федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Детские инфекции

по специальности медико-профилактическое дело

32.05.01 Медико-профилактическое дело

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональной задачи | Инд.ОПК5.2. Интерпретация результатов исследований биосубстратов, обследований различных контингентов для решения профессиональной задачи |
| ПК-5. Способен и готов к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населения | Инд.ПК5.1. Составление плана мероприятий при введении карантина, по ликвидации вспышки, в очаге инфекции |
| Инд.ПК5.5. Составление плана прививок (на примере конкретной инфекции) |

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Темы рефератов

1. Госпитальная форма сальмонеллеза
2. Профилактические мероприятия по борьбе с кишечными инфекциями у новорожденных
3. Противоэпидемические мероприятия в очаге кишечной инфекции
4. Противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге кори
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге скарлатины
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге энтеровирусной инфекции
8. Вакцинопрофилактика детских инфекционных заболеваний
9. Поствакцинальные реакции и осложнения
10. Вакцинация по эпидемическим показаниям
11. Грипп и его профилактика на современном этапе
12. Оценка напряженности иммунитета и ее значение в противоэпидемических мероприятиях

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Кишечные инфекции у детей**

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

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Эшерихиоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при тяжелом течении эшерихиозов. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

2. Сальмонеллез. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при тяжелом течении сальмонеллезов. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

3. Ротавирусная инфекция. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при тяжелом течении ротавирусной инфекции. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

4. Токсикоз с эксикозом. Причины развития у детей. Клиника. Неотложная помощь.

*Терминологический диктант для входного контроля*

1. К эшерихиозам относятся все заболевания, вызываемые бактериями рода……………….
2. Энтеротоксигенный эшерихиоз также называют………………………
3. Род Salmonella относится к семейству ………………..
4. Инкубационный период при сальмонеллезе составляет ……….. дней.
5. При попадании в желудочно – кишечный тракт сальмонеллы поражают слизистую …………………… кишки.
6. Тип диареи при ротавирусной инфекции ............................
7. В клинической картине токсикоза с эксикозом различают ……. степени.
8. По соотношению потери воды и солее различают типы токсикоза с эксикозом …………

*Тестовые задания для выходного контроля*

Выберите все правильные ответы.

1. Источники инфекции при ротавирусном гастроэнтерите:

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

2. Какова контагиозность ротавирусного гастроэнтерита (РГЭ):

1. Низкая
2. Высокая
3. Средняя

3. РГЭ болеют преимущественно дети в возрасте:

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

4. В какое время года наибольшая заболеваемость РГЭ:

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

5. Пути заражения при РГЭ:

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

6. Ротавирус тропен к следующим отделам ЖКТ:

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

7. Инкубационный период при РГЭ составляет:

1. 7-14 дней
2. До 21 дня
3. 1-5 дней

8. Характер стула при РГЭ:

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

9. Профилактические мероприятия в очаге инфекции РГЭ:

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

*Проблемно-ситуационные задачи*

Задача № 1.

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Задача № 2.

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

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

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

4. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Задача № 3.

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

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение.
3. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Задача № 4.

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

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

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

1. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение*.*

3. Проведите противоэпидемические мероприятия.

**Модуль 2.** Врожденные инфекции у детей

**Тема 1.** Врожденные гепатиты у детей. Врожденные герпетические инфекции (цитомегаловирусная, Эпштейн Барр, герпес-вирусные инфекции). Врожденные бактериальные инфекции (сифилис, листериоз, стафилококк, стрептококк, и др.)

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Терминологический диктант для входного контроля.*

Врожденные инфекции развиваются вследствие………. инфицирования

 Исход внутриутробного инфицирования зависит в большей мере от…….

 В понятие TORCH-синдрома входят..................

 «Малый» краснушный синдром включает в себя…………..

В этиологической структуре врожденной герпетической инфекции преобладает ……...

В качестве этиотропного лечения врожденной герпетической инфекции применяется ……………………

Для врожденного токсоплазмоза наиболее характерно поражение…………

К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен…….

*Тестовые задания для выходного контроля.*

Выберите все правильные ответы

*1. Катаракта, микрофтальмия, врожденные пороки сердца и глухота (триада Грегга) характерны для врожденной инфекции, вызванной:*

1. Вирусом герпесом

2. Цитомегаловирусом

3. Вирусом краснухи

4. Хламидиями

5. Микоплазмой

*2. Наиболее часто вирусная инфекция попадает к плоду:*

1. параплацентарно

2. трансплацентарно

3. восходящим путем

4. всеми перечисленными путями

5. никаким из перечисленных путей

*3. К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен:*

1. в ранние сроки беременности

2. в середине беременности

3. в последние сроки беременности

4 правильно 2 и 3

*4. Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций*:

1. микотических

2. бактериальных

3. вирусных

4. паразитарных

*5. При бактериальном поражении плода чаще возникают:*

1. эмбриопатия

2. фетопатии

3. внутриутробное инфицирование плаценты

4. правильно 2 и 3

*6. Для ребенка с проявлениями ВУИ характерно:*

1. пренатальная гипотрофия

2. срыгивания

3. СДР

4. все верно

5. все не верно

*7. Гидроцефалия наиболее характерная для:*

1. краснухи

2. сифилиса

3. хламидиоза

4. токсоплазмоза

5. все верно

*8. Тактика ведения новорожденного, родившегося от матери, являющейся носителем*

*НВS – антигена (НВе-позитивная женщина):*

1.нет особенностей ведения

2.проведение специфической вакцинации

3.назначение глюкокортикоидной терапии

*9. В каком периоде беременности вирус краснухи наиболее опасен для плода:*

1. 1-3 мес

2. 4-6 мес

3. 7-9 мес

*10. Для цитомегаловирусной инфекции не характерно:*

1. желтуха

2. высокий прямой билирубин

3. низкий уровень трансаминаз

4. тромбоцитопения

5. гепатоспленомегалия

*Проблемно-ситуационные задачи*

Задача № 1.

Ребенок 1,5 мес. поступил в инфекционную больницу с жалобами на срыгивание и желтушность кожи.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Желтуха кожи с первых суток жизни. Вскармливание искусственное, аппетит сохранен. В течение последней недели начал срыгивать, замедлилась прибавка веса. Наблюдается амбулаторно с диагнозом «Конъюгационная желтуха». Выполнено исследование АЛТ - 3,2 ммоль/л; участковым врачом ребенок направлен на госпитализацию.

ЭПИДАНАМНЕЗ. Заболевание ни с чем не связывают. В семье все здоровы.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ. Матери 26 лет; медицинская сестра процедурного кабинета. Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Во время беременности у матери АЛТ 1,3ммоль/л. Родился с массой 3400 г, к груди приложен в первые сутки жизни. Привит в родильном доме БЦЖ, против ВГВ. Вскармливание естественное в течение 2-х недель, затем искусственное.

ОБЪЕКТИВНО. Вес 3950 г. Температура 36,60С, пульс 124 в мин., ЧД – 36 в мин. Состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает. Телосложение правильное. Большой родничок 2×2см, не выбухает, диастаз саггитального шва на всем протяжении 0,5см. Физиологические рефлексы сохранены. Кожа желтушная, склеры иктеричные. Язык обложен белым налетом. Зев чистый. Тоны сердца громкие, ритм правильный. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Печень выстоит из подреберья на 3 см, селезенка +2см. Моча периодически темная, окрашивает пеленки.

Ваш рабочий диагноз?

Какие дополнительные анамнестические данные необходимо выяснить для уточнения диагноза?

Перечислите методы дополнительного обследования, необходимые для постановки развернутого клинического диагноза.

Какие изменения Вы ожидаете увидеть в предложенных методах исследования?

Консультации врачей каких специальностей необходимы дополнительно?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Назначьте план противоэпидемических мероприятий.

Дайте рекомендации по тактике лечения.

Задача № 2.

Первобеременная женщина 20 лет. Срок беременности 11 недель. В 7-8 недель в семье имела контакт с ребенком болевшим краснухой. Жалоб нет. Обследована на вирус краснухи (по данным ИФА крови: Ig M – положительный, Ig G – положительный, титр 1:32.

Клинический диагноз?

Дальнейшая тактика ведения беременности?

Задача № 3.

Первобеременная женщина 22 лет. Срок беременности 11 недель. В 7-8 недель в женской консультации методом ПЦР в слизи цервикального канала выявлены хламидии в клинически значимой концентрации, по данным ИФА крови: Ig M к хламидия – положительный, Ig G к хламидиям – положительный, титр 1:32.

Клинический диагноз?

Дальнейшая тактика ведения беременности?

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Ребенок К. (мальчик) поступил в ОПНО ДКБ, в возрасте 16 дней.

Из анамнеза жизни ребенка известно, что родился он от 2 беременности, 2-х родов. Беременность протекала гладко, в сроке гестации 21 неделя – ОРЗ. Роды в срок. Однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи.

Состояние ребенка сразу после рождения по шкале Апгар оценивалось в 4 балла, через 5 минут – 6 баллов. Масса тела – 3800г.

При осмотре в роддоме обращали на себя внимание множественные стигмы дисэмбриогенеза, выраженный пероральный цианоз, имел место гидроцефальный синдром. К груди приложен на 2-е сутки, сосал активно. На 3-и сутки отмечалось появление физиологической желтухи. Пупочная культя отделилась на 3-и сутки.

На 6-й день во время кормления отмечался приступ асфиксии; приступы цианоза и беспокойства повторялись до 5-6 раз в сутки, во время кормления.

Мать – К. Валентина Михайловна, 30 лет, доярка. Отец – К. Иван Игоревич, 32 года, по специальности скотник. Сестра 11 лет – здорова. Наследственность не отягощена.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести, температура нормальная, вялый, крик слабый, при крике отмечается цианоз лица, преимущественно носогубного треугольника. Активность рефлексов периода новорожденности снижена. Гипотония мышц конечностей. Стигмы дисэмбриогенеза: увеличенный в размерах череп по сравнению с размерами туловища (окружность головки – 39 см); преобладание мозгового черепа над лицевым, нависающий лоб; глубоко посаженные глаза, широкая переносица, седловидный нос, низкое расположение ушных раковин; большой родничок размерами 5\*5 см, выбухает, пульсирует; открыт малый родничок 0,5\*0,5 см, расхождение костей черепа по сагиттальному шву; расхождение мышц передней брюшной стенки, неправильное строение пупочного кольца; высокое “готическое” верхнее небо; укорочение пальцев на руках и ногах; сандалевидные щели между пальцами нижних конечностей; двусторонний крипторхизм.

Кожные покровы бледно - розового цвета. На коже туловища и конечностей – множественные везикуло – пустулезные высыпания, а также рассеянные, необильные высыпания аллергического характера.

Кожа лица с цианотичным оттенком, выраженный пероральный цианоз. Имеют место явления гнойного конъюнктивита обоих глаз, (конъюнктива резко гиперемирована, обильное гнойное отделяемое). Подкожно – жировой слой выражен умеренно, распределен равномерно. Аппетит сохранен. Диспепсических расстройств нет. Костных деформаций, за исключением черепа, нет. Лимфатические узлы не пальпируются.

 Носовое дыхание затруднено в связи с наличием корочек на слизистой носа. Частота дыхания 52 в одну минуту. Границы нижнего края легких в пределах физиологической нормы. Перкуторно над легкими – ясный легочной звук. Аускультативно – дыхание пуэрильное. При осмотре предсердная область без изменений. Границы относительной сердечной тупости при перкуссии равномерно расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный в 4 межреберье выслушивается грубый, дующий систолический шум, занимающий 2/3 систолы, имеется склонность к тахикардии. Пульс 160 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Расстройств гемодинамики нет.

Живот мягкий, доступен пальпации. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное в достаточном количестве. Стул до 4-х раз в сутки, без особенностей. Менингиальных знаков нет.

Учитывая некоторые данные анамнеза, в частности, профессиональную принадлежность родителей (мать – доярка, отец – скотник), данные объективного статуса – гидрацефальный синдром, везикуло – пустулезная сыпь на коже, гнойный конъюнктивит, множественные стигмы дисэмбриогенеза, изменения со стороны сердца – было заподозрено внутриутробное инфицирование плода листереллой или токсоплазмой.

В связи с наличием физикальных изменений в сердце, расширением его границ, приступов цианоза и беспокойства необходимо было также провести дифференциальный диагноз между функциональной постгипоксической кардиопатией и органическим поражением, а именно – врожденными пороками сердца.

В плане дифференциальной диагностики ребенку были проведены следующие дополнительные методы исследования:

анализ крови клинический: Эритроциты – 5\*10/12/л Гемоглобин – 162 г/л Цв. Показатель – 0,99 Лейкоциты – 17,4 \* 10/9/л Эозинофилы – 2% Палочкоядерные –2% Сегментоядерные – 41% Лимфоциты – 46% Моноциты – 9% СОЭ – 2 мм/час (в динамике лимфоциты до 10,1 \*109/л

Анализ мочи клинический – без особенностей.

Копрограмма – отрицательная.

Бак посев на кишечную группу – отрицательный.

Исследование крови на стерильность – отрицательная.

Бак посев материала из глаз – St.epidermidis; в слизи из зева – патологической микрофлоры не обнаружено.

ЭКГ – гипертрофия правого желудочка. ФКГ – шум органического характера.

R– графия органов грудной клетки – на фоне усиленного легочного рисунка – множество мелких очагов. Cor – шаровидной формы, расширено в поперечнике; КТО – 0,7.

R – графия черепа – череп увеличена в размере, швы расширены значительно, турецкое седло в норме.

Консультация окулиста: патология переднего отдела глаза не выявлено. Имеет место острый гнойный конъюнктивит. Атрофия диска зрительного нерва.

Исследование мочи на наследственную патологию – без отклонений от нормы. Иммунограмма: IgG – 13,5 г/л (норма 6,21+ 0,26) IgA – 0,28г/л (норма 0,39-0,01); IgM – 0,78г/л (норма 0,83+0,06).

При обследовании матери на токсоплазмоз поставлен диагноз – острый токсоплазмоз с поражением глаз, миопия средней степени.

На основании вышеперечисленных данных ребенку поставлен окончательный диагноз: **врожденный токсоплазмоз, генерализованная форма, стадия активного энцефалита с судорожным синдромом, гидроцефалия, врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки, фаза субкомпенсации.**

Ребенку проведено следующее лечение, в соответствии с выясненным этиологическим фактором: Специфическое лечение - Сульфадимезин по 1/5 таблетки – 4 раза в течение 5 дней. Хлоридин по 0,005 – 1 раз/сут в течении 5 дней. Аскорбиновая кислота – 0,05 – 3 раза/сутки. 1 % раствор глютаминовой кислоты 1 г/л; витамин В6 – 0,5 в/м через день АТФ – 0,5 в/м ч/д Диакарб 60 мг/сутки в течении 16 дней Обработка глаз фурацилином, препараты калия, альбуцидом 30 % по 2 капли.

В результате проведенного лечения состояния ребенка улучшилось, был выписан домой с рекомендациями: диспансерное наблюдение по месту жительства в группе “риска”; мед.отвод от профилактических прививок до года; продолжительность лечения диакарбом циклами по 3 дня с перерывами 1 день в течение 3-х недель; хлоридин, сульфадимезин через 10 дней 2 цикла по 5 дней.

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

**Тема 1. Дифтерия у детей. Инфекционный мононуклеоз у детей**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Дифтерия зева. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Лечение. ПЭМ. Профилактика.

2. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Профилактика.

*Терминологический диктант для входного контроля.*

Дифтерия зева вызывается бактериями ………….

Наиболее важным фактором вирулентности дифтерии является …………...

Дифтерия передается следующими путями: ……………..

 Инкубационный период при дифтерии составляет ………..

 Наиболее легкой формой дифтерии зева является…………..

 Налеты при дифтерии зева имеют следующие свойства…………

 Сроки вакцинации против дифтерии………………..

Осложнениями дифтерии являются………

*Тестовые задания для выходного контроля.*

Выберите все правильные ответы.

1.Какие свойства из нижеперечисленных характерны для возбудителя дифтерии?

а)гемагглютинация;

б)токсинообразование;

в)плазмокоагуляция;

г)вирулентность.

2.Укажите, от чего зависит восприимчивость к дифтерии:

а)от антибактериального иммунитета;

б)от антитоксического иммунитета.

З.Что является вероятным признаком дифтерии ротоглотки?

а)ангина (острый тонзиллит) с налетами;

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

г)пневмония;

д)выраженный катаральный синдром.

4.Признаки дифтерийного воспаления:

а)фибринозный налет, плотно спаянный с подлежащими тканями,

возвышающийся над поверхностью слизистой, кожи;

б)умеренная или слабая болезненность и гиперемия в месте входных

ворот;

в)кратковременная температурная реакция; г)выраженная интоксикация;

д)прогрессирование воспаления на фоне антибактериального лечения.

5.Какие заболевания должны вызвать подозрение на дифтерию?

а)ларингит;

б)назофарингит;

в)острый тонзиллит;

г)диарея;

д)менингит.

6.Отличие дифтерии ротоглотки от лакунарной ангины:

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

б)налеты на миндалинах рыхлые гнойные по ходу лакун;

в)регионарные лимфоузлы плотные, малоболезненные или безболезненные;

г)регионарные лимфоузлы болезненные;

д)эффект от антибиотиков слабый или отсутствует.

7.Что необходимо для подтверждения диагноза дифтерии:

а)один или несколько типичных признаков дифтерии;

б)выделение из клинического материала токсигенного штамма

коринебактерий дифтерии;

в)нарастание титра противодифтерийных антител в сыворотке крови

больных в 4 раза и более;

г)нарастание титров противовирусных антител;

д)выделение из клинического материала гемолитического стрептококка.

8.Назовите клинические формы локализованной дифтерии ротоглотки:

а)катаральная;

б)распространенная;

в)островчатая;

г)пленчатая;

д)субтоксическая.

9.Какие осложнения наиболее характерны для дифтерии ротоглотки?

а)пневмония;

б)ларингит;

в)нефроз;

г)миокардит;

д)поражение черепно-мозговых нервов;

е)тонзиллит;

ж)лимфаденит.

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

а)миокардит;

б)нефроз;

в)паралич или парез черепно-мозговых нервов;

г)пневмония;

д)полирадикулоневрит.

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

а)распространение налетов за пределы миндалин;

б)отек в зеве;

в)резкая болезненность в горле (тризм);

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

д)токсический сосудистый коллапс.

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

а)резко выраженная боль в горле, тризм;

б)боль в горле умеренная;

в)налеты выходят за пределы миндалин;

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

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

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

а)лейкопения;

б)лейкоцитоз;

в)нейтрофилез;

г)лимфоцитоз;

д)атипичные мононуклеары;

е)ускоренная СОЭ.

14.Назовите клинические признаки дифтерийного миокардита:

а)одышка;

б)брадикардия;

в)повышение АД;

г)глухость тонов сердца;

д)расширение границ сердца;

е)возбуждение;

ж)боли в сердце.

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

а)синусовая аритмия;

б)экстрасистолия;

в)снижение вольтажа зубцов;

г)удлинение интервала QT;

д)смещение интервала ST;

е)отрицательный зубец Т;

ж)блокада ветвей пучка Гиса;

з)расширение комплекса QRS.

16.Перечислите основные принципы лечения дифтерийного миокардита:

а)постельный режим;

б)строгий постельный режим;

в)антибиотикотерапия;

г)гормоны;

д)кардиотрофики;

е)антикоагулянты;

ж)седативная терапия.

17.Назовите симптомы, свидетельствующие о параличе мягкого неба:

а)поперхивание во время еды;

б)нарушение глотания;

в)нарушение дыхания;

г)гнусавый оттенок голоса;

д)провисание небной занавески на стороне поражения.

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

а)покраснение кожи;

б)резкая бледность кожи;

в)цианоз носогубного треугольника;

г)акроцианоз;

д)нарушение сознания;

е)брадикардия;

ж)тахикардия;

з)падение АД;

и)полиурия;

к)олигурия.

*Ситуационные задачи.*

Задача № 1.

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

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

3. Противоэпидемические мероприятия.

Задача № 2.

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

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

Задание.

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

3. Противоэпидемические мероприятия.

Задача № 3

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

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

Задание.

1.Поставить диагноз.

2.Наметить план обследования и лечения.

3. Противоэпидемические мероприятия.

Задача № 4

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

Задание.

1.Что случилось с ребенком?

2.С чем связано возникновение пареза мягкого неба?

3.Ваш диагноз.

4.Тактика ведения и лечения больного.

5. Противоэпидемические мероприятия.

Задача № 5

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

Задание.

1.Поставить диагноз.

2.Какова причина смерти, объясните случившееся.

Задача № 6

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

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

Задание.

1.Поставить предварительный диагноз.

2.Провести дифференциальный диагноз.

3.Наметить план обследования и лечения больного.

4. Противоэпидемические мероприятия.

Задача № 7

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

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

Задание.

1 .Поставить предварительный диагноз.

2.Провести дифференциальный диагноз.

3.Наметить план обследования и лечения больного.

4. Противоэпидемические мероприятия.

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

**Тема 2. Коклюш. Паракоклюш. Микоплазмоз. Хламидиоз у детей.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Коклюш, паракоклюш. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Лечение. ПЭМ. Профилактика.

2. Микоплазмоз, хламидиоз. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Профилактика.

**Т***ерминологический диктант для входного контроля.*

Возбудитель коклюша это……………………………..

Кашель носит приступообразный характер в…………..периоде коклюша

Коклюш передается путем: ………………………………

Максимальный срок инкубационного периода при коклюше составляет ………..

Клинические формы микоплазменной инфекции дыхательных путей это…

Основная роль в патогенезе коклюша принадлежит…………

Сроки вакцинации против коклюша………

Осложнениями коклюша являются………

*Тестовые задания для выходного контроля.*

Укажите один правильный ответ.

1. Возбудитель коклюша

а)Bordetellapertussis;

б)Hemophilusinfluenzae;

2. Пути передачи коклюша:

а) воздушно-капельный;

б) фекально-оральный;

в) трансплацентарный.

3.Дети первого месяца жизни коклюшем болеют?

а) болеют;

б) не болеют.

4. Кашель с репризами характерен для:

а) кори;

б) синдрома крупа;

в)коклюша;

г)пневмонии.

5. Для профилактики коклюша применяют АКДС-вакцину?

а) верно;

б) неверно.

6. В катаральном периоде коклюша кашель носит приступообразный характер:

а) верно;

б) неверно.

7.Во время реприза при коклюше затруднен:

а) вдох;

б) выдох.

8. Разобщение детей, контактировавших с больным коклюшем, предполагается на:

а) 10 дней;

б) 14 дней;

в) 21 день.

Выберите все правильные ответы.

9. В клиническом анализе крови при коклюше отмечается:

а)лейкоцитоз;

б)лейкопения;

в)лимфоцитоз;

г)ускорение СОЭ;

д)нормальное СОЭ.

10. На тяжесть коклюша указывают

а) рвота во время приступа кашля;

б) частота приступов кашля;

в) апноэ во время кашля;

г) нейротоксикоз;

д) количество репризов во время приступа.

11 . Кашель в спазматическом периоде коклюша отличают:

а) репризы;

б) апноэ;

в) лающий характер.

*Ситуационные задачи*

Задача 1.

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

Задание.

1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2. Какие данные позволяют поставить данный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования следует назначить.

4. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 2.

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

Задание.

1. Ваша тактика в отношении больного.

2. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в отделении.

Задача 3.

Ребенок 5 лет, посещающий детский сад, заболел коклюшем.

Задание.

1. Ваша тактика в отношении больного.

2. Когда его можно допустить в коллектив.

Какие мероприятия необходимо провести в отношении контактных.

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

**Тема 3. Корь. Краснуха. Скарлатина. Менингококцемия.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Корь. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при тяжелом течении кори. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

2. Краснуха. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при осложнениях краснухи. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

3. Скарлатина. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при тяжелом течении скарлатины. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

4. Менингококцемия. Распространенность менингококковой инфекции. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке, ДВС-синдроме, отеке головного мозга. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

*Терминологический диктант для входного контроля.*

Сыпь при кори по морфологии……………….

 Больной корью ребенок становится неопасным для окружающих на ………………………

При приобретенной краснухе увеличиваются преимущественно группы лимфоузлов ………………..

Возбудитель скарлатины это ………………………

При скарлатине сыпь по морфологии …………………….

Возбудитель менингококковой инфекции…………

Путь передачи менингококковой инфекции..........................

При менингококцемии сыпь по морфологии ……..

*Тестовые задания для выходного контроля.*

*Выберите все правильные ответы.*

*1.*  *Для кори характерна кожная сыпь:*

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

*2. Назовите периоды болезни, характерные для кори:*

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

*3. В какие периоды болезни заразен больной корью:*

1. Продромальный
2. Период высыпаний
3. Период пигментации
4. Период астенизации

*4. Укажите, где появляются первые элементы коревой сыпи:*

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

*5. Назовите симптомы, которые позволяют отличить краснуху от кори:*

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

*6. Сыпь при краснухе:*

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

7. *Перечислите основные клинические формы менингококковой инфекции:*

1) менингит

2) энцефалит

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

*8. Назовите органы и системы, поражаемые при менингококковой инфекции:*

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

*9. Сыпь при менингококкцемии:*

1.анулярная

2.геморрагическая звездчатая

3.пятнисто-папулезная

*10. Скарлатину вызывает:*

1.бета-гемолитический стрептококк группы А

2.стрептококк группы В

3.зеленящий стрептококк

*11. Для лечения больного скарлатиной назначают:*

1.пенициллин

2.линкомицин

3.олететрин

*12. Симптомы характерные при менигококкцемии:*

1.высокая температура

2.геморрагическая сыпь

3.гиперемия кожи

4.бледность кожи

5.инфекционно-токсический шок

*13. Изменения в крови, характерные для менингококкцемии:*

1.лейкоцитоз

2.лейкопения

3.нейтрофилез

4.тромбоцитопения

5.анемия

*СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ*

Задача № 1.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ: Больной Юра, 6 лет, утром осмотрен медсестрой детского сада в приемном боксе: на теле сыпь.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: рос и развивался соответственно возрасту, болел редко (1-2 раза ОРЗ) и всегда в легкой форме. Один ребенок в семье. Накануне был здоров. Кашля и насморка нет.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС. Состояние удовлетворительное. Температура 37,6ºС. На шее, лице, туловище преимущественно на разгибательной поверхности конечностей, на спине, ягодицах мелкая и среднего размера пятнисто-папулезная сыпь. Заднешейные и затылочные лимфоузлы припухшие, безболезненные. Сердце - тоны ясные, чистые. Пульс- 102 уд. в мин. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр.4,5·1012/л,Hb- 140 г/л, Лей - 4,5·109/л, п-2%, с-28%, лимф-65%, м-2%, плазматические клетки – 3%. СОЭ – 8 мм/час.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

1. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?
2. Какое обследование следует назначить?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Где лечить больного?
5. Назначьте лечение.

Задача № 2.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ. Больная С. 6 лет; росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесённых заболеваний: ветряная оспа, пневмония. Проф. прививки по плану. В семье ещё есть ребёнок 3 лет, посещающий детский сад.

ЖАЛОБЫ: на повышение температуры, головную боль, боль в горле, рвоту.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: заболела остро, повысилась температура до 37,7С, беспокоила головная боль, рвота, боль в горле при глотании На следующий день общее состояние ухудшилось, температура повысилась до 38,9С, появилась сыпь на теле. Госпитализирована в инфекционную больницу на третий день болезни.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ. Ребёнок посещает дет. сад. У отца 5 дней назад болело горло.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ: температура-39,8˚С Пульс - 136 в мин. Частота дыхания-28 в мин. Общее состояние тяжёлое, вялая, адинамичная. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. На гиперемированном фоне кожных покровов обильная мелкоточечная сыпь ярко-красного цвета со сгущением в естественных складках кожи, на внутренней поверхности бедер, ягодицах. Лицо яркое, бледный носогубный треугольник Губы яркие, сухие. Язык густо обложен, с кончика очищается, яркий сосочковый. В зеве яркая гиперемия с четко очерченной границей. Миндалины – увеличены доIIстепени, на миндалинах налет серо-желтого цвета, исходящий из лакун, легко снимается. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,0 см, плотно-эластической консистенции, болезненные при пальпации. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Дыхание в легких везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

2. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?

3. Какое обследование следует назначить?

4.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5.Где лечить больного?

6. Назначьте лечение.

Задача № 3.

 Больной В., 14 лет, поступил в клинику детских инфекций 1.04.84г. с жалобами на кашель, насморк, недомогание, высокую температуру, сыпь на коже.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ: заболел остро 29.03.84., повысилась температура до 38˚С, появился сухой мучительный кашель, насморк, светобоязнь. 1.04. на лице появилась яркая сыпь.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: рос и развивался по возрасту, из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, в семье есть ещё 2 детей (3 и 7 лет, оба здоровы).

ОБЪЕКТИВНО: температура 39,4˚С, пульс 92 уд/мин., ЧД-18 в мин. Состояние тяжелое, вялый, выражены симптомы интоксикации. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы. На коже лица, шеи, за ушами средне- и крупно-пятнисто-папулёзная сыпь с тенденцией к слиянию в области шеи, слизистая полости рта разрыхлена шероховатая, гиперемия дужек, мягкого и твёрдого неба, задней стенки глотки, на слизистой щек мелкие белого цвета наложения, энантема мягкого и твердого неба. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены, стул оформленный.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

2. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?

3. Какое обследование следует назначить?

4.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5.Где лечить больного?

6. Назначьте лечение.

Задача № 4.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Больной Б., 6 месяцев, заболел остро, во второй половине дня повысилась температура до 39,50С, стал очень вялым, сонливым, отказывается от еды, 2 раза рвота. Через 10 часов от начала заболевания потерял сознание, появились клонико-тонические судороги. Вызван врач «скорой помощи».

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине (тошнота, рвота). Роды в срок, стремительные. Масса тела при рождении 3900,0. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев. Наблюдается у невропатолога по поводу пре- и постнатальной энцефалопатии. В возрасте 3-х месяцев болел ОРВИ.

ЭПИДАНАМНЕЗ:В семье у старшего брата легкие проявления респираторного заболевания (насморк, редкий кашель).

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ: Температура- 38.90С. пульс 80 уд. в мин. ЧД- 46 в мин. Общее состояние тяжелое, без сознания, на осмотр реакции нет. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа бледная, на бедрах, голенях необильная геморрагическая сыпь звездчатого характера. Размеры 0,1-0,3 см в диаметре. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из под реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Большой родничок 1,5х1,5 см, выбухает, напряжен. Клонико- тонические судороги возобновились через 15 минут. Реакция зрачков на свет вялая, зрачки широкие, корнеальный и роговичный рефлекс сохранены. Горизонтальный нистагм. Общая гипотония, гипорефлексия.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

2. На основании каких симптомов вы поставили диагноз?

3. Какое обследование следует назначить?

4.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5.Где лечить больного?

6. Назначьте лечение.

Задача № 5.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: Больной К., 14 лет, рос и развивался соответственно возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Профилактические прививки согласно календарю.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Заболел 6 дней назад, появилась температура, в первые 3 дня 37,5–380С, в последующем – 38-38,50С, были выражены катаральные явления – кашель, насморк, конъюнктивит. 3 дня назад на лице и за ушами, на шее появилась обильная пятнисто-папулезная сыпь, которая к 6 дню распространилась на все тело. К врачу не обращались, лечились домашними средствами – питье, отвар ромашки. Состояние ухудшилось, температура 400С, возбуждение, бред, клонико-тонические судороги. Доставлен в клинику врачом скорой помощи.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ. Температура – 400С. Пульс – 52 уд/мин. Число дыханий – 12 в мин. Состояние крайне тяжелое, без сознания, периодически приступы клонико-тонических судорог, гиперкинезы верхних конечностей, парез лицевого нерва справа, нистагм, зрачки широкие, реакция на свет вялая. Легкая ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положительный с обеих сторон, положительный симптом Бабинского. Умеренный конъюнктивит. На коже туловища, конечностей обильная затухающая пятнисто-папулезная сыпь, на лице – пигментация сыпи. Сердце – брадикардия, тоны приглушены. В легких масса сухих хрипов.

Задание:

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Представление о патогенезе развития отека, набухания мозга.

Патогномоничный симптом заболевания.

Диагностические критерии данной нозологии.

Назначьте план обследования.

Необходимые дополнительные методы исследования.

Какие изменения наблюдаются в СМЖ при данной патологии.

Назначьте лечение.

Задача № 6.

Больной Т. 6 лет находился на лечении в ожоговом центре, куда поступил 2 дня назад с DS: Термический ожог II-ой степени нижней трети плеча и верхней трети предплечья сгибательной поверхности левой руки.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ. На фоне проводимого в стационаре лечения накануне утром имел место острый подъем температуры до 39,9°С, появились головная боль, слабость, однократная рвота. Во время перевязки хирург отметил, что вокруг ожоговой поверхности появилась яркая зона гиперемии с единичными мелкоточечными высыпаниями за ее пределами. К вечеру отмечено распространение высыпаний выше левого плечевого пояса, с переходом на переднюю поверхность грудной клетки, боковые поверхности туловища, паховые складки и внутренние поверхности бедер.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ. Накануне заболевания ребенка в больнице навещал старший брат с начальными проявлениями ангины.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ. Рос и развивался соответственно возрасту. Болеет редко. В возрасте 4х лет перенес ветряную оспу. Проф. прививки по возрасту.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС. Температура 39,9°С, пульс 100 уд. в мин., ЧД 30 в мин. Состояние тяжелое. Ребенок вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы и слизистые сухие, горячие на ощупь. На месте ожога - вскрывшиеся пузыри, размером 5х10 см, сукровичное отделяемое. Вокруг ожога – яркая зона гиперемии с неровными краями. На коже левой руки и области плечевого пояса отмечается обильная мелкоточечная сыпь не склонная к слиянию, располагающаяся на гиперемированном фоне. На коже шеи, передней поверхности грудной клетки, боковых поверхностях туловища, нижних конечностях сыпь менее обильная, менее яркая, фон не изменен. В левой подмышечной области пальпируются увеличенные до 2х2 см в диаметре плотные, болезненные лимфоузлы. В зеве легкая гиперемия, миндалины увеличены доIразмера. Слизистые сухие. Тоны сердца звучные. АД 130/90 уд. в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стула не было.

Задание:

Сформулируйте диагноз.

Какой синдром, патогенетически обязательный для типичной формы этого заболевания, в данном случае не выражен?

План обследования.

Назовите специфические методы исследования.

С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Назначьте лечение.

Назначьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Показания к выписке.

Профилактика рецидивов и аллергических осложнений.

Наметьте план диспансеризации.

Задача № 7.

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

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

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

Задача № 8

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

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

Задача № 9.

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

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

Задача № 10.

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

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

1. Поставьте клинический диагноз.

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

Задания для самостоятельной работы студентов.

Заполните дифференциально – диагностические таблицы.

Дифференциальная диагностика ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ С СИНДРОМОМ ЭКЗАНТЕМЫ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признаки** | **Корь** | **Краснуха** | **Скарлатина** | **Ветряная оспа** |
| Возраст | Чаще от 1 до 5 лет | Чаще у дошкольников | Чаще с 3 до 10 лет | С 1 до 10 лет |
| Путь заражения | Воздушно капельный | Воздушно капельный | Воздушно капельный, при прямом контакте | Воздушно капельный |
| Начало болезни | острое | острое | острое | острое |
| Длительность продромального периода | 3 – 4 дня | От нескольких часов до 1-2 дня или отсутствует | 1 –2 дня | 1-2 дня или отсутствует |
| Симптомы продом. периода | Ринит, коньюнтивит, суофиорилитет, пятна Филатова | Незначительные катеральные явления со стороны в.д.п. | Повышение температуры, боли в горле, рвота, «пылающий зев», ангина | Субфибрилитет, катеральные явления со стороны в.д.п. |
| Период высыпания, характер сыпи | По неизмененной коже сыпь пятнисто-папул | По неизмененной коже мелкопятнистая сыпь | На гиперемированной коже мелкоточечная сыпь | На неизмененной коже папула-везикула-корочка |
| Этапность высыпания | Этапно – (лицо, туловище, конечности) | Одномоментно | Сразу на всем теле | Сразу на всем теле |
| Подсыпания | Нет |  |  | Да |
| Пигментация после сыпи | Да | Нет |  | Да |
| «Малиновый язык» | Нет | Нет | Да | Нет |
| Увеличение затылочных лимфотических узлов | Нет | Да | Нет | Нет |
| Треугольник Филатова | Нет | Нет | Да | Нет |
| Шелушение кожи | Нет | Нет | да | нет |

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

**Тема 4. Энтеровирусная инфекция. Полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

Энтеровирусная инфекция у детей. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Опорно-диагностические критерии, принципы диагностики, лечения, профилактики, противоэпидемические мероприятия.

Полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез. Опорно-диагностические критерии, принципы диагностики, лечения, профилактики, противоэпидемические мероприятия.

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

**Тема 5. ОРВИ. Синдром крупа у детей.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Особенности клиники гриппа у детей раннего возраста. ПЭМ. Неотложная помощь при тяжелом остром респираторном синдроме.

2. ОРВИ у детей: аденовирусная инфекция, парагрипп, риновирусная, респираторно-синцитиальная инфекция. Особенности клиники и эпидемиологии у детей.

3.Ложный круп у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

4. Истинный круп у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.

Неотложная помощь.

5. Дифференциальная диагностика синдрома крупа с другими заболеваниями.

6. Основы профилактики синдрома крупа у детей.

**Терминологический диктант для входного контроля.**

 Наиболее часто ложный круп вызывается у детей вирусом………..

Истинный круп у детей вызывается возбудителем…………...

При крупе возникает одышка………. характера.

 Истинный круп имеет следующие клинические стадии развития………

Налеты при дифтерии дыхательных путей имеют следующую характеристику………

Сроки вакцинации против дифтерии………

*Тестовый контроль.*

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

2)слабовыраженная интоксикация

3)фарингоконъюнктивальная лихорадка

4)довольно длительная температура

5)гепатоспленомегалия

2.Синдром интоксикации при парагриппе характеризуется:

1)слабо и умеренно выраженными симптомами интоксикации

2)высокой лихорадкой с первых дней болезни

3)выраженными нейротоксическими явлениями

4)энцефалитическим синдромом

5)менингеальным синдромом

3.В патогенезе аденовирусной инфекции важное значение имеет:

1)поражение вирусом слизистых оболочек носа, задней стенки

глотки, миндалин, регионарных лимфоузлов

2)бактериемия

3)вирусемия

4)общетоксическое действие вируса с поражением мозговых оболочек

5)выраженный экссудативный компонент воспаления

4.Диагноз респираторно-синцитиальной инфекции подтверждается:

1)выделением вируса из носоглоточных смывов

2)посевом фекалий на обычные питательные среды

3)серологические (РСК, РН в парных сыворотках)

 4)методом ИФА

 5)постановкой пробы Дика

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

1)ярко выраженный токсический синдром

2)синдром интоксикации слабо выражен, наблюдается бледность

кожи, отказ от груди

3)яркий катаральный синдром

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

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

6.Дифференциальный диагноз гриппа проводится:

1)с брюшным тифом

2)с холерой

3)с корью в продромальном периоде

4)с менингококцемией

5)другими ОРВИ

7.Дифференциальный диагноз аденовирусной инфекции проводится прежде всего с:

1)инфекционным мононуклеозом

2)парагриппозной инфекцией

3)вирусным гепатитом

4)менингококковой инфекцией

5)корью

8.Возбудитель риновирусной инфекции поражает преимущественно:

1)эпителий слизистой оболочки глаз

2)эпителий слизистой щек

3)эпителий верхних дыхательных путей

4)эпителий тонкого кишечника

5)менингеальные оболочки

9.Осложнения респираторно-синцитиальной инфекции обусловлены:

1)наслоением бактериальной инфекции

2)чаще других возникает отит, синусит, пневмония

3)менингитом, менингоэнцефалитом

4)часто осложняется сепсисом

5)гнойным лимфаденитом

10 .Катаральный синдром при парагриппе характеризуется:

1)упорным, грубым, сухим кашлем

2)слизистыми выделениями из носа, отечностью, умеренной

гиперемией дужек, мягкого неба, задней стенки глотки

3)яркой отграниченной гиперемией зева, гноем в лакунах

4)частым навязчивым коклюшеподобным кашлем

5)обильными слизисто-гнойными выделениями из носа

11.Диагноз гриппа подтверждается:

1)методом ИФА, РИА

2)посевом крови на желчный бульон

3 Серологическим методом (РСК, РТГА в парных сыворотках)

4)посевом кала на обычные питательные среды

5)выделением вируса из носоглоточных смывов

12.Профилактика гриппа:

1)ранняя диагностика, изоляция больного сроком на 7 дней

2)плановая иммунизация

3)ежедневная влажная уборка, проветривание и облучение помещения

4)противогриппозный гамма-глобулин

5)интерферон, у детей старшего возраста ремантадин

13.Осложнения риновирусной инфекции:

1)синуситы

2)дерматиты

3)отиты

4)увеиты

5)гаймориты

*Ситуационные задачи*

Задача № 1.

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

Задание.

1 .Ваш предположительный диагноз.

2.Назначьте лечебные мероприятия.

З.Что говорит против менингококковой инфекции?

Задача № 2.

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

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

Задание.

1.Ваш предположительный диагноз.

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

4.Назначьте лечение.

Задача № 3.

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

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

Задание.

1.Сформулируйте диагноз.

2.Симптомы, говорящие за это заболевание?

3.Мероприятия в отделении.

4.План лечения больных.

Задача № 4.

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

Задание.

1.О каком заболевании можно думать?

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

4.План лечения больных.

Задача № 5.

Ребенок К., 1 год, заболел остро, поднялась температура до 380С, появилась осиплость голоса, грубый лающий кашель, периодически наблюдались приступы затрудненного дыхания. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 37,60С, беспокоен, плаксив, голос, сиплый с грубыми нотками, периодически отмечается кашель, дыхание шумноватое с частотой до 62 в мин. Наблюдается цианоз носогубного треугольника. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, тахикардия до 136 в мин. Живот мягкий. Менингеальных знаков нет.

1. *Поставьте диагноз*
2. *Провести дифференциальный диагноз*
3. *Назначить лечебные мероприятия на догоспитальном и госпитальном этапах.*

Задача № 6.

Ребенок 1 года болен 2-ой день. Заболевание началось с субфебрильной температуры, сухого кашля, скудных выделений из носа. На второй день болезни кашель приобрел грубый «лающий» характер, появилась осиплость голоса и шумное дыхание. При поступлении в стационар температура тела 380С, состояние средней тяжести. Из носа – слизистое отделяемое. Зев гиперемирован, разрыхлен. Кашель грубый, «лающий», голос осипший, при беспокойстве – шумное дыхание с затрудненным вдохом, втяжение яремной ямки и эпигастральной области. В легких сухие проводные хрипы.

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

Задача № 7.

 Оля П., 6 лет, посещает детский сад, где был случай ветряной оспы 11.06. Заболела 28.06., когда поднялась температура до 37,80С, на коже туловища появилась сыпь в виде пятен, папул и единичных везикул. В первый день сыпь была скудной, локализовалась на измененном фоне туловища и конечностей, а также на волосистой части головы. По органам изменений нет. На второй день температура 380С, сыпь того же характера стала обильней, появилась на слизистой рта. На третий день участковый врач отметил новое подсыпание свежих элементов сыпи и корочки на месте старых, температура оставалась 380С. У ребенка появился грубый лающий кашель и осипший голос, приступы затрудненного дыхания.

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

Задача № 8.

Катя 7 лет больна 5 дней. Все дни высоко лихорадит. Насморк с обильным отделением слизи. Кашель 3 дня был сухой, грубый, затем стал влажным. На 3-ий день болезни на лице появилась мелкопапулезная розовая сыпь. На следующий день сыпь появилась на туловище. При осмотре на 6-ой день болезни: состояние тяжелое, температура 39,20С, одышка. Лицо одутловатое, веки пастозны, конъюнктивит. Обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. Влажный кашель. На коже лица, туловища и конечностей – обильная крупная пятнисто-папулезная сыпь розового цвета, фон кожи не изменен. Зев умеренно гиперемирован, разрыхлен. Слизистая щек гиперемирована, шероховата. В легких жесткое дыхание, много сухих и крупнопузырчатых влажных хрипов. Голос изменился, беззвучный с грубыми нотками, кашель «лающий», «как в бочку», беспокоит одышка и периодически наблюдаются приступы удушья.

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

Задача № 9.

Ребенок К., 1г. 2мес., заболел остро, стал беспокоить сухой надсадный кашель, приступы удушья повторились трижды. Голос не изменился, оставался звонким. При осмотре: состояние средней тяжести, ребенка беспокоят приступы удушья, в межприступный период дыхание стенотическое. При выслушивании в легких дыхание жесткое, сухие проводные хрипы, справа дыхание в нижних отделах ослабленное, и отмечается при перкуссии – укорочение легочного звука. Из анамнеза выяснено, что ребенок был абсолютно здоров, накануне мама изо рта удалила у ребенка остатки семечек и зернышек.

1. *Поставьте диагноз*
2. *Провести дифференциальный диагноз*
3. *Наметьте план обследования и лечения.*

**Модуль 4. Клинические аспекты вакцинопрофилактики у детей.**

**Тема 5. Поствакцинальные реакции и осложнения.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

Устный опрос

Терминологический диктант

Тестирование

Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Вакцинопрофилактика у детей. Задачи и значение вакцинопрофилактики на современном этапе. Правовые основы. Календарь обязательных прививок и прививок по эпидемическим показаниям.

2. Прививки. Классификация медицинских иммунобиологических препаратов, характеристика основных групп. Схема вакцинации для различных категорий граждан. Противопоказания к вакцинации. Постоянные и временные противопоказания к вакцинопрофилактике. Ложные противопоказания к вакцинации. Подходы к вакцинации особых групп.

3. Поствакцинальные реакции и осложнения. Состояния, подлежащие учету в поствакцинальном периоде. Структура, причины и частота поствакцинальных осложнений.

4. Дифференциальная диагностика реакций на прививку, осложнений и заболеваний, не связанных с вакцинацией.

**Терминологический диктант для входного контроля.**

1. Препараты, получаемые из ослабленных, убитых микроорганизмов или продуктов их жизнедеятельности и применяемые для активной иммунизации с целью специфической профилактики инфекций называются…….
2. В зависимости от способа получения, вакцины бывают………….
3. Препарат, изготовленный из экзотоксинов возбудителей, называется………………………
4. Нормальные (обычные) реакции на вакцинацию делятся на……………….
5. Противопоказания к вакцинации подразделяются на……..
6. Патологические процессы, развившиеся в определенные сроки после прививки называются………….
7. При развитии сильной реакции или осложнения на предыдущую дозу вакцины дальнейшую иммунизацию проводят……..
8. Иммунизация взрослых по профилактике дифтерии и столбняка проводится с интервалом……………
9. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях прививки проводятся……..

*Тестовые задания для выходного контроля.*

*Выберите все правильные ответы.*

*1. Является ли противопоказанием к проведению профилактической прививки наличие гиперемии (инфильтрата) более 8 см и (или) температуры 40 градусов и выше в месте предыдущей прививки вакциной:*

 а) Да

 б) Нет

 в) Не является при проведении прививки в другой участок тела.

*2. При развитии сильной реакции или осложнения на предыдущую дозу вакцины дальнейшую иммунизацию проводят:*

 а) другим препаратом

 б) тем же препаратом под наблюдением врача

3*. Как поступить, если ребенок прибыл без сведений о прививках против дифтерии:*

 а) сделать запрос, сделать РПГА

 б) начать прививать

 в) оформить медотвод

 г) не прививать вообще

*4. Противопоказания к иммунизации вакциной АКДС:*

 а) прогрессирующие заболевания нервной системы

 б) перинатальная энцефалопатия

 в) недоношенность

*5. После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Будет ли это противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза?*

 а) да

 б) нет

 в) нет при использовании 0,5 дозы

*6. Является ли состояние беременности противопоказанием к иммунизации против краснухи?*

 а) да

 б) нет

*7. Профилактические прививки детям из групп риска по развитию патологии со стороны ЦНС:*

а) противопоказаны

б) проводятся по индивидуальному календарю

в) проводятся по традиционному календарю проф. прививок

*8. Коревая вакцина содержит:*

а) инактивированный вирус кори

б) живой вирус кори

в) живой вакцинный штамм вируса кори

г) инактивированный вакцинный штамм вируса кори

9. Женщина, привитая против краснухи, должна быть предупреждена, что ей следует избегать беременности в течение:

а) 1 мес после прививки

б) 2 мес после прививки

в) 3 мес после прививки

г) 6 мес после прививки

*10. Здоровому ребенку можно одновременно ввести все вакцины, положенные по возрасту:*

а) верно,

б) не верно

*11. С каким интервалом проводится иммунизация взрослых по профилактике дифтерии и столбняка:*

 а) 10 лет

 б) 6-7 лет

 в) 5 лет

 г) 3-5 лет

*12. Размер папулы, указывающий на поствакцинальную реакцию:*

 а) 7-9 и постепенно угасает

 б) 5мм. и постепенно нарастает

 в) более 10мм

*13. Осложнения на прививку против кори:*

 а) судороги; токсические реакции; сыпь

 б) повышение температуры до 38,5, гиперемия зева.

*14. Нужно ли прививать детей носителей антигена к вирусу гепатита В?*

 а) нет необходимости

 б) в обязательном порядке

 в) только при объявлении карантина по гепатиту

*15. У ребенка присутствуют злокачественные новообразования. Является ли это противопоказанием для проведения вакцинации живой вакциной.*

 а) Да

 б) Нет

 в) Не является при постановке прививки ОПВ

*16. Клиника нормальной реакции на прививку против краснухи:*

 а) кратковременный субфебрилитет с 5 по 12 день, сыпь, лимфоаденопатия

 б) судороги

 в) тромбоцитопения

*17. Сильная реакция на прививку это:*

 а) t38,5 более двух дней

 б) t38,5 гиперемия в месте инъекции 2 – 5 см

 в) t40 и выше, гиперемия в месте инъекции 8 см и выше.

*18. Является ли противопоказанием к вакцинации БЦЖ вес ребенка менее 2кг?*

а) да

 б) нет

 в) является ложным противопоказанием

*19. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях прививки проводятся:*

а) сразу после нормализации температуры

 б) через 2 недели после заболевания

 в) через 4 недели после заболевания

*20. Рекомбинантные вакцины получают путём:*

а) инактивации микробной массы

б) обработки микробной массы лизогенным бактериофагом

в) используя генноинженерные технологии

г) инактивации эндо- и экзотоксина с последующим добавлением адсорбента

д) используя иммунохимические технологии

*СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ*

Задача № 1.

Ребенок 6 месяцев. Родился в срок. Беременность протекала у матери благополучно. Роды самопроизвольные. Грудное вскармливание до 3 месяцев, далее искусственное. В массе прибывал удовлетворительно. До настоящего времени ничем не болел. Привит БЦЖ V1 , ВГВ -V1,V2,V3 – нормореакция, АКДС -V1,V2,V3, ОПВ –V1,V2,V3.

На АКДС V1 отмечалось повышение температуры тела до 37,8˚С, на АКДСV2 – температура повышалась до 39,0˚С. Вчера проведена АКДСV3. Через 6 часов ребенок начал беспокоиться, появился монотонный пронзительный крик, который длился в течение 3 часов. Ребенок не давал к себе прикоснуться. Ночью был госпитализирован в стационар. Температура тела повышалась до 39,8˚С. При осмотре температура тела 38,0˚С. По органам патологии не выявлено. Беспокойство и крик исчезли. Местно в области инъекции след от укола.

Задание:

Сформулируйте диагноз.

Назначьте обследование.

Какие изменения ожидаете на ЭЭГ?

Консультации каких специалистов целесообразно провести?

На какой компонент вакцины, предположительно, появилась реакция?

План лечебных мероприятий.

Задача № 2.

Больной Р., 6 месяцев, госпитализирован в стационар 10.05. с жалобами на отсутствие опоры на левую ножку.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ. Заболел три недели назад, 19.04., когда повысилась температура до 39°С, появилось недомогание. Выставлен диагноз «ОРВИ», назначено симптоматическое лечение. Лихорадка держалась в течение 19-21.04. 22.04. мальчик перестал опираться на левую ножку. 23.04. осмотрен хирургом-ортопедом, диагноз: врожденная косолапость. Лечение: бинтование левого голеностопного сустава. Повторно осмотрен хирургом 9.05. Ребенок по-прежнему не опирался на ножку, появилась выраженная атрофия мышц бедра и голени. Направлен в стационар.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ. От первой беременности, молодых здоровых родителей. Роды срочные, без осложнений. Родился с весом 3200, закричал сразу, выписан из роддома на 5-е сутки. Голову держит с 2 месяцев, сидит – с 4,5 месяцев. Находился на искусственном вскармливании. Привит БЦЖ, ВГВ в роддоме, однократно АКДС+полиомиелит 7.04. Перенес острое респираторное заболевание в 3 месяца.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС.t-36,4ºС;Ps-114 в мин.; ЧД-20 в мин.

 Состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает. Катаральных симптомов нет. Кожа чистая, физиологической окраски. Зев спокоен. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. При неврологическом обследовании выявлено: левая стопа провисает, при попытке опоры – варусная установка стопы, рекурвация в левом коленном суставе. Гипотония мышц левой голени и бедра, атрофия мышц бедра и голени, сухожильные рефлексы слева (коленный и ахиллов) отсутствуют. Расстройств чувствительности нет, болевого синдрома нет. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено, менингеальные симптомы отрицательные.

Задание:

С чем связано данное заболевание?

Назовите критерии постановки данного диагноза.

Перечислите необходимый объем обследования.

Какие дополнительные методы обследования необходимы больному?

С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Назначьте план лечения.

Задача № 3.

Ребенок получил VI АДС, через 3 мес.V2 АДС-М. Продолжить схему иммунизации:

Задача № 4.

После закапывания в рот полиомиелитной вакцины ребенок обильно срыгнул. Ваши дальнейшие действия:

1. **3.** **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачетным билетам и в форме тестирования и в устной форме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этап** | **Содержание** | **Количество баллов** |
| 1 | Тестирование | 0 - 6 |
| 2 | Вопрос билета 1 | 0 - 6 |
| 3 | Вопрос билета 2 | 0 - 6 |
| 4 |  Вопрос билета 3 | 0 - 6 |
| 5 |  Кейс- задача  | 0 - 6 |
| ИТОГ | Итоговая оценка за промежуточную аттестацию | 0 - 30 |

Таблица 3.3 - Расчет дисциплинарного рейтинга (итоговой оценки) по дисциплине\*

|  |  |
| --- | --- |
| дисциплинарный рейтинг по дисциплине | оценка по дисциплине |
| экзамен, дифференцированный зачет | зачет |
| 86 - 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 - 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50 -69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

\* - правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему (Приложение 4 Положения П004.03-2020).

Таблица 3.4 - Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рейтинг экзаменационный / зачетный | Рейтинг дисциплинарный | Оценка |
| 15 | 50 | удовлетворительно |
| 16 | 54 | удовлетворительно |
| 17 | 59 | удовлетворительно |
| 18 | 64 | удовлетворительно |
| 19 | 69 | удовлетворительно |
| 20 | 70 | хорошо |
| 21 | 74 | хорошо |
| 22 | 78 | хорошо |
| 23 | 82 | хорошо |
| 24 | 85 | хорошо |
| 25 | 86 | отлично |
| 26 | 89 | отлично |
| 27 | 92 | отлично |
| 28 | 95 | отлично |
| 29 | 98 | отлично |
| 20 | 100 | отлично |

\* - Приложение 5 Положения П004.03-2020.

# Раздел 4 ФОС - Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Эпидемиология. Военная эпидемиология» на медико-профилактическом факультете

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» с поправками в соответствие Приказа № 479 от 03.03.2020 определены следующие правила формирования:

* текущего фактического рейтинга обучающегося (рисунок 4.1);
* бонусного фактического рейтинга обучающегося (таблица 4.2).

## 4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех модулей, входящих в дисциплину, и самостоятельной внеаудиторной работы (СВР; рисунок 1).

Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры в течение текущего семестра.



Рисунок 4.1 – Порядок формирования текущего фактического рейтинга (Ртф)

### 4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося

Модульный рейтинг (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение:

* текущего рейтинга обучающегося на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля модуля (РК);
* рейтинга обучающегося за выполнение самостоятельной внеаудиторной работы (СВР).

### 4.1.2 Правила формирования текущего рейтинга обучающегося на каждом практическом занятии

Рейтинг за практическое занятие (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1-й до 4-х контрольных точек (КТ; входной контроль, устный ответ, доклад (с презентацией), решение ситуационных задач, самостоятельная работа на занятии, заключительный контроль (тестирование) и проч.), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Перечисленные КТ не являются обязательными на каждом занятии, однако, обязательно проведение хотя бы одной КТ с участием и оцениванием работы всех обучающихся учебной группы. Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Итоговое значение баллов за занятие рассчитывается как среднее арифметическое всех полученных баллов. При пропуске занятия независимо от причины в качестве итогового значения выставляется «0» баллов.

### 4.1.3 Правила формирования рейтинга обучающегося на рубежном контроле модуля

По окончании каждого модуля дисциплины по решению преподавателя по изучаемой дисциплине проводится рубежный контроль (РК) в форме тестирования или решения ситуационных задач, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. В ином случае за РК обучающийся получает оценку равную среднему баллу за все занятия модуля.

### 4.1.4 Правила формирования рейтинга обучающегося за выполнение самостоятельной внеаудиторной работы (СВР)

За выполнение каждого задания (этапа) по внеаудиторной самостоятельной работе обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Итоговый рейтинг за СВР рассчитывается как среднее арифметическое значение всех балльных оценок, полученных за выполнение каждого задания (этапа).

## 4.2 Правила формирования бонусных баллов

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество 5) определено п.8 и 9 Положения П004.03-2020 (таблица 4.2). Допускается “закрытие” пропущенных занятий после выполнения учебных заданий, определенных преподавателем, ведущим данную дисциплину.

Таблица 4.2 - Правила формирования бонусного фактического рейтинга по дисциплине

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерий** | **Количество баллов** |
| посещение обучающимися всех практических занятий | 1 |
| посещение обучающимися всех лекций | 1 |
| Результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине: |
|  1 место | 3 |
|  2 место | 2 |
|  3 место | 1 |

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** Шигеллез у детей. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика. Противоэпидемические мероприятия. Профилактика.

**II.** Проведите противоэпидемические мероприятия при дифтерии в детском саду.

**III.**.Интерпретировать результат исследования биохимического анализа крови

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(А.С. Паньков)

Декан медико-профилактического факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Е.А. Михайлова)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_