

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
« СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ »
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ

Ректор

О.В. Ремизов

«14» апреля 2017 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
Детские инфекции
Специальность 31.08.19 Педиатрия

Форма обучения _____ очная

Срок освоения ОПОП ВО _____ 2 года
(нормативный срок обучения)

Кафедра: Детских болезней № 3

При разработке рабочей программы дисциплины в основу положены:

1. ФГОС ВО по специальности 31.08.19 Педиатрия, утвержденный Министерством образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. № 1060;
2. Учебный план по специальности 31.08.19 Педиатрия, одобренный ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 15 февраля 2017 г., протокол № 6.

Рабочая программа дисциплины одобрена на заседании кафедры детских болезней №3 от «9» января 2017 г., протокол № 1.

Рабочая программа дисциплины одобрена на заседании центрального координационного учебно-методического совета от «28» марта 2017 г., протокол № 3.

Рабочая программа дисциплины утверждена ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «14» апреля 2017 г., протокол № 8.

Разработчики:

Заведующий кафедрой детских болезней №3
д.м.н., профессор



Т.Б. Касохов

Ассистент кафедры детских болезней №3
к.м.н.



С.В. Туриева

Рецензенты:

Т.Т. Бораева – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

С.М. Безроднова – д.м.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии ФПДО ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Цель и задачи освоения учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции»

Цель – подготовка квалифицированного врача-специалиста педиатра, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности преимущественно в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Задачи учебной дисциплины (модуля):

1. Сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача-педиатра с целью самостоятельного ведения больных преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях работы, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
2. Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения новорожденных детей.
3. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов.
4. Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при ургентных состояниях.
5. Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основам медицинской психологии.

1.2. Место дисциплины (модуля) «Детские инфекции» в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия:

Дисциплина вариативной части блока I «Детские инфекции», относится к дисциплинам, направленным на подготовку кадров высшей квалификации в ординатуре, сдаче государственной итоговой аттестации и получения квалификации врача-педиатра.

1.3. Требования к результатам освоения учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции»

В результате изучения дисциплины (модуля) ординатор должен знать:

- - Основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- организацию медицинской помощи новорожденным детям;
- анатомо-физиологические особенности организма плода и ребенка;
- основные закономерности роста и развития детей;
- особенности физического и психического развития детей;
- рациональное вскармливание и питание; диетотерапию при различных видах патологии;
- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья детей, противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
- основы иммунизации и профилактики инфекционных заболеваний;
- клиническую симптоматику пограничных состояний детского возраста;
- современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у детей и подростков;
- этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую симптоматику основных соматических и инфекционных заболеваний периода новорожденности;
- современные методы терапии основных заболеваний и патологических состояний у новорожденных детей;
- принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации.
- вопросы фармакокинетики, фармакодинамики, взаимодействие лекарственных средств в возрастном аспекте;
- знать и соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии;

При неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях ординатор должен знать

- Варианты клинической картины неотложных состояний при заболеваниях внутренних органов.
- Возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений заболеваний внутренних органов, включая пограничные ситуации хирургического, неврологического, инфекционного, интоксикационного профиля.
- Физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний.
- Методы специфического (этиологического) и неспецифического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления врачебной тактики.
- Методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при хронических заболеваниях.

При неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях ординатор должен уметь

- Клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния.
- Определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи; начало лечения и определение необходимости консультации соответствующего врача-специалиста.
- Провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию.
- Провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антидоты при отравлениях, гемостатические и др.).

При неотложных состояниях на догоспитальном этапе:

1. По клиническим данным оценить тяжесть состояния здоровья больного ребёнка, наличие угрозы для его жизни или возникновения осложнений.
2. Выбрать тактику оказания медицинской помощи (экстренные инструментальные, лабораторные диагностические исследования, экстренные консультации специалистов, экстренные манипуляции и медикаментозные назначения, их объём и продолжительность; срочная госпитализация, условия транспортировки больного, лечебные мероприятия во время транспортировки больного). Оказать медицинскую помощь на догоспитальном этапе.

Ординатор должен уметь:

Проводить клиническое обследование, лечение, реабилитацию и диспансеризацию детей; профилактику заболеваний.

- Собрать генеалогический, перинатальный анамнез, анамнез жизни и заболевания. Выбрать факторы риска возникновения заболевания.
- Провести полное клиническое обследование ребенка. Сформулировать предварительный диагноз.
- Своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи.
- Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов.
- Решить вопрос о необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов.
- В комплексе оценить результаты анамнеза, клинических, инструментальных и функциональных исследований, заключений специалистов.

- Поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний.
- Назначить лечение, контролировать его результаты, проводить коррекцию.
- Установить объем помощи при неотложных состояниях и последовательность её оказания.
- Провести реабилитационные мероприятия с проведением традиционных и нетрадиционных методов.
- Провести диспансеризацию здоровых детей различного возраста, обеспечить их дифференцированное наблюдение (с учетом факторов риска возникновения заболевания).
- Проводить диспансеризацию больных детей с учетом выявленной патологии, факторов риска возникновения осложнений и новых заболеваний, хронизации и возможности инвалидизации.
- Планировать проведение профилактических прививок состоящим под наблюдением детям.
- Проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
- Определить показания к госпитализации больных детей (экстренной, плановой), направить на госпитализацию.
- Провести комплексную оценку состояния здоровья ребенка, осуществлять дальнейший контроль за его развитием.
- Координировать связь и преемственность с другими специалистами и персоналом лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждений.
- Вести медицинскую документацию, применяемую в лечебно-профилактическом учреждении; анализировать свою работу, составлять по ней отчеты.

Ординатор должен владеть:

0. Методикой подкожных, внутримышечных и внутривенных вливаний.
1. Методикой венепункции.
2. Методикой зондирования и промывания желудка.
3. Методикой оценки клинических анализов крови, мочи.
4. Методикой оценки биохимических анализов крови.
5. Методикой оценки результатов копрологического исследования кала.
6. Методикой оценки данных УЗИ сердца, органов брюшной полости.
7. Методикой оценки данных рентгенограммы органов брюшной полости.
8. Методикой оценки данных эзофагогастродуоденоскопии.
9. Методикой расчета питания детям первого года жизни.
10. Методикой подбора возрастных и лечебных диет при различных заболеваниях.

11. Методикой желудочного и дуоденального зондирования.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование и развитие универсальных и профессиональных компетенций:

№ п/п	Номер/ индекс компе тенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины ординаторы должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценоч ные средства
1.	УК-1	Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	готовность ю анализиров ать социально- значимые проблемы и процессы, использова ть на практике методы гуманитарн ых, естественн онаучных, медико- биологичес ких и клинически х наук в различных видах своей профессио нальной деятельнос ти врача- педиатра.	Уметь пользоват ься учебной, научной, научно- популяр ной литератур ой, сетью Интернет и учебным Интернет- порталом для профессио нальной деятель ности.	Владеть методами медико- биологич еских наук	Собесед ование, устный опрос

2.	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Условия возникновения и (или) распространения заболеваний Формы и методы пропаганды медицинских и гигиенических знаний	Уметь проводить профилактические мероприятия, проводить раннюю диагностику заболеваний, выявлять и устранять причины и условия их возникновения	Методами и профилактической медицины	Собеседование, устный опрос
3.	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	Уметь интегрировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики	Владеть методами медико-биологических наук для обследования больного; владеть навыками интерпретации результатов биохимических исследований у детей и	Собеседование, устный опрос

					взрослых; владеть информац ией об изменени ях биохимиче ских показате лей с учетом законов течения патологич еских состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологич еских форм в соответств ии с Международ одной статистиче ской классифик ацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
4.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	Современ ные методы терапии при различны х заболеван иях и критическ их состояния х у детей	Провод ить терапию с примене нием перорал ьных, внутрим ышечны х внутрив енных		Собесед ова ние, устный опрос

			в различны х условиях	средств, ингаляц ионных, а также немедик аментоз ных способо в и их комбина ции		
--	--	--	--------------------------------	---	--	--

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Объем учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции», виды учебной работы

Вид учебной работы		Всего часов/ зачетных единиц	Год обучения
			1
			Количество часов
1			3
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		144/1 з.е.	144
Лекции (Л)		8	8
Практические занятия (ПЗ),		88	88
Самостоятельная работа (СРС), в том числе:		48	48
Подготовка к занятиям (ПЗ)		3	6
Подготовка к текущему контролю (ПТК))		3	6
Вид аттестации	зачет		зачет
ИТОГО: общая трудоемкость	час.	144	36
	ЗЕТ	1	5

2.1.1. Темы учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции», виды учебной деятельности, формы контроля и матрица компетенций

№ п/п	Наименование темы дисциплины (модуля)	Аудиторные занятия (часы)	Аудиторн ая работа	Самостоя тельная	Формиру емые компетен ции	Использу емые образовательн ые технологии,	Формы текущего и промежуточног
----------	---	------------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------

								способы и методы обучения		о контроля успеваемости
		Лекции	Практические занятия	Семинары				Традиционные	Интерактивные	
1.	<u>Менингококковая инфекция</u> Этиология, особенности возбудителя, влияющие на клинические проявления заболевания. Эпидемиология. Патогенез. Клиника, локализованных и генерализованных форм. Особенности генерализованных форм у детей раннего возраста. Принципы терапии менингококковой инфекции в зависимости от клинических форм, возраста и сроков поступления.		6		6	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование

2.	<u>Энтеровирусная инфекция</u> Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация. Характеристика основных клинических форм энтеровирусной инфекции. Диагностика. Клиника. Терапия.		8		8	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	---	--	---	--	---	---	--	---	-------------------------	-----------------------------

3.	<u>Герпетическая инфекция.</u> <u>Ветряная оспа</u> Этиология, эпидемиология различных форм герпетической инфекции. Клиническая классификация герпетической инфекции. Понятие о хронической персистирующей инфекции. Клиника, диагностика ветряной оспы. Клиника, диагностика опоясывающего лишая. Клинические особенности, течение различных форм герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса. Методы лабораторной диагностики герпетической инфекции. Принципы лечения различных форм герпетической инфекции (противовирусное, иммуностимулирующее, симптоматическое и др.).		6		6	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	---	--	---	--	---	---	--	---	-------------------------	-----------------------------

4.	<u>Корь и краснуха у детей</u> Роль коревой инфекции в структуре заболеваемости капельными инфекциями у детей в прошлом и на современном этапе. Этиология. Основные эпидемиологические закономерности коревой инфекции. Патогенез. Клиника кори. Ранее и позднее осложнения кори. Основные методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы лечения больных корью. Профилактика кори. Этиология и эпидемиология краснухи. Клиника краснухи. Внутриутробное инфицирование вирусом краснухи. Дифференциальная диагностика с корью. Лечение профилактики краснухи.		6		6	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	---	--	---	--	---	---	---	---	-------------------------	-----------------------------

5.	<u>Эпидемический паротит</u> Этиология, эпидемиология эпидпаротита. Патогенетические особенности клинических проявлений, иммунитет. Классификация клинических форм эпидпаротита. Клиническая картина поражения слюнных желез. Изменения отдельных органов и систем при эпидемическом паротите. Диагностика и дифференциальная диагностика эпидпаротита. Лечение и профилактика.	4	6		10	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	--	---	---	--	----	---	--	---	-------------------------	-----------------------------

6.	<u>Коклюш и паракоклюш детей</u> Этиология, эпидемиология, патогенез коклюша у детей. Клиническая картина коклюша у детей в зависимости от возраста. Особенности клиники коклюша у детей месячного возраста. Рентгенологические изменения при коклюше. Осложнения при коклюшной инфекции у детей в зависимости от возраста и тяжести течения заболевания. Клиническая и лабораторная диагностика коклюша Дифференциальная диагностика коклюша. Терапия коклюша в зависимости от тяжести течения заболевания. Профилактика и реабилитация детей, перенесших коклюш. Особенности течения и клиники Паракоклюша.	4	8		12	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	---	---	---	--	----	---	--	---	-------------------------	-----------------------------

7.	<u>Стрептококковая инфекция у детей.</u> <u>Скарлатина</u> Актуальность проблемы. Нозологические варианты стрептококковой инфекции (скарлатина, рожа, ангина и др.) Этиология стрептококковой инфекции. Особенности возбудителя, его свойства. Патогенетическая сущность различных вариантов стрептококковой инфекции (сходные черты, различия, связь с особенностями антибактериального и антитоксического иммунитета). Эпидемиология. Источники болезни, пути передачи, восприимчивый контингент. Клиника скарлатины, классификация. Особенности проявлений в зависимости от тяжести. Дифференциальная диагностика с псевдотуберкулезом и др. заболеваниями. Правила госпитализации в инфекционный стационар. Лечение. Профилактика.	2	8	10	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	---	---	---	----	---	---	---	-------------------------	-----------------------------

8.	<u>Инфекционный мононуклеоз</u> Актуальность проблемы. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Патогенетические особенности клинических проявлений заболевания. Клинические варианты течения. Классификация. Особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз инфекционного мононуклеоза с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися лимфаденитом, тонзиллитом, гепатолиенальным синдромом (дифтерия, заболевания крови и т.д.). Принципы лечения. Диспансеризация за переболевшими инфекционным мононуклеозом. Профилактика.	2	6		8	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	--	---	---	--	---	---	--	---	-------------------------	-----------------------------

9.	<u>Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита</u> Клиническая характеристика патогномоничных симптомов, характерных для дифтерии зева. Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева со стрептококковыми ангинами (лакунарная, фолликулярная). Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева со стафилококковыми ангинами. Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева с грибковыми ангинами.	4	6		10	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
----	---	---	---	--	----	---	--	---	-------------------------	-----------------------------

10.	<u>Острые респираторные заболевания</u> Этиология, эпидемиология ОРВИ у детей. Патогенез ОРВИ. Клиническая классификация ОРВИ. Клиническая характеристика гриппа, парагриппа, аденовирусной, риновирусной, респираторно-синцитиальной инфекций. Осложнения ОРВИ (инфекционно-токсический шок, пневмония, бронхиты, отиты и др.). Патогенетические механизмы развития стеноза гортани. Клиника ларинготрахеита в с признаками стеноза гортани. Классификация, критерии стеноза 1, 2, 3 ст. Принципы терапии вирусных крупов различных степеней. Неотложная помощь при крупах. Показания к интубации. Принципы лечения ОРВИ. Показания к госпитализации в стационар. Лабораторная диагностика ОРВИ.	4	6		10	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
-----	--	---	---	--	----	---	---	--	--------------------------------	------------------------------------

11.	<u>Инфекции мочевыводящей системы</u> Пиелонефрит. Цистит, уретрит. Лечение микробно-воспалительных заболеваний мочевыводящей системы.	4	6		10	3	УК – 1; ПК – 1; ПК – 5; ПК – 6.	традиционная лекция, практическое занятие	круглый стол, дискуссии	Устный опрос, собеседование
-----	---	---	---	--	----	---	--	--	-------------------------	-----------------------------

2.1.2. Название тем лекций и количество часов учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции»

№ п/п	Наименование тем лекций учебной дисциплины (модуля)	Количество часов
1.	<u>Менингококковая инфекция</u> Этиология, особенности возбудителя, влияющие на клинические проявления заболевания. Эпидемиология. Патогенез. Клиника, локализованных и генерализованных форм. Особенности генерализованных форм у детей раннего возраста. Принципы терапии менингококковой инфекции в зависимости от клинических форм, возраста и сроков поступления.	1
2.	<u>Энтеровирусная инфекция</u> Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация. Характеристика основных клинических форм энтеровирусной инфекции. Диагностика. Клиника. Терапия. <u>Герпетическая инфекция. Ветряная оспа</u> Этиология, эпидемиология различных форм герпетической инфекции. Клиническая классификация герпетической инфекции. Понятие о хронической персистирующей инфекции. Клиника, диагностика ветряной оспы. Клиника, диагностика опоясывающего лишая. Клинические особенности, течение различных форм герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса. Методы лабораторной диагностики герпетической инфекции. Принципы лечения различных форм герпетической инфекции (противовирусное, иммуностимулирующее, симптоматическое и др.).	2
3.	<u>Корь и краснуха у детей</u> Роль коревой инфекции в структуре заболеваемости капельными инфекциями у детей в прошлом и на современном этапе. Этиология. Основные эпидемиологические закономерности коревой инфекции. Патогенез. Клиника кори. Раннее и позднее осложнения кори. Основные методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы лечения больных корью. Профилактика кори. Этиология и эпидемиология краснухи. Клиника краснухи. Внутритропное инфицирование	2

	вирусом краснухи. Дифференциальная диагностика с корью. Лечение профилактика краснухи. <u>Эпидемический паротит</u> Этиология, эпидемиология эпидпаротита. Патогенетические особенности клинических проявлений, иммунитет. Классификация клинических форм эпидпаротита. Клиническая картина поражения слюнных желез. Изменения отдельных органов и систем при эпидемическом паротите. Диагностика и дифференциальная диагностика эпидпаротита. Лечение и профилактика.	
4.	<u>Коклюш и паракоклюш детей</u> Этиология, эпидемиология, патогенез коклюша у детей. Клиническая картина коклюша у детей в зависимости от возраста. Особенности клиники коклюша у детей месячного возраста. Рентгенологические изменения при коклюше. Осложнения при коклюшной инфекции у детей в зависимости от возраста и тяжести течения заболевания. Клиническая и лабораторная диагностика коклюша Дифференциальная диагностика коклюша. Терапия коклюша в зависимости от тяжести течения заболевания. Профилактика и реабилитация детей, перенесших коклюш. Особенности течения и клиники Паракоклюша. <u>Стрептококковая инфекция у детей. Скарлатина</u> Актуальность проблемы. Нозологические варианты стрептококковой инфекции (скарлатина, рожа, ангина и др.) Этиология стрептококковой инфекции. Особенности возбудителя, его свойства. Патогенетическая сущность различных вариантов стрептококковой инфекции (сходные черты, различия, связь с особенностями антибактериального и антитоксического иммунитета). Эпидемиология. Источники болезни, пути передачи, восприимчивый контингент. Клиника скарлатины, классификация. Особенности проявлений в зависимости от тяжести. Дифференциальная диагностика с псевдотуберкулезом и др. заболеваниями. <u>Инфекционный мононуклеоз</u> Актуальность проблемы. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Патогенетические особенности клинических проявлений заболевания. Клинические варианты течения. Классификация. Особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз инфекционного мононуклеоза с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися лимфаденитом, тонзиллитом, гепатолиенальным синдромом (дифтерия, заболевания крови и т.д.). Принципы лечения. Диспансеризация за переболевшими инфекционным мононуклеозом. Профилактика.	2
5.	<u>Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита</u> Клиническая характеристика патогномичных симптомов, характерных для дифтерии зева. Принципы дифференциальной	1

	диагностики дифтерии зева со стрептококковыми ангинами (лакунарная, фолликулярная). Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева со стафилококковыми ангинами. Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева с грибковыми ангинами. <u>Острые респираторные заболевания</u> Этиология, эпидемиология ОРВИ у детей. Патогенез ОРВИ. Клиническая классификация ОРВИ. Клиническая характеристика гриппа, парагриппа, аденовирусной, риновирусной, респираторно-синцитиальной инфекций. Осложнения ОРВИ (инфекционно-токсический шок, пневмония, бронхиты, отиты и др.). Патогенетические механизмы развития стеноза гортани. Клиника ларинготрахеитов с признаками стеноза гортани. Классификация, критерии стеноза 1, 2, 3 ст. Принципы терапии вирусных круп различных степеней. Неотложная помощь при крупах. Показания к интубации. Принципы лечения ОРВИ. <u>Инфекции мочевыводящей системы</u> Пиелонефрит. Цистит, уретрит. Лечение микробно-воспалительных заболеваний мочевыводящей системы.	
6.	ИТОГО	8

2.1.3. Название тем практических занятий и количество часов учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции»

№ п/п	Наименование тем практических занятий учебной дисциплины (модуля)	Формы контроля	Количество часов
1.	<u>Менингококковая инфекция</u> Этиология, особенности возбудителя, влияющие на клинические проявления заболевания. Эпидемиология. Патогенез. Клиника, локализованных и генерализованных форм. Особенности генерализованных форм у детей раннего возраста. Принципы терапии менингококковой инфекции в зависимости от клинических форм, возраста и сроков поступления.	Устный опрос, собеседование	6
2.	<u>Энтеровирусная инфекция</u> Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация. Характеристика основных клинических форм энтеровирусной инфекции. Диагностика. Клиника. Терапия.	Устный опрос, собеседование	8
3.	<u>Герпетическая инфекция. Ветряная оспа</u> Этиология, эпидемиология различных форм герпетической инфекции. Клиническая классификация герпетической инфекции. Понятие о хронической персистирующей инфекции. Клиника, диагностика ветряной оспы. Клиника, диагностика опоясывающего лишая. Клинические особенности, течение различных	Устный опрос, собеседование	8

	форм герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса. Методы лабораторной диагностики герпетической инфекции. Принципы лечения различных форм герпетической инфекции (противовирусное, иммуностимулирующее, симптоматическое и др.).		
4.	<u>Корь и краснуха у детей</u> Роль коревой инфекции в структуре заболеваемости капельными инфекциями у детей в прошлом и на современном этапе. Этиология. Основные эпидемиологические закономерности коревой инфекции. Патогенез. Клиника кори. Ранее и позднее осложнения кори. Основные методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы лечения больных корью. Профилактика кори. Этиология и эпидемиология краснухи. Клиника краснухи. Внутриутробное инфицирование вирусом краснухи. Дифференциальная диагностика с корью. Лечение профилактика краснухи.	Устный опрос, собеседование	8
5.	<u>Эпидемический паротит</u> Этиология, эпидемиология эпидпаротита. Патогенетические особенности клинических проявлений, иммунитет. Классификация клинических форм эпидпаротита. Клиническая картина поражения слюнных желез. Изменения отдельных органов и систем при эпидемическом паротите. Диагностика и дифференциальная диагностика эпидпаротита. Лечение и профилактика.	Устный опрос, собеседование	8
6.	<u>Коклюш и паракоклюш детей</u> Этиология, эпидемиология, патогенез коклюша у детей. Клиническая картина коклюша у детей в зависимости от возраста. Особенности клиники коклюша у детей месячного возраста. Рентгенологические изменения при коклюше. Осложнения при коклюшной инфекции у детей в зависимости от возраста и тяжести течения заболевания. Клиническая и лабораторная диагностика коклюша Дифференциальная диагностика коклюша. Терапия коклюша в зависимости от тяжести течения заболевания. Профилактика и реабилитация детей, перенесших коклюш. Особенности течения и клиники Паракоклюша.	Устный опрос, собеседование	8
7.	<u>Стрептококковая инфекция у детей. Скарлатина</u> Актуальность проблемы. Нозологические	Устный опрос,	8

	варианты стрептококковой инфекции (скарлатина, рожа, ангина и др.) Этиология стрептококковой инфекции. Особенности возбудителя, его свойства. Патогенетическая сущность различных вариантов стрептококковой инфекции (сходные черты, различия, связь с особенностями антибактериального и антитоксического иммунитета). Эпидемиология. Источники болезни, пути передачи, восприимчивый контингент. Клиника скарлатины, классификация. Особенности проявлений в зависимости от тяжести. Дифференциальная диагностика с псевдотуберкулезом и др. заболеваниями.	собеседование	
8.	<u>Инфекционный мононуклеоз</u> Актуальность проблемы. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Патогенетические особенности клинических проявлений заболевания. Клинические варианты течения. Классификация. Особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз инфекционного мононуклеоза с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися лимфаденитом, тонзиллитом, гепатолиенальным синдромом (дифтерия, заболевания крови и т.д.). Принципы лечения. Диспансеризация за переболевшими инфекционным мононуклеозом. Профилактика.	Устный опрос, собеседование	8
9.	<u>Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита</u> Клиническая характеристика патогномоничных симптомов, характерных для дифтерии зева. Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева со стрептококковыми ангинами (лакунарная, фолликулярная). Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева со стафилококковыми ангинами. Принципы дифференциальной диагностики дифтерии зева с грибковыми ангинами.	Устный опрос, собеседование	8
10.	<u>Острые респираторные заболевания</u> Этиология, эпидемиология ОРВИ у детей. Патогенез ОРВИ. Клиническая классификация ОРВИ. Клиническая характеристика гриппа, парагриппа, аденовирусной, риновирусной, респираторно-синцитиальной инфекций. Осложнения ОРВИ (инфекционно-токсический шок, пневмония, бронхиты, отиты и др.). Патогенетические механизмы развития стеноза	Устный опрос, собеседование	8

	гортани. Клиника ларинготрахеитов с признаками стеноза гортани. Классификация, критерии стеноза 1, 2, 3 ст. Принципы терапии вирусных крупов различных степеней. Неотложная помощь при крупах. Показания к интубации. Принципы лечения ОРВИ. Показания		
11.	<u>Инфекции мочевыводящей системы</u> Пиелонефрит. Цистит, уретрит. Лечение микробно-воспалительных заболеваний мочевыводящей системы.	Устный опрос, собеседование	8
ИТОГО:			88

2.1.4. Виды самостоятельной работы учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции»

№ п/п	Наименование тем практических занятий учебной дисциплины (модуля)	Виды самостоятельной работы	Всего часов
1.	Анатомо-физиологические особенности органов у детей в возрастном аспекте.	Подготовка к практическим занятиям; изучение специальной литературы по гастроэнтерологии, конспектирование материала, работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными на образовательном портале ГБОУ ВПО СОГМА МЗ РФ	3
2.	Методы исследования органов у детей. Проведение, интерпретаций результатов	Подготовка к практическим занятиям; изучение специальной литературы по гастроэнтерологии, конспектирование материала, работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными на образовательном портале ГБОУ ВПО СОГМА МЗ РФ	6
3.	<u>Инфекции мочевыводящей системы</u> Пиелонефрит. Цистит, уретрит. Лечение микробно-воспалительных заболеваний мочевыводящей системы.	Подготовка к практическим занятиям; изучение специальной литературы по гастроэнтерологии, конспектирование материала, работа с	6

		электронными образовательными ресурсами, размещенными на образовательном портале ГБОУ ВПО СОГМА МЗ РФ	
4.	<u>Энтеровирусная инфекция</u> Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация. Характеристика основных клинических форм энтеровирусной инфекции. Диагностика. Клиника. Терапия.	Подготовка к практическим занятиям; изучение специальной литературы по гастроэнтерологии, конспектирование материала, работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными на образовательном портале ГБОУ ВПО СОГМА МЗ РФ	6
ИТОГО:			20

2.1.5. Самостоятельная работа

№ п/п	Наименование темы	Содержание работы	Всего часов	Вид контроля
1.	Анатомо-физиологические особенности органов у детей в возрастном аспекте.	Исследование систем организма ребенка	3	зачет
2.	Методы исследования органов у детей. Проведение, интерпретаций результатов	Подготовка пациента к взятию материала для лабораторного исследования. Сущность лабораторного теста. Оценка результатов лабораторных исследований	3	зачет
3.	<u>Инфекции мочевыводящей системы</u> Пиелонефрит. Цистит, уретрит. Лечение микробно-воспалительных заболеваний мочевыводящей системы.	Работа с больными. Отрабатывание навыков пропедевтики	3	зачет
4.	<u>Энтеровирусная инфекция</u> Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация. Характеристика основных клинических форм энтеровирусной инфекции. Диагностика. Клиника. Терапия.	Работа с больными. Отрабатывание навыков пропедевтики	3	зачет

УРОВЕНЬ ОСВОЕНИЯ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

№№ п/п	Наименование	Уровень освоения умений
1	3	4
I. Клиническое обследование, лечение, реабилитация и диспансеризация детей		
1.	Собрать генеалогический, перинатальный анамнез, анамнез жизни и заболевания. Выбрать факторы риска возникновения заболевания.	3
2.	Провести полное клиническое обследование ребенка.	3
3.	Сформулировать предварительный диагноз.	3
4.	Своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи.	2
5. .	Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов.	3
6. .	Решить вопрос о необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов.	2
7.	В комплексе оценить результаты анамнеза, клинических, инструментальных и функциональных исследований, заключений специалистов.	2
8. .	Поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний.	3
9.	Назначить лечение, контролировать его результаты, проводить коррекцию.	2
10.	Провести реабилитационные мероприятия с проведением традиционных и нетрадиционных методов.	2
11.	Провести диспансеризацию здоровых детей различного возраста, обеспечить их дифференцированное наблюдение(с учетом факторов риска возникновения заболевания).	2-3

12.	Проводить диспансеризацию больных детей с учетом выявленной патологии, факторов риска возникновения осложнений и новых заболеваний, хронизации и возможности инвалидизации.	2-3
13.	Планировать проведение профилактических прививок состоящим под наблюдением детям.	2
14.	Проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.	2
15.	Определить показания к госпитализации больных детей (экстренной, плановой), направить на госпитализацию.	3 3
16.	Провести комплексную оценку состояния здоровья ребенка, осуществлять дальнейший контроль за его развитием.	3
17.	Координировать связь и преемственность с другими специалистами и персоналом лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждений.	2

II. Перечень диагностических исследований и лечебных манипуляций

1.	Искусственная вентиляция лёгких по способу «рот в рот».	3
2.	Закрытый массаж сердца.	3
3.	Внутрисердечное введение лекарственных препаратов.	2
4.	Венопункция.	3
5.	Оценка клинических анализов крови, мочи.	2
6.	Оценка биохимических анализов крови.	2-3
7.	Оценка ЭКГ при аритмиях, блокадах сердца, гипертрофии миокарда.	2
8.	Оценка ФКГ.	2
9.	Измерение и оценка параметров АД.	2
10.	Оценка данных УЗИ сердца, органов брюшной полости.	2
11.	Проведение и оценка ортоклиностатической пробы.	2

12.	Проведение и оценка результатов функциональных проб с физической нагрузкой.	2
13.	Оценка рентгенограммы органов грудной клетки	2
III. Первая врачебная помощь при неотложных состояниях		
1.	Остановка сердца.	3
2.	Остановка дыхания.	2-3
3.	Острая сердечная недостаточность	2-3
4.	Острая сосудистая недостаточность.	3
5.	Кома анемическая.	3
6.	Нарушения ритма сердца.	3
7.	Наружные кровотечения.	2-3
8.	Внутренние кровотечения.	3
IV. Документация, организация врачебного дела.		
1.	Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.	3

2.2. Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины (модуля) «Детские инфекции»

2.2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Вид контроля	Наименование темы учебной дисциплины (модуля)	Форма оценочных средств
1.	Устный опрос, собеседование	Острые респираторные заболевания	Вопросы для проведения зачета
2.	Устный опрос, собеседование	Менингококковая инфекция	Вопросы для проведения зачета
3.	Устный опрос, собеседование	Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита	Вопросы для проведения зачета
4.	Устный опрос, собеседование	Энтеровирусная инфекция	Вопросы для проведения зачета

2.2.2. Примеры оценочных средств

Примерные тестовые задания по дисциплине (модулю) «Детские инфекции»:

ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ОТМЕЧАЮТСЯ

увеличение печени
слабая иктеричность склер и кожи
повышение активности АлАТ в сыворотке крови
билирубинемия
выявления в сыворотке крови анти-HAV IgM
появление в моче желчных пигментов

ПОЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ГЕПАТИТЕ А

тёмная моча боли в животе
лихорадка
увеличение печени
желтуха

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГЕПАТИТА В ПРОТРОМБИНОВЫЙ ИНДЕКС

- 1) снижается
- 2) повышается

ПОЛНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ БОЛЬНОГО ГЕПАТИТОМ В ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

- 1) HBsAg
- 2) анти-HBs
- 3) анти-HBc Ig M

МАРКЕРАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕЛЬТА-ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

HBsAg
анти-HBs
анти-HAVIgM
анти-дельта IgM
анти-дельта IgG
cor анти-HBc IgG

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) интоксикация в желтушном периоде
- 2) желтуха
- 3) катаральные явления
- 4) гепатолиенальный синдром
- 5) лимфаденопатия
- 6) геморрагический синдром
- 7) темная моча

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышение сулемового титра
- 2) повышение активности щелочной фосфатазы
- 3) повышение активности АлАт
- 4) повышение тимоловой пробы
- 5) повышение конъюгированного билирубина

ПОЯВЛЕНИЕ ЗВЕЗДЧАТОЙ СЫПИ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ОБУСЛОВЛЕНО

образованием иммунных комплексов
бактериальными тромбами
повышением проницаемости сосудов

СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

мелкоточечная
везикулезная
пятнисто-папулезная

ТИПИЧНЫМИ ДЛЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи
мелкоточечная сыпь на неизменном фоне кожи
лихорадка
склерит
катаральные явления
пятнисто-папулезная сыпь

ДЛЯ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

прозрачный ликвор
мутный ликвор
высокий белок
нормальный белок
высокий цитоз
умеренный цитоз
нейтрофилез в ликворе
лимфоцитоз в ликворе
низкие цифры сахара

ДЛЯ ОРХИТА ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО

увеличение размеров яичка
болезненность яичка
тек мошонки
иррадиация болей в паховую область
затрудненное мочеиспускание

ИЗМЕНЧИВОСТЬ АНТИГЕННОЙ СТРУКТУРЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВИРУСА ГРИППА

- 1) А
- 2) В
- 3) С

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРИППА МЕТОДОМ ИФА В ЛАБОРАТОРИЮ СЛЕДУЕТ НАПРАВЛЯТЬ

- 1) фекалии
- 2) мочу
- 3) кровь
- 4) носоглоточную слизь

ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только человек
- 2) только домашние животные
- 3) человек и домашние животные
- 4) водоплавающие птицы

РВОТА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ФЛЕКСНЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) только в начале заболевания
- 2) не наблюдается

НЕЙРОТОКСИКОЗ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

в первые 6 мес жизни
от 6 мес до 2 лет
от 2 до 7 лет
от 7 до 14 лет
старше 14 лет

УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ, СООТВЕТСТВУЮЩУЮ СИМПТОМАМ

сухие склеры	а) I степень
сухие слизистые оболочки	б) II степень
западание глазных яблок, родничков	в) III степень

ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРОТИВОШОКОВЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИ ОКИ

- 20% раствор глюкозы
- 10% NaCl
- Гемодез
- Реополиглюкин
- Альбумин

ОПТИМАЛЬНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ЗА 1-ЫЕ СУТКИ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ В %

- до 1
- 1-2
- 2-3
- 3-7
- 7-10

ПРИ ТИПИЧНОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А В КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ СОДЕРЖАНИЕ

- альбуминов
- конъюгированного билирубина
- сулемовой пробы
- активности АлАт
- мочевины
- тимоловой пробы

СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- HBsAg
- анти-HBs
- анти-HAVIgM
- анти-дельта IgM
- анти-дельта IgG
- анти-HBc IgG

ТРАНСПЛАЦЕНТАРНАЯ ПЕРЕДАЧА ВИРУСА ГЕПАТИТА В

- возможна
- невозможна

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ГЕПАТИТА В ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ

- стойкий
- нестойкий

КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) коинфекция
- 2) бессимптомное носительство
- 3) суперинфекция
- 4) острый гепатит D

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- боли в животе
- лихорадка
- гиперспленизм
- асцит
- тошнота, рвота
- метеоризм
- жидкий стул

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) общий анализ крови
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) холецистография
- 4) определение серологических маркеров гепатитов

- 5) анализ мочи
- 6) определение активности печеночно-клеточных ферментов
- 7) обзорная рентгенография органов брюшной полости

СЫПЬ У БОЛЬНОГО ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗОМ ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1-3 день болезни
- 2) на 5-7 день болезни
- 3) на 7-10 день болезни
- 4) на 10-14 день болезни

ЗАБОЛЕВАНИЕ

ХАРАКТЕР СЫПИ

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| скарлатина | а) уртикарная |
| ветряная оспа | б) геморрагическая |
| корь | в) везикулезная |
| менингококковая инфекция | г) мелкоточечная |
| | д) пятнисто-папулезная |

СТАДИИ РАЗВИТИЯ СЫПИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

- корочка
- везикула
- пятно
- папула

ДЛЯ КОРИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- мелкоточечная
- пятнисто-папулезная
- везикулезная

СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ

- увеличение размеров железы
- болезненность
- гиперемия кожи
- отсутствие гиперемии кожи
- тестоватая консистенция
- плотная консистенция
- флюктуация

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- лихорадка повторная рвота
- головная боль
- менингеальные знаки
- гемипарез

ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) пневмония
- 2) отит
- 3) орхит
- 4) синусит
- 5) панкреатит
- 6) круп

ДЛЯ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИППА ХАРАКТЕРНО

- 1) крайняя тяжесть и быстротечность заболевания
- 2) увеличение печени и селезенки
- 3) диарея
- 4) стеноз гортани
- 5) отек мозга

МЕСТНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ШИГЕЛЛЁЗАХ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) в тонком отделе кишечника
- 2) в толстой кишке
- 3) на всем протяжении желудочно-кишечного тракта

ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

только человек
только животные
человек и домашние животные

В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

инвазия вирусов в энтероциты с развитием воспалительного процесса
гиперсекреция и нарушение всасывания воды эпителиоцитами кишечника
развитие дисахаридазной недостаточности

ВОДНЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ ПРИ

ротавирусной инфекции
лептоспирозе
холере
сальмонеллёзе
кампилобактериозе
ботулизме

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ АД У ДЕТЕЙ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРИ ОКИ

снижение сосудистого тонуса
снижение сердечного выброса
низкое периферическое сопротивление
сердечная недостаточность
секвестрация крови на периферии

ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТИПИЧНОГО ГЕПАТИТА А В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА ЯВЛЯЮТСЯ

лихорадка
желтуха
гепатомегалия
увеличение сулемовой пробы
увеличение показателя АлАТ
боли в мышцах и суставах
диарея

ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕПАТИТОМ А МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1) бугристую поверхность
- 2) увеличение размеров
- 3) острый край
- 4) плотно-эластическую консистенцию
- 5) болезненность во всех отделах

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В МАРКИРУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1) HBsAg
- 2) анти-HAVIgM
- 3) анти-дельта
- 4) анти-HBc IgG
- 5) анти-HBc IgM

ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) желтуха
- 2) увеличение размеров печени
- 3) боли в животе

- 4) увеличение селезенки
- 5) телеангиоэктазии
- 6) астеновегетативный синдром

ИСХОДАМИ СУПЕРИНФЕКЦИИ ВИРУСОМ ДЕЛЬТА-ГЕПАТИТА БЫВАЮТ
хронический гепатит D
атрезия желчевыводящих путей
синдром Жильбера
развитие фульминантного гепатита

СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анти-СМV
- 2) анти-НСV
- 3) анти-НВс IgM
- 4) анти-НАV IgM

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ
сосудистые звёздочки
пальмарная эритема
расширенная венозная сеть в области живота
судорожный синдром

ДЛЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- 1) геморрагическая
- везикулезная

ДЛЯ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ЗВЕЗДЧАТАЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ

характерна
не характерна

ЗАБОЛЕВАНИЕ

ХАРАКТЕР СЫПИ

- | | |
|--------------------|--|
| брюшной тиф | а) обильная, розеолезно-петезиальная |
| кишечный иерсиниоз | б) пятнисто-папулезная или
скарлатиноподобная |
| | в) необильная, типа розеол |

В КРОВИ БОЛЬНОГО ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕЙТРОФИЛЛЁЗ

отмечается
не отмечается

ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЁЗ

характерно
не характерно

ПРИ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГРИППА ГЕМОМРАИЧЕСКИЙ ОТЕК ЛЁГКИХ

- 1) возможен
- 2) невозможен

В ЛЕЧЕНИИ ГРИППА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) лейкоцитарный интерферон
- 2) римантадин per os
- 4) 0,05% раствор дезоксирибонуклеазы (капли в нос)
- 5) противогриппозный иммуноглобулин
- 6) преднизолон внутримышечно

В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инвазия шигелл в колоноциты и воспалительный процесс
- 2) развитие дисахаридазной (лактазной) недостаточности

БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

- 1) постоянные, ноющего характера

- 2) схваткообразные, усиливающиеся перед актом дефекации
- 3) появляются только после акта дефекации

ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ 2-3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ

падение массы тела
головная боль

СИНДРОМ НЕЙРОТОКСИКОЗА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

ротавирусной инфекции
шигеллёзе холере
сальмонеллёзе
брюшном тифе

ПРИ КАКОЙ СТЕПЕНИ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

I
II
III

С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЧАСТОЙ РВОТЕ У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

инфузионная терапия
введение противорвотных средств (церукал и др.)
нейровегетативная блокада
промывание желудка
антибактериальная терапия

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТИПИЧНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение размеров печени
- 2) катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей
- 3) желтуха
- 4) наличие мелкоточечной сыпи, преимущественно на сгибательной поверхности конечностей и в естественных складках
- 5) асцит

ДЛЯ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРЕН

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

ГЕПАТИТ Е НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ У

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

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА В

фекально-оральный
воздушно-капельный
парентеральный

В РАЗГАРЕ БОЛЕЗНИ ПРИ ГЕПАТИТЕ В В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1) HBsAg
- 2) анти-HBc IgM
- 3) анти-HBs
- 4) HBeAg

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический активный гепатит
- 2) вирусный гепатит, затяжное течение
- 3) вирусный гепатит с синдромом холестаза
- 4) хронический аутоиммунный гепатит

МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

назначение противовирусных препаратов
активная иммунизация
пассивная иммунизация
тестирование донорской крови на наличие анти-НСV

КОРЕВУЮ СЫПЬ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

одномоментность высыпания
пятнисто-папулезный характер
гиперемированный фон кожи
этапность высыпания
тенденция к слиянию элементов сыпи
геморрагическое пропитывание сыпи
пластинчатое шелушение

ЗАБОЛЕВАНИЕ

скарлатина
корь
брюшной тиф

ХАРАКТЕР СЫПИ

а) пятнисто-папулезная
б) везикулярная
в) мелкоточечная
г) розеолезная
д) анулярная

СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

в течении нескольких дней, «толчкообразно»
позатпно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, в 3-й день болезни - на конечностях.

ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОРАЖАЮТСЯ

миндалины
железистые структуры
лимфатические узлы

72. ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОРАЖАЮТСЯ

верно
неверно

ВИРУС ГРИППА ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ

1) реовирусов
2) пикорнавирусов
3) ортомиксовирусов
4) ретровирусов

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ГРИППА

1) головная боль
2) высокая лихорадка
3) увеличение печени
4) кашель
5) лимфаденопатия

ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

1) жидкий, обильный, водянистый
2) скудный, с мутной слизью и прожилками крови

ТИП ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

1) инвазивный
2) секреторный
3) осмотический

ОСНОВНОЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ОКИ

воздушно-капельный

фекально-оральный
парентеральный

ДЕТИ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ
ротавирусной инфекцией
сальмонеллёзом
ОКИ стафилококковой этиологии

ДЕТИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРАКТИЧЕСКИ НЕ БОЛЕЮТ
ротавирусной инфекцией
энтеропатогенным эшерихиозом
ботулизмом

ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
анатомо-физиологическими особенностям ЖКТ
значительным снижением титра материнских противоротавирусных антител
доминированием воздушно-капельного пути инфицирования

Ответы к тестовым заданиям «Детские инфекции»

1. 3, 4	29.1-г; 2-в; 3-д; 4-б	57.1
2. 3, 2, 4, 1, 5	30.3, 4, 2, 1	58.2, 4
3. 1	31.2	59.1
4. 2	32.1, 2, 4, 5	60.4
5. 2, 3, 5	33.1, 2, 3, 4	61.1, 3
6. 1, 2, 4, 7	34.1, 2, 4, 6	62.1
7. 3, 5	35.1, 4, 5	63.2
8. 2	36.2	64.3
9. 2	37.1	65.1, 2, 4
10.2, 3, 4, 6	38.3	66.4
11.1, 4, 6, 8	39.2, 9	67.4
12.1, 2, 3, 4	40.2	68.2, 4, 5
13.1	41.2, 3, 5	69.1-в; 2-а; 3 –г
14.4	42.2, 4, 5	70.1
15.1	43.1, 4, 5	71.2
16.1	44.2, 4, 5, 6	72.1
17.2	45.1, 4	73.3
18.I-2; II-1; III-3	46.2	74.1, 2, 4
19.5	47.1, 2, 3	75.2
20.3	48.2	76.1
21.2, 4, 6	49.1	77.2
22.3	50.1-в; 2 – б	78.2
23.1	51.2	79.3
24.1	52.1	80.2, 3
25.1, 3	53.1	
26.3, 4	54.1, 2, 4	
27.2, 4, 6	55.1	
28.1	56.2	

Вопросы по модулю «Детские инфекции»

1. Болезни мочевой системы. Гломерулонефрит
 2. Инфекции мочевыводящей системы.
 3. Инфекционные и паразитарные болезни у детей. туберкулез.
 4. Капельная инфекция
 5. Острые респираторные заболевания
 6. Кишечная инфекция
 7. Вирусные гепатиты
-

8. Неотложные состояния при инф. заболеваниях
9. Иммунопрофилактика
10. Туберкулез
11. Спид
12. Вопросы смежных дисциплин

Примеры ситуационных задач по дисциплине (модулю) «Детские инфекции»:

Задача №1

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 уробилин и жёлчные пигменты.

Серологические маркёры гепатита: анти-HCV(+), РНК HCV(+), HbsAg(-), анти-HBc IgM(-), анти-HAV IgM(-).

Задание

Поставьте клинический диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие изменения в анализах крови подтверждают диагноз?

Оцените данные УЗИ.

Объясните причину насыщенного цвета мочи.

Назначьте лечение.

Задача №2

Ребенок 5 лет, посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до $38^{\circ}C$, 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 – $38,2^{\circ}C$, 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. Осмотр ЛОР - врача: лакулярная ангина.

Клинический анализ крови: Нв – 135 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $15,0 \times 10^9/л$; 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:

Поставьте клинический диагноз.

Какова этиология предполагаемого заболевания?

Укажите типичные симптомы заболевания.

Какова причина возникновения сыпи при данном заболевании?

Каков патогенез возникновения лакунарной ангины у ребенка?

Проведите дифференциальный диагноз.

Оцените результаты лабораторных исследований.

Нуждается ли ребенок в повторных исследованиях анализов периферической крови и мочевого осадка?

Назначьте лечение.

Задача №3

Ребенок 3 лет. Заболел остро: повысилась температура тела до 39,5°C, 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 (39,6°C), 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 – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,0 \times 10^9$ /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:

Поставьте предварительный клинический диагноз. Предполагаемая этиология этого заболевания.

Какие дополнительные исследования могли бы подтвердить этиологию болезни?

Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома.

Назовите возможный источник заражения и путь инфицирования.

Подтверждают ли результаты проведенных лабораторных исследований клинический диагноз?

Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?

Напишите диету ребенка на день поступления в стационар.

Назначьте этиотропную терапию.

Задача №4

Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание горла раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на **ВЛ**.

Наложения на миндалины сохранились в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растерлись 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 посеве слизи из зева и носа на дифтерию выделена *Corynebacterium diphth. mitis*.

Общий анализ крови: Нб-156г/л, Эр- $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п.-1,0, Лейк- $9,6 \times 10^9$ /л; п/я-4%, с/я-65%, б-1%, л-18%, м-12%; СОЭ-16мм/час.

Задание:

Поставьте диагноз.

Дайте характеристику возбудителю.

Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании?

Объясните патогенез заболевания.

Проведите дифференциальный диагноз.

Назначьте лечение.

Задача №5

Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C , появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$, 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 $38,2^{\circ}\text{C}$. 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 – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. – 0,87, Лейк – $7,0 \times 10^9/\text{л}$; 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:

Поставьте клинический диагноз.

На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?

Какова причина поражения глаз и кожи?

Каков патогенез поражения легких при данном заболевании?

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?

Нуждается ли ребенок в инструментальном обследовании?

Каких специалистов пригласите для консультации?

Назначьте лечение.

Задача №6

Мальчик 12 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной. Доставлен в стационар бригадой "Скорой помощи". В приёмном отделении: состояние довольно тяжёлое, температура тела 38°C , вялость, однократная рвота, принесящая 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 – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$; Нб – 130 г/л; Лейк – $12 \times 10^9/\text{л}$; 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

Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния.

Предполагаемая этиология, объясните почему?

Назовите возможный источник и путь инфицирования
Объясните механизм диарейного синдрома.
Дайте оценку результатов проведенных лабораторных исследований.
Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
Назначьте терапию.

Задача №7

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.

Поставьте клинический диагноз.

Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?

В консультации какого специалиста нуждается больной?

Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Оцените результаты лабораторных исследований.

Назначьте лечение.

Задача №8

Мальчик 4 месяца, 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 37,5°C, 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", тургор 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- $9,0 \times 10^9$ /л, Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /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:

Поставьте клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания.

Какие результаты лабораторных исследований подтверждают этиологию заболевания?

Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.

Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.

Проведите расчет жидкости для проведения регидротационной терапии.

Какие лекарственные препараты целесообразно использовать в данном случае для проведения этиотропной терапии (дозы и схемы лечения)?

Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?

Каковы возможные исходы этого заболевания?

Задача №9

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: температура тела 39°C, вялый, временами беспокойный, регидность затылочных мышц. Отмечается резкая потливость. При перемене положения в кровати кричит.

При осмотре: выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на ногах. 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. 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: Hb – 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

Поставьте клинический диагноз.

Какова предполагаемая этиология заболевания?

Нуждается ли ребёнок в консультации специалиста?

Какая клиническая форма болезни у ребёнка?

Каков патогенез двигательных нарушений при данном заболевании?

Оцените данные лабораторных исследований.

Можно ли думать о менингите у ребёнка?

Назначьте лечение.

Задача №10

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 см, плотноватой консистенции, болезненная при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча тёмная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой.

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-1017, белок-нет, глюкоза-нет, лейкоциты-2-3 в п/з, эритроциты-1-2 в п/з, желчные пигменты-(+++).

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 IgM (+).

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

Задание:

Поставьте клинический диагноз.

Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?

Оцените данные УЗИ органов брюшной полости.

Объясните причину "темного" цвета мочи.

Где произошло заражение ребенка и почему?

Назначьте лечение.

Задача №11

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, непереваренный. При поступлении в стационар (2-ой день болезни): состояние средней степени тяжести, температура тела 35,8°C, вялый, пьёт неохотно, капризничает. 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-4,06х10¹²/л; Нв-134г/л; Лейк-8х10⁹/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

Поставьте предварительный клинический диагноз.

Объясните патогенез развития диарейного синдрома при этом заболевании.

Проведите дифференциальную диагностику со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями.

Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить диагноз?

Определите степень эксикоза и проведите расчёт жидкости для регидратационной терапии.

Есть ли показания для проведения инфузионной терапии? Если да – напишите состав капельницы.

Назначьте диету на день поступления больного в стационар.

Какие лекарственные препараты этиопатогенетического воздействия можно использовать при лечении этого заболевания: режим дозирования и курс лечения.

Каких специалистов пригласите для консультации?

Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.

Противоэпидемические мероприятия в очаге.

12.Состояние вопроса и перспективы иммунизации детей против этого заболевания на данном этапе научных исследований?

Задача №12

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до 37,5°C 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 38°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта.

На 4 день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела 40°C, 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: Нб - 140 г/л, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,95, Лейк - $17,5 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 82%, э - 1%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Задание:

Поставьте клинический диагноз.

Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в области спины?

Какие еще проявления болезни возможны у ребенка?

Оцените результаты анализа периферической крови.

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?

Назначьте лечение.

Допускались ли ошибки в процессе ухода за ребенком?

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

1. Вирусный гепатит С, лёгкая форма.

2. Дифференциальный диагноз клинически сложен. Отдифференцировать поможет ПЦР, с помощью которой определяют РНК вируса гепатита С, что свидетельствует об активности процесса. Методом ИФА можно определить антитела к структурным и неструктурным белкам вируса НС, но это не говорит об активности процесса.

3. Какие изменения в анализах подтверждают диагноз.

Обнаруженные серологические маркеры вируса НС в сыворотке крови, особенно РНК вируса НС+ подтверждают диагноз, а отрицательные результаты исследования на маркеры вирусов гепатита А и В позволяют их исключить.

4. Данных УЗИ в задаче нет. При лёгкой форме гепатита С печень увеличена, эхогенность нормальная, эхоструктура паренхимы однородная, но учитывая коварность ГС возможны и др. вариации.

5. Причина насыщенного цвета мочи - наличие в моче уробилина и желчных пигментов. При вирусных гепатитах повышается концентрация конъюгированного билирубина крови, который выделяется с мочой в виде желчных пигментов, придающих жёлтый цвет моче.

6. Полупостельный режим 10 дней. Стол - печёночный. Магния сульфат 5% по 1 д. ложке 3 раза внутрь, витамины (В1, В2, В6, С), ундевит по 1 драже 2 раза. Обильное питьё (5% р-р глюкозы, минеральная вода «Тиб», «Кармадон» - 2 недели). Интрон А с ребетолом, Перинтрон а2.

Задача №2.

Скарлатина типичная, среднетяжелая форма.

Гемолитический стрептококк группы А

Интоксикация, сухость кожи, мелкоточечная сыпь, бледный носогубный треугольник, отграниченная яркая гиперемия мягкого неба, ангина, белый дермографизм, шелушение кожи, регионарный лимфаденит, “малиновый” язык, тахикардия, повышение АД, с 4-5 дня – брадикардия, снижение АД, нередко “инфекционное сердце”.

Экзотоксин гемолитического стрептококка вызывает появление мелкоточечной сыпи на гиперемизованном фоне кожи. При микроскопии обнаруживаются мелкие очажки поражений по типу периваскулярной инфильтрации и умеренного отека дермы. Сыпь – одно из проявлений токсической линии патогенеза.

Ангина обусловлена воздействием микроба. Она проявляется гнойными и некротическими изменениями (септическая линия патогенеза).

Дифференциальный диагноз. При псевдотуберкулёзе, иерсиниозе – бывают боли в животе, полиартрит; сыпь полиморфная на неизменном фоне кожи, отмечаются симптомы “капошона”, “перчаток” и “носков”, нет ангины. При скарлатине не бывает желтухи, увеличения печени и селезенки. При менингококкемии, в отличие от скарлатины, бурное начало, сыпь геморрагическая, обильнее на ногах и бедрах, сыпь от точечных до крупных кровоизлияний, звездчатая, могут быть артриты, увеит, циклохориоидит. Потница в отличие от скарлатины характеризуется появлением высыпаний в местах повышенной потливости, при охлаждении ребенка гиперемия кожи меньше.

Лекарственная сыпь в отличие от скарлатинозной более грубая, на неизменном фоне кожи, больше на разгибательных поверхностях конечностей, не щадит носогубный треугольник. При стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом сыпь появляется при наличии гнойного очага, насыщенности кожных складок нет, нет яркой ангины.

В анализах крови характерные для скарлатины изменения – лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ. В анализах мочи много слизи, что свидетельствует о начинающемся воспалении в мочевыводящих путях. В посевах слизи из зева выделен возбудитель скарлатины – гемолитический стрептококк.

Нуждается.

Лечение. Режим постельный, диета полноценная, витаминизированная, механически щадящая (Стол 4, кефир 200,0). Пенициллин 500 т Ед. х 2 раза в/м, орошение ротоглотки р-ром фурацилина 1:5000 х 4 раза, тавегил 1/3 т. х 2 раза внутрь, глюконат Са 0,5 х 3 раза внутрь, ревит х 1 др. х 2 раза внутрь.

Задача №3.

1. Шигеллез (гастроэнтероколит), среднетяжелая форма, токсикоз с эксикозом 1 (изотонический). Предположительно – шигеллез Зонне. Сопутствующий диагноз – энтеробиоз.

2. Анализ кала на кишечную группу, РПГА с комплексным шигеллезным Зонне и Флекснера диагностикумом.

3. Тип диареи – инвазивный. Патогенез: шигеллезный токсин в энтероцитах активирует аденилатциклазу, содержащуюся в мембранах клеток и катализирующую расщепление АТФ до циклического АМФ. Это способствует выбросу из клеток воды и электролитов. Однако, основную роль в развитии диареи играет воспалительный процесс в кишечнике.

4. Возможный источник заражения - мать ребёнка, путь инфицирования – пищевой.

5. Нет.

6. Консультация невропатолога.

7. Диета в день поступления – Кефир 200,0 х 2 раза, Бифидокефир 200,0 в несколько приемов, рисовая каша на половинном молоке 200,0 х 2 раза, по аппетиту.

8. Этиотропная терапия – Эрцефурил 1 ч.л. х 3 раза внутрь. Интенсификация этиотропного лечения – смекта х 3 раза, лактобактерин 5 доз 3 раза за 40 мин. до еды. Лечение энтеробиоза при улучшении состояния – пирантел 10 мг/кг 1 раз, через 2 недели повторить.

Задача №4

Дифтерия ротоглотки локализованная, островчатая форма.

Характеристика возбудителя.

Возбудитель относится к роду *Corynebacterium*, ввиду кориниобактерия дифтерии, включающий как токсигенные, так и нетоксигенные дифтерийные палочки. Дифтерия вызывается только токсигенными штаммами, которые выделяют сильнодействующий экзотоксин, нарушающий синтез белка в клетках, в результате клетка погибает.

Дифтерийные палочки 3,0 – 0,8 мкм, располагаются под углом в виде цифры У или в виде войлока. На концах палочки имеются утолщения, они устойчивы во внешней среде, при температуре 58 гр. они погибают, чувствительны к дезсредствам, хорошо выносят высушивание, различают тип гравис – наиболее токсичный, тип митис и интермедиус. Полного параллелизма между типом и тяжестью нет.

Изменения со стороны ЛОР-органов. Небольшой отек и легкая гиперемия миндалин, небных дужек, налеты на миндалинах в виде островков, налеты хотя и легко снимались, но полностью не растирались, что говорит о фибринозном характере налетов.

4. Входные ворота – слизистая ротоглотки, носа, гортани, реже глаз, половых органов и поврежденных тканей, пупочная ямка. Большое значение имеет наличие антитоксического иммунитета, тогда заболевание не возникает, бывает бактерионосительство. Если низкий уровень антитоксического иммунитета, или он отсутствует экзотоксин дифтерийной палочки проникает внутрь клетки, с этим связано общее и местное действие токсина

Дифтерийный токсин – это нейротоксин, замедляет синтез белка, вызывает коагуляционный некроз эпителия слизистой, расширяет кровеносные сосуды, увеличивает их проницаемость, замедляется ток крови. Происходит выпотевание экссудата богатого фибриногеном и превращение его в фибрин под действием тромбина, высвобождающейся при некрозе эпителия. Фибринозное воспаление может быть крупозным (в дыхательных путях), дифтеритическая пленка здесь легко отделяется и воспаление

может быть дифтеритическим на слизистой с многослойным эпителием – в ротоглотке, где поражение более глубокое, фибринозный выпот проникает в подлежащие ткани, пленка плотно соединяется с ними. Проникновение токсина вглубь по лимфатическим путям вызывает отек слизистых оболочек, воспаление в регионарных лимфатических узлах, отек может распространяться на подкожную клетчатку, который может достигать значительных размеров.

При крупозном воспалении токсических форм не бывает, так как пленка легко отторгается. Общий токсикоз связан с проникновением токсина в кровь. Бактериемия наблюдается редко и не играет существенной роли. В патогенезе токсических форм играет роль предшествующая сенсibilизации. Характерно избирательное поражение надпочечников, почек, сердечно-сосудистой системы (гемодинамические нарушения миокарда), периферических нервов (паралич мягкого неба, мышц шеи, туловища).

В результате перенесенной инфекции развивается анитоксический иммунитет, достаточно напряженный, но не стойкий, развивается и антибактериальный иммунитет.

5. Дифференциальный диагноз локализованных форм дифтерии.

При лакунарной ангине отмечается значительная болезненность при глотании, яркая гиперемия зева, наложения в лакунах беловато-желтые, рыхлые, легко снимаются и растираются. Тонзиллярные лимфоузлы увеличены, уплотнены, болезненны, выражены симптомы интоксикации и высокая температура.

Фолликулярная ангина у детей встречается редко и мало чем напоминает дифтерию: высокая температура, выраженная интоксикация, боли в горле, яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины, под слизистой желтоватые нагноившиеся фолликулы, увеличены регионарные лимфоузлы, болезненны.

Некротическую ангину отличает яркая гиперемия ротоглотки, резкая болезненность при глотании, значительное увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов, высокая температура, выраженная интоксикация, яркая гиперемия щек, бледный носогубный треугольник, «малиновый» язык, мелкоточечная сыпь.

При грибковой ангине наложения белые, островчатые, располагаются поверхностно на миндалинах и других участках слизистой, легко снимаются, растираются. Слизистая ротоглотки мало изменена, регионарные лимфоузлы не увеличены.

6. Лечение: ввести противодифтерийную сыворотку по Безредке в/м 10000 АЕ вильрафен суспензия 30-50 мг/кг в сутки в 3 приема или рулид, дурацеф 50 мг/кг в сутки в 2 приема. Десенсибилизирующие препараты (димедрол 0,015 1 раз, тавегил по ½ т. 2 раза, фенкарал 0,1 2 раза в день). Витамины. Выписка после исчезновения налетов и отрицательных результатов бак.исследования слизи из зева и носа, в среднем через 14-21 день. Диспансеризация 3 месяца.

Задача №5

1. Корь типичная, средней тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании типичных симптомов: в катаральном периоде интоксикация, катар верхних дыхательных путей, конъюнктивит с постепенным усилением к моменту высыпания, этапность распространения сыпи, ярко-розовая обильная сыпь, местами сливная.

3. Поражение слизистой оболочки глаз и кожи вызывается вирусом кори с дистрофическими изменениями в них клеток. Поражение кожи проявляется очагами периваскулярного воспаления. Воспалительные фокусы на коже располагаются на значительном расстоянии друг от друга, имеют крупные размеры.

4. После возникновения вируса в эпителий респираторного тракта, там формируются многоядерные гигантские клетки с ацидофильными включениями. При возникновении пневмонии в альвеолах обнаруживаются гигантские клетки с ацидофильными включениями – специфическая реакция организма на коревой вирус. Однако, и при ранних пневмониях этиологическим началом нередко являются микробы наряду с вирусом кори. Поздние пневмонии вызываются вторичной микробной инфекцией, а вирус кори является только “протравой”.

5. Дифференциальный диагноз. Краснуха отличается от кори одновременным появлением сыпи (в течение одного дня), отсутствием перехода ее в пигментацию, более мелкие размеры экзантемы, без тенденции к слиянию. Катаральный и интоксикационный синдромы выражены слабо. При энтеровирусной экзантеме нет цикличности в развитии заболевания, сыпь может появиться при нормальной температуре тела, не дает перехода в пигментацию, может быть увеличение печени, миокардит, диарея. При псевдотуберкулезе отсутствует этапность высыпания, нет перехода сыпи в

пигментацию, характерно острое начало с симптомов интоксикации без катаральных явлений и без пятен Филатова-Коплика, полиморфизм (артралгии, боли в животе, гепатоспленомегалия), длительное течение болезни и возникновение рецидивов. При скарлатине продромальная сыпь (реш) может быть мелкоочечной, как при кори, но она быстро сменяется типичной пятнисто-папулезной сыпью. Отсутствуют катаральные явления, нет пятен Филатова- Коплика. При менингококкцемии бурное начало, сильная головная боль, повторная рвота, менингеальные симптомы. Сыпь появляется в первые часы заболевания, сразу по всему телу, локализуется в основном на нижних конечностях, ягодицах, быстро приобретает гемморагический характер. При инфекционном мононуклеозе ампициллиновая сыпь характеризуется одновременным высыпанием, не переходит в пигментацию, нет интоксикации слизистые конъюнктив и щек чистые.

6.Цитоскопия носового отделяемого, вирусологические методы, серологические методы (РТГА,РПГА) – кровь на парные сыворотки (1-я не позже третьего дня высыпания, 2-я через 10/14 дней после взятия первого), ИФА – обнаружение противокоревых антител.

7.Рентгенография легких и сердца.

8.ЛОР – врача.

9 Лечение. Режим 1, стол 3 (молочно-растительный, витаминизированный), кефир 200, обильное питье. Пенициллин 400 т. Ед х 3 раза в/м, ревит 1 др х 2 раза внутрь, аскорбиновая к-та 5% - 1,0 в/м, 2% протаргол по 2 кап. х 3 раза в каждый носовой ход, микстура от кашля д. ложка х 3 раза, пентоксил 0,015 х 3 раза внутрь, глюконат Са 0,5 х 3 раза внутрь.

Задача №6

1.Сальмонеллез, гастроэнтерит, среднетяжелая форма, токсикоз с эксикозом 2-й степени (вододефицитный).

Предполагаемая этиология – сальмонелла энтеритidis, которая в последние годы является ведущим возбудителем. Характерен эпид. анамнез – за 6 час. до заболевания употребление пирожков с мясом. Клинически – многократная рвота, обложенность языка, вздутие живота, болезненность в области эпигастрия и пупка, стул энтеритный, зловонный, цвет – “болотной тины”.В анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево до палочкоядерных, СОЭ увеличена.

Возможный источник – животные (коровы, свиньи, овцы), мясо которых использовано в приготовлении пирожков. Путь инфицирования - пищевой.

Диарейный синдром – результат совокупного действия эндотоксинов, бактериальных тел и возможно, экзотоксина на слизистую кишечника, сосудисто-нервный аппарат. Ведущим фактором является воспалительный процесс, приводящий к нарушению перистальтики кишечника, процессов пищеварения и всасывания, накоплению в просвете кишечника осмотически активных веществ, препятствующих всасыванию воды и электролитов. Гиперсекреция эпителия с энтеросорбцией при сальмонеллезе в большинстве случаев имеет второстепенное значение.

В анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофиллёз со сдвигом влево, анэозинофилия, умеренно ускоренная СОЭ. В анализе мочи – ацетонурия, связанная с нарушением процесса окисления жирных кислот из-за снижения резервов гликогена при токсикозе.

Анализ кала на кишечную группу, РНГА с комплексным шигеллёзным и сальмонеллёзным антигеном. Этиотропная терапия: клафоран 500 т. х 3 раза в/м, гентамицин 80 мг 3 раза внутрь. Интенсификация: смекта 3,0 х 3 раза, бифидумбактерин 10 доз х 3 раза за 40 мин до еды или пробифор 1 пакет 2-3 раза в день

Задача №7

1. Паротитная инфекция, железистая форма (2-х сторонний паротит, правосторонний орхит).

2.Выделение вируса из слюны, крови. Серологическая диагностика – РСК в парных сыворотках, особенно нарастание титра антител в динамике заболевания (диагностический титр 1:80), ИФА – обнаружение антител иммуноглобулинов М.

3.Хирурга.

4.ЦНС, поджелудочной железы, подчелюстных слюнных желез, подъязычной слюнной железы, простаты, грудных желез, яичников, слезной железы, щитовидной железы.

5. Острые паротиты на фоне общего тяжелого состояния (сепсис, брюшной тиф) или на фоне местной гнойной инфекции (стоматит) – обычно гнойные, более резкая болезненность, при этом железа плотная, кожа гиперемирована, затем появляется флюктуация. В крови лейкоцитоз нейтрофильного характера в отличие от лейкопении и лимфоцитоза при вирусном паротите. Токсические паротиты

(отравление ртутью, свинцом) у детей редки, развиваются медленно, выявляются другие признаки отравления. Слюнокаменная болезнь – чаще у взрослых, опухоль околоушной железы с одной стороны, заболевание развивается постепенно, без гипертермии, и имеет рецидивирующее течение, помогает в диагностике сиалография. Токсическая дифтерия ротоглотки отличается выраженными изменениями в ротоглотке. Инфекционный мононуклеоз – увеличение лимфоузлов, а не слюнных желез, ангина, увеличение печени и селезенки, в периферической крови – лейкоцитоз, атипичные мононуклеары. Орхит нетрудно диагностировать при наличии паротита.

6.Катаральный отит, пневмония, парезы, параличи, поражение черепно-мозговых нервов, особенно слухового.

7.В анализе крови типичные для паротитной инфекции изменения отсутствуют (лейкопения, лимфоцитоз). Общий анализ мочи без патологии.

8.Лечение. Режим 1, диета молочно-растительная, механически и химически щадящая, обильное питье, полоскание рта после еды 2% р-ром соды. Сухое тепло на слюнные железы (ватно-марлевая повязка), ношение суспензория по поводу орхита, местно холод. Пенициллин 1 млн.Ед х 3 раза в/м, димедрол 0,05 х 3 раза внутрь, анальгин 0,25 х 3 раза внутрь, преднизолон 20 мг х 4 раза внутрь (коротким курсом), аспаркам 1т. х 3 раза внутрь после еды, ревит х 1 др. 3 раза, глюконат Са 1,0 х 3 раза внутрь.

Задача №8

1.Энтерогенный эшерихиоз О-124 (гастроэнтерит),тяжелая форма, токсикоз с эксикозом II степени (вододефицитный).

2.В анализе кала на кишечную группу выделены E.Coli O-124.

3.Возможный источник инфекции больные или бактериовыделители, главным образом, дети в окружении ребенка. Путь заражения – контактно – бытовой.

4.Смесь «Хумана ГА-1» по 50,0 х 10 раз (через 2 часа).

5.Оральная регидратация из расчета 100 мл/кг – 600 мл регидрона на 6 часов, дробно (первичная регидратация). При положительном эффекте – поддерживающая регидратация до прекращения диареи (100 мл/кг в сутки – 600 мл регидрона по 1 ч.ложке через 5-10 минут). При ухудшении состояния – в/в регидратация из расчета физ.потребности, дефицита массы, продолжающихся потерь в виде рвоты, жидкого стула, с высокой температурой тела: физ.потребность суточная – 130 мл, в виде жидкого стула – 30 мл/кг – 180 мл, с высокой температурой тела (на каждый градус после 37 – 10 мл/кг) – 60 мл. Всего 360 мл.

6.Этиотропная терапия – антибиотики: клафоран 200 мг х 3 раза в/м, гентамицин 20 мг х 3 раза в/м, КИП – 1 доза х 2 раза.

Патогенетическая терапия. Для проведения оральной регидратации используется регидрон, цитроглюкомолан, «Детский лекарь». При проведении инфузионной терапии стартовый р-р 5-10 5 р-р глюкозы. Соотношение глюкозы к солевым р-рам 3:1, соотношение коллоидов к глюкозо-солевым растворам 1:2 (1:3). Первое в/в капельное введение: реополиглюкин 60 мл, 10 % р-р глюкозы 180 мл, инсулин 2,5 ед. в/в, аскорбиновая кислота 5 % - 1,0 в/в, ККБ 25 мг в/в, преднизолон 12 мг в/в, контрикал 5 т. Ед в/в, 4 % р-р калия хлорида 10 мл. в/в после появления диуреза, 4 % р-р гидрокарбоната натрия – 12,0 в/в, 10 % р-р глюконата кальция 6,0 в/в, 25 % р-р магния сульфата 0,2 в/в. В первые 8 часов инфузионной терапии компенсируем ½ дефицита жидкости, вводим ½ суточных потребностей воды и электролитов, корректируем продолжающиеся потери. В дальнейшие 9-24 часа восполняем оставшийся дефицит жидкости, вводим 2/3 возрастных потребностей в воде и электролитах. С улучшением состояния переводим на оральную регидратацию, расширяем объем кормления.Интенсификация лечения: бифидумбактерин 5 доз 2 раза, смекта 3,0 в несколько приемов. Сопроводительная терапия: нистатин 100 т. Ед. 3 раза внутрь, ревит ½ драже 1 раз внутрь, лизоцим 10 мг 5 раз внутрь, литическая смесь (анальгин 50 % - 0,1, папаверин 2% - 0,1, димедрол 1 % - 0,5 в/м).

7.Консультация реаниматолога, хирурга.

8.Исход, как правило, благоприятный, но процесс выздоровления может затянуться до 1,5 мес. Прогноз неблагоприятный, если возникает ангидремический гиповолемический шок, на фоне которого может развиваться тромбгеморрагический синдром.

Задача №9

1. Полиомиелит, можно поставить острые вялые параличи (ОВП), это как предварительный диагноз. Окончательный диагноз формируется комиссионно на основании клинических и лабораторных данных в соответствии с международной классификацией.

2. Предполагается этиология – «дикий» вирус полиомиелита, возможно вирус вакцинального происхождения.
 3. Нуждается в консультации невропатолога.
 4. Клиническая форма болезни: Острый паралитический полиомиелит, спинальная форма, паралитический период
 5. Вирус проникает через слизистые оболочки рта. Первичная репродукция происходит в слизистой оболочке полости рта и тонкого кишечника, в лимфатических узлах и пейеровых бляшках. Из лимфатической системы вирус проникает в кровь и гематогенно проникает в ЦНС, распространяясь вдоль аксонов периферических нервов и далее вдоль волокон двигательных нервов. Наиболее чувствительны клетки передних рогов спинного мозга, деструкция которых вызывает развитие паралича. Проникновение вируса в нервную систему отмечается не более чем у 1 % инфицированных, у остальных развиваются непаралитические формы заболевания или вирусоносительство. В пораженных клетках спинного мозга отмечаются деструктивные изменения, клетки гибнут. При гибели 1/3 мотонейронов наблюдается полный паралич тех мышц, которые иннервируются пораженным участком нервной системы. Чаще страдают поясничный отдел, могут поражаться ядра продолговатого мозга. В мышцах, иннервируемых пораженным участком нервной системы развивается атрофия.
 6. В периферической крови небольшая лейкопения, палочкоядерный сдвиг, небольшой моноцитоз. В моче следы белка.
 7. Можно ли думать о менингите. – НЕТ.
 8. В первые дни болезни проводится дезинтоксикация и дегидратация (лазикс 1-3 мг/кг в сутки, маннитол 1-1,5 г сухого в-ва на кг). Концентрированная плазма 10 мл/кг, гаммаглобулин. При болевом синдроме ацетилсалициловая кислота по 10 мг/кг для детей раннего возраста и по 10-15 мг/кг для детей старшего возраста, разовая доза. Анальгин 10 мг/кг х 1-4 раза в день, 0,1 мл/ год жизни 50% р-ра анальгина, в/м.
- По окончании паралитического периода 0,05 % р-р прозерина в разовой дозе, 0,018 мл/кг для новорожденных, 1-5 лет – 0,016 мл/кг, 6-10 лет – 0,014 мл/кг п/к, в/м. Разовую дозу можно повторить через 30 минут, но не более 3 раз в сутки. Внутрь 1 мг/год, не более 10 мг. Дибазол 1 % 0,05 мл/кг в/м. Внутрь дибазол 0,5-1 мл/год в 2-3 приема. Можно галантамин. Эти средства назначают последовательным курсом. Показан витамин В12.
- Лечебная физкультура: массаж, УВЧ, электростимуляция пораженных мышц, ритмическая фарадизация или гальванизация, горячие укутывания.
- Через 3-6 месяцев курортное лечение (грязи, морские купания). При выраженных деформациях ортопедические мероприятия.

Задача №10

Вирусный гепатит А, типичный, лёгкая форма.

Подтверждают диагноз повышение общего билирубина, преимущественно за счёт конъюгированной фракции. Повышение АсАТ, АлАТ и тимоловой пробы. Обнаружены маркеры вирусного гепатита А - анти-HAV Ig класса М (+).

Данные УЗИ свидетельствуют о поражении печени (увеличение печени, нормальная эхогенность).

Причина тёмной мочи: вирус с пищевыми массами, водой, слюной попадает в желудок, тонкий кишечник, где он внедряется в порталный проток и через родственные рецепторы в гепатоциты, повышается проницаемость в результате взаимодействия вирусов и веществ, принимающих участие в детоксикации. Возникает центральное звено патогенеза - синдром цитолиза. Происходит движение в-в по градиенту концентрации. Концентрация печёночных ферментов выше в гепатоцитах, чем во внеклеточном пространстве, в сыворотке крови повышается концентрация печёочно-клеточных ферментов с цитоплазматической, лизосомальной, митохондриальной локализацией, их концентрация внутри гепатоцитов снижается, понижается биоэнергетический режим биохимических превращений. Это ведёт к нарушению всех видов обмена (белковый, пигментный, жировой, углеводный и пр.). Нарушается способность печени синтезировать альбумины, факторы свёртывания, витамины и др., затрудняется экскреция конъюгированного билирубина, резко нарушается детоксикационная функция печени. Активируются кислые гидралазы. Завершением является некротизирование печёочной клетки, стимулируются Т и В-системы иммунитета. Механизм аутоагрессии при гепатите А в полной мере не реализуется, поэтому тяжёлых форм при А гепатите практически не бывает. При вирусных гепатитах повышается количество конъюгированного билирубина в крови, который выделяется с

мочой в виде желчных пигментов, придающих моче темный цвет, степень окраски зависит от уровня билирубина в крови.

5. Заражение произошло в детском саду, где были случаи гепатита.

6. Лечение. Полупостельный режим 10 дней. Печёночный стол (№5), диета полноценная, легко усвояемая. Желчегонные препараты: кукурузные рыльца, 5% р-р сульфата магния по 1 д. ложке х 3 раза. Витамины: В1, В2, В6, С. Обильное питьё: 5% р-р глюкозы, минеральная вода - 2 недели. Дополнительные условия - строгий санитарно-гигиенический режим, избегать суперинфекции, госпитализация в бокс при невозможности лечить дома.

Задача №11

1. Ротавирусная инфекция, гастроэнтерит, средне-тяжелая форма, токсикоз с эксикозом II степени (вододефицитный).

2. Тип диареи - осмотичный. Патогенез: ротавирус проникает в энтероциты, где он размножается и вызывает разрушение эпителия ворсинок, где происходит синтез дисахаридаз, главным образом лактазы. В просвете кишечника накапливаются нерасщепленные дисахариды, которые вместе с невоссавшимися простыми сахарами попадают в толстый кишечник, вызывают повышение осмотического давления в ее просвете, что привлекает воду и электролиты в просвет кишечника и препятствует их всасыванию. Возникает водянистая диарея.

3. Энтеропатогенный эшерихиоз характеризуется длительной температурой, бледностью, вздутием живота, каловым характером стула без резкого запаха, нет выраженного урчания. Гастроинтестинальная форма сальмонеллеза – выраженный токсикоз, упорная рвота, зеленый слизистый стул, нередко с примесью крови, в анализах крови выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево до юных миелоцитов, СОЭ умеренно увеличена. Холера – частый (без счета) стул в виде рисового отвара, без запаха, быстрое развитие дегидратации со снижением тургора кожи, сухость слизистых, сильная жажда, нормальная температура тела, падение сердечнососудистой деятельности, диуреза. Энтеровирусная диарея – нет частой рвоты, пареза кишечника, урчания, императивных позывов на дефекацию, зловонного стула. При энтеровирусной инфекции часто герпетическая ангина, миалгия, серозный менингит и др.

4. Анализ кала на ротавирусы, ИФА, РПГА (2-4-х кратное нарастание титра антител в парных сыворотках).

5. Степень эксикоза II. расчет жидкости для оральной регидратации :

Вес 15 кг. Первичная регидратация 100 мл/кг в первые 6 часов, дробно 1500 мл., затем поддерживающая – 100 мл/кг в сутки до прекращения диареи.

6. Показания для инфузионной терапии – неэффективность оральной регидратации. Состав капельницы: реополиглюкин 150,0, 10 % р-р глюкозы 150,0 в/в капельно, инсулин 3 ед. в/в, ККБ 50 мг в/в, аскорбиновая кислота 5 % - 2,0 в/в, преднизолон 30 мг в/в, хлористый калий 4 % - 15,0 в/в, хлористый кальций 10 % - 5,0 в/в, 25 % сульфат магния – 1,0 в/в.

7. Диета в день поступления: кефир 200,0 х 2 раза, бифидокефир 200,0 в несколько приемов, рисовая каша 200,0 х 2 раза по аппетиту.

8. Этиопатогенетическое воздействие:

АРИК – 1 доза х 2 раза внутрь, курс 10 дней, лактобактерин 5 доз х 3 раза внутрь за 40 мин. до еды, имодиум ½ капсулы х 2 раза, 1-2 дня, ревит 1 др. х 2 раза внутрь, фестал ½ т. х 3 раза внутрь.

9. Консультация ЛОР врача.

10. Клиническое выздоровление, отрицательный результат вирусологического обследования. Допускается в детсад со справкой о выздоровлении, диспансерное наблюдение – 1 месяц.

11. Экстренное извещение в СЭС, текущая и заключительная дезинфекция. Выявление и обследование контактных, мед. наблюдение 7 дней, с профилактической целью контактным назначается КИП.

12. Несколько предложений для проведения вакцинации. Одно из них – живая вакцина, используют вирус, вызывающий ротавирусную диарею у телят. Перспективное направление, направленное на индуцирование местного иммунитета в кишечнике путем передачи секреторного содержащегося в молозиве иммунизированных животных, используются также титрованные серии иммуноглобулина человека.

Задача №12

1. Ветряная оспа, среднетяжелая форма. Осложнение – флегмона спины.

- 2.Присоединением бактериальной инфекции, вследствие чего заболевание осложнилось флегмоной спины.
- 3.Возможные проявления заболевания: продромальная скарлатино- или кореподобная сыпь (реш), образование корочек, высыпание на конъюктиве глаз, реже на гортани и половых органах.
- 4.В анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ.
- 5.Вирусологическое исследование окрашенных серебрением по Морозову мазках везикулезной жидкости при обычной или электронной микроскопии. Серологическая диагностика методом РСК и ИФА. Иммунофлюоресцентный метод – выявление ветряночного антигена в мазках – отпечатках из содержимого везикул.
- 6.Хирурга.
- 7.Лечение. Режим 1, стол 3 (молочно-растительный), кефир 200,0, обильное питье. Элементы сыпи тушировать 1% спиртовым р-ром бриллиантовой зелени, промывание слизистых полости рта 2% р-ром соды. Клафоран 500 т. Ед х 3 раза в/в, тайленол 0,15 х 3 раза внутрь. Гемодез 150,0, 10% р-р глюкозы 250,0 в/в капельно, инсулин 5 Ед в/в, ККБ 50 мг в/в, аскорбиновая к-та 5% - 2,0 в/в. Антистафилакокковый иммуноглобулин 100 МЕ Ед через день №5, 30% водный р-р димексида на область спины в виде компрессов, ревит 1 др. х 2 раза внутрь, глюконат С ах 0,5 3 раза, димедрол 0,01 3 раза внутрь.
- 11.Нарушением гигиенического содержания кожи.

2.3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Вид и номер компетенции	Содержание компетенции	Элемент компетенции	Результат освоения	Показатели оценивания
УК-1	Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать, уметь, владеть	Устный опрос, собеседование
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья	Знать, уметь, владеть	Устный опрос, собеседование

	раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания			
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм	Знать, уметь, владеть	Устный опрос, собеседование
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	готовность к ведению и лечению пациентов	Знать, уметь, владеть	Устный опрос, собеседование

2.3.1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Номер темы	Основные показатели оценки результатов	Формы и методы контроля	Критерии оценивания	Шкала оценивания
Тема №1	1.Знание анатомо-физиологических особенностей	Устный опрос, собеседование	Стандарт	стандарт

	системы пищеварения у детей в различные возрастные периоды 2. Демонстрация практических навыков работы с больными. Исследование органов пищеварения. 3. Знание лабораторных нормативов при заболеваниях ЖКТ 4. Умение интерпритировать параклинические данные. 5. Знание основных и дополнительных методов исследования органов пищеварения.			
Тема № 2	1. Знание заболеваний печени (гепатиты, циррозы, портальная гипертензия, аномалии и др.) 2. Демонстрация практических навыков работы с больными. Исследование органов пищеварения. 3. Знание лабораторных нормативов при заболеваниях ЖКТ 4. Умение интерпритировать параклинические данные. 5. Знание основных и дополнительных методов исследования органов пищеварения.	Устный опрос, собеседование	Стандарт	стандарт
Тема № 3	1. Знание болезней поджелудочной железы. Функциональные нарушения (диспанкреатизм). Органические заболевания (панкреатиты). 2. Демонстрация практических навыков работы с больными. Исследование органов пищеварения. 3. Знание лабораторных нормативов при заболеваниях ЖКТ 4. Умение интерпритировать параклинические данные. 5. Знание основных и дополнительных методов исследования органов пищеварения.	Устный опрос, собеседование	Стандарт	стандарт

Тема № 4	4. Знание функциональных нарушений тонкой (синдром нарушенного всасывания) и толстой кишки (запор, синдром раздраженного кишечника, секреторные нарушения). 2. Демонстрация практических навыков работы с больными. Исследование органов пищеварения. 3. Знание лабораторных нормативов при заболеваниях ЖКТ 4. Умение интерпретировать параклинические данные. 5. Знание основных и дополнительных методов исследования органов пищеварения.	Устный опрос, собеседование	Стандарт	стандарт
-------------	---	-----------------------------	----------	----------

3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «Детские инфекции»

3.1 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

№	Наименование	Авторы	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Неонатология: национальное руководство	Н. Н. Володин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	12	
2.	Воспалительные заболевания новорожденных	Абаев Ю. К.	Ростов н/Д: Феникс, 2007	1	
3.	Избранные клинические рекомендации по неонатологии	Е. Н. Байбарина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016	1	
4.	Электроэнцефалография в неонатологии: руководство для	Т. А. Строганова, М. Г. Дегтярева, Н. Н. Володин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005	5	
5.	Неонатология: Учеб. пособие. в 2 т.	Шабалов Н. П.	М. : ГЭОТАР-медиа, 2016.	http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437940.html	

6.	Антимикробная терапия у детей	В.С. Шухов и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016	1	
7.	Детские болезни: в 2 т.	Шабалов Н. П.	СПб.: Питер, 2010	Т. 1-7 Т. 2-7	
8.	Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов	А. С. Шарыкин	М. : Теремок, 2005.	1	

Дополнительная литература.

№	Наименование	Авторы	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Неотложные состояния у детей	А. Д. Петрушина	МИА, 2010	1	
2.	Неотложные состояния у детей. Гастроэнтерология, пульмонология, нефрология	Тимошенко В. Н.	Ростов н/Д : Феникс, 2007	1	
3.	Педиатрия. Клинические рекомендации	Баранов А.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006	10	
4.	Лекции по педиатрии	Эрман М. В.	Теремок, 2005	2	

Список учебно-методической литературы, изданной сотрудниками кафедры детских болезней №3

№	Наименование	Авторы	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Гастроэнтерология. Эндокринология детского возраста. Учебное пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, слушателей ФПДО	Касохов Т.Б., Цороева Л.К., Цороева З.А.	Владикавказ, 2010	1	3
2	Иммунология. Словарь-справочник для врачей.	Касохов Т.Б., Цороева З.А.	Владикавказ, 2009	2	5

3.	Воспалительные заболевания кишечника у детей	Касохов Т.Б., Цораева Л.К., Цораева З.А.	Владикавказ, 2016	-	5
4.	Вирусные гепатиты у детей	Касохов Т.Б., Хубаева И.В., Касохова В.В., Цораева З.А.	Владикавказ, 2015	-	4
5.	Атопический дерматит у детей	Касохов Т.Б., Цораева З.А.	Владикавказ, 2016	13	5
6.	Атопический дерматит у детей	Касохов Т.Б., Касохова В.В., Павловская Л.В., Цораева З.А.	Владикавказ, 2015	-	6
7.	Становление иммунной системы и иммунопатологические состояния у детей	Касохов Т.Б., Касохова В.В., Цораева З.А.	Владикавказ, 2015	-	6
8.	Гельминтозы у детей	Касохов Т.Б., Цораева З.А., Туриева С.В., Кусова А.Р.	Владикавказ, 2017	-	5
9.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей	Касохов Т.Б., Цораева З.А., Сохиева Ф.А.	Владикавказ, 2017	-	4
10.	Воспалительные заболевания кишечника у детей	Касохов Т.Б., Цораева Л.К., Цораева З.А., Касохова В.В.	Владикавказ, 2012	ЭБ СОГМА	4

3.2 Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), необходимых для освоения дисциплины (модуля).

1. <http://www.elibrary.ru> – научная электронная библиотека, осуществляется поиск по тематическому разделу, названию журнала, автору. Содержит каталог русскоязычных и иностранных изданий.
2. <http://www.studmedlib.ru> – Электронная библиотеке медицинского вуза «Консультант студента».
3. ru.wikipedia.org - Поиск по статьям свободной универсальной энциклопедии, написанным на русском языке. Избранные статьи, интересные факты, текущий день в истории, ссылки на тематические порталы и родственные проекты.

4. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «Детские инфекции».

1.1 Перечень материально-технических средств учебной аудитории для чтения лекций по биохимии.

№	Наименование	Количество
1.	Мультимедийная установка	2
2.	Экран	2
3.	Указка лазерная	2
4.	Звукоусиливающая аппаратура(микрофон, колонки)	2

1.2 Перечень материально-технических средств учебного помещения (из расчета на одну академическую группу) для проведения практических занятий.

№	Наименование	Количество
Технические средства обучения		
1.	Тематические комплекты иллюстраций по разделам учебной дисциплины Методические пособия по самоподготовке к модулям «Гастроэнтерология». Пособия для самостоятельной внеаудиторной работы к модулям «Гастроэнтерология». Параклинические анализы <u>Альбомы к практическим занятиям</u> - Альбом медицинской документации, утвержденной МЗ РФ, необходимой врачу-педиатру в его работе в стационаре и поликлинике. - Альбом практических навыков, необходимых к усвоению по дисциплине. - Альбом с алгоритмами оказания неотложной помощи (при гипертонических кризах, аритмии, бронхиальной астме, комах, синкопе, внезапной коронарной смерти, тромбоэмболии легочной артерии). - Тематические альбомы по модулям программы	1
2.	Комплекты слайдов, таблиц Учебные фильмы	1
3	<u>Набор рентгенограмм</u> 1. Рентгенограммы новорожденных с пороками развития, родовыми травмами и т.д. 2. Рентгенограммы органов брюшной полости 3. <i>Наборы ЭКГ, лабораторных клинических и биохимических анализов, данные радиоизотопных, ультразвуковых исследований, ФГДС, данные исследований функции внешнего дыхания (спирометрии) и др.</i>	

4	<u>Муляжи</u> - Муляж – реаниматолог - Муляж для проведения отдельных манипуляций (люмбальной пункции, инъекциям, интубации трахеи, проведения СЛР) - Муляж для выслушивания легочных и сердечных звуков	
5	1.Набор возрастных манжеток для измерения АД	
6	<u>Ситуационные задачи:</u> - по темам практических и семинарских занятий - по диагностике и оказанию неотложной помощи - для модульных занятий и аттестаций. <u>Тестовые задания для программированного контроля:</u> - по проверке исходного и конечного уровня знаний, - по темам практических и семинарских занятий - для модульных занятий.	

1. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Используемые образовательные технологии при изучении дисциплины (модуля) «Неотложные состояния в педиатрии»

Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет 10 % от аудиторных занятий.

Примеры интерактивных форм и методов проведения занятий:

- выполнение творческих заданий (составление реферативного сообщения по актуальным вопросам патофизиологии);
- проведение Powerpoint презентаций результатов самостоятельной работы;
- дискуссия (групповое собеседование).

5.1. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю) «Детские инфекции»

Вид занятий Л, Пр, Ср	Используемые образовательные технологии (активные, интерактивные)	Количество часов	% занятий в интерактивной форме	Перечень программного обеспечения
Лекция	лекция дискуссия	2	5%	Microsoft Office PowerPoint;
Практическое занятие	круглый стол, дискуссия	22	5%	

Самостоятельная работа	Интернет-ресурсы	12	-	Acrobat Reader; Internet Explorer
------------------------	------------------	----	---	--------------------------------------

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «Детские инфекции»

Обучение складывается из аудиторных занятий (36 ч), включающих лекционный курс (2 ч), лабораторно-практические занятия (22 ч), и самостоятельной работы (12 ч). Основное учебное время выделяется на лабораторно-практическую работу по освоению дисциплины (модуля) «Неотложные состояния в педиатрии».

При изучении гастроэнтерологии как учебной дисциплины (модуля) необходимо использовать знания основ нормальной и патологической физиологии, патологической анатомии, биохимии, нормальной анатомии, гистологии, пропедевтики детских болезней и освоить практические умения, формируемые при постановке диагноза больным с патологией органов пищеварения.

Практические занятия проводятся в виде семинаров с демонстрацией больных с заболеваниями органов пищеварения с целью способности и готовности выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний. Используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний. Также используются методические рекомендации, интерпретируются параклинические анализы, решаются ситуационные задачи.