федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по специальности Педиатрия

Инфекционные болезни у детей

(наименование дисциплины)

по направлению подготовки (специальности)

**31.05.02 Педиатрия**

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки специальности 31.05.02 Педиатрия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от «23» октября 2015

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

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

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

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

Целью самостоятельной работы является овладение знаниями по инфекционным заболеваниям у детей/ формирование умения опроса, сбора анамнеза у пациентов с инфекционными заболеваниями, осмотра инфекционных больных, приобрести навыки общения с инфекционными больными, сбора эпидемиологического анамнеза, алгоритма постановки диагноза инфекционного заболевания у ребенка, алгоритма проведения диагностики, лечения, профилактики, противоэпидемических мероприятий.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной  работы | Форма  самостоятельной работы1 | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины3* | | | | |
|  | Инфекционные заболевания у детей | *для овладения, закрепления и систематизации знаний*: работа с конспектом лекции; | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  | Инфекционные заболевания у детей | работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);  чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет); | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  | Инфекционные заболевания у детей | составление плана и тезисов ответа; составление плана текста; графическое изображение структуры текста; | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  | Инфекционные заболевания у детей | Конспектирование текста | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  |  |  |  |  |
|  | Инфекционные болезни у детей | Написание истории болезни | Проверка истории болезни | Внеаудиторный КСР |
| 2 | Инфекционные заболевания у детей | Реферат | Доклад реферата на практическом занятии | Внеаудиторный КСР / аудиторная - собеседование по теме реферата |
| … | Инфекционные заболевания у детей | Курация больных | Доклад и разбор больного | Собеседование |
| *Самостоятельная работа в рамках модуля 4* | | | | |
| 1 | Модуль «Острые кишечные инфекции у детей» | *для овладения, закрепления и систематизации знаний*: работа с конспектом лекций по модулю «Острые кишечные инфекции у детей» | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  | Модуль «Острые кишечные инфекции у детей» | работа над учебным материалом учебника, дополнительной литературы по теме «Острые кишечные инфекции у детей» | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  | Модуль «Острые кишечные инфекции у детей» | составление плана и тезисов ответа; составление плана текста ответа по темам «Острые кишечные инфекции у детей» | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  | Модуль «Острые кишечные инфекции у детей» | Реферат | Доклад реферата на практическом занятии | Внеаудиторный КСР / аудиторная - собеседование по теме реферата |
|  | Модуль «Острые кишечные инфекции у детей» | Курация больных детей в кишечно-диагностическом отделении | Доклад и разбор больного | Аудиторная  Собеседование |
| 2 | Модуль «Вирусные гепатиты у детей» | *для овладения, закрепления и систематизации знаний*: работа с конспектом лекций по модулю «Вирусные гепатиты у детей» | Устный опрос  Собеседование | Внеаудиторный КСР / аудиторная |
|  |  | работа над учебным материалом учебника, дополнительной литературы по теме «Вирусные гепатиты у детей» | Устный опрос  Собеседование | Внеаудиторный КСР / аудиторная |
|  |  | составление плана и тезисов ответа; составление плана текста ответа по темам «Вирусные гепатиты у детей» | Устный опрос  Собеседование | аудиторная |
|  |  | Реферат | Доклад реферата на практическом занятии | Внеаудиторный КСР / аудиторная - собеседование по теме реферата |
| … | Модуль «Воздушно-капельные у детей» | Курация больных детей в кишечно-диагностическом отделении | Доклад и разбор больного | Аудиторная  Собеседование |
|  | Модуль «Воздушно-капельные у детей» | *для овладения, закрепления и систематизации знаний*: работа с конспектом лекций по модулю  «Воздушно-капельные инфекции у детей» | Устный опрос  Собеседование | Вне аудиторный КСР / аудиторная |
|  | Модуль «Воздушно-капельные у детей» | работа над учебным материалом учебника, дополнительной литературы по теме «Воздушно-капельные инфекции у детей» | Устный опрос  Собеседование | Внеаудиторный КСР / аудиторная |
|  | Модуль «Воздушно-капельные у детей» | составление плана и тезисов ответа; составление плана текста ответа по темам «Воздушно-капельные инфекции у детей» | Устный опрос  Собеседование | Внеаудиторный КСР / аудиторная |
|  | Модуль «Воздушно-капельные у детей» | Реферат | Доклад реферата на практическом занятии | Внеаудиторный КСР / аудиторная - собеседование по теме реферата |
| *Самостоятельная работа в рамках практических занятий*  *модуля* «Острые кишечные инфекции» *дисциплины «Инфекционные болезни у детей»*  Модуль «Острые кишечные инфекции у детей» | | | | | » | Курация больных детей в кишечно-диагностическом отделении | Доклад и разбор больного | Аудиторная  Собеседование |
| 1 | Тема «Дизентерия у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
| 2 | Тема «Сальмонеллёз у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
| 3 | Тема «Эшерихиозы у  детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
| 4 | Тема «Иерсиниозная инфекция у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
| … | Тема «Вирусные диареи у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема « Холера и ботулизм у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными бактериями у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Токсикоз с эксикозом у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Лечение острых кишечных инфекций у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
| Модуль №2 «Вирусные гепатиты у детей» | | | | |
|  | Тема «Гепатиты с энтеральным механизмом передачи у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Гепатиты с парентеральным механизмом передачи у детей» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Врожденные вирусные гепатиты и гепатиты у детей до 1 года» | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
| Модуль №3 «Острые воздушно-капельные инфекции у детей» | | | | |
|  | Тема «Корь. Краснуха у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Стрептококковая инфекция у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Герпес-вирусная инфекция у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Эпидемический паротит у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Коклюш и паракоклюш у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Грипп. ОРВИ у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Дифтерия у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Менингококковая инфекция у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема «Энтеровирусная инфекция у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема « Полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема « Поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях у детей». | - работа с конспектом лекции;  - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы);  - составление плана и тезисов ответа;  - решение ситуационных задач  - подготовка презентации | письменный опрос,  устный опрос,  тестирование,  решение  проблемно-  ситуационных задач | Аудиторная |
|  | Тема « Работа в симуляционном классе». | - работа над учебным материалом (учебника, дополнительной литературы) | Отработка практических навыков | Аудиторная |

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

**МЕТОДИКА ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ**

**ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ**

Во время практических занятий студенты отрабатывают практические умения профессиональной деятельности врача-педиатра. В качестве базы для прохождения практических занятий используются детская инфекционная больница и инфекционный кабинет детской поликлиники.

Формы самостоятельной работы

* Курация больных
* Ведение рабочей истории болезни
* Работа в процедурном кабинете
* Беседа с родителями
* Выпуск санбюллетеней

Ежедневно студенты осматривают несколько тематических больных и отражают их состояние в дневниках рабочей истории болезни.

Помимо этого каждый студент в начале цикла получает для курации больного, по наблюдениям за которым оформляет учебную историю болезни с последующей ее защитой.

За время цикла студент должен освоить определенный объем практических знаний и умений, необходимых и используемых при работе с инфекционным больным, перечень которых предусмотрен в Госстандарте врача-педиатра и рабочей программе по дисциплине. Приобретать практические знания и умения студенты должны на протяжении всего времени прохождения детских инфекционных болезней (X, XI скместры).

Перечень практических знаний и умений составлен с учетом специфики модулей «Острые кишечные инфекции», «Острые вирусные гепатиты» и «Воздушно-капельные инфекций».

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ**

**РАБОЧЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Преподаватель ежедневно контролирует записи в рабочих историях болезни, сделанные студентами, и делает замечания. Важно научить будущего врача правильно отражать клинические проявления болезни, увиденные у больного и следить за их динамикой на фоне проводимой терапии. К тому же только ежедневное общение с больным ребенком и его мамой позволяет осваивать деонтологические аспекты работы врача-педиатра.

**Цель:** Освоить на практике алгоритм ведения больных детей с инфекционной патологией.

**В процессе работы с больным студент должен освоить:**

* Сбор анамнеза болезни, эпид.анамнеза и интерпретацию полученных данных.
* Объективный осмотр и обследование больного ребенка.
* Выделение ведущих клинических синдромов у конкретного больного и определение степени тяжести состояния ребенка с инфекционной патологией.
* Обоснование предварительного и окончательного диагноза.
* Интерпретация результатов проведенного обследования.
* Мониторинг динамики развития и угасания клинических синдромов на фоне проводимой терапии.
* Оценку эффективности проводимой комплексной терапии.
* Организацию противоэпидемических мероприятий в очаге.

Ежедневное наблюдение за больным ребенком позволит отработать

следующие практические умения врача-инфекциониста:

* + Сбор анамнеза болезни, жизни, эпид.анамнеза, жалоб.
  + Методика клинического обследования инфекционного больного.
  + Обоснование предварительного и окончательного диагноза.
  + Интерпретация результатов проведенного обследования больного.
  + Оценка динамики клинических проявлений болезни на фоне проводимой терапии.
  + Оценка эффективности проводимой комплексной терапии.
  + Организация противоэпидемических мероприятий в очаге.
  + Деонтология ведения инфекционного больного.
  + Этика общения с больным ребенком и его родителями.
  + Информирование родителей о диагнозе больного и динамике заболевания.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ВЕДЕНИЮ**

**РАБОЧЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**Методика обследования инфекционного больного** начинается со сбора анамнеза. Выясняется история развития заболевания, его первоначальные симптомы, быстрота их развития, степень выраженности. Существенная роль при этом отводится эпидемиологическому анамнезу: контакт с инфекционным больным; наличие подозрительных на инфекцию заболеваний в семье, квартире, доме, детском учреждении, населенном пункте; перенесенные ранее заболевания; профилактические прививки.

Выясняются условия жизни больного, развитие его.

Далее студенты изучают методику объективного исследования. При этом отмечается необходимость осмотра инфекционного больного (раздетого) в следующей последовательности:

* 1. Положение больного, сохранность сознания, наличие судорог, параличей;
  2. а) общий вид больного, самочувствие его, степень слабости.

б) цвет кожи (бледная, желтая, ярко-красная, землисто-серая и пр.), ее влажность или сухость, наличие и характер сыпи (мелкоточечная, пятнистая, пятнисто-папулезная, уртикарная, розеолезная, петехиальная, геморрагическая и др.), локализация ее (в естественных складках кожи, на разгибательных поверхностях, по всему телу и т.д.) Наличие шелушения, его характер, пигментация, корочки и пр.

в) цвет слизистых оболочек глаз, полости рта, наличие высыпаний.

г) состояние лимфатических узлов, величина, консистенция, подвижность, болезненность их.

д) мышечная и костная система, тонус и сила мышц, наличие дефектов костной системы (четки, браслетки, искривление конечностей, позвоночника и пр.).

* 1. Грудная клетка, ее подвижность и участие в акте дыхания, число дыханий в минуту.

а) органы дыхания – перкуссия и аускультация.

б) сердечно-сосудистая система – состояние пульса (частота, напряжение, наполнение ритмичность). Кровяное давление. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости; аускультативные данные – чистота и ясность тонов.

* 1. Органы пищеварения и брюшной полости. Обследование начинается с полости рта;

а) язык – величина, цвет (малиновый, ярко-красный и др.), характер (географический, полированный, сосочковый и пр.).

б) зев – наличие гиперемии, кровоизлияний, отека, налетов и наложений, их характер, локализация и цвет. Состояние миндалин.

в) живот – величина, консистенция, болезненность.

г) печень – величина, консистенция, подвижность, болезненность.

д) селезенка – величина, консистенция, подвижность, болезненность.

е) желудочно-кишечный тракт – наличие метеоризма, инфильтрации сигмовидного и восходящего и отдела кишечника, тенезмов, зияния анального отверстия. Характер стула (каловый, слизисто-кровянистый), частота, цвет (желто-зеленый, оранжевый, болотной тины).

* 1. Мочеполовая система. Цвет мочи (соломенно-желтый, темный – цвет «пива», красный – цвет «мясных помоев» и т.д.). Количество мочи – анурия, олигурия, полиурия.
  2. Нервная система. Реакция больного на окружающее. Сознание. Состояние сухожильных, кожных и брюшных рефлексов. Дермографизм – быстрота его появления и исчезновения, цвет.

При обосновании диагноза, вначале студент, опираясь на жалобы больного, данные анамнеза болезни, данные эпидемиологического анамнеза, особенности анамнеза жизни, выявляет ведущие клинические синдромы заболевания. Затем по совокупности клинических и параклинических изменений (в анализах крови, мочи, кала и др.) ставит окончательный диагноз, используя классификацию А.А.Колтыпина (обязательно указываются «тип», «тяжесть» и «течение» данного заболевания).Приложение №2.

Дневники наблюдения за больным начинаются с отметки деня болезни и госпитализации. Обязательно оценивается степень тяжести состояния больного с указанием синдромов определяющих ее изначально и за период наблюдения. При этом отражается динамика обратного развития симптомов заболевания (позитивная, негативная, отсутствие динамики). Указывается температур, пульс, дыхание, обращает внимание на массу тела ребенка, а также поведение, сон и аппетит. Студент дает динамику симптомов заболевания, отмечая продолжительность лихорадки, кишечного синдрома, синдрома желтухи, динамику размеров печени. Обращает внимание на изменения в анализах крови, мочи, кала и других результатах параклинического исследования до и на фоне проводимой терапии или по окончанию ее. В случае инфузионной терапии указывает время наложения капельницы, состав вводимых растворов, скорость их введения, а также время окончания капельницы. Определяет эффективность проводимой терапии по угасанию и исчезновению клинических проявлений болезни.

Лечение назначаемое больному ребенку должно быть комплексным, но индивидуальным

Студент должен назначить лечебное питание, определить номер лечебного стола по Певзнеру, обосновать его назначение (приложение №3). Сделать расчет питания и жидкости для оральной регидратации.

Сделать суточный расчет жидкости, необходимой для больного ребёнка, определить объём жидкости для внутривенной регидратации и рекомендовать растворы для инфузии (10% глюкоза, гемодез, реополиглюкин, раствор Рингера, дисоль, трисоль, хлосоль, реоглюман и т.д.). Обосновать назначение коллоидных растворов (альбумин, свежезамороженная плазма, реополиглюкин, реоглюман и т.д.).

Указать показания к назначению антибиотиков, их спектр действия, фазу, способ введения.

Отметить сроки назначения препаратов, их эффективность или отсутствие эффекта в лечении данного больного.

**МЕТОДИКА ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ**

**ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ВО ВНЕУЧЕБНОЕ ВРЕМЯ**

**Цель:** закрепить практические знания и умения, полученные на практических занятиях, самостоятельно работая с инфекционными больными.

**Формы** самостоятельной работы, используемой для этой цели во внеучебное время:

* Работа в процедурном кабинете
* Решение клинических заданий по инфекционной патологии.

Во время этой работы студентом отрабатываются практические **умения:**

* + Принятие инфекционного больного в стационар, оформление документации
  + Осмотр инфекционного больного, выявление диагностических признаков инфекционного заболевания
  + Обоснование диагноза
  + Составление плана обследования
  + Назначение лечения инфекционному больному, выписка рецептов на основные лекарственные препараты
  + Оказание неотложной помощи инфекционному больному
  + Этика общения с больным ребенком и его родителями

Приобретаются практические знания

* Правила размещения инфекционных больных в стационарах с целью предупреждения внутрибольничной инфекции
* Правила проведения противоэпидемических мероприятий в очаге
* Методика осмотра больного
* Ведущие клинические синдромы инфекционных заболеваний
* План обследования больного
* Алгоритм лечения больного с учетом возраста, преморбидного фона и периода заболевания.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ УЧЕБНОЙ**

**ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

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

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

Для этого необходимо:

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

В процессе работы над историей болезни студент должен освоить следующие практические знания и умения:

* + Сбор анамнеза болезни, жизни, эпид.анамнеза, жалоб;
  + Методики клинического обследования инфекционного больного;
  + Обоснование предварительного и окончательного диагноза;
  + Составление плана обследования больного;
  + Интерпретация результатов проведенного обследования больного;
  + Алгоритм назначения лекарственных средств;
  + Оценка динамики клинических проявлений болезни и эффективности проводимой терапии;
  + Выбор литературных источников и подбор материала, необходимого для написания истории болезни;
  + Оформление медицинской документации.

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

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

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

**Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

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

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

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

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

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

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

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

- основные определения;

- не представляет интереса.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

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

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

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

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

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

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

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

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

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

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

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

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

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

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

- сформулировать заключение в общем виде;

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

4. В заключении целесообразно:

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

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

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

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

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

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

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

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

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

**Методические указания по подготовке письменного конспекта**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Алгоритм выполнения задания*:

1) определить цель составления конспекта;

2) записать название текста или его части;

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

4) выделить при первичном чтении основные смысловые части текста;

5) выделить основные положения текста;

6) выделить понятия, термины, которые требуют разъяснений;

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

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

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

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

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

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

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

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

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

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

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

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

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

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

**Методические указания по подготовке компьютерной презентации**

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

*Алгоритм подготовки компьютерной презентации*:

1) подготовка и согласование с научным руководителем текста доклада;

2) разработка структуры презентации;

3) создание презентации в PowerPoint;

4) репетиция доклада с использованием презентации.

*Требования к оформлению компьютерной презентации:*

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

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

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

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

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

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

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

- Тезисы доклада должны быть общепонятными.

- Не допускаются орфографические ошибки в тексте презентации!

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

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

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

- Остерегайтесь светлых цветов, они плохо видны издали.

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

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

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

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

*Требования к тексту презентации:*

- не пишите длинно;

- разбивайте текстовую информацию на слайды;

- используйте заголовки и подзаголовки;

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

*Требования к фону презентации:*

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

*Требования к иллюстрациям презентации:*

- Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация.

- Что можно изобразить, лучше не описывать словами.

- Изображать то, что трудно или невозможно описать словами.

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

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

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

**Ситуационные задачи**

**Модуль №1 «Острые кишечные инфекции»**

**Тема: «Шигеллёзы у детей».**

Задача № 1.

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

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

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

Задание:

1.Поставить предварительный диагноз. 2.План обследования.

З.План лечения.

Задача № 2.

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

При бактериологическом обследовании кала выделена шигелла Зонне.

Задание:

1 .Поставить диагноз.

2.План лечения.

3.Критерии выписки домой и допуска в детский сад.

Задача № 3.

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

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

Задание:

1 .Ваш диагноз.

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

Задача № 4.

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

Задание:

1.Предварительный диагноз.

2.Предполагаемый источник заболевания.

З.План противоэпидемических мероприятий.

4.План обследования.

5.План лечения.

Задача № 5.

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

Задание:

1 .Ваш диагноз.

2. Пред полагаемая причина заболевания.

З.План обследования.

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

Темы для рефератов:

1. Особенности дизентерии у детей первого года жизни.

**Тема: «Сальмонеллёз у детей».**

Задача № 1.

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

Задание.

1.Поставьте диагноз.

2.0пределите источник и пути передачи инфекции.

3.Наметьте план противоэпидемических мероприятий.

Задача № 2.

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

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

1 .Каков предположительный диагноз?

2.Какова тактика в отношении больного в приемном покое?

3.Наметьте план обследования.

Задача № 3.

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

3.Лечебные мероприятия.

Задача № 4.

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

3.Наметьте план лечения.

**Тема: «Эшерихиозы у детей».**

Задача № /.

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

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

1. Поставь те предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 2.

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 3.

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

1. Ваше мнение о происхождении эшерихиоза у ребенка

2. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в соматической больнице.

Задача № 4.

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

1. Поставь те диагноз

2. Назначь те лечение.

Задача № 5.

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

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

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

Ребенок в течение суток не мочился.

1. Поставь те диагноз

2. Назначьте лечение и план обследования.

**Тема: «Холера. Ботулизм у детей».**

Ситуационные задачи по теме «Холера у детей».

**Задача 1**

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

Менингеальных знаков нет.

Задание:

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

**Задача 2**

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

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

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

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

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

Задание:

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

Задача 3.

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

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

Ваш предполагаемый диагноз?

Определите степень обезвоживания у больной.

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

Назначить лечение.

***Задача № 4***

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

Ваш предполагаемый диагноз?

На какие аспекты эпидемиологического анамнеза следует обратить внимание?

С каким заболеванием следует дифференцировать?

Какие исследования следует назначить для подтверждения диагноза?

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

Задача № 1

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

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

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

4. Расскажите патогенез заболевания.

Задача № 2

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

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какие клинические симптомы явились основанием в установлении диагноза?

3. Оцените результаты приведенных лабораторных методов исследования.

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

Задача №3.

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

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

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

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Перечислите возможные осложнения.

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

4. Определите дальнейшую тактику фельдшера.

***Задача № 1***

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

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

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

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

Поставьте диагноз.

Определите степень тяжести заболевания.

План обследования.

План лечения.

***Задача № 2***

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

Укладывается ли представленная картина в клинику пищевой токсикоинфекции?

В чем заключается особенность данного случая?

Подчеркните сходство и различие дифференцируемых заболеваний.

Каковы мероприятия в очаге?

***Задача № 3***

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

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

1. Согласны ли Вы с диагнозом “дифтерия”?

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

**Тема: «Иерсиниозы у детей».**

Задача 1

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

Задача 2

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

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

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

**Тема: «Кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами».**

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

Задача № 1.

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

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

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

Задача № 2.

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

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

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

Задача № 3.

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

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

Задача № 4.

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

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

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

Ребенок в течение суток не мочился.

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

**Тема: «**Инфекционные токсикозы у детей. Токсикоз с эксикозом при острых кишечных инфекциях у детей. Инфекционно-токсический шок. Нейротоксикоз у детей».

**Ситуационные задачи.**

**Задача № 1.**

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

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

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

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

**Задача № 2.**

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

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

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

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

При бактериологическом исследовании кала выделена культура Shigella sonnae.

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

**Задача № 3.**

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

*О каком типе эксикоза можно думать?*

**Задача № 4.**

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

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

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

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

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

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

**Задача № 5.**

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

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

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

Ребенок в течение суток не мочился.

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

**Задача № 6.**

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

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

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

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

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

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

**Задача № 7.**

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

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

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

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

**Задача № 8.**

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

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

При бактериологическом исследовании кала выделена культура: S enteritidis.

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

*Тема: «Лечение кишечных инфекций у детей».*

Ситуационные задачи

Задача № 1.

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

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

1 .Какой предположительный диагноз?

2.Какова тактика в отношении больного в приемном покое?

3.Наметьте план обследования и лечения.

Задача № 2.

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

3.Лечебные мероприятия.

Задача № 3.

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Наметьте план обследования.

3.Наметьте план лечения.

Задача № 4.

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

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

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

Задача № 5.

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

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

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

Задача № 6.

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

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение.

Задача № 7.

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

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

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

Ребенок в течение суток не мочился.

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

Задача № 8.

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

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

1. Поставь те предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план лечения.

**Модуль №2 «Вирусные гепатиты у детей»**

**Тема: «Вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи».**

Задача №1

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

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

Задание:

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

Задача №2.

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

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

При осмотре врач приемного покоя обнаружил следующее:

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

Селезенка не пальпируется.

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

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

Задание:

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

Задача №3.

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

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

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

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

Задание:

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

Задача №4.

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

При обследовании:

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

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

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

Задание:

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

Задача №5.

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

При обследовании в анализах крови:

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

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

Задание:

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

Задача №6.

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

Обратились к врачу. При обследовании обнаружено следующее:

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

Сделан анализ крови:

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

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

Задание:

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

Задача №7

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

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

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

В анализах крови:

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

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

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

Задание:

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

**Тема: «Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи».**

Задача №1.

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

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

При обследовании:

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

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

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

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

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальный диагноз.
3. Наметить план ведения и лечения больного.

Задача №2.

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

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

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

Задание:

1) Сформулировать диагноз.

2) Провести дифференциальный диагноз.

3) Назначить лечение больного.

4) Оказать неотложную помощь.

Задача №17.

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

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

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

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

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

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

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

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

Задание:

1) Сформулировать диагноз.

2) Назначить лечение больного.

**Тема: «Врожденные гепатиты у детей. Гепатиты у детей первого года жизни.**

Задача №1.

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

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

Задание:

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

**Модуль №3 «Воздушно-капельные инфекции у детей»**

**Тема: «Корь. Краснуха у детей»**

Задача № 1.

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

/. Поставьте развернутый клинический диагноз.

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

Задача № 2.

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

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

Задача № 3.

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

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

Задача № 4.

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

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

Задача № 5.

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

/. Поставьте клинический диагноз.

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

Задача № 6.

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

/. Поставьте клинический диагноз.

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

Задача № 7.

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

/. Поставьте диагноз

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

Задача № 8.

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

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

**Тема: «Стрептококковая инфекция у детей»**

Задача 1.

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

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача 2.

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

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

Задание:

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

Задача 3.

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

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

Задание:

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

Задача 4.

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

Задание:

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

Задача 5.

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

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

Задание:

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

Задача 6.

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

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

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

**Тема «Герпес-вирусные инфекции у детей»**

Задача № 1.

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

1. Поставьте клинический диагноз.

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

Задача № 2.

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

Задача № 4.

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

1. Поставьте диагноз.

1. Наметьте план обследования
2. Назначьте лечение.

Задача № 4.

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

Задача № 5.

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

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

/. Поставьте диагноз

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

Задача № 6.

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

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

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

/. Поставьте диагноз

1. Проведите дифференциальный диагноз
2. Назначьте лечение.

Задача № 7.

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

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

УЗИ: гепатоспленомегалия.

От стернальной пункции мать отказалась.

/. Поставьте диагноз

1. Назначьте план обследования
2. Назначьте лечение.

Задача № 8.

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

УЗИ: печень и селезенка увеличены.

ИФА: антитела к ЦМВ класса М и G.

/. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение.

**Тема «Эпидемический паротит у детей».**

Задача № 1.

Марина П. 10 лет поступила в инфекционную больницу 20 октября. Заболела 18 октября, когда повысилась температура до 38°С, появилась припухлость в околоушных областях с обеих сторон, боль при жевании. На следующий день у девочки появилась повторная рвота, головная боль, температура оставалась на уровне 38 - 39°С, участковый врач обнаружил ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. При поступлении в больницу состояние тяжелое.

КАК (21 октября): Нв 11,6 г%, лейкоциты 8600, Э 1%, П 10%, С 53%, Л 30%, М 6%, СОЭ 16 мм/час.

Анализ спинномозговой жидкости: цитоз 175 в 1 мм3, нейтрофилы 28%, лимфоциты 72%, белок 0,396 %о, реакция Панди и Нонне-Аппельта +++, сахар 54 мг% (3,0 ммоль/л), хлориды 714 мг% (201,6 ммоль/л).

Задание.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Назначьте дополнительное обследование.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

4.План лечения.

Задача № 2.

Галя Т. 6 лет поступила в инфекционную больницу 14 февраля в тяжелом состоянии с диагнозом менингококковая инфекция, менингит? Заболела 13 февраля: повысилась температура до 38,8°С, появилась головная боль, 3 раза была рвота. Ночью жаловалась на головную боль, температура оставалась высокой. Вызванный врач скорой помощи направил ребенка в инфекционную больницу.

При поступлении состояние тяжелое, девочка в сознании, но заторможена. Нерезко выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Кожа и зев чистые. Со стороны внутренних органов отчетливых изменений не определяется.

Анализ спинномозговой жидкости: прозрачная, цитоз 97 в 1мм3, нейтрофилы 17%, лимфоциты 83%, белок 0,33%о, реакция Панди +++, Нонне-Аппельта ++.

Из анамнеза выяснено, что в детском саду, который посещает девочка, карантин по эпидемическому паротиту.

Задание.

1.Поставить предположительный диагноз.

2.Наметить план обследования больного.

3.Назначить терапию.

Задача № 3.

Люда Г. 3 года поступила в инфекционную больницу 30 октября. Заболела накануне: стала вялой, капризной, повысилась температура до 39°С. Утром 30 октября мать заметила припухлость в околоушных областях с обеих сторон.

При поступлении состояние средней тяжести, вялая. Кожа чистая, на щеках румянец. Отмечается выраженная припухлость в околоушных областях с обеих сторон, зачелюстные ямки сглажены, мочки ушей оттопырены. Кожа над припухлостью не изменена, пальпируются нерезко болезненные плотные образования размером 3x4 см. На слизистой рта - покраснение и припухлость сосочков выводных слюнных протоков. Со стороны внутренних органов патологических изменений не отмечается. Девочка посещает ясли-сад. Контакт с инфекционными больными не выявлен.

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Какова тактика врача?

З.План ведения больного.

Задача № 4.

Мальчик 13 лет обратился к участковому врачу с жалобами на повышение температуры до 40°С, припухлость в околоушной области справа, был направлен в стационар. В последующие дни состояние ребенка улучшилось: снизилась температура, уменьшилась припухлость в области железы.

На 5-е сутки пребывания в стационаре вновь повысилась температура до 39,5°С, появились боли в мошонке, паховой области, боль усиливалась при ходьбе. При осмотре мошонка отечная, кожа над ней гиперемирована, яички плотные, болезненные при пальпации. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Задание.

1 .Поставить предположительный диагноз.

2.Наметить план обследования больного.

3.Назначить лечение.

Задача № 5.

Девочка 6 лет заболела остро. Повысилась температура до 38,5°С, стала жаловаться на боли в животе в области пупка. Отмечалась тошнота, дважды была рвота. Бригадой скорой помощи доставлена в хирургическое отделение.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому, температура 37,9°С, отказывается от еды. Кожа сухая, бледная, сухость во рту, язык обложен белым налетом, суховат. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС ПО в минуту. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области и левом подреберье, там же отмечается напряжение мышц. Симптомов напряжения брюшины нет.

В общем анализе крови нормоцитоз, лимфоцитоз.

В моче уровень диастазы составил 128 ед.

Из анамнеза выяснено, что в детском саду, который посещает девочка, карантин по эпидемическому паротиту. Задание.

1 .Поставьте предположительный диагноз.

2.Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?

3.Наметьте план лечения.

Задача № 6.

Ребенок 3-х лет посещает детский сад. В группе карантин по паротитной инфекции. Мать заметила припухлость в области челюсти.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному. Температура 37,2°С, кожа чистая обычной окраски. Справа в подчелюстной области припухлость. Пальпируется уплотнение размером с фасоль у угла нижней челюсти, болезненное, неподвижное, не спаянное с окружающими тканями. Кожа над припухлостью не изменена. Изменений со стороны слизистой оболочки полости рта не отмечается.

Задание.

1 .Для какого заболевания характерны перечисленные симптомы?

2.Какова тактика врача?

Задача № 7.

Мальчик 5 лет заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры до 39,2°С, появилась вялость, отказывался от еды. На вторые сутки появилась припухлость в околоушной области слева. На 4-е сутки на фоне субфебрилитета появилась боль в подбородочной области, под языком. Боль усиливалась при движении и высовывании языка.

При осмотре ребенка обнаруживается припухлость в околоушной области слева. Кожа над ней не изменена. При пальпации подбородочной области определяется уплотнение тестоватой консистенции мало подвижное умеренно болезненное. Шея в области подбородка отечная. При осмотре полости рта отмечается отечность и выраженная гиперемия слизистой под языком.

Задание.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

**Тема «Коклюш и паракоклюш у детей».**

Задача № 1

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

Задание.

1.Поставьте диагноз согласно классификации.

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

3.Какие дополнительные исследования следует назначить?

4.План лечения больного.

5.Противоэпидемические мероприятия в яслях.

Задача № 2

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Какие данные анамнеза и клиники позволили поставить диагноз?

З.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4.Какие лабораторные исследования следует провести?

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

Задача № 3

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

Задание.

1 .Ваша тактика в отношении больного?

2.Какие противоэпидемические мероприятия следует провести в данном отделении?

3.Назначьте лечение больному.

Задача № 4

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

1.Поставьте диагноз согласно классификации.

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

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

Задача № 5

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

Задание.

1 .Диагноз заболевания с указанием тяжести и течения.

2.Какие критерии тяжести болезни?

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

4.План лечения.

Задача № 6

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

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

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

Задание.

1 .Ваш предположительный диагноз.

2.Что говорит за это заболевание?

З.С какими заболеваниями надо дифференцировать?

4.Дополнительные методы исследования.

5.Наметить план лечения.

Задача № 7

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

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

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

Задание.

1.Клинический диагноз.

2.Возможные источники инфекции.

3.Причины легкого течения заболевания.

4.План лечения.

5.Сроки заразности.

6.Мероприятия, которые нужно провести в детском саду.

Задача № 8

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

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

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

Задание.

1 .Ваш предположительный диагноз.

2.Что говорит за это заболевание?

З.С чем нужно дифференцировать?

4.План лечения.

**Тема «Грипп. ОРВИ у детей».**

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.

**Тема «Дифтерия у детей»**

Задача № 1.

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

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

Задача № 2.

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

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

Задание.

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

Задача № 3

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

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

Задание.

1.Поставить диагноз.

2.Наметить план обследования и лечения.

Задача № 4

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

Задание.

1.Что случилось с ребенком?

2.С чем связано возникновение пареза мягкого неба?

3.Ваш диагноз.

4.Тактика ведения и лечения больного.

Задача № 5

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

Задание.

1.Поставить диагноз.

2.Какова причина смерти, объясните случившееся.

Задача № 6

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

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

Задание.

1.Поставить предварительный диагноз.

2.Провести дифференциальный диагноз.

3.Наметить план обследования и лечения больного.

Задача № 7

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

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

Задание.

1 .Поставить предварительный диагноз.

2.Провести дифференциальный диагноз.

3.Наметить план обследования и лечения больного.

**Тема «Менингококковая инфекция у детей»**

Задача № 1.

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

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

1. Поставьте клинический диагноз.

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

Задача № 2.

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

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

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

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

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

1. Поставьте клинический диагноз.

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

Задача № 3.

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

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

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

1. Поставьте диагноз

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

Задача № 4.

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

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

1. Поставьте диагноз

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

**Тема «Энтеровирусная инфекция у детей»**

Задача № 1

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

Задание.

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

З.Оказать неотложную помощь.

Задача №2

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

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

Задание.

1Поставить диагноз. 2.Назначить лечение.

3Назвать возможные осложнения

Задача №3

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

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

Установлено, что мальчик был в контакте с больным серозным менингитом

Задание.

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

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

Задача №4

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

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

Вопросы к заданию:

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

2.Дайте определение понятия и патогенез развития данных синдромов.

З.Ваш предварительный диагноз.

4.0казать больному неотложную помощь на догоспитальном этапе.

5.Тактика ведения больного на госпитальном этапе.

б.Составьте план обследования больного.

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

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

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

7.0цените данные лабораторного обследования.

8. Перечислите информативные показатели, подтверждающие ваш диагноз.

9.0боснуйте и поставьте правильный диагноз.

10.Назовите клинические показатели, определяющие тяжесть состояния ребенка

11 .Какова тактика ведения больного после первичного осмотра?

Задача №5

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

Дополнительная информация.

Ребенок привит по возрасту

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

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

Результату анализов.

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

П5,С26,Л62,Э 1,М6,ООЭ 12 мм/час.

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

1-2 в п/зр, эритроцитов нет.

Задание.

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

Эталон ответа - неврит лицевого нерва

Задача№6.

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

Дополнительная информация

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

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

Результаты анализов.

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

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

эритроцитов нет.

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

Задание.

1 Поставьте клинический диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования.

Эталон ответа - полиомиелит, понтинная форма

Задача №7.

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

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

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

Результаты анализов.

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

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

Задание.

1. Поставьте клинический диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования

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

Задача№8.

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

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

Результаты анализов.

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

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

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

6 кл, все лимфоциты.

Из ликвора выделен вирус полиомиелита тип П.

Задание.

1 .Поставьте клинический диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте план обследования

Эталон ответа - полиомиелит, спинальная форма

**Тема «Полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания у детей».**

Задача № 1.

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

Задание.

1 .Поставить диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 2.

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

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

Задание.

1 .Поставить диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 3.

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

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

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 4.

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

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

Задание.

1 Поставьте диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 5

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

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

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

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

Задание.

1 .Поставьте диагноз.

2.Предполагаемая этиология заболевания.

З.С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

**Тема «Поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях у детей».**

Задача № 1.

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

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

СМЖ: цитоз 3x10%, белок 0,33 г/л

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

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

Задача № 2.

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

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

Задача № 3.

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

Неврологический статус: больной без сознания, глаза полузакрыты, зрачки расши­рены, реакция зрачков на свет вялая, корнеальные рефлексы низкие, реакция на свет вялая, ресничный рефлекс не вызывается. Дыхание спонтанное 26-28 в мин., болевой рефлекс со­хранен, правосторонняя анизорефлексия, симптомы Бабинского, Рассолимо с обеих сторон положительные, брюшные рефлексы не вызываются, умеренно выражены менингеальные симптомы.

На 4 день ребенок доставлен в стационар, при поступлении имеет место выраженная кома (8-9 баллов по шкале Глазго); правосторонние судороги, купируемые введением седук­сена. Температура тела 37,7°-37,9°С. На губах у правого угла герпетические высыпания.

СМЖ: 23x10%, белок 0,39 г/л

OAK: лей 4,7x10%, п/я 3%, с/я 67%, эоз 4%, лимф 21%, моно 5%, СОЭ 32 мм/час

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

Задача № 4.

Девочка 2 мес, заболела постепенно, поднялась температура до 37,5°С, стал вялым, мать заметила у ребенка во время сна вздрагивания и периодически наблюдались остановки дыхания. Мать ребенка больна гриппом. Во время осмотра состояние ребенка ухудшилось и произошла остановка дыхания, ребенок посинел.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте реанимационные мероприятия.

Задача № 5.

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

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

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

Ребенок в течение суток не мочился.

/. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение и план обследования.

Задача № 6.

Больная С, 11 лет, заболела остро, когда появилась высокая температура, головная боль, рвота, неадекватность поведения. В этот же день к вечеру возникли фокальные право­сторонние судороги. Госпитализирована на 2-й день болезни. Состояние при поступлении тяжелое, температура 38°С; больная плаксива, дезориентирована. Отмечаются частые при­ступы клонических судорог в правых конечностях, правосторонний гемисиндром.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования
3. Наметьте план лечения.

Задача № 7.

Больная В., 1 год 6 мес. Заболела остро 24.02: повысилась температура, появились об­щее беспокойство, повторная рвота, генерализованные клонико-тонические судороги с на­рушением сознания. 25.02 госпитализирована. Ранний период жизни без особенностей.

При поступлении состояние тяжелое, адинамия, заторможенность, повторные приступы тонико-клонических судорог. В неврологическом статусе: сознание затемнено, умеренные менингеальные знаки. Симптомов очагового поражения нервной системы нет.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования
3. Наметьте план лечения.

Задача № 8.

Больная Д., 5 мес. Заболела остро 26.02. При нормальной температуре появились на­сморк, двусторонний конъюнктивит. Лечилась амбулаторно. 3.03 в 5 ч утра повысилась тем­пература до 38,8°С, возникли кратковременные судорожные подергивания в лице. Вызван­ный врач диагностировал острое респираторное заболевание с судорожным синдромом. В 9 и 12 ч дня судороги повторились и отмечались не только в лице, но и в левой руке. Девочка стала вялой, адинамичной. В 14 ч больная госпитализирована.

Анамнез жизни без особенностей. Живущая в семье бабушка страдает хронической формой herpes labialis, последнее обострение было за 2 недели до заболевания ребенка.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования
3. Наметьте план лечения.

**Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

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

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

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

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

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

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

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

- основные определения;

- не представляет интереса.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

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

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

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

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

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

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

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

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

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

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

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

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

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

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

- сформулировать заключение в общем виде;

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

4. В заключении целесообразно:

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

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

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

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

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

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

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

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

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

**Методические указания по подготовке устного доклада**

Доклад – публичное сообщение или документ, которые содержат информацию и отражают суть вопроса или исследования применительно к данной ситуации.

*Алгоритм выполнение задания*:

1) четко сформулировать тему;

2) изучить и подобрать литературу, рекомендуемую по теме, выделив три источника библиографической информации:

- первичные (статьи, диссертации, монографии и т д.);

- вторичные (библиография, реферативные журналы, сигнальная информация, планы, граф-схемы, предметные указатели и т.д.);

- третичные (обзоры, компилятивные работы, справочные книги и т.д.);

3) написать план, который полностью согласуется с выбранной темой и логично раскрывает ее;

4) написать доклад, соблюдая следующие требования:

- к структуре доклада – она должна включать: краткое введение, обосновывающее актуальность проблемы; основной текст; заключение с краткими выводами по исследуемой проблеме; список использованной литературы;

- к содержанию доклада – общие положения надо подкрепить и пояснить конкретными примерами; не пересказывать отдельные главы учебника или учебного пособия, а изложить собственные соображения по существу рассматриваемых вопросов, внести свои предложения;

5) оформить работу в соответствии с требованиями.

**Методические указания по подготовке письменного конспекта**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Алгоритм выполнения задания*:

1) определить цель составления конспекта;

2) записать название текста или его части;

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

4) выделить при первичном чтении основные смысловые части текста;

5) выделить основные положения текста;

6) выделить понятия, термины, которые требуют разъяснений;

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

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

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

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

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

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

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

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

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

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

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

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

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

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

**Методические указания по подготовке компьютерной презентации**

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

*Алгоритм подготовки компьютерной презентации*:

1) подготовка и согласование с научным руководителем текста доклада;

2) разработка структуры презентации;

3) создание презентации в Power Point;

4) репетиция доклада с использованием презентации.

*Требования к оформлению компьютерной презентации:*

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

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

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

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

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

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

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

- Тезисы доклада должны быть общепонятными.

- Не допускаются орфографические ошибки в тексте презентации!

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

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

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

- Остерегайтесь светлых цветов, они плохо видны издали.

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

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

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

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

*Требования к тексту презентации:*

- не пишите длинно;

- разбивайте текстовую информацию на слайды;

- используйте заголовки и подзаголовки;

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

*Требования к фону презентации:*

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

*Требования к иллюстрациям презентации:*

- Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация.

- Что можно изобразить, лучше не описывать словами.

- Изображать то, что трудно или невозможно описать словами.

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

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

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