, э-1%, л-40%, м-8%; СОЭ-10мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-коричневый, относительная плотность-1,017, белок-нет, глюкоза-нет, лейкоциты-2-3 в п/з, эритроциты-1-2 в п/з, желчные пигменты-(+++).

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?
3. Оцените данные УЗИ органов брюшной полости.
4. Объясните причину "темного" цвета мочи.
5. Где произошло заражение ребенка и почему?
6. Можно ли лечить данного ребенка дома и почему?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Назначьте лечение.
9. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.
10. Будете ли проводить мероприятия в катамнезе.
11. Предполагаемый прогноз болезни.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 6

Девочка 8 лет поступила в клинику из детского дома с жалобами на вялость, снижение аппетита, боли в животе. Госпитализирована. При поступлении: определялась иктеричность склер, лёгкая иктеричность кожи, зев спокоен. В лёгких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без чёткой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1,5-2 см ниже рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина–72 мкмоль/л, конъюгированного – 60 мкмоль /л, активность АлАт-1230 Ед/л, АсАт-85 ЕД/л.

Клинический анализ крови Эр- $3,82 \times 10^{12}$ /л, Нв-130г/л, Ц.п.-0,9; Лейк- $5,0 \times 10^9$ /л, п/я-3%, с/я-53%, э-2%, л-40%, м-2%, СОЭ-10мм/час.

В моче: обнаружены уробелин и жёлчные пигменты.

Серологические маркёры гепатита: анти-НСV(+), РНК НCV(+), НвsAg(-), анти-НВс IgM(-), анти-НАV IgM(-).

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие изменения в анализах крови подтверждают диагноз?
4. Объясните причину насыщенного цвета мочи.
5. Назначьте лечение.
6. Предполагаемый источник и путь инфицирования.
7. Противоэпидемические мероприятия в доме ребёнка.
8. Назовите возможные варианты исхода этой болезни.
9. Принципы катamnестического наблюдения за этой болезнью.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 7

Девочка 7 лет, в возрасте 1 года перенесла ОРЗ, осложнившееся пневмонией.

Лечилась в стационаре, получала переливание препаратов крови. В возрасте пяти лет при обследовании по контакту (случай вирусного гепатита в детском саду) в сыворотке крови обнаружен HbsAg и двукратное повышение АлАт. Поставлен диагноз: гепатит В, безжелтушная форма. В дальнейшем наблюдались по катамнезу. Через год активность гепатоцеллюлярных ферментов нормализовалась, однако сохранялась персистенция HbsAg. За 3 месяца до поступления в клинику лечилась у стоматолога. Заболевание началось с ухудшения самочувствия, стала быстро уставать, отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C, потемнела моча. При поступлении: состояние средней степени тяжести, умеренная иктеричность склер, единичные телеангиоэктазии на коже лица и шеи. В лёгких и сердце – без патологии. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень плотная, выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Моча тёмная.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 53мкмоль/л, конъюгированный-40мкмоль/л, АлАт -960Ед/л, АсАт-780 Ед/л, тимоловая проба-15ед.

Узи брюшной полости: печень увеличена, паренхима равномерно повышенной эхогенности за счёт мелкоочаговых структур умеренной плотности. Портальная вена с плотными стенками, 7мм в диаметре. Селезёночная вена в области ворот селезёнки 5мм в диаметре. Жёлчный пузырь правильной формы, гипотоничен, в полости виден осадок пристеночного характера. Стенки 2 мм, плотные. Хвост поджелудочной железы отёчен – до 26мм. Паренхима железы сниженной эхогенности.

Серологические маркёры вирусных гепатитов:

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. В чём заключается ошибка первичного диагноза?
3. Объясните причину ухудшения состояния и появления желтухи у больного.
4. Оцените результаты биохимического и серологического анализов крови.
5. Оцените спектр серологических маркёров гепатитов.
6. Каковы возможные пути инфицирования?
7. Объясните причины "потемнения" мочи.
8. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
9. Назначьте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?
11. Проведите профилактические мероприятия в семье.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 8

Мальчик 2,5 лет, часто болеет ОРВИ, бронхитом, 4 месяца назад перенёс пневмонию. В 3 месяца однократно вакцинирован: АКДС+полиомиелит. Заболел остро с подъёма температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня – повторный подъём температуры тела до 38,8°C. Перестал вставать на ножки. Госпитализирован. При поступлении: состояние тяжёлое. Лихорадит, температура тела 39°C, вялый, сонливый, временами беспокойный. Отмечается резкая потливость. При перемене положения в кровати кричит. При осмотре: выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на ногах. Ригидность затылочных мышц. Болевая и тактильная чувствительность сохранены. В лёгких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень и селезёнка не увеличены. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания. В последующие дни состояние ребёнка улучшилось – исчез болевой синдром, температура нормализовалась, восстановилась двигательная функция рук и левой ноги. Активные движения правой ноги отсутствовали, сухожильные рефлексы не вызывались.

Клинический анализ крови: Нб – 120 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,87, Лейк – $6,3 \times 10^9$ /л; п/я – 5%, с/я – 38%, л – 48%, м – 9%; СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1018, глюкоза – нет, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/з.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова предполагаемая этиология заболевания?
3. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
4. Какие лабораторные исследования позволят уточнить этиологию болезни?
5. Нуждается ли ребёнок в консультации специалиста?
6. Какая клиническая форма болезни у ребёнка?
7. Каков патогенез двигательных нарушений при данном заболевании?
8. Перечислите специфические для данного заболевания симптомы.
9. Оцените данные лабораторных исследований.
10. Можно ли думать о менингите у ребёнка?
11. Назначьте лечение.
12. Каков прогноз заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 9

Мальчик 3 лет, поступил в стационар с направляющим диагнозом: гепатит А, безжелтушная форма. В группе детского сада, которую посещает мальчик, неделю назад воспитатель был госпитализирован в стационар с диагнозом гепатит. При обследовании по контакту у ребенка было выявлено увеличение печени (печень выступала из-под реберной дуги на 2 см.), В биохимическом крови отмечалось повышение активности АЛТ до 85 Ед/Л. Самочувствие ребенка не страдало, желтухи не отмечалось. Из анамнеза: в периоде новорожденности лечился в стационаре по поводу пневмонии (получал инфузионную терапию). Рос и развивался нормально, привит по возрасту. ОРВИ более 3-4 раз в год. Последний год периодически беспокоили боли в животе, однако к врачу не обращались. Состояние ребенка удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски, на щеках явления капиллярита. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот доступен глубокой пальпации. Печень уплотнена, безболезненна, край ее выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отмечается болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря. Пальпируется край селезенки.

Биохимический анализ крови: белок общий-70 г/л, альбумины-30г/л, уровень билирубина общего 17 мкмоль/л, конъюгированного-10 мкмоль/л, активность АЛТ-210 Ед/Л, АсАТ-190Ед/л, тимоловая проба-5ед.

Серологические вирусные маркеры гепатитов: anti-HAV IgM(-), HbsAg(+), anti-Hbcor IgM(+), HbeAg(+), ДНК HBV(+), anti-УСV(-).

УЗИ органов брюшной полости: ткань печени повышенной эхогенности за счет мелкоочаговых и средне очаговых структур с амплитудой сигнала до ½ от max. Стенки желчного пузыря утолщены, в полости желчного пузыря осадок, отмечается перетяжка в области тела. Поджелудочная железа без патологии. Почки не изменены.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените данные биохимического и серологического исследования анализа крови.
3. Определите прогноз заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Какое морфологическое изменение при пункционной биопсии печени будут соответствовать диагнозу?
7. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
8. В чем ошибочность первичного диагноза?
9. Какие характерные симптомы данной болезни помогут Вам поставить диагноз?
10. Проведите профилактические мероприятия в семье и детском учреждении.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 6

Ситуационная задача № 10

Мальчик 4 месяцев, находится на искусственном вскармливании. Поступил в стационар на 4-й день болезни в тяжелом состоянии. Заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгивания, ухудшения аппетита. На 2-й день повысилась температура до 37,5⁰С, была 2 раза рвота, стул жидкий, не прерванный до 6 раз в сутки. В последующие дни ребенка продолжало лихорадить, рвота и срыгивания (до 3-4 раза в сутки) оставались, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, сучил ножками, отказывался от еды, плохо пил воду. Отмечалась бледность кожи и "мраморный рисунок", тугор снижен, черты приглушены. Дыхание пуэрильное до 40 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

Анализ кала на кишечную группу: E. Coli 0124.

Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция - слабощелочная, стеркобилин (-), билирубин (+), мышечные волокна (-), нейтрофильный жир (++) , жирные кислоты (+++), мыла (++) , крахмал(+++), йодофильная флора (+); лейкоциты -10-12 в п/з, эритроциты(-), дрожжеподобные грибы (++) .

Общий анализ крови: Нв-134г/л, Лейк-9,0x10⁹/л, Эр-4,0x10¹²/л; п/я-2%, с/я-50%, л-40%, м-6%; СОЭ-12мм/час.

РНГА: с комплексным шигеллезным В.Зоне и Флекснера и сальмонеллезным диагностикумами - отрицательная.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания.
2. Какие результаты лабораторных исследований подтверждают этиологию заболевания?
3. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.
4. Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.
5. Проведите расчет жидкости для проведения регидротационной терапии.
6. Какие лекарственные препараты целесообразно использовать в данном случае для проведения этиотропной терапии (дозы и схемы лечения)?
7. Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?
8. Каковы возможные исходы этого заболевания?
9. Показания для выписки больного из стационара.
10. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции и перспективы иммунизации при заболевании у детей?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 11

Ребенок 6 лет, посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными заболеваниями. Заболел остро: повысилась температура тела до 39⁰С, была повторная рвота и жидкий стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до 40,5⁰С, возникли судороги клонического характера, участился стул до 10 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить, но судороги после литической смеси и седуксена прекратились. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в минуту. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в левой подвздошной области. Печень выступает на +1см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и сгустков крови. Не мочится, отмечается ригидность затылочных мышц, синдром Керинга и Брудзского – положительные.

Общий анализ крови: Нв – 150г/л, Эр – 4,0x10¹²/л, Лейк – 9,6x10⁹/л; п/я – 12%, с/я – 60%, э – 2%, л- 20%, м – 6%, СОЭ – 22мм/час.

Кoproграмма: консистенция жидкая, слизь – большое количество, кровь – большое количество, реакция кала – щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++)
лейкоциты – 30-50 в п/з, эритроциты – до 100-159 в п/з, яйца глистов – отрицательно.

РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания. 2. Объясните патогенез возникновения неврологических синдромов. 3. Предполагаемая этиология заболевания. 4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз? 5. Возможный источник инфекции и путь заражения? 6. Является ли характерным для этого заболевания наличие большого количества крови в стуле и развитие анурии? 7. Если нет, то о чем следует думать и какие исследования необходимо провести дополнительно? 8. Каких специалистов пригласите для консультации? 9. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, средства и этиопатогенетического воздействия). 10. Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив? 11. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции. 12. Проводится ли в нашей стране активная иммунизация против этого заболевания у детей? Если да – назовите вакцины, показания и схему вакцинации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 12

Девочка 10 лет, вернулась из деревни, где питалась консервами, купалась в озере и пила не кипяченую воду. Перед возвращением почувствовала слабость, боли в животе, была однократная рвота и кашицеобразный стул 3 раза. Затем состояние продолжало ухудшаться: прогрессировала мышечная слабость, быстрая утомляемость, появились сухость во рту, жажда, ощущение тяжести и распирания в эпигастрии, головная боль, головокружение. Температура тела не повышалась. Госпитализирована на 2-й день болезни с подозрением на кишечную инфекцию.

При поступлении: состояние тяжелое. Одышка, усиливающаяся при нагрузке, сухой кашель, першение в горле, "туман" перед глазами, двоение предметов. Кожа обычной окраски. Слизистая полости рта чистая, небная занавеска слегка провисает. Лимфоузлы не увеличены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный без патологических примесей.

Анализ кала на кишечную группу: отрицателен.

Общий анализ крови: НЬ - 134 г/л, Эр - 4,06x10¹²/л, Лейк - 9,0x10⁹/л; п/я - 2%, с/я - 50%, э - 2%, л - 40%, м - 6%; СОЭ - 2 мм/час.

Копрограмма: консистенция кала - кашицеобразная, цвет - коричневый, реакция - слабощелочная, слизь - нет, кровь - нет, остатки не переваренной пищи (+), реакция на стеркобилин (-), билирубин (+), мышечные волокна (+), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (+), лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, яйца глистов - острицы.

РПГА: с эритроцитарным диагностикумом шигелл Зонне - 1:50, ши-гелл Флекснера - отрицательно, с комплексным сальмонеллезным - отрицательная.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие данные анамнеза и клинические симптомы явились основанием в установлении диагноза у этого больного?
3. Какие дополнительные симптомы, характерные для этого заболевания, могут быть выявлены при осмотре больного?
4. Подтверждают ли результаты проведенных лабораторных исследований предполагаемый Вами диагноз?
5. Какие результаты дополнительных лабораторных исследований могут окончательно подтвердить диагноз?
6. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.
7. Обязательна ли госпитализация больных с подозрением на это заболевание?
8. Консультативная помощь каких специалистов Вам потребуется?
9. Назначьте лечение.
10. Какие условия следует соблюдать при проведении специфической терапии?
11. Возможный исход болезни?
12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2
Факультет педиатрический
Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 6

Ситуационная задача № 13

Мальчик 12 лет, летом отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения: отмечался кратковременный подъем температуры тела до 37,5⁰С, резкая 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 заостренны, глаза запавшие, 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, болезненный, при пальпации – разлитое урчание. Печень и селезенки не увеличены. Стул жидкий, обильный, водянистый, мутно-белый с плавающими хлопьями до 12 раз в сутки. Диурез снижен. Менингеальных знаков нет.

Клинический анализ крови: Нб – 150г/л, Эр – 5,0x10¹²/л, Ц.п. –1; Лейк – 5,0x10⁹/л; п/я – 4%, с/я – 60%, э – 2%, л – 26%, м – 8%, СОЭ – 5мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1038; белок – 0,06%; глюкоза – нет; эпителий. Кл. – ед. в препарате; лейкоциты – 5-6 в п/з; эритроциты – нет.

Показатели КОС: рН крови – 7,24; 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. О каком заболевании следует думать?
2. Какие данные эпидемиологического анамнеза могут явиться подтверждением предполагаемого диагноза? Почему?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза и первоначальных лечебных мероприятий?
4. Объясните патогенез развития диарейного синдрома. К какому типу диареи относится данное заболевание?
5. Основные противоэпидемиологические мероприятия, которые должен выполнить врач при выявлении такого больного на дому?
6. Определите степень и характер (вид) обезвоживания с учетом клинических и имеющихся лабораторных данных.
7. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.
8. Есть ли показания для инфузионной терапии? Если да – напишите состав капельницы.
9. Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется.
10. Показания для выписки из стационара?
11. Назовите основные причины неблагоприятного исхода этого заболевания у детей.
12. Дайте характеристику вакцинных препаратов, показания и схему вакцинации детей при инфекции в Российской Федерации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 14

Ребенок 3 лет. Заболел остро: повысилась температура тела до 39,5⁰С, появилась рвота (до 3 раз), головная боль, затем жидкий стул (до 8 раз). Стул вначале жидкий, обильный, затем скудный с большим количеством слизи и прожилками крови. Госпитализирован. При поступлении: состояние средней тяжести, продолжает высоко лихорадить (39,6⁰С), вялый. Кожа бледная, "синева" под глазами. Язык густо обложен налетом, сухой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, громкие. Пульс 140 в минуту. Живот втянут. При пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная, анус податлив. Стул скудный с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови. Мать ребенка работает поваром в детском саду, который посещает ее ребенок, здорова. Одновременно с ребенком в разных группах детского сада заболело еще несколько детей (высокая температура, головная боль, рвота и жидкий стул). На день поступления в стационар в **общем анализе крови**: Нб – 130 г/л, Эр – 3,8x10¹²/л, Лейк – 10,0x10⁹/л; п/я – 10%, с/я – 55%, э – 4%, л – 28%, м – 3%, СОЭ – 22 мм/час.

Копрограмма: консистенция – жидкая, слизь – большое количество, кровь – (++) , реакция кала – щелочная, стеркобилин – (-), билирубин (-), мышечные волокна (++) , нейтрофильный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++) ; лейкоциты –20-30 в п/з, яйца глистов – острицы.

РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз. Предполагаемая этиология этого заболевания.
2. Какие дополнительные исследования могли бы подтвердить этиологию болезни?
3. Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома.
4. Назовите возможный источник заражения и путь инфицирования.
5. Подтверждают ли результаты проведенных лабораторных исследований клинический диагноз?
6. Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?
7. Напишите диету ребенка на день поступления в стационар.
8. Назначьте этиотропную терапию.
9. Можно ли в качестве симптоматического средства в этом случае использовать имодиум (лоперамида гидрохлорид)?
10. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.
11. Может ли мать ребенка продолжать работу в детском саду?
12. Проводится ли в нашей стране активная иммунизация детей против этого заболевания? Если да – назовите вакцинные препараты, показания и схему вакцинации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 15

Мальчик 3 года, заболел в детском саду остро: повторная рвота, повышение температуры тела до 38,3°C, жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, жёлто-зелёного цвета с резким запахом, не переваренный. При поступлении в стационар (2-ой день болезни): состояние средней степени тяжести, температура тела 35,8°C, вялый, пьёт неохотно, кпризничает. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налётом, сухой, слизистая полости рта суховата, гиперемия нёбных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс – 160 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезёнка пальпируются у края рёберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула. На 3-ий день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5-ти раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела.

Общий анализ крови: Эр-4,06x10¹²/л; Нв-134г/л; Лейк-8x10⁹/л; п/я-3%, с/я-39%, э-2%, л-50%, м-6%; СОЭ-6 мм/час.

В посевах испражнений – патогенные микробы семейства кишечных не обнаружены.

РНГА: с комплексным дизентерийным и сальмонеллёзным антигеном – отрицательная.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Объясните патогенез развития диарейного синдрома при этом заболевании.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями.
4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить диагноз?
5. Определите степень эксикоза и проведите расчёт жидкости для регидратационной терапии.
6. Есть ли показания для проведения инфузионной терапии? Если да – напишите состав капельницы.
7. Назначьте диету на день поступления больного в стационар.
8. Какие лекарственные препараты этиопатогенетического воздействия можно использовать при лечении этого заболевания: режим дозирования и курс лечения.
9. Каких специалистов пригласите для консультации?
10. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.
11. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
12. Состояние вопроса и перспективы иммунизации детей против этого заболевания на данном этапе научных исследований?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 15

Мальчик 12 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной. Доставлен в стационар бригадой "Скорой помощи". В приёмной отделении: состояние довольно тяжёлое, температура тела 38°C, вялость, однократная рвота, принесшей облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая рта сухая, язык обложен белым налётом. Зев розовый, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрия. Печень и селезёнка не увеличены. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала заболевания был трёхкратно, жидкий, обильный, зловонный, цвет – "болотной тины". Мочеиспускание не нарушено. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

Общий анализ крови: Эр- $3,6 \times 10^{12}/л$; Нв-130г/л; Лейк- $12 \times 10^9/л$; п/я-10%; с/я-60%; э-0%; л-28%; м-2%; СОЭ-25 мм в час.

Общий анализ мочи: удельный вес-1010, белок-0,033‰, сахар - нет, ацетон (++) , лейкоциты – 3-4 в п/зр.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния.
2. Предполагаемая этиология, объясните почему?
3. Назовите возможный источник и путь инфицирования
4. Объясните механизм диарейного синдрома.
5. Дайте оценку результатов проведённых лабораторных исследований.
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
7. Какие мероприятия должен провести врач скорой помощи?
8. Назначьте терапию: напишите диету ребёнку на день поступления в стационар, проведите расчёт жидкости для регидратационной терапии.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 16

Девочка 8 лет, поступила в стационар на 9-й день болезни. Заболела остро с подъема температуры тела до 38°C. До настоящего времени лихорадка сохраняется. Жалуется на головную боль, слабость, аппетит снижен. Появился жидкий стул с примесью небольшого количества слизи желтого цвета до 3-4 раз в сутки.

При поступлении в стационар: температура тела 38°C, ребенок бледен, вял, сонлив. Язык густо обложен грязно-серым налетом, утолщен, по краям его видны отпечатки зубов, на губах везикулёзные высыпания. Тоны сердца приглушены. Пульс 48 уд/мин. АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, где отмечается урчание и притупление перкуторного звука. Кожа чистая, ладони и подошвы стоп желтоватой окраски. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см.

За две недели до заболевания находилась в деревне, где купалась пруду и пила воду из колодца, ела невымытые овощи и фрукты. В семье двое детей: 5 лет (посещает детский сад) и 12 лет (школьник), родители здоровы.

Общий анализ крови: Нв - 125 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,6 \times 10^9/л$ | п/я - 6%, с/я - 55%, э - 0%, л - 32%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час.

Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция - щелочная, слизь - f большое количество, реакция на скрытую кровь (+++), стеркобилин (+), мышечные волокна - небольшое количество без исчерченности, нейтральный жир - нет, жирные кислоты - нет, мыла (++) , крахмал (+ +), йодофильная флора (+), лейкоциты - (+++), эритроциты - (++) , яйца глистов - нет, дрожжевые грибы (++) .

РНГА: с комплексным дизентерийным - отрицательная, с комплексным сальмонеллезным антигеном - 1:80.

Исследования копрофилтрат на антиген ротавируса в РЛА (++) , ИФА - отрицательно.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой симптом, характерный для данного заболевания отсутствует?
3. Дайте оценку проведенных лабораторных исследований.
4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый клинический диагноз?
5. Возможный источник и путь инфицирования?
6. Консультация каких специалистов Вам потребуется?
7. Можно ли легкие формы этого заболевания лечить в домашних условиях? Почему?
8. Какова продолжительность строгого постельного режима и показания для расширения диеты?
9. Назначьте этиотропную терапию (режим дозирования и продолжительность курса лечения).
10. Возможные осложнения, их диагностика и неотложная помощь.
11. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

12. Проводится ли активная профилактика этого заболевания в нашей стране у детей? Если да - назовите вакцины, показания и схему вакцинации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 17

Мальчик 5 мес. Болен в течение 3 дней: ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (до 2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки) повысилась температура тела до 37,5-38,6⁰С. На третий день состояние ухудшилось: адинамия, сонливость, отказ от еды, участился стул до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови). На 4-й день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая вялость, адинамия, отказывается от еды, температура тела 37,8⁰С, кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное до 46 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения до 150 в минуту, ритм правильный. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. В кожных складках опрелость. Печень и селезенка +2см, стул за прошедшие сутки – 10 раз, жидкий типа "болотной тины", рвота 3 раза после приема пищи. Накануне заболевания ел творог и кефир, хранившийся в холодильнике три дня, манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад.

Общий анализ крови: Нб – 120 г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $12,0 \times 10^9$ /л; п/я – 10%, с/я – 60%, э – 0%, л – 28%, м – 2%, СОЭ – 25 мм/час.

КОС: рН крови – 7,32; РСО₂ – 30 мм рт.ст., ВЕ(-80); РО₂ – 78 мм рт.ст

Биохимический анализ крови: АлАТ – 40 Ед/л, АсАТ – 34 Ед/л, тимоловая проба – 5ед., калий плазмы – 2,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1010; белок – 0,033%, сахар – нет, ацетон (++)
лейкоциты – 3-5 в п/з.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.
2. Предполагаемая этиология, и с какими заболеваниями следует дифференцировать в первую очередь.
3. Назовите возможный источник и путь инфицирования.
4. Какой тип диареи и патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании имеют место.
5. Дайте заключение по результатам проведенных лабораторных исследований.
6. Назначьте диету ребенку на день поступления в стационар при искусственном вскармливании.

7. Проведите расчет жидкости для проведения парентеральной регидратации и напишите состав первой капельницы.
8. Назначьте этиотропную и патогенетическую терапию (препараты и режим дозирования).
9. Можно ли в этом случае в качестве симптоматического антидиарейного препарата использовать лоперамида гидрохлорид (имодиум)?
10. Показания для выписки больного из стационара.
11. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
12. Проводится ли в нашей стране активная профилактика этого заболевания? Если да – назовите вакцины, показания и схему вакцинации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Курс 6

Ситуационная задача № 18

Ребёнок 8 лет, поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, слабость.

Известно, что мальчик в 6-летнем возрасте лечился в реанимации после автокатастрофы.

В 8-летнем возрасте обнаружено увеличение размеров печени, а в сыворотке крови была повышена активность АЛАТ и АсАТ в 3 раза. Результаты серологических исследований на HbsAg, anti-Hbcor общий, anti-HAV IgM были постоянно отрицательными.

Наблюдался и лечился с диагнозом: Хронический вирусный гепатит "ни А, ни В" по месту жительства. Получал курсы эссенциале в капсулах, желчегонные препараты. При поступлении: состояние среднетяжёлое, правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже лица в области скуловой дуги слева и на тыле кисти правой руки имеются телеангиоэктазии. Зев чист, в лёгких и сердце без изменений. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации в точке жёлчного пузыря. Печень уплотнена, выступает из-под края рёберной дуги на 2,5 см, селезёнка – на 0,5см. **УЗИ органов брюшной полости:** печень увеличена в размерах, ткань органа равномерно повышенной эхогенности во всех отделах за счёт мелкоочаговых структур умеренной плотности. Жёлчный пузырь правильной формы, больших размеров, в полости густой осадок. Стенки без изменений.

Биохимический анализ крови: билирубин общий –12 мкмоль, конъюгированный – 5 мкмоль, АЛАТ –200 Ед/л, АсАТ –170 Ед/л, общий белок – 82 г/л, тимоловая проба – 10 ед, сулемовая проба – 1,4ед.

Серологические вирусные маркеры: HbsAg(-), anti-Hbcor общий (-), anti-HDV(-), anti-HCV (+), РНК HCV (+).

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования вам потребуются?

3. Дайте анализ результатов биохимического и серологического анализа крови.
4. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
5. Проведите дифференциальный диагноз
6. Определите срок заболевания.
7. Назначьте лечение.
8. Определите срок заболевания.
9. Принципы амбулаторного наблюдения за больным
10. Предполагаемые изменения в печени при пункционной биопсии.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 19

Ребенок 8 лет. Живет в сельской местности, В доме погреб, где хранятся овощи. Заболел остро: высокая лихорадка до 38-38,6⁰С 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 ребенок переведен в боксированное отделение с диагнозом: "грипп, кишечная инфекция". В последующие дни сохранился 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 +2см ниже края реберной дуги, темная моча. Язык малиновый.

Общий анализ крови: Нб – 133г/л, Эр – 4,0x10¹²/л, Ц.п. – 0,9, Лейе – 13,0x10⁹/л; п/я – 10%, с/я -%, 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, конъюгированный – 46,4 мкмоль/л, АЛАТ – 64Ед/л, АсАТ – 46,2 Ед/л, общий белок – 82г/л, тимоловая проба – 6 ед., холестерин – 6,5 ед.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь с учетом клинико-эпидемиологических данных.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику с учетом проведенных лабораторных исследований?
3. Назовите возможный источник и путь инфицирования.

4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза?
5. Консультация каких специалистов вам потребуется?
6. Можно ли легкие формы этого заболевания лечить дома?
7. Назначьте лечение на догоспитальном этапе и в стационаре при подтверждении диагноза с помощью дополнительных исследований.
8. Нуждается ли ребенок в проведении инфузионной терапии? Если да – состав капельницы.
9. Какие осложнения возможны при этом заболевании у детей?
10. Показания для выписки больного из стационара и допуска его в детский коллектив.
11. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
12. Проводится ли в нашей стране активная профилактика этого заболевания? Если да – назовите вакцины схему вакцинации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 20

Мальчик 3 лет, заболел остро: стал жаловаться на боли в животе, отказывался от еды, один раз была рвота, температура тела – 38⁰С. С подозрением на аппендицит направлен на госпитализацию.

При осмотре в данном приемном отделении: продолжал жаловаться на сильные боли в животе. Состояние средней тяжести, возбужден, кожные покровы гиперемированны, склерит, слизистая оболочка дужек и мягкого нёба гиперемирована

на, с выраженной зернистостью. Живот равномерно вздут, болезнен при пальпации в области пупка. Симптомов раздражения нет. Анус сомкнут.

На пятый день болезни температура критически упала до нормальных величин, а на теле появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь. Сыпь держалась одни сутки и исчезла без пигментации.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, Эр – 4,0x10¹²/л, Ц.п. – 0,86, Лейк – 5,6x10⁹/л; п/я – 2%, с/я – 49%, э – 2%, л – 45%, м – 2%; СОЭ – 8 мм/час.

Иммунофлюоресцентное исследование мазков носоглотки: грипп – отрицательно, парагрипп – отрицательно, аденовирус – отрицательно, RS-антиген – отрицательно.

В **посевах слизи** из зева патогенная микрофлора не обнаружена.

В **РСК** – 8-кратное нарастание титра антител к вирусу Коксаки В₆.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие другие клинические синдромы известны при данном заболевании?
3. Каков патогенез абдоминального синдрома при этом заболевании?
4. Чем обусловлено появление экзантемы на пятый день болезни?

5. Какие дополнительные лабораторные исследования вам понадобятся для уточнения диагноза?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Оцените данные лабораторных исследований.
8. Нуждается ли больной в консультации специалистов?
9. Необходима ли госпитализация больного?
10. Назначьте лечение.
11. Перечислите противоэпидемические мероприятия.
12. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 22

Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39⁰С, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5⁰С, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2⁰С. Вялая. На лице, туловище, конечностях – обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные, увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,87, Лейк – $7,0 \times 10^9$ /л; п/я – 5%, с/я – 42%, л – 49%, м – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы – отрицателен.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Какова причина поражения глаз и кожи?
4. Какова динамика экзантемы при данном заболевании?
5. Каков патогенез поражения легких при данном заболевании?

6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
8. Нуждается ли ребенок в инструментальном обследовании?
9. Каких специалистов пригласите для консультации?
10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
11. Назначьте лечение.
12. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге.
13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Детские болезни №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Ситуационная задача № 23

Мальчик 1,5 лет, родился доношенным, от третьей нормальной беременности, массой 3750 г, длиной - 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 месяцев, развивался удовлетворительно. В 7 месяцев перенес ОРВИ, пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста - упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре: в возрасте одного года состояние тяжелое, температура тела 39°C, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 40%, подкожно-жировой слой почти отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягко эластической консистенции, безболезненны.

Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца отчетливые. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка - 3,5 см.

Клинический анализ крови: Но - 90 г/л, Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,78, Лейк - $6,7 \times 10^9/л$; с/я - 50%, л - 45%, м - 5%; СОЭ - 3 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие исследования подтвердят этиологию предполагаемого заболевания?
3. Каков механизм передачи инфекции?
4. Какие типичные симптомы свидетельствуют о данном заболевании?
5. Охарактеризуйте период болезни согласно классификации.

6. Оцените анализ периферической крови.
7. Имеется ли в клинической картине болезни мононуклеозоподобный синдром?
8. Что является причиной упорной диареи?
9. Каких специалистов следует пригласить для консультации?
10. Как лечить больного?
11. Какие меры профилактики необходимы в семье?
12. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

Интерактивное обучение с использованием метода «цепочка» и ролевой игры. Пример

Тема занятия «Инфекционные заболевания, сопровождающиеся экзантемой»

1. Заполните таблицу дифференциально-диагностических критериев заболеваний, в сравнительном аспекте, устно прокомментируйте их.

Вопрос/ признак	Ветряная оспа	Краснуха	Корь	Скарлатина
Этиология				
Возрастные особенности				
Сезонные особенности				
Социальные				
Инкубационный период				
Путь и механизм распространения инфекции				

2. Заполните таблицу дифференциально-диагностических клинических критериев заболеваний, в сравнительном аспекте, устно прокомментируйте их.

Признак	Ветряная оспа	Краснуха	Корь	Скарлатина
Морфологические элементы сыпи				
Локализация				
Появление и исчезновение сыпи				
Наличие зуда				
Другие симптомы заболевания				

3. Составьте план обследования больного, раскрывая лабораторно-инструментальные особенности заболеваний в сравнительном аспекте, какие результаты ожидаете получить

Метод					
Лабораторные методы					
Инструментальные					

4. Составьте план лечения больного, раскрывая принципы терапии заболеваний в сравнительном аспекте.

Методы терапии	Ветряная оспа	Краснуха	Корь	Скарлатина
Диета				
Режим				
Этиотропная				
Патогенетическая				
Симптоматическая				

5. Перечислите показания для госпитализации больных и принципы организации стационара на дому.

6. Составьте план противоэпидемических заболеваний в очаге инфекции в сравнительном аспекте

Вопрос	Ветряная оспа	Краснуха	Корь	Скарлатина
Сроки изоляции больного				
Карантинные мероприятия в отношении контактных				
Необходимость дезинфекции				
Профилактика заболевания у контактных				
Плановая профилактика				

7. Деловая игра «Сбор жалоб и анамнеза больного с заболеваниями сопровождающимися экзантемой».

А) Все студенты разбиваются на пары согласно исполнению ролей
Родитель больного ребенка – Педиатр

Б) Студент, исполняющий роль родителя вытягивает одну из карточек с обозначением патологии (ветряная оспа, корь, краснуха, скарлатина).

1	После взаимного приветствия и представления сел рядом с пациентом, установил контакт, спросил имя, фамилию, возраст, где учится (если школьник). Анамнез собрал у матери.
2	Обратился с вопросом: на что жалуетесь? (в отношении ребенка). После получения ответа уточнил условия возникновения и усиления названных симптомов, чем купируются. В результате умелого расспроса выделил ведущий симптом болезни.
3	В анамнезе болезни выяснил её давность, начало, что предшествовало болезни. В хронологическом порядке расспросил течение болезни, обострения, их длительность, предшествующее лечение, его эффективность. Уточнил, что спровоцировало последнее ухудшение состояния.
4	Выявил общие проявления заболевания: температура, озноб, сон, аппетит, жажда, вялость, беспокойство, настроение и др. Выявил проявления болезни. Сделал предположение о патологии определенных систем и органов.
5	В анамнезе жизни ребенка до 3 лет экзаменуемый тактично выяснил: от какой беременности и родов ребенок, как протекали антенатальный и перинатальный периоды. Роды в срок или преждевременные. Была ли асфиксия в родах, патологические роды (продолжительность, акушерские пособия, осложнения). С какой массой тела и длиной родился. Когда приложили к груди, как ребенок взял грудь, когда отпал пуповинный остаток и зажила пупочная ранка, была ли физиологическая потеря массы тела и когда она восстановилась? Заболевания в период новорожденности. На какой день ребенок выписался из родильного дома. Физическое развитие ребенка, развитие статики и моторики, психическое развитие. Поведение ребенка в коллективе и дома. Сон и его продолжительность. На каком вскармливании находился ребенок, активность сосания, время кормления, докорм, время введения докорма, прикорма, его количество, последовательность введения, переносимость. Время отнятия от груди. Питание ребенка к началу

	настоящего заболевания. Время и порядок прорезывания зубов. Перенесенные заболевания, особенности течения, осложнения. По плану ли получал прививки, не было ли осложнений вакцинации? Туберкулиновые пробы, их результат. Контакт с инфекционными больными.
6	Анамнез детей старшего возраста. Какой по счету ребенок? Как развивался в раннем детстве? Поведение дома и в коллективе, для школьников – успеваемость в школе. Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства, их течение, осложнения. Профилактические прививки. Не было ли осложнений вакцинации. Туберкулиновые пробы, их результат. Контакт с инфекционными больными.
7	Семейный анамнез. Возраст родителей, состояние их здоровья и ближайших родственников по линии отца и матери. Наследственные заболевания. Сколько в семье детей и состояние их здоровья, если умирали, то от каких причин?
8	Материально-бытовые условия. Профессия родителей, условия работы, количество членов семьи. Место проживания. Посещал ли ребенок детские учреждения? Кто ухаживал за ребенком? Имел ли ребенок отдельную кровать? Соблюдал ли режим дня? Продолжительность прогулок и сна. Режим питания, нагрузка в школе. Наличие дополнительных нагрузок.

Задания для Интерактивной игры методом «Дефектная задача»

Примеры:

Ситуационная задача 1.

Мальчик 12 лет. После перенесенной неделю назад ангины появилась моча цвета «мясных помоев». При обследовании в поликлинике выявлена артериальная гипертензия.

В общем анализе мочи – Уд.вес -1018, белок 6,2 г/л, эритроциты 5-7 в п.зр.

Проба мочи по Нечипоренко – лейкоцитов 2500, эритроцитов 1500 в мл.

Задание: найдите допущенные ошибки.

Эталон ответа: У ребенка, скорее всего диагноз «Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом». Ошибочны результаты

общего анализа мочи – отсутствие выраженной гематурии, т.к. у ребенка моча цвета «мясных помоев» и пробы Нечипоренко. Возможно, не характерным является наличие у данного пациента макропротеинурии до 6,2 г/л.

Ситуационная задача 2.

Ребенку 6-ти лет с диагнозом НСМИ стероидорезистентная форма решено назначить неселективный цитостатик Циклоспорин А в дозе 2 мг/кг массы тела в сутки в сочетании с преднизолоном 0,5 мг/кг через день.

Задание: найдите допущенные ошибки.

Ответ: Циклоспорин А является селективным иммунодепрессантом, подавляющим продукцию ИЛ-2, ИЛ-3, ИЛ-4, пролиферацию цитотоксических Т-лимфоцитов. Терапевтическая доза 5-6 мг\кг в сутки.

Задание для интерактивного обучения методом «кейсов» Пример

Задача №1

Мальчик 7 лет. Осмотрен участковым педиатром впервые.

Данные анамнеза: от нормальной беременности, роды со стимуляцией, в срок. В возрасте 2-х лет перенес ветряную оспу. ОРВИ 3-4 раза в год. Не привит (отказ родителей). Контакты с инфекционными больными отрицают. В семье есть еще ребенок 3 лет, здоров. Заболел 7 дней назад. Жалобы на боль в горле. Отмечалось повышение температуры тела до 38,5⁰С. Сегодня утром появилась адинамия, бледность одышка.



Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, адинамичный, выражена бледность кожных покровов, губы цианотичны, капли пота на лице, конечности холодные. Имеется отек шейной клетчатки с обеих сторон до II-го ребра. В легких

дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 34 в минуту.

Границы сердца расширены во все стороны, систолический шум на верхушке, экстрасистолия, пульс 126 в минуту слабого наполнения и напряжения, аритмичный. АД 55/30 мм рт. ст.

Зев синюшно-красного цвета, миндалины соприкасаются друг с другом, покрыты сплошным грязно-серым налетом, который переходит на дужки и твердое небо. Изо рта сладковатый, приторный запах.



Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги. Стул нормальный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

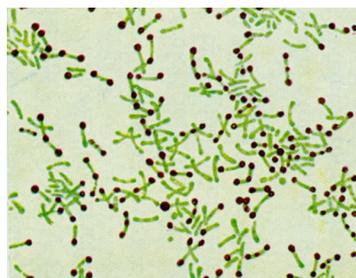
Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Получены результаты анализов. Интерпретируйте их.

А. Клинический анализ крови	Б. Общий анализ мочи
WBC – 25,2 x 10 ⁹ /L RBC – 3,7x 10 ¹² /L HGB – 125 g/L HCT – 35,7% MCV -82,7 fl MCH – 29,0 Pg MCHC – 33.8% PLT – 520 x 10 ⁹ /L LY – 8,1% MO – 2,9 % GR – 89,0 % EO – 0% PDW – 14,4 % п/я – 20% ю – 5% СОЭ – 48 мм/час	Количество – 150,0 Цвет – желтый Прозрачность – мутная Реакция – слабо кислая Удельный вес – 1018 Белок – 0,9 г/л Сахар – (-) Эпителий – един. в п/зр Лейкоциты – 4 – 6 – 3 – 3 в п/зр Эритроциты – до 15-20 в п/зр Цилиндры – (-) Бактерии (-)

В. В мазках из зева и носа обнаружены (выберите наиболее вероятный результат):

Corynebacterium diphth. gravis



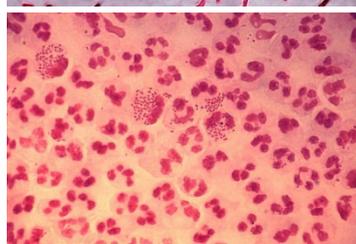
Streptococcus haemolyticus.



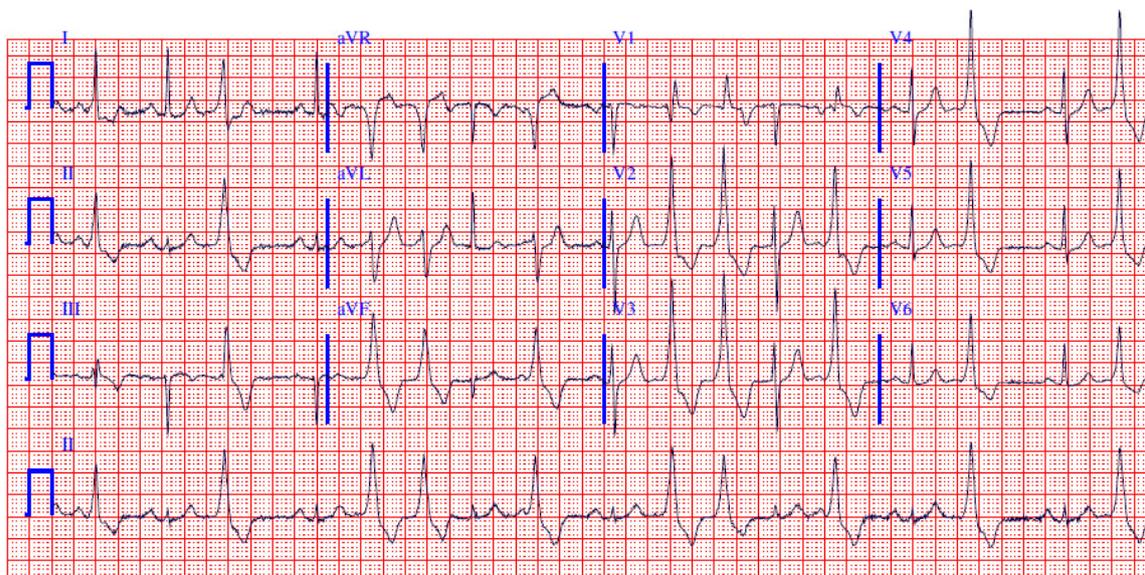
Обнаружено: Bordetella pertussis



Грамотрицательные диплококки,
расположенные преимущественно
внутри нейтрофилов



Данные ЭКГ



2. Какие дополнительные исследования необходимо провести. Какие результаты ожидаете? 3. Тактика участкового педиатра. 4. Какое лечение требуется ребенку? 5. Укажите меры по отношению к ребенку, бывшему в контакте с больным.

№Пед-15

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Детских болезней №2

**Эталоны тестовых заданий
по инфекционным болезням у детей**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 6 курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	20	с 56 по 59
2.	Инфекционные болезни у детей	300	с 59 - 97

1. Дайте определение: *Инфекционный процесс*, или *инфекция*, — это взаимодействие возбудителя-паразита с организмом человека, проявляющееся болезнью или носительством.

- а) да
- б) нет

2. Какие условия необходимы составляющие для возникновения и непрерывного течения инфекционного процесса? *

- а) источник инфекции
- б) восприимчивый коллектив
- в) сезон года
- г) механизм передачи

3. Как по характеру источника инфекции делят все заразные болезни? *

- а) антропонозы,
- б) бактериальные инфекции
- в) сапронозы.
- г) зоонозы и протозоозы

4. Какие инфекции относятся к антропонозам? *

- а) шигеллезы
- б) брюшной тиф
- в) сальмонеллезы
- г) дифтерия
- д) корь
- ж) полиомиелит
- е) паротитная инфекция и др.

5. Какие инфекции относятся к зоонозам? *

- а) фелиноз,
- б) токсоплазмоз,
- в) ящур,

- г) риккетсиозы,
- д) вирусные энцефалиты,
- е) брюшной тиф
- ж) бруцеллез

6. Зоонозы встречаются от ксенантропных (диких) животных, обитающих в окружающей природе.

- а) да
- б) нет

7. Кто является источником заражения человека при зоонозах? *

- а) домашние животные
- б) синантропные (живущие вблизи человека) животные
- в) грызуны.
- г) человек

8. Заражение детей от домашних и синантропных животных происходит в результате реализации:

- а) контактно – бытового механизма передачи (при уходе за ними, реже при случайных контактах с павшими грызунами)
- б) фекально-орального механизма передачи (пищевым путем - при употреблении пищевых продуктов от больных животных, при употреблении мяса зараженных животных и инфицированной воды)
- в) воздушно-капельного механизма передачи (аэрозольным путем - при вдыхании воздуха около больного животного)

9. Что может подтверждать инаппарантную инфекцию?

- а) наличие сероконверсии (смена специфических Ig M на Ig G со 2 недели болезни)
- б) наличие манифестных клинических проявлений
- в) выявленные иммунологические изменения у детей в очаге инфекции болезни

10. Какие методы позволят дифференцировать здоровых носителей от скрyto протекающей инаппарантной инфекции?

- а) углубленные иммунологические исследования
- б) выраженность клинических проявлений
- в) не представляется возможным.

11. Заражение детей при зоонозах от диких животных происходит через укусы кровососущих членистоногих (клещи, комары)?

- а) да
- б) нет

12. Приведите пример **протозоозных** инфекций. *

- а) малярия,
- б) шигеллез
- в) токсоплазмоз,
- г) лейшманиоз

13. Укажите примеры заболеваний, относящихся к **сапронозам**. *

- а) легионеллез,
- б) листериоз,
- в) псевдомоноз,
- г) мелиоидоз
- д) клебсиеллез

14. Одинаково ли значение больного, как источника инфекции, в разные периоды болезни?

- а) да
- б) нет

15. Значение больного, как источника инфекции резко возрастает с появлением клинических симптомов и достигает максимума в разгар болезни.

- а) да
- б) нет

16. Носительство по продолжительности выделения возбудителей различают: носительство *острое* (до 1 мес.), *затяжное* (до 1,5 мес.), *хроническое* (свыше 3 мес).

- а) да
- б) нет

17. Кто представляет большую эпидемиологическую опасность как источник инфекции при инфекционной патологии у детей?

- а) тяжелые формы болезни
- б) среднетяжелые формы
- в) легкие формы болезни
- г) атипичные

18. Как делят инфекционные болезни в зависимости от **механизма** передачи возбудителя?

- а)
- б)
- в)
- г)

19. В какой класс включены инфекционные и паразитарные заболевания по **международной классификации всех болезней человека**?

- а) в третий класс
- б) в первый класс

20. Какие методы позволят дифференцировать здоровых носителей от скрыто протекающей инвазивной инфекции?

- а) углубленные иммунологические исследования
- б) выраженность клинических проявлений
- в) не представляется возможным.

Ответы на тесты

*** - несколько правильных ответов**

- | | |
|---------------------------|---|
| 1 а | 11 а |
| 2 а, б, г | 12 а,в, г |
| 3 а, в, г | 13 а,б,в, г |
| 4 а, б, г, д, ж, е | 14 б |
| 5 а, б, в, г, д, ж | 15 а |
| 6 а | 16 а |
| 7 а, б, в | 17 г |
| 8 а, б | 18 аэрозольные, кишечные,
гемоконтактные, инфекции
наружных покровов |
| 9 а | 19 б |
| 10 а | 20 а |

1.Бактерионосителям токсигенных коринебактерий дифтерии целесообразно назначить:

- 1)антитоксическую противодифтерийную сыворотку
- 2)АДС-анатоксин
- 3)антибиотик широкого спектра действия

2.При расчете дозы антитоксической сыворотки, вводимой больному дифтерией, учитывают:

- 1)массу ребенка
- 2)клиническую форму болезни

3.При подозрении на дифтерию врач поликлиники обязан:

- 1)ввести больному противодифтерийную сыворотку
- 2)осуществить экстренную госпитализацию, подать экстренное извещение в СЭС

4.Для локализованной форме дифтерии ротоглотки характерно:

- 1)температура свыше 40°C
- 2)резкая боль при глотании
- 3)фибринозные налеты, не выходящие за пределы миндалин
- 4)отек клетчатки шеи

5.Типичными осложнениями токсической дифтерии являются все, кроме:

- 1)менингит
- 2)миокардит
- 3)полирадикулоневрит

6.Для вакцинация детей раннего возраста против дифтерии не применяется:

- 1) АКДС-вакциной
- 2) АДС-анатоксином
- 3) АДС-М-анатоксином

7. Сыпь при скарлатине:

- 1) папулезная
- 2) мелкоточечная
- 3) везикулезная

8. Возбудителем скарлатины является:

- 1) бета-гемолитический стрептококк группы А
- 2) стрептококк группы В
- 3) зеленящий стрептококк

9. Инкубационный период скарлатины составляет:

- 1) 2-3 часа
- 2) 2-7 дней
- 3) 12-21 день

10. Для лечения больного скарлатиной назначают:

- 1) пенициллин
- 2) линкомицин
- 3) амикацин

11. Пути передачи скарлатины:

- 1) воздушно-капельный
- 2) пищевой
- 3) контактно-бытовой
- 4) трансплацентарный

12. В начальном периоде клинических проявлений скарлатины выявляются:

- 1) сухость кожи
- 2) мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи
- 3) пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне кожи
- 4) пластинчатое шелушение
- 5) белый дермографизм

13. Инфекционно-аллергическим осложнением при скарлатине является:

- 1) отит
- 2) синдром крупа
- 3) лимфаденит
- 4) гломерулонефрит
- 5) полирадикулоневрит

14. Для «скарлатинозного» сердца характерно все, кроме:

- 1) тахикардия
- 2) брадикардия
- 3) экстрасистолия

- 4)повышение АД
- 5)систолический шум

15.Скарлатина у детей первого года жизни протекает:

- 1)с выраженным шелушением
- 2)в гипертоксической форме
- 3)с аллергическими осложнениями
- 4)с обильной сыпью
- 5)с осложнениями в виде гнойного отита, лимфаденита

16.Инкубационный период кори составляет:

- 1)1-7 дней
- 2)8-21 дней
- 3)30 и более дней

17.Активная иммунизация против кори проводится:

- 1)АКДС-вакциной
- 2)гамма-глобулином
- 3)анатоксином
- 4)живой вирусной вакциной
- 5)инактивированной вирусной вакциной

18.При кори антибактериальная терапия назначается:

- 1)в инкубационном периоде
- 2)при наличии осложнений

19.Сыпь при кори характеризует:

- 1)одномоментность высыпания
- 2)везикулезный характер
- 3)гиперемированный фон кожи
- 4)этапность высыпания
- 5)появление шелушения после исчезновения сыпи

20.Клиническими проявлениями митигированной кори являются, кроме одного

- 1)выраженный интоксикационный синдром
- 2)могут отсутствовать пятна Бельского-Филатова, минимально выражены симптомы интоксикации
- 3)сыпь мелкая, чаще пятнистого характера, высыпает одномоментно, не сливается
- 4)катаральные явления выражены слабо или отсутствуют
- 5)удлиненный продромальный период

21.При кори в катаральный период на слизистой оболочке полости рта характерно появление:

- 1)везикулезных высыпаний
- 2)пленчатых наложений
- 3)пятен Филатова - Коплика

22.Осложнениями кори могут быть все, кроме одного:

- 1)менингит

- 2)энцефалит
- 3)бронхит
- 4)пневмония
- 5)артрит

23.В катаральном периоде кори выявляют:

- 1)выраженные катаральные явления
- 2)пятнисто-папулезную сыпь
- 3)лакунарную ангину (тонзиллит)
- 4)«сосочковый» язык
- 5)гепатомегалию

24.Эпидемиологическими особенностями кори являются все, кроме :

- 1)высокий контагиозный индекс
- 2)всеобщая восприимчивость
- 3)относительно медленное распространение вспышки
- 4)воздушно-капельный путь передачи
- 5)стойкий иммунитет после перенесенного заболевания

25.Возбудителем коклюша является:

- 1)*Bordetella pertussis*
- 2)*Neisseria meningitidis*

26.Пути передачи коклюша:

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

27.Кашель с репризами характерен для

- 1)кори
- 2)синдрома крупа
- 3)коклюша
- 4)пневмонии

28.Во время реприза при коклюше затруднен

- 1)вдох
- 2)выдох

29.Дети до 7 лет в случае контакта с больным коклюшем допускаются в коллектив при наличии отрицательных результатов бактериологического исследования на коклюш через:

- 1)10 дней
- 2)14 дней
- 3)21 день

30.При коклюше терапевтическая активность антибактериальных препаратов ограничивается ранними сроками болезни и наиболее целесообразно назначение:

- 1)цефалоспоринов
- 2)пенициллина
- 3)макролидов

4)аминогликозидов

31.На тяжесть коклюша указывает все, кроме:

- 1)рвота во время приступов кашля
- 2)частота приступов кашля
- 3)апноэ во время кашля
- 4)энцефалопатия
- 5) количество репризов во время приступа

32.Осложнениями коклюша могут быть все, кроме:

- 1)пневмония
- 2)поражение нервной системы
- 3)ателектаз
- 4)субарахноидальное кровоизлияние
- 5)пиодермия

33.Ветряная оспа передается:

- 1)фекально-оральным путем
- 2)воздушно-капельным путем
- 3)парентерально

34.Высыпания при ветряной оспе возникают:

- 1)в течение нескольких дней, толчкообразно
- 2)поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни – на туловище, на 3-й день болезни — на конечностях

35.Опоясывающий герпес возникает у человека, перенесшего:

- 1)простой герпес
- 2)ветряную оспу
- 3)инфекционный мононуклеоз

36.Антибактериальная терапия при ветряной оспе проводится:

- 1)при появлении везикул на слизистых оболочках полости рта
- 2)при появлении гнойных осложнений
- 3)при энцефалите
- 4)с целью профилактики осложнений

37.При ветряной оспе назначение кортикостероидных гормонов показано:

- 1)при появлении гнойных осложнений
- 2)при энцефалите
- 3)обильные высыпания на коже, слизистых оболочках

38.Инкубационный период при ветряной оспе составляет:

- 1)7 дней
- 2)от 11 до 21 дня
- 3)от 8 до 24 дня

39.Для типичной ветряной оспы характерно:

- 1)лихорадка
- 2)кашель

- 3)насморк
- 4)боли в животе
- 5)везикулезная сыпь

40. Осложнениями ветряной оспы могут быть (верно все, кроме одного):

- 1)гломерулонефрит
- 2)кардит
- 3)энцефалит
- 4)флегмона

41. При острой приобретенной цитомегалии выявляют (верно все, кроме одного):

- 2)только анти-ЦМВ IgG
- 3)ДНК вируса в крови

42. Заражение цитомегаловирусной инфекцией происходит (верно все ,кроме одного):

- 1)контактно-бытовым путем
- 2)трансплацентарным путем
- 3)воздушно-капельным путем
- 4)трансмиссивным путем

43. Сыпь при менингококкцемии:

- 1)ангулярная
- 2)геморрагическая, звездчатая, с некрозом в центре
- 3)везикулезная

44. Профилактика менингококковой инфекции проводится:

- 1)живой вакциной
- 2)убитой вакциной
- 3)полисахаридной вакциной

45. Фульминантная форма менингококковой инфекции чаще возникает у детей:

- 1)раннего возраста
- 2)старшего возраста

46. При менингококковой инфекции в периферической крови определяется:

- 1)лейкоцитоз + лимфоцитоз
- 2)лейкоцитоз + нейтрофиллез

47. Пути передачи менингококковой инфекции:

- 1)воздушно-капельный
- 2)контактный
- 3)фекально-оральный
- 4)пищевой

48. При контакте с больным менингококковой инфекцией семье проводится:

- 1)госпитализация детей этой семьи
- 2)двукратное бактериологическое обследование членов семьи
- 3)однократное бактериологическое обследование членов семьи

49. При менингококковом менингите отменить антибиотик возможно при лимфоцитарном цитозе в ликворе менее:

- 1) 1000 клеток в 1 мкл
- 2) 500 клеток в 1 мкл
- 3) 300 клеток в 1 мкл
- 4) 100 клеток в 1 мкл

50. При менингококковом менингите в ликворе определяется цитоз:

- 1) нейтрофильный
- 2) лимфоцитарный
- 3) смешанный

51. Какие методы исследования цереброспинальной жидкости используют для подтверждения диагноза менингококковый менингит? Верно все, кроме одного:

- 1) гемограмма
- 2) РЛА
- 3) бактериологическое исследование спинномозговой жидкости
- 4) бактериоскопическое исследование осадка ликвора

52. У детей грудного возраста, больных менингококковым менингитом, отмечаются все, кроме:

- 1) гиперестезия, выбухание большого родничка
- 2) рвота, не приносящая облегчение
- 3) гипертермия
- 4) обезвоживание 111 степени

53. Причиной летального исхода при менингококкцемии может быть все, кроме одного

- 1) кровоизлияние в мозг
- 2) стеноз гортани
- 3) инфекционно-токсический шок

54. Клиническими симптомами менингококкового менингита являются все, кроме одного:

- 1) острое начало болезни: рвота, лихорадка
- 2) менингеальные симптомы
- 3) выраженный диарейный синдром
- 4) выраженное беспокойство

55. Поражение слюнных желез при эпидемическом паротите сопровождается, кроме:

- 1) увеличением размеров железы
- 2) болезненностью
- 3) локальной гиперемией кожи
- 4) гестоватой консистенцией

56. Для менингита паротитной этиологии не характерно:

- 1) лихорадка, повторная рвота, головная боль
- 2) менингеальные знаки
- 3) геморрагическая сыпь

57. Для орхита паротитной этиологии не характерно:

- 1) увеличение размеров яичка
- 2) болезненность яичка
- 3) отек мошонки
- 4) иррадиация болей в паховую область
- 5) острая задержка мочеиспускания

58. Вакцинация против эпидемического паротита проводится:

- 1) живой вакциной
- 2) полисахаридной вакциной
- 3) субъединичной вакциной

59. Возбудителями инфекционного мононуклеоза являются вирусы семейства *Herpesviridae*:

- 1) верно
- 2) неверно

60. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:

- 1) нейтрофилез + лимфопения
- 2) лимфопения + атипичные мононуклеары;
- 3) атипичные мононуклеары + лимфоцитоз
- 4) лимфоцитоз + эозинофилия

61. При инфекционном мононуклеозе для лечения ангины амоксициллин:

- 1) не используют
- 2) используют

62. К типичным симптомам инфекционного мононуклеоза не относится:

- 1) лихорадка
- 2) ангина
- 3) увеличение шейных лимфоузлов
- 4) обильные выделения из носа
- 5) увеличение печени и селезенки

63. Наиболее значимыми диагностическими лабораторными тестами инфекционного мононуклеоза являются:

- 1) обнаружение 5% атипичных мононуклеаров в общем анализе крови
- 2) обнаружение антител Ig M VCA вируса Эпштейна-Барр
- 3) изменение активности трансаминаз
- 4) ПЦР слюны для выявления ДНК вируса Эпштейн-Барр

64. Вирус иммунодефицита человека отнесен к семейству:

- 1) ретровирусов
- 2) пикорнавирусов
- 3) миксовирусов

4)реовирусов

65.При СПИД в периферической крови выявляются:

- 1)лейкоцитоз + лимфоцитоз
- 2)лимфоцитоз + лейкопения
- 3)лейкопения + лимфопения

66.При СПИД показатели сывороточных иммуноглобулинов:

- 1)низкие
- 2)нормальные
- 3)повышенные

67.Определение специфических антител у ВИЧ-инфицированных возможно через:

- 1)10-14 дней
 - 2)30 дней
 - 3)40 и более дней
- от начала заболевания

68.Начальные симптомы ВИЧ-инфекции (верно все, кроме одного):

- 1)слабость
- 2)гепатоспленомегалия
- 3)лихорадка более 2 недель
- 4)лимфаденопатия(увеличение более чем имфоузла, более, чем в одной группе (кроме паховых))
- 5)судороги

69.Для экспресс-диагностики гриппа применяется реакция:

- 1)связывания комплемента
- 2)торможения гемагглютинации
- 3)иммунофлюоресценции

70.Степень стеноза гортани определяет:

- 1)наличие в легких влажных хрипов
- 2)степень дыхательной недостаточности

71.Что не относится к основным симптомам гриппа:

- 1)выраженная интоксикация
- 2)лихорадка, озноб
- 3)увеличение печени
- 4)слабые катаральные явления
- 5)острое начало

72.Для крупа характерны все, кроме:

- 1)грубый лающий кашель
- 2)осиплый голос
- 3)экспираторная одышка
- 4)инспираторная одышка
- 5)шумное дыхание

73.Симптомами аденовирусной инфекции являются все, кроме:

- 1)катаральные явления в ротоглотке
- 2)боли в суставах
- 3)увеличение шейных, мезентериальных лимфоузлов
- 4)конъюнктивит
- 5)гепатомегалия

74.Осложнениями гриппа являются:

- 1)ангина
- 2)отит
- 3)колит
- 4)пневмония

75. Развитие синдром крупа не характерно при:

- 1)дифтерии
- 2)гриппа
- 3)микоплазменной инфекции
- 4)парагриппа
- 5)корь

76.Фарингоконъюнктивальная лихорадка наблюдается при:

- 1)риновирусной инфекции
- 2)гриппе
- 3)аденовирусной инфекции
- 4)парагриппе

77. Для энтеровирусной инфекции характерны следующие проявления (верно все, кроме одного):

- 1)лихорадка
- 2)боли в суставах
- 3)герпангина
- 4)миалгии
- 5)энцефалит и миокардит новорожденных

78.При паралитическом полиомиелите не характерно:

- 1)расстройство чувствительности
- 2)атония
- 3)нейтрофильный цитоз в ликворе
- 4)лимфоцитарный цитоз в ликворе
- 5)расстройство двигательных функций

79. При микоплазменной инфекции не выявляется:

- 1)сухой кашель
- 2)увеличение печени и селезенки
- 3)пневмония
- 4)умеренная интоксикация
- 5)увеличение СОЭ

80.При возникновении краснухи встречается (верно все, кроме одного):

- 1) появление пятнистой сыпи с первых дней болезни
- 2) повышение температуры тела
- 3) увеличение затылочных лимфоузлов
- 4) ангина
- 5) катаральный синдром

81. Для профилактики краснухи применяются вакцины:

- 1) живая
- 2) химическая
- 3) живая ассоциированная
- 4) рекомбинантная

82. Дети не могут инфицироваться вирусом краснухи:

- 1) трансплацентарно
- 2) через грудное молоко
- 3) воздушно-капельным путем

83. При заболевании краснухой в общем анализе крови выявляется (верно все, кроме одного):

- 1) анемия
- 2) лейкопения
- 3) относительный лимфоцитоз
- 4) появление плазматических клеток до 10-30%
- 5) нормальная СОЭ

84. Осложнениями краснухи могут быть:

- 1) паротит
- 2) лимфаденит
- 3) энцефалит
- 4) артрит

85. При респираторно-синцитиальной инфекции у детей 1 года жизни характерно развитие:

- 1) бронхоолита
- 2) конъюнктивита
- 3) диареи

86. Укажите характер экзантемы при краснухе:

- 1) пятнисто-папулезная, розового цвета на неизменном фоне кожи
- 2) уртикарная, неправильной формы
- 3) папулезно-везикулезная
- 4) геморрагическая

87. Вирус гриппа не имеет тропности к:

- 1) эпителию дыхательной системы
- 2) эндотелию сосудов
- 3) ЦНС
- 4) гепатоцитам

88. При гриппе выраженный интоксикационный и умеренный катаральный синдромы появляются:

- 1)одновременно
- 2)катаральный синдром запаздывает
- 3)интоксикационный синдром запаздывает

89. Сегментарный отек легкого наблюдается при:

- 1)парагриппе
- 2)микоплазменной инфекции
- 3)гриппе

90. Субъединичные вакцины:

- 1)содержат только поверхностные антигены вируса гриппа
- 2)являются разрушенными вирионами гриппа из которых удалены реактогенные липиды

91. Дифтерийный круп характеризуется:

- 1)внезапным проявлением признаков стеноза
- 2)постепенным развитием клинических симптомов

92. При стенозе гортани 2-3 степени при парагриппе антибактериальная терапия:

- 1)показана
- 2)не показана

93. Этиотропная терапия аденовирусной инфекции:

- 1)арбидол, препараты рекомбинантного интерферона
- 2)римантадин
- 3)озельтамивир

94. Функции F-протеина РС вируса:

- 1)адгезия вируса на эпителиальных клетках
- 2)слияние клеток с образованием синцития

95. Этиотропная терапия РС-инфекции:

- 1)рибавирин
- 2)ремантадин
- 3)озельтамивир

96. В патогенезе бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста в меньшей степени имеет место:

- 1)отек слизистой оболочки бронхов
- 2)гиперсекреция вязкой слизи
- 3)бронхоспазм

97. Тяжесть состояния при бронхолите обусловлена:

- 1)выраженными проявлениями интоксикации

2)дыхательной недостаточностью

98. Клиника инфекционного мононуклеоза развивается при инфицировании: (исключая)

- 1)Listeria monocitogenes
- 2)Epstein-Barr virus
- 3)цитомегаловирус
- 4)HHV - 6

99.Вирус Эпштейн-Барр относится к:

- 1)семейству ортомиксовирусов
- 2)семейству парамиксовирусов
- 3)семейству пикорнавирусов
- 4)семейству герпесвирусов

100.Для инфекционного мононуклеоза характерно преимущественное увеличение:

- 1)передней лимфоузлов
- 2)задней лимфоузлов

101.Вирус Эпштейн-Барр инфицирует:

- 1)В-лимфоциты
- 2)Т-лимфоциты

102.Для инфекционного мононуклеоза не характерны:

- 1)храпящее дыхание
- 2)менингит
- 3)полиадения
- 4)ангина
- 5)гепатоспленомегалия

103.Укажите серологические маркеры острой ВЭБ-инфекции:

- 1)IgG анти- ВЭБ
- 2)IgM анти- ВЭБ
- 3)АТ к EBNA

104.Передача ВЭБ-инфекции не характерна:

- 1)воздушно-капельным путем
- 2)фекально-оральным путем
- 3)контактно-бытовом путем
- 4)трансфузионным путем
- 5)вертикальный путем

105.Персистенция ВЭБ в организме:

- 1)характерна
- 2)не характерна

106.Степень увеличения шейных лимфоузлов при ВЭБ-инфекции

соответствует

степени выраженности изменений в ротоглотке:

- 1)да
- 2)нет

107.Период заразности при ветряной оспе:

- 1)до 5 дня с момента появления первых высыпаний
- 2)до 5 дня с момента появления последних высыпаний

108.Для сыпи при ветряной оспе характерны:

- 1)истинный полиморфизм
- 2)ложный полиморфизм

109.При кори не поражаются:

- 1)органы дыхания
- 2)ЖКТ
- 3)нервная система
- 4)суставы
- 5)конъюнктура глаз

110.Иммунитет при кори:

- 1)стойкий
- 2)не стойкий

111.В какой период больной корью не является заразным:

- 1)продромальный период
- 2)период высыпаний
- 3)период пигментации
- 4)период инкубационный

112.При кори у детей первого года жизни не характерно:

- 1)укорочение длительности периодов болезни
- 2)отсутствует этапность высыпаний, необильные высыпания
- 3)появление желтухи
- 4)частое развитие осложнений
- 5)слабо выражены катаральные проявления

113.Источником инфицирования при скарлатине может быть больной ангиной:

- 1)верно
- 2)неверно

114.Заболеваемость детей в первом полугодии жизни кишечными инфекциями чаще всего обусловлена инфицированием:

- 1)сальмонеллой энтеритидис
- 2)иерсинией энтероколитика
- 3)условно-патогенной микрофлорой
- 4)шигеллами Бойда

115. Новорожденные и дети в возрасте до 6 мес. редко болеют ротавирусной инфекцией, что можно объяснить:

- 1) анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта ребенка этого возраста
- 2) наличием пассивного иммунитета
- 3) особенностями питания детей этого возраста
- 4) соблюдением строгого эпидрежима в отделениях для новорожденных

116. Высокая заболеваемость энтеропатогенным эшерихиозом имеет место у :

- 1) новорожденных и ослабленных детей раннего возраста
- 2) детей старшего возраста

117. Энтероинвазивный эшерихиоз поражает преимущественно детей:

- 1) раннего возраста и новорожденных
- 2) старшего возраста

118. Основной причиной летальных исходов при энтерогеморрагическом эшерихиозе является развитие:

- 1) кишечного кровотечения
- 2) перфорации кишечника
- 3) гемолитико-уремического синдрома – Гассера
- 4) ДВС-синдрома

119. Псевдомембранозный колит новорожденных чаще всего является результатом инфицирования:

- 1) антибиотикорезистентными штаммами клостридий перфрингенс
- 2) антибиотикоиндуцированными штаммами клостридий дефициле
- 3) эшерихиями коли 0157:H7

120. Для какой инфекции характерна заболеваемость в летне-осенний период:

- 1) ротавирусная инфекция
- 2) шигеллез Зонне и Флекснера
- 3) иерсиниоз кишечный

121. Кишечный иерсиниоз имеет подъем заболеваемости в зимне-весенний период года, так как: (1)

- 1) основным фактором при распространении иерсиниоза являются овощи и фрукты, хранящиеся в местах, доступных для контаминирующих их грызунов – погреб, овощные базы и др.
- 2) заражение происходит воздушно-капельным путем
- 3) в этот период года резко повышается восприимчивость детей к иерсиниозной инфекции за счет угнетения Т-хелперного звена иммунитета

122. При острых кишечных инфекциях инфицирование детей, находящихся на грудном вскармливании, чаще всего происходит:

- 1) пищевым путем
- 2) водным путем
- 3) контактно-бытовым

4)воздушно-капельным

123.При пищевом пути инфицирования и массивной инвазии шигеллезы заболевание характеризуется :

1)высокой лихорадки, головной боли, повторной рвоты, затем появляется колитический синдром

2)сильными схваткообразными болями в животе, жидким стулом, затем происходит повышение температуры тела и появляется рвота

124.В патогенезе развития синдрома нейротоксикоза при шигеллезе у детей ведущим является:

1)массивный прорыв токсических начал в кровь, экзо- или эндотоксинов, с преодолением гемато-энцефалического барьера

2)гиперергическая ответная реакция организма на внедрение возбудителя

3)накопление токсических продуктов обмена в крови и непосредственное их воздействием на ЦНС

125.Диарейный синдром при шигеллезе является результатом:

1)развития дисахаридазной недостаточности, повышения осмотической активности и нарушения всасывания воды и электролитов энтероцитами

2)воспалительного процесса на всем протяжении ЖКТ

3)инвазии шигелл в колоноциты и развитием воспалительного процесса

4)нарушений в системе циклических нуклеотидов и простагландинов.

126.Укажите характер боли в животе при шигеллезе:

1)схваткообразные, не связаны с актом дефекации,

2)схваткообразные, появляются перед актом дефекации

3)постоянные, без четкой локализации, ноющего характера

127.Укажите типичный характер стул при шигеллезе:

1)жидкого, пенистого стула с непереваренными остатками и патологическими примесями

2)обильного, жидкого стула с большим количеством мутной слизи, зелени и крови

3)скудного, зловонного стула с примесью слизи, зелени и крови

4)скудного, бескалового стула с примесью мутной слизи и прожилок крови

128.Для клинических проявлений холеры характерно:

1)начало заболевания с жидкого стула, затем появляется рвота

2)начало заболевания с рвоты, затем появляется жидкий стул

3)острое начало с многократной рвоты, гипертермического синдрома, сильных болей в животе, одновременно или через несколько часов появляется жидкий стул

129.Из перечисленных инфекций зоонозами являются все, кроме:

1)энтерогеморрагический эшерихиоз

2)клостридиоз перфрингенс

3)лептоспироз

4)брюшной тиф

5)кампилобактериоз

130. Водный путь инфицирования является ведущим среди следующих кишечных инфекций для:

- 1) холера
- 2) шигеллез
- 3) сальмонеллез
- 4) ботулизм

131. Для шигеллеза у детей раннего возраста не характерно:

- 1) отсутствие тенезмов, имеются лишь их эквиваленты
- 2) примесь крови в стуле появляется в более поздние сроки
- 3) гемоколит выражен уже с первых часов заболевания
- 4) синдром дистального колита выражен слабо или отсутствует
- 5) стул нередко носит энтероколитный характер

132. При пищевом пути инфицирования и массивной инвазии синдром первичного нейротоксикоза чаще всего развивается при:

- 1) холере
- 2) энтеропатогенном эшерихиозе
- 3) шигеллезах
- 4) сальмонеллезе
- 5) энтеротоксигенном эшерихиозе

133. При какой кишечной инфекции тяжесть заболевания определяют выраженные водно-электролитные нарушения:

- 1) шигеллез
- 2) сальмонеллез
- 3) холера
- 4) норовирусная инфекция
- 5) энтероинвазивный эшерихиоз

134. В комплексной терапии кишечных инфекций у детей раннего возраста не применяются:

- 1) эрцефурил, невидграмон
- 2) амикацин
- 3) смекта
- 4) лоперамида гидрохлорид
- 5) комплексный иммуноглобулиновый препарат - КИП

135. Запрещенными продуктами в остром периоде кишечных инфекций являются:

- 1) сухари из белого хлеба
- 2) молочно-кислые продукты - кефир, творог
- 3) безмолочные каши
- 4) мясные и рыбные бульоны
- 5) яблоки

136. В рацион питания детей с кишечными инфекциями в остром периоде необходимо исключить:

- 1) соки

- 2) кефир "Бифидок"
- 3) безмолочные каши - рисовая, гречневая
- 4) овощное пюре
- 5) нежирные сорта мяса, рыбы

137. С целью энтеральной детоксикации при кишечных инфекциях у детей можно применять (верно все, кроме одного):

- 1) регидрон
- 2) смекту
- 3) энтеросгель
- 4) полифепам
- 5) энтеродез

138. Проведение инфузионной терапии при острых кишечных инфекциях у детей не показано:

- 1) при нейротоксикозе
- 2) острой потере массы тела 3-5%
- 3) наличие признаков гиповолемического шока
- 4) неукротимой рвоте

139. Клинические проявления солидефицитного эксикоза (верно все, кроме одного):

- 1) отсутствие жажды
- 2) выраженная жажда
- 3) судорожная готовность
- 4) вялость, адинамия
- 5) микроциркуляторные нарушения

140. К группе инвазивных кишечных инфекций относятся все, кроме:

- 1) шигеллез
- 2) сальмонеллез
- 3) клостридиоз перфрингенс
- 4) энтероинвазивный эшерихиоз
- 5) ротавирусная инфекция

141. Критериями диагностики ротавирусной инфекции у детей являются:

- 1) зимняя сезонность заболеваний
- 2) отсутствие сезонности
- 3) заболевание начинается с рвоты, затем появляется жидкий стул
- 4) эксикоз 2-3 степени
- 5) стул жидкий, обильный, водянистый, пенистый, без патологических примесей

142. Для энтероколитической формы сальмонеллеза характерно все, кроме:

- 1) кратковременная лихорадка
- 2) длительная лихорадка
- 3) густо обложенный язык
- 4) жидкий стул типа «болотной тины»
- 5) жидкий, обильный стул, без патологических примесей

143. Укажите клинические симптомы шигеллеза (верно все, кроме одного):

- 1) острое начало заболевания с высокой лихорадки, головной боли, рвоты, затем присоединяется диарейный синдром
- 2) длительная лихорадка
- 3) схваткообразные боли в животе
- 4) наличие синдрома дистального колита
- 5) тенезмы и спазм сигмовидной кишки

144. Для клинических проявлений брюшного тифа характерно все, кроме:

- 1) розеолезная сыпь на 8-10 день болезни
- 2) пятнисто-папулезная сыпь
- 3) постепенное повышение температуры тела до высоких цифр
- 4) брадикардия
- 5) нарушение сознания - оглушенность, сонливость и др.

145. Клиническими симптомами, характерными для кампилобактерной этиологии кишечной инфекции, являются:

- 1) повторная рвота
- 2) острое начало заболевания с озноба и гипертермического синдрома - 39-40°C
- 3) кровь в стуле, появляющаяся на 2-3 день болезни
- 4) боли в животе, в мышцах и суставах
- 5) появление сыпи типа розеол на 4-5 день болезни

146. Клиническими критериями диагностики ботулизма у детей являются все, кроме:

- 1) диплопия
- 2) дисфагия
- 3) гнусавость голоса
- 3) птоз
- 4) затемнение сознания, вплоть до комы
- 5) мидриаз

147. Госпитализация является обязательной, независимо от тяжести заболевания все, кроме:

- 1) брюшном тифе
- 2) дизентерии
- 3) холере
- 4) дифтерии
- 5) ботулизме

148. У детей старше 7 лет по эпидпоказаниям проводится вакцинация при:

- 1) холере
- 2) шигеллезах Зонне
- 3) сальмонеллезе

149. Антибактериальные препараты при шигеллезе не показаны при :

- 1) тяжелой форме болезни

- 2)среднетяжелой форме у детей раннего возраста
- 3)длительном бактериовыделении
- 4)любой форме болезни с наличием гемоколита

150.Местный воспалительный процесс при шигеллезе развивается:

- 1)преимущественно в тонкой кишке
- 2)преимущественно в толстой кишке
- 3)на всем протяжении желудочно-кишечного тракта

151.Проведение противоэпидемической работы в очаге шигеллеза (Сан ПИН, 2002г.) включает все, кроме:

- 1)экстренное извещение в СЭС
- 2)карантин на 7 дней
- 3)наблюдение за контактными в течение 7 дней, однократное бактериологическое обследование в очаге
- 4)текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция

152.При энтеропатогенном эшерихиозе не характерно:

- 1)рвота упорная, с первых дней болезни, учащается к 5-7 дню болезни
- 2)жидкий стул зловонный, по типу «болотной тины»
- 3)температура держится в течение 1-2 недель
- 4)водянистый оранжевого цвета, с хлопьями прозрачной слизи стул

153.Вирулентность энтеротоксигенных эшерихий определяется:

- 1)инвазивностью
- 2)цитотоксичностью
- 3)энтеротоксигенностью

154.Для проведения оральной регидратации у детей используются:

- 1)глюкосалан
- 2)ацесоль
- 3)регидрон

155.Ротавирусная инфекция подтверждается обнаружением цельных вирионов, вирусных антигенов, вирусспецифической РНК в :

- 1)крови
- 2)копрофильтратах
- 3)носоглоточной слизи

156.Укажите механизм диареи при ротавирусной инфекции:

- 1)секреторная
- 2)осмотическая
- 3)инвазивная

157.При холере основным механизмом развития диареи является:

- 1)инвазивный
- 2)секреторный

3) осмотический

158. Состояние декомпенсированного обезвоживания при холере называется:

- 1) алгид
- 2) нейротоксикоз
- 3) кишечный токсикоз

159. Укажите характерный для холеры вариант стула:

- 1) типа «болотной тины»
- 2) типа «горохового пюре»
- 3) типа «рисового отвара»
- 4) в виде ректального плевка

160. Заболеваемость брюшным тифом на современном этапе характеризуется как:

- 1) спорадическая
- 2) эпидемические вспышки

161. Из средств этиотропной терапии при брюшном тифе применяют:

- 1) пенициллин
- 2) эритромицин
- 3) левомицетин

162. Переход на обычную диету при брюшном тифе осуществляется на:

- 1) 7-14 день болезни
- 2) 15-21 день болезни
- 3) 30 день болезни

163. Контактные с больным брюшным тифом подлежат медицинскому наблюдению:

- 1) в течение 2 недель
- 2) 30 дней
- 3) 21 дня

164. Лица, переболевшие брюшным тифом, подлежат диспансерному наблюдению в течение:

- 1) 2 лет
- 2) 1 мес.

165. Для повышения эффективности бактериологической диагностики иерсиниоза фекалии помещают:

- 1) в термостат
- 2) в холодильник

166. Вторично-очаговой формой иерсиниоза является:

- 1) аппендикулярная
- 2) септическая

- 3)узловатая эритема
- 4)пневмония
- 5)гастроинтестинальная

167.К абдоминальной форме иерсиниоза относятся следующие клинические варианты болезни (верно все, кроме одного):

- 1)терминальный илеит
- 2)менингит
- 3)мезаденит
- 4)панкреатит
- 5)аппендицит

168.Изменение окраски мочи при вирусном гепатите обусловлено появлением в моче (верно все, кроме одного):

- 1)уробилина
- 2) желчных пигментов (билирубинурии)
- 3) амилазы

169.Серологическим маркером, подтверждающим этиологию гепатита А в острый период болезни, является:

- 1)анти-HAV IgM
- 2)анти-HBc IgM
- 3)анти-HBe
- 4)анти-HCV IgM

170.Передача вируса гепатита В осуществляется :

- 1)воздушно-капельным путем
- 2)трансмиссивным путем
- 3)пищевым путем
- 4)гемоконтактным путем

171. Для субклинической формы гепатита А характерно (верно все, кроме одного):

- 1)увеличение печени
- 2)боль в животе
- 3)повышение активности АлАТ в сыворотке крови
- 4)гипербилирубинемия
- 5)выявление в сыворотке крови анти-HAV IgM

172. Какие возбудители вызывают инфекции у пациентов после удаления селезенки?

- 1)стафилококк
- 2)энтеробактерии
- 3)герпесвирусы
- 4)грибы рода Кандида
- 5)менингококк, пневмококк, гемофильная палочка

173. При осмотре живота у больного гепатитом А можно выявить (верно все, кроме одного):

- 1) бугристую поверхность печени
- 2) увеличение размеров, болезненность печени при пальпации
- 3) пальпируемый нижний край печени закруглен
- 4) плотно-эластическую консистенцию печени

174. Морфологической основой фульминантной формы гепатита В и D является:

- 1) баллонная дистрофия
- 2) острый массивный некроз
- 3) фиброз

175. Для лечения хронического гепатита в настоящее время применяется:

- 1) рекомбинантный интерферон
- 2) нормальный человеческий иммуноглобулин
- 3) вакцина против гепатита В

176. Клиническими проявлениями типичного вирусного гепатита А являются кроме:

- 1) увеличение размеров печени
- 2) темная моча
- 3) желтушность кожи и слизистых
- 4) наличие мелкоточечной сыпи, преимущественно на сгибательной поверхности конечностей и в естественных складках
- 5) ахолия

177. Поствакцинальный иммунитет против гепатита В представлен:

- 1) анти-HAV IgG
- 2) анти-HBs
- 3) анти-HBсog суммарные

178. Лабораторными признаками типичного вирусного гепатита А являются все, кроме:

- 1) повышение уровня общего билирубина в сыворотке крови за счет конъюгированного билирубина
- 2) повышение уровня общего билирубина в сыворотке крови за счет неконъюгированного билирубина
- 3) подъем уровня трансаминаз в сыворотке крови
- 4) повышение показателей тимоловой пробы
- 5) снижение ПТИ

179. Вакцинация против вирусного гепатита А является:

- 1) обязательной
- 2) проводится по эпидпоказаниям

180. Для безжелтушной формы острого вирусного гепатита характерен:

- 1) повышенный уровень сывороточных трансаминаз
- 2) нормальный уровень сывороточных трансаминаз

181. Гепатит Е наиболее неблагоприятно протекает у:

- 1) детей раннего возраста
- 2) беременных женщин
- 3) детей школьного возраста и подростков

182. Для профилактики гепатита А в настоящее время применяется вакцина:

- 1) живая
- 2) плазменная
- 3) рекомбинантная
- 4) инактивированная

183. При вирусном гепатите С часто отмечается:

- 1) фульминантная форма
- 2) хронизация процесса
- 3) выздоровление

184. При вирусном гепатите А, источник инфекции представляет наибольшую эпидемиологическую опасность в:

- 1) преджелтушном периоде
- 2) желтушном периоде

185. При хроническом гепатите С уровень аминотрансфераз всегда повышен:

- 1) да
- 2) нет

186. Критерием эффективности противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов является все, кроме:

- 1) уменьшение размеров печени
- 2) нормализации уровня сывороточных трансаминаз
- 3) исчезновению маркеров репликации вируса из сыворотки крови
- 4) снижение вирусной нагрузки

187. Противопоказанием к вакцинации против гепатита В является:

- 1) хронический гепатит С
- 2) гипертермическая реакция на вакцину АКДС
- 3) острая фаза инфекционного заболевания

188. Основной путь передачи гепатита В детям первого года жизни:

- 1) трансплацентарный
- 2) воздушно-капельный
- 3) парентеральный

189. Сывороточными маркерами периода разгара острого гепатита В

являются все, кроме:

- 1)анти-НВс IgM
- 2)анти-НВе
- 3)НВсAg
- 4)НВеAg

190.Сывороточным маркером, указывающим на полное выздоровление от гепатита В, является:

- 1)ДНК НВV
- 2)анти-НВс
- 3)НВе-антиген

191.Гепатит С подтверждается обнаружением в крови:

- 1)анти-СМV
- 2)анти-НСV
- 3)анти-НВс IgG

192.Лабораторными критериями гепатодистрофии являются все, кроме:

- 1)снижение протромбинового индекса
- 2)повышение протромбинового индекса
- 3)билирубин-ферментная диссоциация
- 4)билирубин-белковая диссоциация
- 5)повышение уровня неконъюгированного билирубина

193.Вакцинопрофилактика гепатита В защищает больного от гепатита D:

- 1)верно
- 2)неверно

194.Вирус гепатита А у больных можно выявить кроме:

- 1)в фекалиях
- 2)в сперме
- 3)в грудном молоке
- 4)в слюне
- 5)в моче

195.На первом году жизни дети чаще болеют:

- 1)гепатитом А
- 2)гепатитом В

196.Гепатит В всегда заканчивается выздоровлением:

- 1)верно
- 2)неверно

197.ДНК-содержащим является возбудитель:

- 1)гепатита А
- 2)гепатита В
- 3)гепатита С
- 4)гепатита Д

198.Вирусный гепатит С вызывается:

- 1)ДНК-содержащим вирусом
- 2)РНК-содержащим вирусом

199.Вирусный гепатит Д вызывается:

- 1)ДНК-содержащим вирусом
- 2)РНК-содержащим вирусом

200.Для злокачественной формы вирусного гепатита Д характерно все, кроме:

- 1)психомоторное возбуждение, инверсия сна, судороги
- 2)уменьшение размеров печени, нарастающая желтуха, увеличение селезенки
- 3)большие размеры печени

201.Какие серологические маркеры характерны для злокачественной формы ВГВ: (

- 1)низкие титры HBsAg
- 2)раннее обнаружение анти-HBs
- 3)отсутствие HBeAg.

202.Для начального периода ККГЛ характерно все, кроме:

- 1)лейкоцитоз
- 2)острое начало с высокой лихорадкой и ознобом, мышечные боли, ломота во всем теле
- 3)артралгии, вялые параличи
- 4)гиперемия лица, шеи и слизистой оболочки ротоглотки
- 5)тошнота, рвота, боли в животе

203.Укажите характерные изменения в общем анализе крови для начального периода ККГЛ:

- 1)лейкоцитоз
- 2)лейкопения, тромбоцитопения
- 3)сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нормальная СОЭ, или слегка повышена
- 4)анемия

204.Основным резервуаром и источником вируса ККГЛ являются:

- 1)коровы, козы
- 2)птицы
- 3)иксодовые клещи
- 4)грызуны, зайцы
- 5)человек

205.Метод ПЦР в диагностике ККГЛ используют:

- 1)в первые 5 дней болезни
- 2)на 2 неделе заболевания
- 3)в инкубационный период
- 4)при выписке больного

206. Причинами геморрагического синдрома при ККГЛ являются:

- 1) потребление факторов свертывания, повышение проницаемости сосудов, тромбоцитопения,
- 2) гипопластическое состояние кроветворения
- 3) иммуносупрессия

207. Патогномоничными клиническими признаками псевдотуберкулеза являются (верно все, кроме одного):

- 1) лихорадка, экзантема, катаральный синдром, артралгии
- 2) гепатомегалия, спленомегалия
- 3) полирадикулонейропатия
- 4) увеличение периферических лимфоузлов

208. Для лечения псевдотуберкулеза применяют все, кроме:

- 1) макролиды
- 2) левомицетин
- 3) цефалоспорины
- 4) аминогликозиды

209. Характерными изменениями в гемограмме при лептоспирозе являются все, кроме:

- 1) тромбоцитопения
- 2) нормальная СОЭ
- 3) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, до миелоцитов
- 4) ускоренная СОЭ

210. Боррелиоз вызывается:

- 1) вирусами
- 2) бактериями
- 3) риккетсиями
- 4) спирохетами

211. Патогномоничным клиническим признаком при боррелиозе является:

- 1) мигрирующая кольцевидная эритема
- 2) серозный менингит
- 3) синдром Бановарта, поражение лицевого и тройничного нерва, сегментарные радикулоневриты
- 4) пневмонии

212. Для мигрирующей эритемы при боррелиозе характерно все, кроме:

- 1) кольцевидная эритема в месте укуса
- 2) эритема имеет кольцевидную форму с геморрагиями
- 3) типичен регионарный лимфаденит
- 4) возможно формирование дочерних кольцевидных эритем

213. Для лечения боррелиоза у детей раннего возраста назначают все, кроме:

- 1) фторхинолоны

- 2)пенициллин, феноксиметилпенициллин
- 3)цефалоспорины
- 4)кларитромицин

214.Для врожденных гепатитов характерно все, кроме:

- 1)желтуха
- 2)гепатоспленомегалия
- 3)геморрагический синдром
- 4)менингоэнцефалит
- 5)холестаз

215.В качестве этиотропной терапии при врожденном гепатите В применяют:

- 1)реаферон
- 2)виферон
- 3)циклоферон

216.Преобладающий путь передачи псевдотуберкулеза:

- 1)контактно-бытовой
- 2)алиментарный
- 3)трансплацентарный
- 4)воздушно-капельный

217.Для псевдотуберкулеза не характерно появление:

- 1)лихорадки, кашля
- 2)артралгий
- 3)мелкопятнистой сыпи
- 4)везикулезной сыпи
- 5)болей в животе, диареи

218.Для профилактики псевдотуберкулеза не применяется:

- 1)вакцинопрофилактика
- 2)организация правильного хранения продуктов питания в холодильниках
- 3) бактериологический контроль за продуктами питания, не подвергающихся термической обработке
- 4)дезинфекция
- 5)дератизация

219.При врожденном иммунодефиците показана вакцинация:

- 1)живой полиомиелитной вакциной
- 2)инактивированной полиомиелитной вакциной

220.Суперинфекция дельта-вирусом представляет опасность для больных:

- 1)гепатитом В
- 2)гепатитом А
- 3)гепатитом С.

221.При повреждениях, нанесенных дикими животными, для экстенной профилактики бешенства применяют:

- 1)антирабический гамма-глобулин

2) антирабическую вакцину и/или антирабический гамма-глобулин

222. Для клинических проявлений безжелтушного лептоспироза не характерно:

- 1) лихорадка, экзантема, увеличение всех групп лимфоузлов
- 2) лицо гиперемированное, одутловатое, инъекция сосудов склер, конъюнктив
- 3) менингит
- 4) боль в икроножных мышцах
- 5) поражение почек

223. Для лечения лептоспироза используют (верно все, кроме одного):

- 1) бензилпенициллин,
- 2) аминопенициллины
- 3) поливалентная убитая лептоспирозная вакцина
- 4) цефалоспорины 3 поколения

224. Основной путь передачи приобретенного токсоплазмоза является:

- 1) воздушно-капельный
- 2) алиментарный
- 3) трансмиссивный

225. К основным симптомам общего столбняка относятся все, кроме:

1) ранняя триада симптомов: тризм жевательных мышц, «сардоническая улыбка», дисфагия

- 2) тоническое напряжение других групп мышц
- 3) потеря сознания
- 4) общие тетанические судороги

226. В лечении столбняка применяют:

- 1) противостолбнячный иммуноглобулин
- 2) противостолбнячный анатоксин
- 3) зовиракс

227. Основным источником заболевания малярией является:

- 1) больной человек
- 2) грызуны

228. Характерными признаками церебральной формы врожденной ЦМВИ являются:

- 1) кальцификаты в головном мозге
- 2) кровоизлияния в мозг
- 3) расплавление костной ткани

229. При инфицировании цитомегаловирусом в поздние сроки беременности

у

новорожденного выявляются все, кроме:

- 1) гепатомегалия
- 2) желтуха
- 3) геморрагический синдром
- 4) пороки развития

230. Пути инфицирования плода цитомегаловирусной инфекцией все, кроме:

- 1) нисходящий
- 2) парентеральный
- 3) трансплацентарный
- 4) через грудное молоко

231. Для краснушной эмбриофетопатии характерна сыпь на коже:

- 1) да
- 2) нет

232. Врожденная катаракта при врожденной краснушной инфекции свидетельствует о воздействии вируса на плод в период:

- 1) эмбриогенеза
- 2) фетогенеза

233. Парезы, параличи чаще всего бывают исходом внутриутробно перенесенного:

- 1) сифилиса
- 2) краснухи
- 3) токсоплазмоза
- 4) листериоза

234. При какой врожденной инфекции часто диагностируется порок сердца?

- 1) листериоз
- 2) сифилис
- 3) краснуха
- 4) токсоплазмоз

235. Для листериозной инфекции при внутриутробном инфицировании более характерно формирование:

- 1) эмбриопатий
- 2) фетопатий

236. Сколько видов токсоплазм существует?

- 1) 5
- 2) 1
- 3) 2

237. В каком виде существует токсоплазма в организме промежуточных хозяев?

- 1) спорозоида
- 2) ооциста
- 3) трофозоида
- 4) спороциста

238. В каком виде выделяется токсоплазма из организма окончательного

хозяина?

- 1) трофозоиды
- 2) ооцисты
- 3) спороцисты
- 4) тканевые цисты

239. Укажите пути передачи токсоплазм все, кроме:

- 1) алиментарный
- 2) воздушно-капельный
- 3) вертикальный
- 4) контактный

240. Какими путями передаются токсоплазмы от человека человеку?

- 1) воздушно-капельным путем
- 2) конгенитальным путем
- 3) половым путем
- 4) контактно-бытовым путем

241. Токсоплазмоз является маркерной инфекцией:

- 1) клеточного иммунодефицита
- 2) дефицита гуморального звена иммунитета

242. У большинства больных токсоплазмоз протекает как:

- 1) первично-латентная форма
- 2) хроническая форма
- 3) острые формы

243. В какой период внутриутробного развития выше риск инфицирования плода токсоплазмами?

- 1) в 1 триместре
- 2) во 2 триместре
- 3) в 3 триместре беременности

244. Высокоинфекционной формой хламидий является:

- 1) элементарное тельце
- 2) ретикулярное тельце

245. Какие клинические формы характерны для врожденного хламидиоза все, кроме:

- 1) пневмония
- 2) конъюнктивит
- 3) сепсис
- 4) энтеропатия

246. Какие препараты используются для лечения врожденной хламидийной инфекции?

- 1) полусинтетические пенициллины
- 2) макролиды

- 3)тетрациклины
- 4)фторхинолоны

247.Этиотропное лечения врожденной герпетической инфекции включает:

- 1)зовиракс, иммуноглобулины,
- 2)валтрекс
- 3)цефотаксим
- 4)НВПС

248.Какая сыпь характерна для герпетической инфекции:

- 1)эритематозная
- 2)везикулезная

249.Врожденная герпетическая инфекция всегда проявляется генерализованными формами?

- 1)да
- 2)нет

250.Возбудитель герпетической инфекции тропен ко всему, кроме:

- 1)коже
- 2)слизистым
- 3)нервной системе
- 4)костной ткани

251.Укажите этиологию листериозной инфекции:

- 1)вирусная
- 2)паразитарная
- 3)бактериальная
- 4)грибковая

252.Listeria monocytogenes относится к семейству:

- 1)энторобактерий
- 2)коринебактерий
- 3)герпесвирусов

253.Риск перинатального инфицирования НВ вирусом достигает:

- 1)5-7%
- 2)40%
- 3)90%
- 4)25%

254.По эпидемиологическим характеристикам листериоз относится к:

- 1)антропонозам
- 2)сапронозам
- 3)зоонозам

255.Укажите путь передачи, не характерный для листериозной инфекции:

- 1)аэрогенный
- 2)алиментарный
- 3)контактный
- 4)вертикальный
- 5)трансфузионный

256.Укажите пути вертикального механизма передачи листериоза:

- 1)восходящий
- 2)трансплацентарный
- 3)интранатальный
- 4)нисходящий

257.Специфическим морфологическим признаком листериозного процесса является:

- 1)гранулемы
- 2)некрозы
- 3)катаральное воспаление

258.Врожденный листериоз чаще проявляется как:

- 1)эмбриопатия
- 2)ранняя фетопатия
- 3)поздняя фетопатия

259.При листериозном менингите в ликворе наблюдается плеоцитоз:

- 1)лимфоцитарный
- 2)нейтрофильный
- 3)смешанный

260.Характерные методы диагностики листериоза все, кроме:

- 1)бактериологический
- 2)вирусологический
- 3)серологический
- 4)молекулярно-биологический

261.Препаратом выбора этиотропной терапии листериоза являются:

- 1)цефазолин
- 2)ампициллин
- 3)левомицетин
- 4)группа макролидов

262.Наиболее частым клиническим проявлением недостаточности иммунного ответа является:

- 1)инфекционный синдром
- 2)аллергический синдром
- 3)аутоиммунный синдром
- 4)пролиферативный синдром

263.Наличие иммунодефицитного состояния может быть:

- 1)при наличии только клинических проявлений ИДС
- 2)при обязательном подтверждении клинических проявлений лабораторными данными
- 3)только на основании снижения показателей иммунного статуса
- 4)не требует клинического и лабораторного подтверждения

264.Рецидивирующая герпетическая инфекция может указывать на наличие:

- 1)дефицита фагоцитоза
- 2)дефицита системы комплемента
- 3)тяжелой комбинированной иммунной недостаточности
- 4)дефицит Т-клеточного звена

265.Рецидивирующий кандидоз слизистых является проявлением:

- 1)дефицита фагоцитоза
- 2)дефицита Т-клеточного звена
- 3)дефицита системы комплемента
- 4)тяжелой комбинированной иммунной недостаточности

266.Противопоказанием для заместительной терапии препаратами иммуноглобулинов является:

- 1)болезнь Брутона
- 2)общая переменная иммунная недостаточность
- 3)селективный дефицит IgA
- 4)тяжелый инфекционный процесс при синдроме Джоба

267.Иммуноглобулины для внутривенного введения содержат преимущественно:

- 1)IgA
- 2)IgG
- 3)IgM
- 4)IgE

268.С целью заместительной терапии при гипо- или агаммаглобулинемии используются:

- 1)иммуноглобулины для внутривенного введения
- 2)иммуноглобулины для внутримышечного введения
- 3)препараты интерферонов
- 4)миелопид

269.При наследственном ангионевротическом отеке средством патогенетической терапии является:

- 1)назначение антигистаминных средств
- 2)назначение рекомбинантного ингибитора C1-компонента комплемента
- 3)заместительная терапия препаратами иммуноглобулинов для внутривенного введения
- 4)системные глюкокортикостероиды

270. Показанием для назначения рибомунила является:

- 1) рецидивирующая герпетическая инфекция
- 2) остеомиелит
- 3) затяжное течение бронхита
- 4) синдром хронической усталости

271. Ликопид является:

- 1) бактериальным иммуномодулятором
- 2) иммуноглобулином для внутривенного введения
- 3) иммунодепрессантом
- 4) рекомбинантным ингибитором С1-компонента комплемента

272. Наследственный ангионевротический отек является:

- 1) первичным дефицитом Т-клеточного звена
- 2) первичным дефицитом гуморального звена
- 3) первичным дефицитом системы комплемента
- 4) первичным дефицитом системы фагоцитоза

273. Агаммаглобулинемия диагностируется при суммарном количестве сывороточных иммуноглобулинов:

- 1) < 100 г
- 2) < 10 г/л
- 3) < 2,5 г/л
- 4) < 1,0 г/л

274. Базисной терапией болезни Брутона является:

- 1) ежегодный курс полиоксидония 6 мг внутримышечно N10
- 2) заместительная терапия препаратами иммуноглобулинов для внутривенного введения
- 3) терапия рекомбинантными интерферонами
- 4) повторные курсы индукторов интерферона

275. В лечении первичных иммунодефицитов не используются:

- 1) иммуноглобулины для внутривенного введения
- 2) трансплантация костного мозга
- 3) генноинженерная терапия
- 4) иммуномодуляторы

276. К бактериальным иммуномодуляторам относится:

- 1) полиоксидоний
- 2) миелопид
- 3) тимогексин
- 4) бронхомунал

277. К химически чистым иммуномодуляторам относится:

- 1) полиоксидоний
- 2) тималин

- 3)рибомунил
- 4)интерферон

278.Тимозин альфа-1 («Задаксин») относится к группе:

- 1)бактериальных лизатов
- 2)химически чистых иммуномодуляторов
- 3)препаратов тимуса и их аналогов
- 4)интерферонов

279.Показанием для назначения бронхомунала является:

- 1)рецидивирующая герпетическая инфекция
- 2)остеомиелит
- 3)затяжное течение бронхита
- 4)синдром хронической усталости

280.Показанием для назначения препарата «Имудон» является:

- 1)рецидивирующая герпетическая инфекция
- 2)рецидивирующий бактериальный стоматит
- 3)затяжное течение бронхита
- 4)синдром хронической усталости

281.Синдром Джоба, гипериммуноглобулинемия E, является маркером нарушения:

- 1)функции Т-лимфоцитов
- 2)функции В-лимфоцитов
- 3)функции системы фагоцитоза
- 4)Т- и В-клеточного иммунитета

282.Синдром Луи – Бар, атаксии-телеангиэктазии, является маркером:

- 1)первичного иммунодефицита системы комплемента
- 2)комбинированного дефицита Т- и В-системы иммунитета
- 3)иммунодефицита В-лимфоцитов
- 4)дефекта системы фагоцитоза

283.Ликопид относится к группе:

- 1)полусинтетических бактериальных иммуномодуляторов
- 2)химически чистых иммуномодуляторов
- 3)препаратов тимуса и их аналогов
- 4)индукторов интерферона

284.Первые клинические (признаки) проявления первичных иммунодефицитов

по В-клеточному типу появляются:

- 1)с 1-го месяца жизни
- 2)с 4-6-го месяца жизни
- 3)на втором году жизни
- 4)в подростковом периоде

285.Патогенетически обоснованной терапией при В-клеточных иммунодефицитах является:

- 1)трансплантация тимуса
- 2)введение тимических гормонов
- 3)введение иммуноглобулинов
- 4)введение антибиотиков

286.ВИЧ относится к семейству:

- 1)ретровирусов (Retroviridae), к типу ротавирусов
- 2)парамиксовирусов (Paramyxoviridae), к роду РС-вирусов
- 3)ретровирусов (Retroviridae), подсемейству онковирусов
- 4)ретровирусов, подсемейству лентивирусов

287.Рецепторами для ВИЧ на клетках-мишенях являются:

- 1)CD3
- 2)CD4
- 3)IgG
- 4)CD11

288.Провирус ВИЧ – это:

- 1)РНК вируса в цитоплазме чувствительной клетки
- 2)ДНК вируса в цитоплазме клетки
- 3)ДНК вируса в ядре клетки
- 4)интегрированная ДНК вируса в ДНК клетки-хозяина

289.Провирус ВИЧ активируется потому, что:

- 1)имеет регуляторные гены, ответственные за активацию провируса
- 2)делящейся клетке
- 3)встраивается в ДНК покоящейся чувствительной клетки
- 4)отпочковывается" от чувствительной клетки
- 5)на него действуют антигены и митогены

290.В основе классификации клинических стадий ВИЧ-инфекции лежит:

- 1)количество CD4+ Т-лимфоцитов
- 2)количество CD8+ Т-лимфоцитов
- 3)наличие антител к env и соге белкам ВИЧ
- 4)продукция интерлейкинов

291.СПИД-индикаторной категорией CD4+ Т-лимфоцитов является:

- 1)1000 кл/мкл ($\approx 50\%$)
- 2) ≥ 500 кл/мкл ($\geq 29\%$)
- 3)200-499 кл/мкл (14-28%)
- 4) < 200 кл/мкл ($< 14\%$)

292.Длительность серонегативного периода при ВИЧ-инфекции составляет:

- 1)2 недели
- 2)до 3 месяцев
- 3)до 6 месяцев

4)до 1 года

293.Рецептором для вируса Т-клеточного лейкоза является:

- 1)рецептор для C3d-компонента комплемента
- 2)рецептор для IL-2
- 3)CD4-рецептор
- 4)CD8-рецептор

294.Рецептором для вируса Эпштейн-Барр является:

- 1)рецептор для C3d-компонента комплемента – CD21
- 2)рецептор для IL-2
- 3)CD4-рецептор
- 4)CD8-рецептор

295.Вирус герпеса 6 типа поражает преимущественно:

- 1)В-лимфоциты
- 2)Т-лимфоциты
- 3)фагоциты
- 4)не является иммуотропным вирусом

296.Цитомегаловирус:

- 1)не является представителем семейства Herpesviridae
- 2)не обладает полицитотропностью
- 3)обладает полицитотропностью
- 4)не поражает слюнные железы

297.Какой из перечисленных факторов не играет существенной роли в иммунном

ответе на вирусные инфекции?

- 1)нейтрофилы
- 2)Т-лимфоциты
- 3)В-лимфоциты
- 4)антитела
- 5)цитокины

298.Какая из вирусных инфекций часто рецидивирует при дефектах образования

антител?

- 1)герпесвирусная
- 2)энтеровирусная
- 3)геморрагическая лихорадка
- 4)грипп
- 5)парагрипп

299.К каким бактериальным инфекциям предрасполагает дефицит иммуноглобулина G:

- 1)стрептококк, гемофильная палочка, моракселла
- 2)стафилококк

- 3)энтеробактерии
- 4)туберкулезная палочка

300.Для лечения лептоспироза используют:

- 1)бензилпенициллин
- 2)сумамед
- 3)ципрофлоксацин

**Эталоны ответов к контролю текущих и заключительных знаний студентов
педиатрического факультета 6 курса**

1-3	46-2	90-1	134-4	178-2	223-3	267-2
2-2	47-1	91-2	135-4	179-2	224-2	268-1
3-2	48-3	92-1	136-1	180-1	225-3	269-2
4-3	49-4	93-1	137-1	181-2	226-1	270-3
5-1	50-1	94-2	138-2	182-4	227-1	271-1
6-3	51-1	95-1	139-2	183-2	228-1	272-3
7-2	52-4	96-3	140-5	184-1	229-4	273-3
8-1	53-2	97-2	141-2	185-2	230-2	274-2
9-2	54-3	98-1	142-1	186-1	231-1	275-4
10-1	55-4	99-4	143-2	187-3	232-2	276-4
11-1	56-3	100-2	144-2	188-1	233-3	277-1
12-2	57-5	101-1	145-5	189-2	234-3	278-3
13-4	58-1	102-2	146-4	190-2	235-2	279-3
14-3	59-1	103-2	147-2	191-2	236-2	280-2
15-5	60-3	104-2	148-1	192-2	237-3	281-3
16-2	61-1	105-1	149-3	193-1	238-2	282-2
17-4	62-4	106-2	150-2	194-1	239-2	283-1
18-2	63-2	107-2	151-2	195-2	240-2	284-2
19-4	64-1	108-2	152-2	196-2	241-1	285-3
20-1	65-3	109-4	153-3	197-2	242-1	286-4
21-3	66-2	110-1	154-1	198-2	243-3	287-2
22-5	67-2	111-4	155-2	199-2	244-1	288-4
23-1	68-5	112-3	156-2	200-3	245-3	289-1
24-3	69-3	113-1	157-2	201-1	246-2	290-1
25-1	70-2	114-3	158-1	202-3	247-1	291-4
26-1	71-3	115-2	159-3	203-2	248-2	292-3
27-3	72-3	116-1	160-1	204-3	249-2	293-2
28-1	73-2	117-2	161-3	205-1	250-4	294-1
29-2	74-4	118-3	162-2	206-1	251-3	295-2
30-3	75-3	119-2	163-2	207-3	252-2	296-3
31-1	76-3	120-2	164-1	208-1	253-1	297-1
32-5	77-2	121-1	165-2	209-2	254-2	298-2
33-2	78-3	122-3	166-3	210-4	255-5	299-1
34-1	79-2	123-1	167-2	211-1	256-4	300-1
35-2	80-4	124-1	168-2	212-3	257-1	
36-2	81-1	125-3	169-1	213-1	258-3	
37-2	82-2	126-2	170-4	214-4	259-3	
38-2	83-1	127-4	171-4	215-2	260-2	
39-5	84-3	128-2	172-5	216-2	261-2	
40-1	85-1	129-1	173-1	217-4	262-1	
41-1	86-1	130-1	174-2	218-1	263-1	
42-4	87-4	131-3	175-1	219-2	264-4	
43-2	88-1	132-3	176-4	220-1	265-2	
44-3	89-3	133-3	177-2	221-2	266-3	
45-1						

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №1

1. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Правила размещения инфекционных больных в стационарах с целью предупреждения внутрибольничного инфицирования.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №2

1. Аденовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Правила проведения противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях в очаге. Укажите дезинфицирующие растворы.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №3

1. Парагрипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Холера. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, к.м.н.

К.М. Дзилихова

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №4

1. Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Эшерихиозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №5

1. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Иерсиниозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №6

1. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Брюшной тиф и паратифы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №7

1. Ветряная оспа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Вирусные диареи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №8

1. Инфекционный мононуклеоз (Эпштейн-Барр вирусная инфекция, цитомегаловирус, вирус герпеса человека 6 типа). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Энтеровирусные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №9

1. Герпетическая инфекция (вирусы герпеса человека 1 и 2 типа). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №10

1. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
2. Ботулизм. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №11

1. Герпесвирусная инфекция 6 типа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Токсоплазмоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика Вирусные диареи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №12

1. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Энтеральные гепатиты (гепатит А). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №13

1. Дифтерия дыхательных путей. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Энтеральные гепатиты (гепатит Е). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №14

1. Дифтерия ротоглотки. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
2. Парентеральные гепатиты (гепатит В, D). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Особенности течения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №15

1. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Парентеральные гепатиты (гепатит С). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Особенности течения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №16

1. Гемофильная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Бартонеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №17

1. Пневмококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Иксодовый клещевой боррелиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №18

1. Хламидиозы и хламидофиллезы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №19

1. Микоплазмозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Особенности проведения специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей. Вакцины.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №20

1. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Методика введения сывороток (противоботулинической, противодифтерийной)

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №21

1. Шигеллезы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
2. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №22

1. Сальмонеллезы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Правила приема инфекционного больного в стационар. Оформление направления. Осуществление госпитализации по категориям изоляции.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №23

1. Эшерихиозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №24

1. Иерсиниозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №25

1. Брюшной тиф и паратифы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №26

1. Холера. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Ветряная оспа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №27

1. Вирусные диареи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №28

1. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №29

1. Ботулизм. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Дифтерия ротоглотки. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №30

1. Токсоплазмоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика Вирусные диареи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Инфекционный мононуклеоз (Эпштейн-Барр вирусная инфекция, цитомегаловирус, вирус герпеса человека 6 типа). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №31

1. Энтеральные гепатиты (гепатит А). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №32

1. Парентеральные гепатиты (гепатит С). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Особенности течения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Пневмококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №33

1. Парентеральные гепатиты (гепатит В, D). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Особенности течения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Гемофильная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №34

1. Бартонеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Парагрипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №35

1. Иксодовый клещевой боррелиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Сальмонеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №36

1. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Шигеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика (в том числе с амебиазом). Лечение. Профилактика

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №37

1. Аденовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №38

1. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Эшерихиозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №39

1. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
2. Хламидиозы и хламидофиллезы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет №40

1. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Микоплазмозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д.Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №1

Заполните типовую медицинскую документацию: экстренное извещение в территориальное управление Роспотребнадзора РОО-Алания (СЭС).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №2

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при ОРИ (острый стенозирующий ларинготрахеит).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №3

Правила размещения инфекционных больных в стационарах с целью предупреждения внутрибольничного инфицирования.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №4

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при ОКИ (острая дегидратация).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №5

Правила проведения противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях в очаге. Укажите дезинфицирующие растворы.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №6

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при судорожном синдроме.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет педиатрический Курс 6
Дисциплина Инфекционные болезни у детей**

Экзаменационный билет по практическим навыкам №7

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при гипертермии.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет педиатрический Курс 6
Дисциплина Инфекционные болезни у детей**

Экзаменационный билет по практическим навыкам №8

Особенности проведения специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей. Вакцины.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №9

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при инфекционно-токсическом шоке.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №10

Продемонстрируйте методику проведения спинномозговой пункции.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №11

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при острой дегидратации.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №12

Направить инфекционного больного в стационар. Оформить направление.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №13

Катамнестическое наблюдение за больными, перенесшими гепатит. Оформление соответствующей документации.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №14

Продемонстрируйте методику забора материала из ротоглотки для бактериологического исследования при коклюше.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №15

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите мазки из ротоглотки и носа для бактериологического исследования при дифтерии.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №16

Принять инфекционного больного в стационар. Оформить направление. Осуществить госпитализацию по категориям изоляции (геморрагическая лихорадка).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет педиатрический Курс 6
Дисциплина Инфекционные болезни у детей**

Экзаменационный билет по практическим навыкам №17

Противоботулиническая сыворотка. Методика ее введения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет педиатрический Курс 6
Дисциплина Инфекционные болезни у детей**

Экзаменационный билет по практическим навыкам №18

Принять инфекционного больного в стационар. Оформить направление. Осуществить госпитализацию по категориям изоляции (дифтерия).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет педиатрический Курс 6
Дисциплина Инфекционные болезни у детей**

Экзаменационный билет по практическим навыкам №19

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите кровь из вены для биохимического исследования крови - общий белок, белковые фракции, билирубин и его фракции, тимоловая проба, сулемовая проба, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, КОС, электролиты и др.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет педиатрический Курс 6
Дисциплина Инфекционные болезни у детей**

Экзаменационный билет по практическим навыкам №20

Принять инфекционного больного в стационар. Оформить направление. Осуществить госпитализацию по категориям изоляции (дизентерия).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №21

Принять инфекционного больного в стационар. Оформить направление. Осуществить госпитализацию по категориям изоляции (холера).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №22

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: забор кала для бактериологического и вирусологического исследования при ОКИ и полиомиелите.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №23

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите мазки из ротоглотки, носа и конъюнктивы для иммунофлюоресцентного анализа при острых респираторных заболеваниях.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №24

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите мазки из ротоглотки и носа для бактериологического исследования при скарлатине.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №25

Проведете следующую диагностическую манипуляцию: взятие инфекционного материала из петехий при менингококковой инфекции.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №26

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите кровь из вены для бактериологического исследования при брюшном тифе.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №27

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите кровь из вены для серологического исследования при ОКИ.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №28

Покажите противодифтерийную сыворотку и объясните методику ее введения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №29

Проведите следующую манипуляцию: промывание желудка.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №30

Покажите методику проведения очистительной, сифонной и лекарственной клизм.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №31

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите кровь из вены на сывороточные маркеры при краснухе, ВИЧ-инфекции, ЦМВ-инфекции, токсоплазмозе, инфекционном мононуклеозе.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №32

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите мазки из ротоглотки и носа для бактериологического исследования при менингококковой инфекции.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №35

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: мазок крови "толстая капля" при менингококковой инфекции.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №36

Покажите противодифтерийную сыворотку и объясните методику ее введения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №37

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите кровь из вены для определения серологического маркерного спектра больных с вирусными гепатитами А, В, С, D.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №38

Принять инфекционного больного в стационар. Оформить направление. Осуществить госпитализацию по категориям изоляции (дизентерия).

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №39

Проведите следующую диагностическую манипуляцию: возьмите мазки из ротоглотки и носа для бактериологического исследования при скарлатине.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Инфекционные болезни у детей

Экзаменационный билет по практическим навыкам №40

Оказать неотложную медицинскую помощь инфекционному больному: при острой дегидратации.

Зав. кафедрой, д.м.н.

З.Д. Калоева