

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Инфекционные болезни у детей

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Инфекционных болезней
Учебный план	31050250_15_24пд рlx 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	специалист
Форма обучения	очная
Общая трудоемкость	9 ЗЕТ

Часов по учебному плану	324
в том числе:	
аудиторные занятия	216
самостоятельная работа	90
экзамены	18

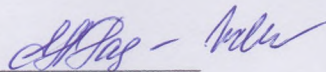
Виды контроля в семестрах:
экзамены 12
зачеты 10, 11

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	10 (5.2)		11 (6.1)		12 (6.2)		Итого	
	18	18	18	18	20			
Вид занятий	уп	рцд	уп	рцд	уп	рцд	уп	рцд
Лекции	18	18	36	36	18	18	72	72
Практические	54	54	72	72	18	18	144	144
В том числе	3	3	5	5	3	3	11	11
Итого ауд.	72	72	108	108	36	36	216	216
Контактная	72	72	108	108	36	36	216	216
Сам. работа	36	36	36	36	18	18	90	90
Часы на					18	18	18	18
Итого	108	108	144	144	72	72	324	324

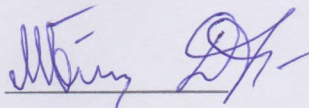
Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Куватова Д.О.; к.м.н., зав.кафедрой, Радченко Е.А.



Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, Балтабаев М.К.; д.м.н., профессор, Джолбунова З.К.



Рабочая программа дисциплины

Инфекционные болезни у детей

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

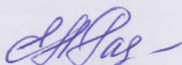
Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Инфекционных болезней

Протокол от 28 августа 2015 г. № 1.

Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16 ноября 2016 г. *Зарег-*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 29 августа 2016 г. № 1.
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Зарег-

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

14 октября 2017 г. *Томашу*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 28 августа 2017 г. № 1.
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Зарег-

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

12 октября 2018 г. *Томашу*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 01 июня 2018 г. № 11.
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Зарег-

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4 сентября 2019 г. *Томашу*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 29 августа 2019 г. № 1.
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Зарег-

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Формирование знаний умений и практических навыков, необходимых для ранней диагностики инфекционных заболеваний, проведения комплекса лечебных и профилактических мероприятий, диагностики неотложных состояний на до- и госпитальном этапах оказания медицинской помощи.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Эпидемиология	
2.1.2	Патофизиология, клиническая патофизиология	
2.1.3	Микробиология, вирусология	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Факультетская педиатрия	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

Знать:

Уровень 1	Основные методы исследований патологических состояний, симптомов и синдромов различных нозологических форм.
Уровень 2	Специфику выявления различных видов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10

Уметь:

Уровень 1	Интерпретировать полученные результаты исследования различных нозологических форм.
Уровень 2	Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Дифференцировать симптомы и синдромы при схожих патологических состояниях.

Владеть:

Уровень 1	Методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
Уровень 2	Навыками выявления различных симптомов, синдромов и патологических состояний при различных нозологических форм в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Навыками обоснования клинического диагноза в соответствии с МКБ-10

ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами**Знать:**

Уровень 1	Специфику сбора анамнеза инфекционного больного
Уровень 2	Основные клинические проявления нозологических форм инфекционной патологии.
Уровень 3	Основные принципы лечения и реабилитации при инфекционной патологии.

Уметь:

Уровень 1	Собрать анамнез и составить план лабораторно-инструментального обследования.
Уровень 2	Интерпретировать результаты обследования инфекционного больного.
Уровень 3	Разработать план лечения и реабилитации инфекционного больного.

Владеть:

Уровень 1	Методами физикального обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) инфекционного больного.
Уровень 2	Навыком обоснования клинического диагноза инфекционного больного.
Уровень 3	Навыками этиотропной, патогенетической и специфической терапии при инфекционной патологии.

ПК-9: готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара**Знать:**

--	--

Уровень 1	Структуру инфекционной службы, принципы устройства, организацию работы инфекционных больниц, отделений, боксов;
Уровень 2	Основные вопросы патогенеза инфекционных болезней у детей; Основные клинические проявления (симптомы, синдромы) изученных инфекционных болезней у детей;
Уровень 3	Основные принципы лечения инфекционных болезней у детей;
Уметь:	
Уровень 1	Оценивать тяжесть течения инфекционной болезни у ребенка; Прогнозировать течение и исход инфекционной болезни у ребенка;
Уровень 2	Диагностировать неотложные состояния у ребенка с инфекционной патологией, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
Уровень 3	Формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками оказания комплекса лечебных и профилактических мероприятий на до- и госпитальном этапах;
Уровень 2	Навыками оказывания неотложной (экстренную) и первой врачебной помощи при инфекционной патологии;
Уровень 3	Методами обследования ребенка с инфекционной патологией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Структуру инфекционной службы, принципы устройства, организацию работы инфекционных больниц, отделений, боксов;
3.1.2	Основные вопросы патогенеза инфекционных болезней у детей;
3.1.3	Основные клинические проявления (симптомы, синдромы) изученных инфекционных болезней у детей;
3.1.4	Основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в инфектологии (показания к применению, теоретические основы метода, трактовка результатов);
3.1.5	Правила забора патологических материалов от инфекционного больного;
3.1.6	Основные принципы лечения инфекционных болезней у детей;
3.1.7	Показания к госпитализации ребенка с инфекционной патологией;
3.1.8	Специфическую и неспецифическую профилактику изученных инфекционных болезней у детей.
3.2	Уметь:
3.2.1	Собрать анамнез болезни и жизни (в том числе эпидемиологический анамнез) у ребенка с инфекционной патологией;
3.2.2	Составить алгоритм диагностического поиска, план лабораторного и инструментального обследования;
3.2.3	Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больного ребенка;
3.2.4	Выделять ведущие клинические и клинико-лабораторные синдромы;
3.2.5	Проводить дифференциальный диагноз между различными болезнями со схожей клинической симптоматикой;
3.2.6	Оценивать тяжесть течения инфекционной болезни у ребенка;
3.2.7	Прогнозировать течение и исход инфекционной болезни у ребенка;
3.2.8	Диагностировать неотложные состояния у ребенка с инфекционной патологией, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
3.2.9	Формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10.
3.3	Владеть:
3.3.1	Методами обследования ребенка с инфекционной патологией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
3.3.2	Навыками дифференциальной диагностики симптомов и синдромов, характерных для инфекционных болезней;
3.3.3	Навыками оказания комплекса лечебных и профилактических мероприятий на до- и госпитальном этапах;
3.3.4	Навыками оказывания неотложной (экстренную) и первой врачебной помощи при инфекционной патологии;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Нейроинфекции						

1.1	Менингококковая инфекция. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.2	Полиомиелит. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.3	Скарлатина. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.4	Корь. Краснуха /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.5	Дифтерия. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.6	Коклюш. Паракклюш. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.7	Ветряная оспа, опоясывающий герпес /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.8	ЦМВИ, инфекционный мононуклеоз /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.9	Вакцинопрофилактика инфекционных болезней /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.10	Менингококковая инфекция. /Пр/	10	3	ПК-8 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.11	Вторичные гнойные менингиты (пневмококковый, стафилококковый и др.) /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.12	Полиомиелит. /Пр/	10	3	ПК-8 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.13	Энтеровирусный менингит. Энтеровирусная инфекция. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

1.14	Энцефалиты (первичные и вторичные): клещевой энцефалит, коревой, краснушный, ветряночный, поствакцинальный. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.15	Бешенство. Столбняк. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 2. Капельная инфекция							
2.1	Стрептококковая инфекция у детей. Скарлатина. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.2	Рожа. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.3	Корь. Краснуха (врожденная и приобретенная). Парвовирусная инфекция. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.4	Парвовирусная инфекция. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.5	Дифтерия. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.6	Коклюш. Паракоклюш. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.7	Паротитная инфекция. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.8	Ветряная оспа, опоясывающий герпес. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.9	ЦМВИ, инфекционный мононуклеоз. ВПГ. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 3. Вакцино-профилактика							
Вакцино-профилактика							
Вакцинопрофилактика							
инфекционных болезней							
3.1	Вакцинопрофилактика инфекционных болезней. Активная иммунизация. Вакцины, их состав и надзор за качеством. Техника проведения прививок. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	3	Фильм "Вакцинопрофилактика"
3.2	Национальный календарь прививок. Поствакцинальные осложнения и их профилактика. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

3.3	Вакцинация детей с отягощенным анамнезом. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.4	Энцефалит ЭКОНОМО /Ср/	10	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.5	Энтеровирусный менингит /Ср/	10	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.6	Легионеллез /Ср/	10	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.7	Натуральная оспа /Ср/	10	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.8	Листерия /Ср/	10	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
3.9	Пассивная иммунизация /Ср/	10	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
	Раздел 4. Острые кишечные инфекции						
4.1	Шигеллез. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.2	Сальмонеллез. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.3	Брюшной тиф. Паратифы А и В. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.4	Эшерихиозы у детей. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.5	Стафилококковое поражение ЖКТ у детей. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.6	ОКИ условно патогенной этиологии. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.7	Дисбиоз кишечника у детей. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

4.8	Кишечный иерсиниоз. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.9	Эксикоз и токсикоз при ОКИ у детей. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.10	Этиологическая структура ОКИ у детей. Шигеллезы. Сальмонеллез. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.11	Тифо-паратифозные заболевания у детей (брюшной тиф, паратифы А,Б) /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.12	Эшерихиозы у детей. Стафилококковое поражение ЖКТ у детей. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.13	ОКИ условно патогенной этиологии (клебсиеллез, протеоз, синегнойная инфекция). ПТИ. Ботулизм. Кишечный иерсиниоз. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.14	Вирусные диареи. Ферментопатии. Дисбиоз кишечника. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
4.15	Эксикоз и токсикоз при ОКИ у детей. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	3	Фильм ИВБДВ
4.16	Принципы лечения ОКИ. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	2	Оральная регидратация
Раздел 5. Вирусные гепатиты							
5.1	Вирусные гепатиты с энтеральным механизмом заражения /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
5.2	Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом заражения /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.5 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
5.3	Вирусные гепатиты А и Е. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
5.4	Вирусный гепатит В /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
5.5	Вирусные гепатиты D и C /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.3 Л2.5 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

5.6	Гепатодистрофия. Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов у детей до года с другими заболеваниями (атрезия ЖВП, каратиновая желтуха, конъюгационная желтуха, сепсис, ЦМВИ, врожденные гепатозы). /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
5.7	Вирусные гепатиты F, G, TTV. /Ср/	11	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.4 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 6. Острые респираторные вирусные инфекции у детей							
6.1	Грипп, неотложные состояния при гриппе. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
6.2	Парагрипп, синдром крупа (ОСЛТ). /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
6.3	Аденовирусная инфекция. РС-инфекция. Синдром бронхиальной обструкции. Бронхиолит. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
6.4	Этиологическая структура ОРВИ у детей. Грипп, неотложные состояния при гриппе (нейротоксикоз, отек головного мозга, гипертермический и судорожный синдромы). /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
6.5	Парагрипп, синдром крупа (ОСЛТ). Риновирусная инфекция. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
6.6	Аденовирусная инфекция. РС-инфекция. Синдром бронхиальной обструкции. Бронхиолит. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
6.7	Лечение ОРВИ и неотложных синдромов у детей. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 7. Энтеровирусная, гемофильная и особо опасные инфекции у детей.							
7.1	Энтеровирусная инфекция. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.2	ХИБ-инфекция. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.3	Сибирская язва. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.4	Чума. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

7.5	Энтеровирусная инфекция, дифференциальная диагностика с ОРВИ. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.6	Гемофильная инфекция у детей. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.7	Сибирская язва. Чума. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.8	Сап. /Ср/	11	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.9	Ботулизм. /Ср/	11	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.10	Лепра. /Ср/	11	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.11	Геморрагические лихорадки. /Ср/	11	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
7.12	Туляремия /Ср/	11	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 8. Паразитозы							
8.1	Нематодозы. Аскаридоз. Энтеробиоз. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.2	Токсокароз. Трихинеллез. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.3	Трихоцефаллез. Стронгилоидоз. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.4	Трематодозы. Описторхоз, фасциоллез. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.5	Цестодозы: тениоз. Цистицеркоз. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.6	Тениаринхоз. Гименолепидоз. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.7	Протозозы. Лямблиоз. Токсплазмоз. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.8	Аскаридоз. Энтеробиоз. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

8.9	Трихинеллез. Трихоцефаллез. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.10	Токсокароз. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.11	Описторхоз, Фасциоллез. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.12	Лямблиоз. Балантидиаз. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-9 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	2	Фильм "Гельминтозы "
8.13	Токсплазмоз. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.14	Дифиллоботриоз. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
8.15	Шистосомозы. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
	Раздел 9. ВИЧ-инфекция у детей						
9.1	ВИЧ-инфекция у детей, этиология, эпидемиология, классификация. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
9.2	Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у детей. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
9.3	ВИЧ-инфекция у детей, этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	1	Фильм ВВС
9.4	Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у детей. /Пр/	12	2	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
9.5	Оппортунистические инфекции при ВИЧ у детей. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
9.6	Зачетное занятие /Пр/	12	2			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ в Приложениях 1 и 2.

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ в приложениях 3 и 4.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены учебным планом

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. (Текущий контроль) Перечень тестовых вопросов согласно тематике разделов - в ПРИЛОЖЕНИИ 2.

Примеры тестовых заданий

1. Какое сочетание симптомов характерно для холеры?

- a) Обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты;
b) Тошнота, рвота;
c) Водянистый зловонный стул;
d) Жидкий, зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе.
2. Укажите один из механизмов диарейного синдрома, характерный для всех острых кишечных диарейных заболеваний:
a) Инвазия возбудителя в энтероциты;
b) Попадание возбудителя в кровь;
c) Воздействие токсинов на аденилатциклазную систему;
d) Внедрение возбудителя в подслизистую основу кишечника.
3. Укажите антибиотик для лечения холеры:
a) Тетрациклин;
b) Пенициллин;
c) Стрептомицин;
d) Цефтриаксон.
4. Какая сыпь является наиболее характерной для брюшного тифа?
a) петехиальная;
b) папулезная;
c) везикулезная;
d) розеолезная;
e) пустулезная.
5. При брюшнотифозном перфоративном перитоните можно добиться выздоровления, если оперативное лечение применяется:
a) до 6 часов после перфорации;
b) от 7 до 12 часов после перфорации;
c) от 12 до 24 часов после перфорации;
d) от 24 до 48 часов после перфорации;
e) от 48 до 72 часов после перфорации;
6. Основными методами лабораторной диагностики брюшного тифа являются следующие, кроме:
a) посев крови;
b) посев мочи;
c) посев кала;
d) реакция Видаля;
e) посев ликвора.
7. Шигеллез относится к группе:
a) энтеропатогенных кишечных инфекций;
b) энтеротоксигенных кишечных инфекций;
c) энтероинвазивных кишечных инфекций;
d) персистирующей диареи;
e) секреторной диареи.
8. Наиболее тяжело протекает шигеллез, вызванный:
a) шигеллами Флекснера;
b) шигеллами Зонне;
c) шигеллами Бойда;
d) шигеллами Григорьева-Шига;
e) шигеллами Ладжа-Сакса.
9. Для шигеллезозов характерны следующие признаки, кроме:
a) лихорадка;
b) интоксикация;
c) схваткообразные боли в животе;
d) опоясывающие боли в животе;
e) частый жидкий стул со слизью и прожилками крови.
10. При шигеллезе наиболее характерна следующая картина периферической крови:
a) анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
b) анемия, лейкопения, белая формула крови без сдвигов, ускоренная СОЭ;
c) незначительная гипохромная анемия, лейкопения, анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево, относительный лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ;
d) нормоэритроцитоз, лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
e) нормоэритроцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез, слегка ускоренная СОЭ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (Текущий и промежуточный контроль)

Задачи согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИИ 3.

Пример клинической ситуационной задачи для раздела 1:

Задача №1

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжести. Цианоз кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°С. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
2. Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
3. Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
4. Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: рН -7,32; PCO - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

Эталон ответа к задаче №1:

1. Диагноз: Холера, типичная форма, IV степень обезвоживания.

Диагноз выставлен на основании эпид. анамнеза – больной возвратился из Индии (эндемичный регион по холере); клинических данных – заболел ночью, остро, с урчания в животе и жидкого водянистого стула более 20 раз, обильной рвоты водянистым содержимым. Быстро нарастания слабости и симптомов обезвоживания до IV степени: состояние крайней тяжести, цианоз кожных покровов, глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся, симптом «руки прачки», кожные покровы холодные, покрыты липким потом, температура тела 35,4°С, судороги конечностей, одышка – 34 в минуту, пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст.

2. При выявлении холеры необходимо провести противоэпидемические мероприятия по локализации и ликвидации очага: изолировать больного и лиц контактировавших с ним в инфекционный стационар, лечить больного и проводить профилактическое лечение контактных лиц, наложить карантин на 5 дней, провести текущую и заключительную дезинфекцию.

3. Регидратационная терапия: в течение 1,5 часов струйно в несколько вен, со скоростью 150 мл/мин вводится в теплом виде раствор «Кварта соль» или «Хлосоль» в течение 30 минут, а затем со скоростью 70 мл/мин в объеме 7 литров. Далее, каждые 2 часа определяют объем продолжающихся потерь жидкости, возмещая его внутривенным капельным вливанием солевых растворов с коррекцией потерь ионов калия и с учетом лабораторных показателей КЩС, электролитов, гематокрита, относительной плотности плазмы и др. Параллельно назначается этиотропное лечение – Ципрокс 500мг в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 дней или доксициклин 200 мг/сут-5 дней.

4. Для уточнения диагноза следует сделать посев рвотных масс и испражнений на 1% пептонный бульон, а так же ускоренный метод иммобилизации вибрионов холерной О-сывороткой с последующей микроскопией в темном поле.

Указанные лабораторные данные соответствуют третьей степени обезвоживания. Проведенную терапию нельзя назвать адекватной.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ (Промежуточный контроль)

Лабораторные данные (ИФА, клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, ликвора) согласно разделам в ПРИЛОЖЕНИИ 4.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО (Текущий контроль)

1. Каждый студент получает на курацию одного больного с инфекционной патологией.
2. Куратор проводит опрос и осмотр больного по предлагаемой схеме, изучает результаты имеющихся лабораторных данных, снимков, выставляет предварительный диагноз, проводит дифференциальную диагностику, предлагает схему лечения, дополнительные методы обследования.

Схема курации:

1. Паспортная часть: Фамилия, имя, отчество, возраст, семейное положение, образование, профессия, место работы, адрес, время и дата поступления, диагноз при поступлении.
2. Жалобы относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем другие жалобы.
3. Анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, анамнез жизни.
4. Объективные данные, характеристика общего состояния.
5. Интерпретация имеющихся лабораторных данных и снимков.

СРС: ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (Текущий контроль)

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела

Тематика докладов:

1. Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными энтеробактериями. Вирусные диареи.
2. Токсический синдром и синдром обезвоживания при острых кишечных инфекциях у детей.

3. Принципы лечения ОКИ (оральная регидротация, инфузионная терапия, этиотропное лечение и т.д.).
4. Лейшманиоз, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Болезнь Лайма, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
6. Натуральная оспа, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
7. Лепра, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
8. Геморрагические лихорадки: Эбола, Денге, Марбург, Желтая лихорадка, Ласса.
9. Энцефалиты (первичные и вторичные), диагностика, лечение.
10. Легионеллез, этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
11. Вакцинопрофилактика, национальный календарь прививок, поствакцинальные осложнения.
12. Фелиноз, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
13. Эризипеллоид, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
14. Ящур, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
15. Содоку, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
16. Балантидиаз, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.
17. Криптоспоридиоз, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.
18. Шистосомоз, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.
19. Дифференциальная диагностика желтух.
20. Дифференциальная диагностика экзантем.

СРС: ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (Текущий контроль)

Студент самостоятельно пишет историю болезни инфекционного больного согласно схеме, представленной в ПРИЛОЖЕНИИ 5.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ (промежуточный контроль)

Перечень теоретических вопросов из п.5.1. согласно тематике раздела.

КОНТРОЛЬНЫЕ РАБОТЫ (рубежный контроль)

Студенты пишут контрольную работу по завершении каждого раздела.

Контрольная работа №1 (Нейроинфекции).

Билет №1

1. Этиология и эпидемиология бешенства.
2. Диагностика и лечение менингококкового назофарингита.
3. Клиника менингеальной формы клещевого энцефалита.
4. Клиника abortивной формы полиомиелита.

Билет №2

1. Патогенез столбняка.
2. Клиника менингококкового менингита.
3. Лечение клещевого энцефалита.
4. Этиология и эпидемиология полиомиелита.

Билет №3

1. Классификация менингококковой инфекции.
2. Клиническая картина бешенства.
3. Диагностика клещевого энцефалита.
4. Патогенез полиомиелита.

Билет №4

1. Осложнения менингококковой инфекции.
2. Патогенез бешенства.
3. Этиология и эпидемиология клещевого энцефалита.
4. Клиника менингеальной формы полиомиелита.

Билет №5

1. Сравнительная характеристика нормального ликвора и ликвора при менингококковом менингите.
2. Диагностика, лечение и профилактика бешенства .
3. Классификация клещевого энцефалита.
4. Паралитические формы полиомиелита, клиника.

Билет №6

1. Этиология и эпидемиология столбняка.
2. Условия отмены антибактериальной терапии при менингококковом менингите.
3. Клиника лихорадочной формы клещевого энцефалита.
4. Диагностика полиомиелита.

Билет №7

1. Лечение и профилактика столбняка.
2. Лечение смешанной формы менингококковой инфекции.
3. Клиника энцефалитической формы клещевого энцефалита.
4. С какими заболеваниями дифференцируют полиомиелит?

Билет №8

1. Этиология и эпидемиология менингококковой инфекции.
2. Клиника генерализованного столбняка.
3. Клиника полирадикулоневритической формы клещевого энцефалита.
4. Профилактика полиомиелита.

Билет №9

1. Профилактика бешенства.
2. Лечение менингококкового менингита.
3. Клиника полиомиелитической формы клещевого энцефалита.
4. Критерии тяжести столбняка.

Билет №10

1. Осложнения столбняка.
2. Клиника менингококкцемии.
3. Профилактика клещевого энцефалита.
4. Классификация полиомиелита.

Контрольная работа № 2 (Воздушно-капельные инфекции).

Билет №1

1. Скарлатина, этиология, эпидемиологические особенности.
2. Опоясывающий герпес, клиника, принципы лечения.
3. Клиника и диагностика типичной формы инфекционного мононуклеоза.
4. Лечение коклюша.

Билет №2

1. Скарлатина, особенности антитоксического и антибактериального иммунитета.
2. ЦМВИ у детей раннего возраста, диагностика, принципы лечения
3. Паротитная инфекция, этиология и эпидемиология, классификация .
4. Лечение ветряной оспы.

Билет №3

1. Клиника типичной формы скарлатины.
2. Паротитная инфекция. Орхит. Панкреатит. Клиника, принципы лечения.
3. Корь. Клиника типичной формы. Профилактика.
4. Профилактика краснухи.

Билет №4

1. Осложнения скарлатины (токсические, септические, аллергические)
2. Паротитная инфекция. Серозный менингит. Клиника, принципы лечения.
3. Внутриутробное поражение плода при краснухе.
4. Клиника типичной кори.

Билет №5

1. Лечение и профилактика скарлатины.
2. Рожь. Этиология, эпидемиология. Классификация.
3. Осложнения кори.
4. Классификация паротитной инфекции.

Билет №6

1. Дифтерия ротоглотки, клинические формы, диагностика.
2. Рожь. Клиника эритематозной формы, диагностика, лечение.
3. Митигированная корь, клиника.
4. Парвовирусная инфекция, этиология, эпидемиология, клиника.

Билет №7

1. Этиология и эпидемиология дифтерии.
2. Парвовирусная инфекция, диагностика, принципы лечения.
3. Клиника приобретенной краснухи, диагностика.
4. Диагностика инфекционного мононуклеоза.

Билет №8

1. Классификация клинических форм дифтерии по локализации патогенетического процесса.
2. Рожа. Клиника эритематозно-буллезной формы, лечение первичной рожи.
3. Клиника паротита.
4. Осложнения при скарлатине.

Билет №9

1. Токсическая форма дифтерии ротоглотки, клиника, диагностика.
2. Ветряная оспа, этиология, эпидемиология, клиника типичной формы.
3. Лечение и профилактика паротитной инфекции.
4. Коклюш. Критерии тяжести, лечение.

Билет №10

1. Дифтерия гортани, клиника, диагностика.
2. Диагностика, лечение и профилактика ветряной оспы.
3. Коклюш. Этиология, эпидемиология, клиника.
4. Осложнения кори.

Билет №11

1. Лечение дифтерии.
2. Этиология, эпидемиология, клиника опоясывающего лишая.
3. Коклюш. Диагностика и лечение.
4. Осложнения ветряной оспы.

Билет №12

1. Осложнение токсических форм дифтерии, лечение.
2. Этиология, эпидемиология инфекционного мононуклеоза.
3. Коклюш клиника типичной формы.
4. Простой герпес, клиника, принципы лечения.

Контрольная работа №3 (Вакцинопрофилактика)

1. Что применяется для профилактических прививок?

- а) живые вакцины
- б) убитые вакцины
- в) химические вакцины
- г) анатоксины
- д) все перечисленное

2. Каковы принципы действия профилактических прививок?

- а) повышение специфического иммунитета, предупреждение повторных случаев заболевания, создание невосприимчивости к инфекционным заболеваниям
- б) специфическая десенсибилизация
- в) лечение тяжелых форм инфекционных заболеваний
- г) повышение общей резистентности организма
- д) все ответы правильные

3. Вакцинация – это:

- а) введение в организм человека ослабленных болезнетворных агентов
- б) введение в организм человека убитых болезнетворных агентов
- в) введение в организм человека искусственно синтезированных белков, идентичных белкам возбудителя, для стимуляции выработки антител против заболевания
- г) все перечисленное верно
- д) все перечисленное неверно

4. К живым вакцинам относятся все, кроме:

- а) вакцины против краснухи
- б) вакцины против туберкулеза
- в) вакцины против эпидемического паротита
- г) вакцины против коклюша
- д) вакцины против кори

5. Против скольких инфекций проводится вакцинопрофилактика в РФ согласно национальному календарю?

- а) 5
- б) 26
- в) 11
- г) 9
- д) 14

6. Вакцинопрофилактика дифтерии проводится следующими вакцинами, кроме:

- а) Тетракок
- б) АД-М
- в) Имовакс Д.Т. Адюльт
- г) Рудивакс
- д) АКДС

7. Новорожденным в первые 24 часа жизни проводится вакцинация против:

- а) туберкулеза
- б) кори
- в) краснухи
- г) гепатита В
- д) гепатита А

8. Новорожденным на 3-7-й день жизни проводится вакцинация против:

- а) туберкулеза
- б) паротита
- в) краснухи
- г) гепатита В
- д) кори

9. Детям из группы риска вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме:

- а) 0-3-6
- б) 0-1-2-12
- в) 1-3-6-12
- г) 0-6-12
- д) не проводится

10. В 3 месяца детям проводится вакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) дифтерии
- б) столбняка
- в) кори
- г) коклюша
- д) полиомиелита

11. В 4,5 месяца детям проводится вакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) дифтерии
- б) столбняка
- в) коклюша
- г) гепатита В
- д) полиомиелита

12. В 6 месяцев детям проводится вакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) дифтерии
- б) столбняка
- в) полиомиелита
- г) гепатита В
- д) эпидемического паротита

13. В 12 месяцев детям проводится вакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) кори
- б) краснухи
- в) полиомиелита
- г) эпидемического паротита

14. В 18 месяцев детям проводится ревакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) дифтерии
- б) столбняка
- в) коклюша
- г) кори
- д) полиомиелита

15. В 20 месяцев проводится вторая ревакцинация против:

- а) краснухи
- б) столбняка
- в) коклюша
- г) кори
- д) полиомиелита

16. В 6 лет проводится ревакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) краснухи
- б) кори
- в) дифтерии
- г) гепатита В
- д) эпидемического паротита

17. В 7 лет проводится ревакцинация против:

- а) туберкулеза
- б) гепатита А
- в) гепатита В
- г) полиомиелита
- д) коклюша

18. В 14 лет проводится ревакцинация против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) полиомиелита
- б) столбняка
- в) дифтерии
- г) гепатита В
- д) туберкулеза

19. Детям от 1 года до 18 лет, взрослым от 18 до 55 лет, не привитым ранее, проводится вакцинация против:

- а) кори
- б) столбняка
- в) краснухи
- г) туберкулеза
- д) гепатита В

20. Детям от 1 года до 18 лет, девушкам от 18 до 25 лет, проводится вакцинация против:

- а) кори
- б) краснухи
- в) коклюша
- г) туберкулеза
- д) полиомиелита

21. Детям от 15 до 17 лет включительно, взрослым до 35 лет, проводится иммунизация против:

- а) кори
- б) краснухи
- в) столбняка
- г) туберкулеза
- д) гепатита А

22. В календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям входят вакцины против всех перечисленных инфекций, кроме:

- а) Туляремии
- б) Лихорадки Ку
- в) Бешенства
- г) Холеры
- д) Гепатита С

Контрольная работа №4 (ОКИ).

Билет №1

1. Патогенез брюшного тифа.
2. Клиника ротавирусного гастроэнтерита.
3. Лечение ботулизма.
4. Этиология и эпидемиология иерсиниозов.

Билет №2

1. Патоморфологические изменения в лимфоидном аппарате тонкого кишечника при брюшном тифе.
2. Дифференциальная диагностика сальмонеллеза и дизентерии у детей.
3. Лечение иерсиниоза.
4. Этиология и эпидемиология дизентерии.

Билет №3

1. Клинико-лабораторная диагностика ОКИ, вызванных условнопатогенными энтеробактериями.
2. Клиника типичной формы дизентерии.
3. Стафилококковое поражение ЖКТ у детей, эпидемиология, патогенез.

4. Этиология и эпидемиология сальмонеллеза.

Билет №4

1. Диагностика брюшного тифа (лабораторная)
2. Стафилококковое поражение ЖКТ у детей, принципы лечения.
3. Лечение типичной формы дизентерии.
4. Этиология и эпидемиология ботулизма.

Билет №5

1. Особенности брюшного тифа у детей раннего возраста.
2. Показания к назначению антибактериальных препаратов при лечении ОКИ у детей.
3. Патогенез ботулизма.
4. Эшерихиозы, патогенез, клиника, лечение.

Билет №6

1. Обезвоживание (умеренное, тяжелое) у детей с ОКИ, принципы лечения.
2. Патогенез сальмонеллеза.
3. Классификация дизентерии.
4. Введение противоботулинической сыворотки по методу Безредко.

Билет №7

1. Лечение брюшного тифа.
2. Клиника пищевого ботулизма.
3. Кишечный иерсиниоз, клиника, принципы лечения.
4. Классификация дизентерии.

Билет №8

1. Условия выписки при брюшном тифе.
2. Клиника атипичной формы дизентерии.
3. Классификация ботулизма.
4. Осложнения ОКИ у детей. Вторичная ферментопатия, диагностика, лечение.

Билет №9

1. Особенности течения брюшного тифа у детей до 3 лет.
2. Клиника псевдотуберкулеза.
3. Патогенез сальмонеллеза.
4. Лечение ПТИ.

Билет №10

1. Особенности течения паратифа А.
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика ПТИ.
3. Патогенез дизентерии.
4. Лечение тяжелого обезвоживания у детей с ОКИ.

Билет №11

1. Особенности течения паратифа В.
2. Глазные симптомы при ботулизме.
3. Диагностика сальмонеллеза (лабораторная).
4. Лечение дизентерии.

Билет №12

1. Классификация сальмонеллеза.
2. Клиника кишечного иерсиниоза.
3. Профилактика ПТИ.
4. Лечение ботулизма.

Билет №13

1. Клиника гастроинтестинальной формы сальмонеллеза.
2. Принципы лечения умеренного и тяжелого обезвоживания у детей.
3. Этиология и эпидемиология брюшного тифа.
4. Клиника ротавирусного гастроэнтерита.

Контрольная работа №5.(Вирусные гепатиты)

Билет №1

1. Эпидемиология ВГА.
2. Строение вируса гепатита В.
3. Лечение гепатита С.

4. Особенности течения ВГЕ у беременных и детей до года..**Билет №2**

1. Классификация ВГА.
2. Маркеры острого ВГВ
3. Лечение ХВГС.
4. Особенности течения ВГЕ у беременных и детей.

Билет №3

1. Маркеры ОВГВ с дельта - агентом.
2. Патогенез ВГС.
3. Лечение ВГЕ.
4. Этиология и эпидемиология ВГА.

Билет №4

1. Клинико-лабораторная диагностика ВГА.
2. Классификация ВГВ.
3. Маркеры ХВГВ с дельта - агентом.
4. Диета стол №5.

Билет №5

1. Патогенез ВГВ.
2. Биохимические изменения в крови при вирусных гепатитах(билирубин, трансаминазы, тимоловая проба, сулемовая проба, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс, общий белок).
3. Маркеры ВГЕ.
4. Клиника преджелтушного периода при ВГА.

Билет №6

1. Антигенная структура вируса гепатита В.
2. Особенности вируса гепатита С.
3. Клиника ОВГВ с дельта - агентом.
4. Фульминантная форма вирусного гепатита.

Билет №7

1. Маркеры выздоровления при ВГВ.
2. Клиника желтушного периода при ВГА.
3. Этиология ВГС.
4. Профилактика ВГВ.

Билет №8

1. Прогрессирующее течение ВГВ, его признаки.
2. Эпидемиология ВГД.
3. Критерии тяжести вирусных гепатитов.
4. Лечение острого ВГС.

Билет №9

1. Этиология и эпидемиология ВГА.
2. Маркеры ОВГВ.
3. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика вирусных гепатитов.
4. Базисная терапия при вирусных гепатитах.

Билет №10

1. Отличие клиники ВГЕ от клиники ВГА.
2. Исходы ВГВ.
3. Эпидемиология парентеральных гепатитов.
4. Диагностика ВГС.

Билет №11

1. Маркеры ОВГВ.
2. Клиника ВГА.
3. Эпидемиология ВГС.
4. Лечение фульминантной формы ВГВ.

Билет №12

1. Этиология и эпидемиология ВГЕ.
2. Клиника ВГД (ко-инфекция).
3. Маркеры выздоровления ВГВ.
4. Базисная терапия при вирусных гепатитах.

Контрольная работа №6 (ОРВИ).

Билет №1

1. РС- инфекция, обструктивный синдром.
2. Строение вируса гриппа А, эпидемиология.
3. Клинико-эпидемиологические особенности парагриппа у детей. ОСЛТ.

Билет №2

1. Синдром крупа, стадии, принципы лечения.
3. Стадии развития нейротоксикоза, лечение .
4. Лечение и профилактика ОРИ.

Билет №3

1. Клиника типичной формы гриппа.
2. Типичные формы аденовирусной инфекции, принципы лечения.
3. Риновирусная инфекция, клиника, течение, принципы лечения.

Билет №4

1. РС-инфекция, бронхиолит, принципы лечения.
2. Лечение гриппа (этиотропное и патогенетическое, симптоматическая терапия).
3. Лечение гипертермии у детей.

Билет №5

1. Лечение и профилактика гриппа.
2. Синдром крупа при ОРВИ (ОСЛТ), клиника, лечение.
3. Патогенез аденовирусной инфекции

Билет №6

1. Лечение синдрома бронхиальной обструкции.
2. Классификация клинических форм аденовирусной инфекции.
3. Профилактика гриппа.

Билет №7

1. Этиология и эпидемиология аденовирусной инфекции.
2. РС-вирусная инфекция, этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
3. Лечение ОСЛТ на догоспитальном и госпитальном уровне.

Билет №8

1. Классификация клинических форм аденовирусной инфекции.
2. Риновирусная инфекция, этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
3. Клиника нейротоксикоза(этапы развития).

Билет №9

1. Осложнения гриппа.
2. Дифференциальная диагностика ОРВИ.
3. Симптоматическая терапия при ОРИ.

Билет №10

1. Неотложные синдромы при гриппе у детей.
2. Лечение синдрома бронхиальной обструкции.
3. Парагрипп. Этиология, эпидемиология, клиника.

Контрольная работа №7 (ООИ).

Билет №1

1. Этиология и эпидемиология чумы.
2. Клиника кожной формы сибирской язвы.
3. Клиника омской геморрагической лихорадки.

Билет №2

1. Стадии эпидемиологического процесса по чуме.
2. Клиника легочной и кишечной форм сибирской язвы.
3. Дифференциальная диагностика кожно-бубонных форм туляремии и чумы.

Билет №3

1. Патогенез чумы
2. Этиология и эпидемиология сибирской язвы.
3. Клиника генерализованной формы туляремии.

Билет №4

1. Клинические проявления кожной формы чумы.
2. Патогенез сибирской язвы.
3. Клиника абдоминальной и легочной форм туляремии.

Билет №5

1. Клинические проявления кожно-бубонной формы чумы.
2. Диагностика сибирской язвы.
3. Клиника ангинозо-бубонной формы туляремии.

Билет №6

1. Клинические проявления бубонной формы чумы.
2. Лечение сибирской язвы.
3. Клиника глазо-бубонной формы туляремии.

Билет №7

1. Клиника первично-септической формы чумы.
2. Профилактика сибирской язвы.
3. Клиника кожно-бубонной формы туляремии.

Билет №8

1. Диагностика чумы.
2. Этиология и эпидемиология ГЛПС.
3. Классификация клинических форм туляремии.

Билет №9

1. Принципы лечения больных чумой.
2. Патогенез ГЛПС.
3. Патогенез туляремии.

Билет №10

1. Профилактика чумы.
2. Клиника ГЛПС.
3. Лечение туляремии.

Билет №11

1. Клиника легочной формы чумы.
2. Принципы лечения геморрагических лихорадок.
3. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика туляремии.

Билет №12

1. Профилактика чумы.
2. Клиника КГЛ.
3. Этиология и эпидемиология туляремии.

Контрольная работа № 8 (Гельминтозы)

Билет №1

1. Этиология и жизненный цикл аскариды человеческой.
2. клинические проявления энтеробиоза..
3. Диагностика описторхоза.

Билет №2

1. Жизненный цикл *Toxosara canis*.
2. Характеристика возбудителя эхинококкоза.
3. Лечение энтеробиоза.

Билет №3

1. Характеристика возбудителей шистосомоза.
2. Жизненный цикл *Enterobius vermicularis*.
3. Лечение токсокароза.

Билет №4

1. Клинические проявления балантидиаза.
2. Патогенез энтеробиоза.
3. Принципы диагностики трематодозов.

Билет №5

1. Жизненный цикл эхинококка.
2. Принципы диагностики описторхоза.
3. Лечение криптоспориоза.

Билет №6

1. Клинические проявления аскаридоза в зависимости от стадии.
2. Лечение токсокароза.
3. Диагностика балантидиаза.

Билет №7

1. Клиника урогенитального шистосомоза.
2. Профилактика описторхоза.
3. Лечение аскаридоза.

Билет №8

1. Диагностика аскаридоза.
2. Жизненный цикл кошачьей двуустки.
3. Лечение токсокароза.

Билет №9

1. Эпидемиология балантидиаза.
2. Патогенез урогенитального шистосомоза.
3. Диагностика энтеробиоза.

Билет №10

1. Профилактика энтеробиоза.
2. Клиника описторхоза.
3. Лечение аскаридоза.

Билет №11

1. Клиника энтеробиоза.
2. Принципы лечения эхинококкоза.
3. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика описторхоза.

Билет №12

1. Профилактика аскаридоза.
2. Клиника балантидиаза.
3. Этиология и эпидемиология описторхоза.

Контрольная работа № 9 (ВИЧ)

Билет №1

1. Этиология и эпидемиология ВИЧ- инфекции.
2. Клиника приобретенной формы ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных детей.

Билет №2

1. Стадии патогенеза ВИЧ- инфекции.
2. Клиника врожденной формы ЦМВИ.

Билет №3

1. Классификация ВИЧ- инфекции (Покровский В.И.2001г) .
2. Этиология и эпидемиология ЦМВИ.

Билет №4

1. Клинические проявления острой фазы ВИЧ- инфекции.
2. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированных.

Билет №5

1. Клинические проявления хронической фазы ВИЧ- инфекции.
2. Оппортунистические инфекции.

Билет №6

1. Особенности ВИЧ- инфекции у детей.
2. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных детей.

Билет №7

1. Оппортунистические инфекции.
2. Профилактика ВИЧ-инфекции.

<p>Билет №8</p> <p>1. Диагностика ВИЧ-инфекции.</p> <p>2. Клиника острого токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированных.</p> <p>Билет №9</p> <p>1. Принципы лечения больных с ВИЧ- инфекцией.</p> <p>2. СПИД-индикаторные заболевания.</p> <p>Билет №10</p> <p>1. Профилактика ВИЧ-инфекции.</p> <p>2. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызстане и России.</p>
5.4. Перечень видов оценочных средств
<p>Тест;</p> <p>Ситуационная задача;</p> <p>Интерпретация лабораторных данных;</p> <p>СРС: Доклад с презентацией;</p> <p>Курация больного;</p> <p>Теоретическое задание;</p> <p>Контрольная работа;</p> <p>СРС: История болезни</p>

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Учайкин В.Ф.	Руководство по инфекционным болезням у детей: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002
Л1.2	Лобзин Ю.В., Финогеев Ю.П., Новицкий С.Н.	Лечение инфекционных больных: Учебное пособие	СПб.: ООО "Изд-во ФОЛИАНТ" 2003
Л1.3	Лобзин В.С.	Менингиты и энцефалиты.	– Фолиант. – 2005.
Л1.4	Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Смирнов А.В.	Инфекционная гепатология: руководство для врачей: учебное пособие	М.: ГЭОТАР - Медиа 2012
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б.	Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций: Справочник	СПб.: "ЭЛБИ-СПБ" 2007
Л2.2	Тимченко В.Н.	Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача: Руководство для врачей всех специальностей	СПб.: "ЭЛБИ-СПБ" 2007
Л2.3	Тимченко В.Н., Быстрякова Л.В.	Инфекционные болезни у детей: Учебник	СПб.: СпецЛит 2001
Л2.4	Абдикеримов М.М., Айткулуев Н.С., Алымбаева Д.Б.	Вирусные гепатиты: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2017
Л2.5	Абдикеримов М.М., Романенко А.И.	Парентеральные вирусные гепатиты: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2011
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Вестник инфектологии и паразитологии		http://www.infectology.ru
Э2	Детские инфекции		http://www.detinf.ru/journal/
Э3	Эпидемиология и инфекционные болезни		http://www.epidemiology-journal.ru
Э4	Информационный портал об инфекциях и антимикробных препаратах		http://www.antibiotic.ru
Э5	Национальное научное общество инфекционистов		www.nnoi.ru
Э6	Ассоциация педиатров-инфекционистов России		http://www.detinf.ru/assoc.htm

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий**6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии**

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение студентам знаний и способов действий. Передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Практические занятия проводятся на базе инфекционной больницы с обязательной курацией тематических больных.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: занятия, формирующие системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач-ролевые игры, занятия в симуляционном центре.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование студентами Интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, ознакомление с фото и видео материалами интернет-источников по соответствующему разделу.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg
6.3.2.2	Электронная библиотека студента «Консультант студента» www.studmedlib.ru
6.3.2.3	Использование слайд-презентаций при проведении лекционных и практических занятий.
6.3.2.4	Медвестник bz.medvestnik.ru
6.3.2.5	МедУнивер https://meduniver.com

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическое и практическое изучение программы по инфекционным болезням проводится на кафедре инфекционных болезней расположенной на базе Республиканской клинической инфекционной больницы, которая рассчитана на 400 коек, имеет 19 отделений, клиническую и бактериологическую лаборатории, кабинет УЗД, Rg-кабинет, кабинет фиброэластометрии.
7.2	Кафедра располагает 5 учебными аудиториями, рассчитанными на 15 посадочных мест каждая, лекционным залом на 120 посадочных мест, лаборантской. Все аудитории оснащены мебелью, источниками света, тематическими наборами табличного материала.
7.3	Техническое оснащение: 1 компьютер, 1 ноутбук, мультимедийный проектор, проекционный экран, МФУ (принтер, сканер, ксерокс), выход в интернет, телефон, фотоаппарат.
7.4	Наглядные пособия: учебные стенды (7), учебные таблицы (30), слайды (270), фотоальбомы (8), видеофильмы (12), учебные истории болезни (14).
7.5	Презентации лекций по всем темам лекционного курса (Power Point -27 шт.)
7.6	Компьютерные классы (корпус 11 на ул. Л.Толстого, ауд. 4/12,4/15) с выходом в сеть Интернет для выполнения СРС, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.
7.7	Для проведения интерактивного обучения обеспечен доступ студентов в симуляционный центр – Центр интегративного и практического обучения КРСУ, оборудованный тренажерами, манекенами-имитаторами, реанимационным оборудованием и т.д.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроля. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать), правильно выполнить ситуационную задачу и интерпретировать лабораторные данные(уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации большого студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения)

контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

- а) переключки;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
- б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф, какие новые понятия введены, каков их смысл, что даст это на практике?

5. При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

6. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке дежурством в приемном отделении РКИБ, затем отработка теоретической части занятия проводится по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Занятия пропущенные по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме.

- Для студентов, пропустивших практические занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформлению её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Слайды должны быть выдержаны в едином стиле, одним шрифтом, пронумерованы.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
 - использовать технические средства;
 - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
 - уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
 - четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
- Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
 - сообщение основной идеи;
 - современную оценку предмета изложения;
 - краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
 - живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

При решении ситуационной задачи надо обращать внимание на пол, возраст, место проживания больного и профессию. Выделить синдромы в клинической симптоматике, выявить причинные факторы, факторы из жизни, способствующие развитию данного заболевания. Объективные признаки. Результаты лабораторно-инструментального обследования. Используя знания по квалификации болезни и критериев диагноза необходимо решить первый вопрос: выставить диагноз, согласно классификации. Исходя из вышесказанного, необходимо составить план обследования с ожидаемыми результатами. После чего решить окончательный вопрос: назначения лечения, с учетом доз и курса лечения.

Пример клинической ситуационной задачи для раздела 1:

Задача №1

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжести. Цианоз кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
2. Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
3. Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
4. Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: рН -7,32; PCO - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

Эталон ответа к задаче №1:

1. Диагноз: Холера, типичная форма, IV степень обезвоживания.
Диагноз выставлен на основании эпид. анамнеза – больной возвратился из Индии (эндемичный регион по холере); клинических данных – заболел ночью, остро, с урчания в животе и жидкого водянистого стула более 20 раз, обильной рвоты водянистым содержимым. Быстро нарастания слабости и симптомов обезвоживания до IV степени: состояние крайней тяжести, цианоз кожных покровов, глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся, симптом «руки прачки», кожные покровы холодные, покрыты липким потом, температура тела 35,4°C, судороги конечностей, одышка – 34 в минуту, пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст.
2. При выявлении холеры необходимо провести противоэпидемические мероприятия по локализации и ликвидации очага: изолировать больного и лиц контактировавших с ним в инфекционный стационар, лечить больного и проводить профилактическое лечение контактных лиц, наложить карантин на 5 дней, провести текущую и заключительную дезинфекцию.
3. Регидратационная терапия: в течение 1,5 часов струйно в несколько вен, со скоростью 150 мл/мин вводится в теплом виде раствор «Квартасоль» или «Хлосоль» в течение 30 минут, а затем со скоростью 70мл/мин в объеме 7литров. Далее каждые 2 часа определяют объем продолжающихся потерь жидкости, возмещая его внутривенным капельным вливанием солевых растворов с коррекцией потерь ионов калия и с учетом лабораторных показателей КЩС, электролитов, гематокрита, относительной плотности плазмы и др. Параллельно назначается этиотропное лечение – Ципрокс 500мг в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 дней или доксициклин 200 мг/сут-5дней.
4. Для уточнения диагноза следует сделать посев рвотных масс и испражнений на 1% пептонный бульон, а так же ускоренный метод иммобилизации вибрионов холерной О-сывороткой с последующей микроскопией в темном поле. Указанные лабораторные данные соответствуют третьей степени обезвоживания. Проведенную терапию нельзя назвать адекватной.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курация проводится по схеме, указанной в п.5.3.

В процессе курации студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. целенаправленно собрать анамнез жизни и заболевания, акцентируя внимание на эпиданамнезе.
2. провести объективный осмотр больного и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (ЧСС, ЧД, А/Д и др.)
3. выделить ведущие клинические синдромы.
4. Оценить имеющиеся лабораторные данные (общий анализ крови, время кровотечения и свертывания, протромбиновый индекс, общий билирубин и его фракции, АСТ/АЛТ, общий белок, альбумин крови, остаточный азот, мочевины, креатинин, общий анализ мочи, ликвор, бактериологические посевы и серологические реакции, а также Rg-графию органов грудной клетки и др.).
5. составить план дополнительного лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза;
6. сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь классификацией болезни;
7. назначить адекватную оральную и инфузионную терапию, рассчитать объем вводимых растворов, назначить адекватную этиотропную терапию, определить разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков; определить прогноз болезни у конкретного больного;
8. оказать необходимую врачебную помощь на догоспитальном этапе при гиповолемическом шоке, при инфекционно-токсическом шоке, при ботулизме, ОСЛТ, синдроме бронхиальной обструкции, гипертермическом синдроме, судорожном

синдроме, острых аллергических реакциях.

Контрольные вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

1 раздел

1. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
2. Менингококковая инфекция. Классификация. Менингококковый назофарингит, носительство. Диагностика. Лечение.
3. Менингококкцемия, клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
4. Клиника менингококкового менингита, менингоэнцефалита. Осложнения. Диагностика. Лечение.
5. Менингококковая инфекция. Атипичные формы. Клиника неотложных синдромов: ИТШ, острая надпочечниковая недостаточность, отек и набухание мозга. Исходы. Прогноз.
6. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги в Кыргызстане. Резервуары вируса в природе. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез.
7. Клещевой энцефалит. Классификация. Клиника лихорадочной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Клещевой энцефалит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
9. Клещевой энцефалит. Клиника полиомиелитической и полирадикулоневритической форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Клещевой энцефалит. Осложнения. Исходы. Диагностика. Применение противэнцефалитного донорского иммуноглобулина. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Профилактика. Специфическая профилактика.
11. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Источник и резервуар вируса в природе. Пути заражения человека. Значение входных ворот. Патогенез поражение ЦНС. Клиника по стадиям заболевания.
12. Бешенство. Клиника по стадиям заболевания. Прогноз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика. Применение антирабического гамма-глобулина. Показания к вакцинации и методика её проведения.
13. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Столбняк военного и мирного времени. Иммуни-тет. Патогенез. Механизм судорожного синдрома. Нарушения дыхания и метаболические расстройства. Клиника.
14. Столбняк. Классификация столбняка. Симптомкомплекс. Критерии тяжести. Осложне-ния. Прогноз. Диагностика. Особенности специфической и этиотропной терапии. Проти-востолбнячная сыворотка, гамма-глобулин, анатоксин. Патогенетическая терапия. Профи-лактика осложнений. Профилактика плановая и экстренная.
15. Классификация энцефалитов. Первичные энцефалиты. Вторичные энцефалиты.
16. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия.
17. Полиомиелит. Классификация клинических форм. Клиника abortивной формы. Диагно-стика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
18. Полиомиелит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
19. Полиомиелит. Паралитические формы полиомиелита, симптоматика. Остаточные явления и прогноз. Лабораторные методы диагностики полиомиелитов. Принципы лечения и спе-цифическая профилактика.
20. Вторичные гнойные менингиты. Этиология, диагностика, лечение.

2 раздел

1. Коклюш. Основные свойства возбудителя. Эпидемиологические особенности коклюша в различных возрастных группах. Патогенез, значение фактора гипоксемии, сущность легочных и нервных поражений при коклюше.
2. Коклюш. Симптоматика коклюша в различные периоды болезни. Критерии тяжести коклюша, неотложные синдромы, осложнения. Методы диагностики коклюша: гематологический, бактериологический, серологический, рентгенологический.
3. Коклюш. Особенности течения коклюша у детей до года. Дифференциальная диагностика коклюша с другими заболеваниями в разные периоды болезни. Показания к госпитализации. Лечение в зависимости от возраста, преморбидного фона, тяжести болезни. Профилактика.
4. Паракоклюш. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы: коклюшеподобная и стертая формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Дифтерия. Характеристика возбудителя дифтерии. Роль токсинов в патогенезе дифтерии. Влияние антитоксического иммунитета на тяжесть заболевания. Эпидемиология. Патологическая анатомия дифтерии.
6. Дифтерия. Патогенетические особенности различных клинических форм дифтерии. Классификация клинических форм по локализации. Клиника токсической формы дифтерии ротоглотки. Осложнения: специфические и неспецифические.
7. Дифтерия ротоглотки. Классификация. Клиника локализованных форм. Диагностика. Лечение.
8. Дифтерия гортани, клиника крупа. Особенности клиники у взрослых. Дифференциальная диагностика клинических форм дифтерии (нетоксические и токсические формы).
9. Дифтерия. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Принципы лечения различных клинических форм и осложнений. Основные правила использования противодифтерийной антитоксической сыворотки и антибиотиков. Профилактика.
10. Скарлатина - одна из форм стрептококковой инфекции. Основные звенья патогенеза скарлатины: инфекционное, токсическое, аллергическое. Классификация клинических форм.
11. Скарлатина. Особенности антитоксического и антибактериального иммунитета при скарлатине. Клиническая симптоматика типичных и атипичных форм болезни, показатели тяжести, варианты течения скарлатины.
12. Скарлатина. Осложнения в ранние и поздние сроки болезни, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, почек. Особенности скарлатины у детей раннего возраста. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика с другими экзантемами.
13. Скарлатина. Показания к госпитализации. Лечение больных скарлатиной в домашних условиях и в стационаре. Профилактика.
14. Ветряная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Клиника. Исходы.
15. Ветряная оспа. Патогенез. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Противовирусные препараты. Показания к назначению антибиотиков. Профилактика.
16. Опоясывающий лишай. Определение. Эпидемиология. Синдромы поражения центрального и периферического отделов нервной системы.

17. Опоясывающий лишай. Патогенез. Механизмы реактивации вируса. Патанатомия. Клиническая картина. Лечение. Средства этиотропной и патогенетической терапий.
18. Опоясывающий лишай. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
19. Вируса простого герпеса. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Механизмы первичного инфицирования и латенции герпетической инфекции.
20. Вируса простого герпеса. Клинические формы и их характеристика. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекции, вызванной ВПГ. Лечение.
21. Корь. Этиология. Эпидемиология. Классификация клинических форм. Понятие о митигированной кори и других атипичных формах.
22. Корь. Патогенез и патоморфология кори. Понятие коревой анергии, влияние кори на состояние иммунитета к другим инфекциям. Клиническая симптоматика типичной кори в разные периоды болезни: катаральный, высыпания, пигментации.
23. Корь. Характерные осложнения кори, неотложный синдром. Особенности течения кори у привитых живой вакциной. Показания к госпитализации. Особенности ухода и режима больных с корью. Принцип лечения кори и ее осложнений. Специфическая профилактика кори и противэпидемические мероприятия в очаге.
24. Краснуха. Этиология. Эпидемиологические особенности приобретенной краснухи. Патогенез. Клиническая симптоматика краснухи, осложнения.
25. Краснуха. Эпидемиологические особенности врожденной краснухи. Влияние краснухи беременных на развитие плода. Поражения органов и систем при врожденной краснухе.
26. Краснуха. Дифференциальная диагностика краснухи с другими заболеваниями, сопровождающимися сыпью. Лабораторные методы диагностики. Принцип лечения, показания к госпитализации. Профилактика.
27. Парвовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы.
28. Парвовирусная инфекция. Диагностика и дифференциальная диагностика с корью и другими экзантемами. Лечение.
29. Паротитная инфекция. Свойства возбудителя. Эпидемиология. Заболеваемость в различных возрастных группах. Патогенез. Показатели тяжести, осложнения.
30. Паротитная инфекция. Классификация клинических форм, симптоматика при различных локализациях и формах болезни (паротит, субмаксиллит, панкреатит, орхит, менингит). Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
31. Паротитная инфекция. Лабораторная диагностика различных клинических форм паротитной инфекции. Показания к госпитализации, сроки изоляции больных. Принципы лечения паротитной инфекции в зависимости от тяжести и локализации процессов. Профилактика.
32. Инфекционный мононуклеоз. Характеристика возбудителя. Эпидемиологическое значение стертых форм болезни, причины гиподиагностики. Клиническая симптоматика типичной формы инфекционного мононуклеоза.
33. Инфекционный мононуклеоз. Патогенез и патоморфология. Исходы и отдаленные последствия инфекционного мононуклеоза. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями: ОРИ, ангиной, ВГ, системными заболеваниями крови и заболеваниями с мононуклеозоподобным синдромом. Картина периферической крови при инфекционном мононуклеозе, другие методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика.

3 раздел.

1. Вакцинопрофилактика инфекционных болезней. Виды вакцин.
2. Национальный календарь прививок.
3. Иммуноterapia инфекционных болезней. Методика введения лечебных сывороток и иммуноглобулинов.
4. Поствакцинальные реакции и поствакцинальные осложнения и их дифференциация.
5. Вакцинация детей с отягощенным анамнезом.
6. Пассивная иммунизация.
7. Активная иммунизация. Вакцины, их состав и надзор за качеством.

4 раздел.

1. Брюшной тиф. Этиология и эпидемиология. Патогенез и патанатомия брюшного тифа.
2. Брюшной тиф. Классификация брюшного тифа. Клиника типичной формы. Лабораторная диагностика и этиотропная терапия брюшного тифа.
3. Брюшной тиф. Кишечные осложнения, клиника, лечение.
4. Брюшной тиф. Условия выписки, принципы диспансеризации реконвалесцентов.
5. Брюшной тиф, особенности клиники у детей до 3 лет.
6. Этиология и эпидемиология паратифа А. Особенности течения паратифа А. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Этиология и эпидемиология паратифа В. Особенности течения паратифа В. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Сальмонеллез. Этиология и эпидемиология. Патогенез. Классификация сальмонеллеза.
9. Сальмонеллез. Клиника гастроинтестинальной формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Сальмонеллез. Клиника генерализованных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика.
11. Сальмонеллез. Бактерионосительство реконвалесцентное и транзитное. Диагностика. Лечение. Профилактика.
12. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Роль условно-патогенных бактерий в возникновении токсикоинфекций. Эпидемиология. Роль различных пищевых продуктов в передаче токсикоинфекций.
13. Пищевые токсикоинфекции. Регидратационная и дезинтоксикационная терапия. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии. Профилактика.
14. Дизентерия. Этиология. Современная классификация шигелл. Эпидемиология. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость различных возрастных групп. Иммунитет.
15. Дизентерия. Патогенез. Роль инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой толстой кишки. Клиника типичной формы дизентерии.
16. Классификация дизентерии. Клиника различных вариантов острой дизентерии (типичной и атипичной). Бактерионосительство. Хроническая дизентерия. Прогноз.
17. Дизентерия. Диагностика и дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии.
18. Дизентерия. Лечение. Тактика этиотропного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Правила выписки из стационара. Профилактика.
19. Кишечный иерсиниоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.

20. Клиника кишечного иерсиниоза. Диагноз и дифференциальный диагноз. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.
21. Псевдотуберкулез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Стадии развития патологического процесса: энтерита, лимфаденита, бактериемии и токсинемии, органических поражений. Значение сенсибилизации организма.
22. Псевдотуберкулез. Симптоматика и течение локализованных и генерализованных форм. Вторично-очаговые поражения. Диагностика. Этиотропное лечение, его продолжительность. Патогенетическая терапия. Профилактика.
23. Вирусные диареи. Этиология. Ротавирусы, значение других вирусов в развитии гастроэнтеритов. Эпидемиология. Особенности патогенеза диареи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
24. Эшерихиозы. Характеристика возбудителей эшерихиозов. Эпидемиологические особенности эшерихиозов в различных возрастных группах. Классификация клинических форм. Диагностика.
25. Эшерихиозы. Патогенез. Классификация клинических форм. Особенности клинических проявлений в зависимости от вида возбудителя, наиболее частые неотложные синдромы. Значение лабораторных методов исследований в диагностике эшерихиоза. Лечение эшерихиозов с учетом патогенетического варианта развития болезни.
26. Ботулизм. Типы возбудителя и основные свойства. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Патогенез, механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Виды ботулизма.
27. Ботулизм. Клиника пищевого ботулизма. Критерии тяжести. Осложнения. Диагностика: значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.
28. Ботулизм. Клинические симптомы ботулизма младенцев. Диагностика. Лечение: специфическая терапия противоботулинической сывороткой, ее методика. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия.
29. Ботулизм. Клиника раневого ботулизма. Принципы лечения, методика введения противоботулинической сыворотки по Безредко. Профилактика ботулизма.
30. Стафилококковая инфекция. Характеристика возбудителя. Эпидемиология и патогенез поражения желудочно-кишечного тракта при стафилококковой инфекции. Клинические формы стафилококкового поражения ЖКТ. Диагностика. Лечение и профилактика.
31. Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными энтеробактериями (ОКИ УПЭ). Характеристика возбудителей ОКИ УПЭ (синегнойная палочка, протей, клебсиелла). Эпидемиологические особенности ОКИ УПЭ в различных возрастных группах. Особенности клинических проявлений протейного энтероколита.
32. ОКИ УПЭ. Особенности клинических проявлений энтероколита вызванного клебсиеллой. Наиболее частые неотложные синдромы. Диагностика, лечение.
33. ОКИ УПЭ. Дифференциальная диагностика с дисбиозом кишечника. Профилактика инфекций, вызванных УПЭ в лечебных учреждениях.
34. Экзикоз с токсикозом у детей. Типы и тяжесть обезвоживания. Клинические и лабораторные критерии тяжести и типов обезвоживания.
35. Классификация обезвоживания у детей по рекомендациям ВОЗ. Тактика ведения больных с обезвоживанием на различных этапах лечения ОКИ у детей.

5 раздел.

1. Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Патогенез. Иммунитет.
2. Вирусный гепатит А. Классификация. Клиника типичной формы. Клинические диагностические критерии вирусного гепатита А. Лабораторная и иммунологическая диагностика. Лечение, значение базисной терапии. Патогенетическая терапия. Профилактика. Диспансеризация.
3. Вирусный гепатит Е. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клиника типичной формы. Диагностика и лечение.
4. Вирусный гепатит Е. Течение гепатита Е у беременных. Диагностика. Лечение. Ведение беременных с гепатитом Е. Прогноз.
5. Вирусный гепатит В. Этиология. Антигенное строение вируса. Эпидемиология. Восприимчивость. Группы риска. Иммунитет. Патогенез и патаномия.
6. Вирусный гепатит В. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического гепатита. Клиника циклического течения гепатита, его клинические диагностические критерии.
7. Вирусный гепатит В. Варианты течения. Значение прогрессивного течения ВГВ. Критерии тяжести ВГВ. Острая печеночная энцефалопатия и ее стадии.
8. Вирусный гепатит В. Исходы и прогноз при ВГВ. Хронический ВГВ и его исходы. Диагностика .
9. Вирусный гепатит В. Базисная терапия. Патогенетическая терапия. Показания к противовирусной терапии. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите.
10. Вирусный гепатит В. Профилактика. Диспансеризация.
11. Вирусный гепатит D. Этиология. Возбудитель и его облигатная связь с вирусом гепатита В. Эпидемиология. Источники и механизм передачи инфекции. Ко-инфекция. Суперинфекция.
12. Вирусный гепатит D. Патогенез. Потенцирование дельта-инфекцией патогенного эффекта вируса гепатита В. Непосредственное цитолитическое действие дельта-вируса на гепатоцит. Повторные репликации дельта-вируса и обострения болезни. Клиника ко-инфекции ВГВ+D, особенности течения, исходы, диагностика.
13. Вирусный гепатит D. Суперинфекция гепатита D. Особенности течения. Диагностика. Фульминантная форма. Прогноз.
14. Вирусный гепатит D. Ранние признаки хронизации гепатита. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
15. Вирусный гепатит С. Этиология: отличительные особенности вируса. Эпидемиология: резервуар и источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, основные эпидемиологические признаки.
16. Вирусный гепатит С. Патогенез. Клиника. Исходы. Прогноз. Лабораторная диагностика острой фазы. Лечение.
17. Вирусный гепатит С. Лабораторная диагностика хронического гепатита С. Лечение. Эпидемиологический надзор. Профилактика.
18. Фульминантная форма вирусных гепатитов. Гепатодистрофия, стадии, клинико-лабораторная характеристика.

19. Дифференциальный диагноз ВГВ у детей до года с другими заболеваниями (атрезия ЖВП, каратиновая желтуха, конъюгационная желтуха, сепсис, ЦМВИ, врожденные гепатозы).
20. Вирусный гепатит F. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Вирусный гепатит G. Этиология. Особенности эпидемиологии. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Вирусный гепатит TTV. Этиология. Особенности эпидемиологии. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

6 раздел

1. Грипп. Этиология. Особенности антигенной структуры. Эпидемиология. Восприимчивость. Иммунитет.
2. Грипп. Патогенез. Клиника. Катаральный и интоксикационный синдромы. Показания к госпитализации. Группы риска развития осложнений.
3. Грипп. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Парагриппозная инфекция. Этиология. Клиника, острый стенозирующий ларинготрахеит. Осложнения.
5. Парагриппозная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение острого стенозирующего ларинготрахеита. Профилактика.
6. Риновирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Риновирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Лечение. Профилактика.
8. Аденовирусная инфекция. Определение. Эпидемиология и патогенез. Классификация клинических форм. Клинические проявления фарингоконъюнктивальной лихорадки.
9. Аденовирусная инфекция. Характеристика возбудителя. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
10. Аденовирусная инфекция. Атипичные формы. Клинические проявления. Лечение.
11. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
12. Респираторно-синцитиальная инфекция. Классификация клинических форм. Клиника бронхоолита и обструктивного синдрома. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
13. Синдром нейротоксикоза, стадии развития.
14. Синдром крупа (стадии), принципы лечения.
15. РС-инфекция, обструктивный синдром, принципы лечения.
16. Парагрипп. ОСЛТ второй степени, диагностика, лечение.
17. Осложнения ОРИ, принципы лечения.

7 раздел.

1. Чума. Этиология. Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе. Природные очаги в Кыргызстане и России. Заразительность больного при различных формах чумы. Иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия. Значение входных ворот для клинических форм болезни.
2. Чума. Классификация клинических форм. Клиника кожной, бубонной, форм чумы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

3. Чума. Клиника септической формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
4. Чума. Клиника легочной формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
5. Чума. Профилактика. Мероприятия в очаге. Изоляция больных и контактных лиц. Экстренная профилактика.
6. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Эпизоотическая и эпидемиологическая характеристика болезни. Патогенез. Определяющее значение входных ворот для развития различных форм болезни.
7. Сибирская язва. Классификация Клиническая характеристика кожной и септической форм болезни. Осложнения. Исходы. Прогноз.
8. Сибирская язва. Клиническая характеристика легочной и кишечной форм болезни. Диагностика.
9. Сибирская язва. Дифференциальный диагноз с кожно-бубонной формой чумы. Лечение. Специфический противосибиреязвенный гамма-глобулин, его использование. Антибактериальная терапия.
10. Сибирская язва. Профилактика. Комплекс медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. Дезинфекция в очаге болезни. Специфическая профилактика. Меры предупреждения профессиональных и бытовых заражений.
11. ГЛПС. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития геморрагического синдрома, поражения почек, нервной системы. Значение аутоаллергии в патогенезе.
12. ГЛПС. Клиника. Цикличность заболевания. Геморрагический синдром. Почечный синдром. Осложнения. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
13. Омская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчик. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
14. Омская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
15. Крымская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология Природные очаги. Переносчики. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
16. Крымская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
17. Натуральная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Основные эпидемиологические признаки. Патогенез.
18. Натуральная оспа. Клиника. Клинические формы инфекции. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальная диагностика с ветряной оспой. Лечение. Профилактика.

8 раздел.

1. Аскаридоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология. Патогенез органических нарушений при аскаридозе.
2. Аскаридоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Энтеробиоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология.

4. Энтеробиоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Правила сбора материала для исследований.
5. Энтеробиоз. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Токсокароз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл.
7. Токсокароз. Эпидемиология. Патогенез органных нарушений при токсокарозе. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
8. Описторхоз. Определение. Морфология возбудителя. Жизненный цикл сосальщика.
9. Описторхоз. Эпидемиология. Патогенез различных фаз инвазионного процесса. Классификация. Клинические проявления. Осложнения.
10. Описторхоз. Клиническая и специфическая лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Неспецифические методы профилактики.

9 раздел.

1. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Механизм и пути передачи. Группы риска. Трансплацентарная передача вируса.
2. ВИЧ-инфекция. Патогенез. Механизмы формирования иммунологических нарушений. Активация возбудителей оппортунистических инфекций и инвазий.
3. ВИЧ-инфекция. Возникновение опухолей. Патоморфология. Клиника. Стадии течения ВИЧ-инфекции. Классификация (по В.И. Покровскому).
4. ВИЧ-инфекция. СПИД-ассоциированные заболевания. Развернутый СПИД.
5. Диагностика ВИЧ: ИФА, ПЦР, иммуноблотинг, реакция иммунофлюоресценции. Тестирование на антиген ВИЧ Р24, вирусологическое исследование (выделение ВИЧ в культуре клеток), иммунологические (уровень CD4/CD8)
6. ВИЧ-инфекция. Лечение. Антитретовирусная терапия, профилактика и лечение вторичных заболеваний, патогенетическая терапия. Прогноз.
7. Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных детей.

У ребенка, лечившегося по поводу кори, на 4-й день высыпания отмечалось повышение температуры тела до 39⁰С, нарушение сознания, менингеальные симптомы судороги, парезы и параличи. О чем можно думать?

- a) наслоение бактериальной инфекции;
- b) наслоение ОРИ с нейротоксикозом;
- c) полиомиелит;
- d) развитие коревого менингоэнцефалита.

На амбулаторном приеме у ребенка 2,5 лет в анамнезе отмечается кашель в течение 2 недель. Симптоматическая терапия кашля не эффективна. В общем анализе крови: лейкоцитоз с лимфоцитозом. Ваш диагноз?

- a) туберкулезный бронхоаденит;
- b) коклюш, типичная среднетяжелая форма;
- c) обструктивный бронхит;
- d) пневмония.

На амбулаторном приеме во время взвешивания у ребенка 1 мес. произошла задержка дыхания. Со слов матери ребенок кашляет в течение 3-х недель, дома лечила симптоматическими препаратами без улучшения. Действие врача?

- a) срочно госпитализировать в инфекционный стационар с диагнозом коклюш тяжелая форма;
- b) обследовать ребенка;
- c) направить на консультацию к фтизиатру;
- d) назначить амбулаторное лечение.

Какой неотложный синдром развивается при РС-инфекции:

- a) геморрагический;
- b) синдром крупа;
- c) обструктивный синдром, бронхиолит;
- d) абдоминальный.

Мышечный тонус при полиомиелите:

- a) снижен;
- b) сохранен;
- c) повышен;
- d) в норме.

Сколько дней больной полиомиелитом заразен для окружающих?

- a) 20 дней;
- b) 50 дней;
- c) 30 дней;
- d) 40 дней.

Чувствительность при полиомиелите:

- a) снижена;
- b) нарушение чувствительности по типу "чулок", "перчаток";
- c) повышена;
- d) сохранена.

Возбудителем скарлатины является:

- a) стафилококк;
- b) стрептококк;
- c) пневмококк;
- d) вирус.

Инкубационный период скарлатины равен:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 21 день.

Скарлатиной чаще болеют в возрасте:

- a) дети до 6 мес.;
- b) 11-15 лет;
- c) 3-10 лет;
- d) взрослые.

Источниками скарлатины не являются следующие больные:

- a) ангиной;
- b) скарлатиной;
- c) стрептодермией;
- d) стафилодермией;

Для скарлатины характерно:

- a) алергизация;
- b) анергия кратковременная;
- c) стойкое иммунодефицитное состояние;
- d) нейротоксикоз.

Высыпания при скарлатине:

- a) мелкоточечные;
- b) пятнистые;
- c) папулезные;
- d) пятнисто-папулезные;

Для скарлатины не характерна:

- a) яркая гиперемия слизистой зева;
- b) гиперемия зева с четкими границами;
- c) слабая гиперемия слизистой зева;
- d) фолликулярная ангина.

Для скарлатины не характерны:

- a) мелкоточечная сыпь;
- b) симптом Филатова-Коплика;
- c) ангина;
- d) малиновый язык;
- e) белый дермографизм.

Кожные покровы при скарлатине в 1-й день болезни:

- a) сухие в первые дни болезни;
- b) бледные;
- c) после сыпи бывает мелкое шелушение кожи;
- d) кожа влажная.

К токсическим осложнениям скарлатины относятся:

- a) нефроз;
- b) отит;
- c) лимфаденит;
- d) капилляротоксикоз.

К аллергическим осложнениям скарлатины относятся:

- a) гломерулонефрит;
- b) нефроз;
- c) синусит;
- d) отит.

К септическим осложнениям скарлатины не относятся:

- a) отит;
- b) лимфаденит;
- c) аденофлегмона;
- d) артрит.

При скарлатине в периферической крови характерны следующие изменения:

- a) анемия;
- b) лейкопения;
- c) лейкоцитоз, нейтрофиллез;
- d) лейкоцитоз, лимфоцитоз.

Антибиотиками выбора (стартовым) при скарлатине является:

- a) оксациллин;
- b) пенициллин;
- c) ампициллин;
- d) эритромицин.

У ребенка 3-лет, бабушка 2 недели назад болела розей, а вчера у ребенка температура 39⁰С, была рвота, боль в горле, повысилась температура и появилась мелкая сыпь на коже. Ваш диагноз?

- a) скарлатина;
- b) грипп;
- c) ангина;
- d) аллергическая сыпь.

В детском саду в средней группе случай скарлатины. Сколько дней должны наблюдаться контактные?

- a) 5 дней;
- b) 10 дней;
- c) 21 день;
- d) 7 дней;

Максимальный инкубационный период кори:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 21 день.

Больной с осложненным течением кори заразен от начала высыпания:

- a) 5 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) 7 дней.

Индекс контагиозности при кори составляет:

- a) 10-15%;
- b) 30%;
- c) 50-60%;
- d) 95-96%.

Для кори не характерны следующие периоды:

- a) шелушения;
- b) инкубационного;
- c) катарального;
- d) высыпания;
- e) пигментации.

Для кори характерна сыпь:

- a) мелкоточечная;
- b) этапная, пятнисто-папулезная;
- c) пятнистая;
- d) везикулезная.

В катаральном периоде корь по клинике очень схожа с:

- a) гриппом;
- b) парагриппом;
- c) РС-инфекцией;
- d) аденовирусной инфекцией;

Высыпания при кори сопровождаются:

- a) снижение температуры;
- b) уменьшением катаральных явлений;
- c) подъемом температуры до высоких цифр;
- d) отсутствием интоксикации.

Для кори не характерны следующие изменения со стороны глаз:

- a) иридоциклит;
- b) конъюнктивит;
- c) склерит;
- d) слезотечение;
- e) светобоязнь.

Сыпь при кори:

- a) толчкообразная;
- b) этапная;
- c) одномоментная;
- d) не сопровождается лихорадкой.

Назовите патогномоничный симптом кори:

- a) симптом Пастия;
- b) бледный носогубный треугольник;
- c) пятна Филатова-Коплика-Бельского;
- d) белый дермографизм.

Митигированная форма кори развивается:

- a) у вакцинированных живой вакциной;
- b) на фоне антибиотиков;
- c) после введения противокорьевого гаммаглобулина;
- d) после длительной кортикостероидной терапии.

В периоде высыпания корь не дифференцируют с:

- a) аллергической сыпью;
- b) энтеровирусной экзантемой;
- c) ветряной оспой;
- d) краснухой.

Антибиотики не показаны при кори:

- a) у детей до 2-х лет;
- b) наличии бактериальных осложнений;
- c) у детей 2-7 лет;
- d) при развитии неотложных состояний.

У больного 4-х лет корь, осложнилась менингоэнцефалитом. Через сколько дней от начала сыпи можно перевести в неврологическое отделение?

- a) 3 дня;
- b) 5 дней;
- c) 7 дней;
- d) 10 дней.

У больного 3-х лет корь, осложнилась деструктивной пневмонией, пиопневмотораксом, на 7-й день сыпь. Какие меры принимать нельзя?

- a) перевод в хирургию;
- b) вызвать хирурга;
- c) рентгенография органов грудной клетки;
- d) усилить антибактериальную терапию;
- e) дезинтоксикационная терапия.

Ребенок 4-х лет вскоре после кори заболел ОРВИ, которая осложнилась пневмонией и ребенок умер из-за:

- a) анергии;
- b) возраста;
- c) гиперергии;
- d) сенсibilизации.

Возбудитель краснухи не поражает:

- a) эмбриональная ткань;
- b) эпителий дыхательных путей;
- c) лимфоузлы;
- d) ЖКТ.

Путь передачи краснухи внутриутробной:

- a) контактно-бытовой;
- b) алиментарный;
- c) трансплацентарный;
- d) водный.

Для краснухи характерна сыпь:

- a) мелкоточечная;
- b) пятнисто-папулезная;
- c) мелкопятнистая;
- d) геморрагическая.

Краснуха опасна для:

- a) грудных детей;
- b) детей старшего возраста;
- c) молодых женщин;
- d) беременных женщин.

При краснухе увеличиваются лимфоузлы:

- a) подчелюстные;
- b) передние шейные;
- c) заднешейные, затылочные;
- d) паховые.

Для краснухи характерно:

- a) четкое разделение периодов болезни;
- b) выраженные катаральные явления;
- c) умеренно или слабо выраженные катаральные явления;
- d) крупно пятнисто-папулезная сыпь.

Женщина на 4-й неделе третьей беременности попала в контакт с больным краснухой. Ваши рекомендации?

- a) сохранить беременность;
- b) ввести гаммаглобулин;
- c) медицинский аборт;
- d) наблюдать за развитием плода (УЗИ каждые 2 недели).

При краснухе со стороны периферической крови выявляется:

- a) лейкоцитоз;
- b) лимфоцитоз, плазматические клетки;
- c) лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- d) анемия.

Больной с краснухой заразен от начала высыпания:

- a) 5 дней;
- b) 7 дней;
- c) 9 дней;
- d) 14 дней.

Для типичной ветряной оспы характерно:

- a) сыпь на волосистой части головы;
- b) мономорфизм элементов;
- c) сыпь на подошве и ладонях;
- d) отсутствие зуда.

При ветряной оспе со стороны кожи может быть:

- a) гиперестезия;
- b) гиперемия;
- c) зуд;
- d) бледность.

Ветряную оспу не следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

- a) простой герпес;
- b) чесотка;
- c) скарлатина;
- d) стрептодермия.

При ветряной оспе может развиваться:

- a) мононеврит;
- b) менингит;
- c) полирадикулоневрит;
- d) энцефалит;

К атипичной форме ветряной оспы не относятся:

- a) буллезная;
- b) геморрагическая;
- c) митигированная;
- d) висцеральная.

В дом ребенка после ветряной оспы можно перевести:

- a) через 5 дней;
- b) через 9 дней;
- c) после полного отпадения корочек;
- d) через 7 дней.

У девочки 4-х лет через 7 дней от начала везикулезной сыпи появилась головная боль, температура 37,5 тошнота, головокружение, шаткая походка. О какой этиологии энцефалита следует думать?

- a) коревой;
- b) менингококковый;
- c) ветряночный;
- d) краснушный.

При ветряной оспе терапия:

- a) специфическая;
- b) этиотропная;
- c) симптоматическая;
- d) обязательная инфузионная дезинтоксикация.

Опоясывающий герпес чаще бывает:

- a) у детей раннего возраста;
- b) на фоне антибиотиков;
- c) после длительного использования цитостатиков;
- d) после переливания крови.

Для цитомегаловирусной инфекции чаще характерен следующий путь заражения:

- a) воздушно-капельный;
- b) алиментарный;
- c) парентеральный;
- d) трансплацентарный.

Для псевдотуберкулеза характерна сыпь:

- a) только на сгибательной поверхности;
- b) на разгибательной поверхности;
- c) в виде симптома "носков", "перчаток", "капюшона";
- d) не характерно шелушение после сыпи.

При псевдотуберкулезе не бывает:

- a) увеличение всех групп лимфоузлов;
- b) гепатоспленомегалия;
- c) приступообразных болей в животе;
- d) менингеальных знаков.

Эффективным антибиотиком для лечения псевдотуберкулеза считается:

- a) пенициллин;
- b) ампицилин;
- c) левомицетин;
- d) цефалоспорины.

Выберете инвазивные кишечные инфекции:

- a) ротавирусная;
- b) энтеровирусная диарея;
- c) шигеллез;
- d) эшерихиоз 1 категории.

Для лечения персистирующей (длительной) диареи необходимо:

- a) специальная диета;
- b) антибиотики;
- c) инфузионная терапия;
- d) обязательная госпитализация.

Госпитализации подлежат дети со следующими формами диареи:

- a) легкими;
- b) персистирующими;
- c) среднетяжелыми;
- d) тяжелыми.

Показаниями для орально-регидратационной терапии (ОРТ) служат:

- a) все кишечные инфекции не зависимо от этиологии;
- b) только легкие, среднетяжелые формы ОКИ;
- c) только тяжелые формы ОКИ;
- d) инвазивные диареи.

Для типичной дизентерии характерны:

- a) гастроэнтерит;
- b) водянистый стул;
- c) отсутствие стула;
- d) гемоколит.

Для дизентерии характерна копрограмма:

- a) нейтральные жиры;
- b) слизь незначительная (+);
- c) слизь обильная (+++);
- d) жирные кислоты.

Копрограмма при энтерите:

- a) лейкоциты 30-40;
- b) нейтральные жиры;
- c) бактерии;
- d) эритроциты 5-8.

Гнойно-септический анамнез следует уточнять при:

- a) дизентерии;
- b) стафилококковом сепсисе;
- c) эшерихиозе;
- d) сальмонеллезе.

Умеренное обезвоживание может быть при:

- a) ротавирусном гастроэнтерите;
- b) дизентерии;
- c) эшерихиоз 2 категории;
- d) сальмонеллезный энтероколит.

Для отпаивания при ОКИ можно использовать:

- a) молоко;
- b) минеральную воду;
- c) регидрон;
- d) сок апельсина;

Тенезмы характерны для:

- a) дизентерии;
- b) дисбактериоза;
- c) эшерихиоза;
- d) стафилококкового энтероколита.

Признаки гипокалиемии при ОКИ:

- a) кома;
- b) тахикардия;
- c) возбуждение;
- d) парез кишечника.

Симптомы обезвоживания:

- a) влажные слизистые;
- b) выбухание шейных вен;
- c) полиурия;
- d) жажда.

Инфузионная терапия показана при:

- a) отсутствии обезвоживания;
- b) умеренном обезвоживании;
- c) тяжелом обезвоживании;
- d) при ОКИ не проводится.

Сепсис может быть при:

- a) гриппе;
- b) дизентерии;
- c) скарлатине;
- d) краснухе.

Установить этиологию ОКИ можно на основании:

- a) копрограммы;
- b) бактериологического исследования;
- c) УЗИ;
- d) ректороманоскопии.

О передозировке объема инфузионной терапии при обезвоживании свидетельствуют:

- a) взбухание родничка;
- b) западение родничка;
- c) уменьшение размеров печени;
- d) вялость, заторможенность.

При кишечных инфекциях основным материалом для бактериологических исследований является:

- a) кровь;
- b) рвотные массы;
- c) кал;
- d) желчь;

Срок хранения разведенного регидрона:

- a) 6 часов;
- b) 12 часов;
- c) 36 часов;
- d) 24 часов.

О наличии обезвоживания свидетельствуют следующие симптомы:

- a) выраженная жажда;
- b) глаза не западают;
- c) при плаче есть слезы;
- d) слизистые рта влажные.

Об отсутствии обезвоживания свидетельствуют следующие симптомы:

- a) беспокойство ребенка;
- b) запавшие глаза;
- c) кожная складка расправляется быстро;
- d) сухие слизистые рта;
- e) выраженная жажда.

Ребенку 5 лет выставили диагноз острая дизентерия. Что необходимо сделать?

- a) оставить без лечения;
- b) оставить дома и не лечить антибиотиками;
- c) отправить на стационарное лечение;
- d) оставить дома и лечить антибиотиками.

Ребенок с тяжелой кишечной инфекцией получает внутривенно витамин "С", кокарбоксилазу, гепарин, преднизолон, 4% калий хлор. Отмечается снижение протромбинового индекса. Какой препарат необходимо отменить?:

- a) витамин "С";
- b) кокарбоксилазу;
- c) преднизолон;
- d) гепарин;

При лечении среднетяжелой формы эшерихиоза 1 категории не назначают:

- a) антибиотики;
- b) кормление по аппетиту;
- c) оральная регидратация;
- d) бифидумбактерин.

Возбудители ОКИ, не циркулирующие в стационарах:

- a) сальмонелла тифимуриум;
- b) золотистый стафилококк;
- c) клебсиелла;
- d) сальмонелла энтеритидис;

В копрограмме преобладают жирные кислоты. Ваш предположительный диагноз:

- a) ферментопатия;
- b) дискинезия желчевыводящих путей;
- c) дисбактериоз;
- d) энтерит.

У ребенка 9 мес. в грудном отделении 3 Д/Б на 5-й день стационарного лечения бронхита повысилась температура до 38,5⁰С, появился жидкий стул со слизью и зеленью. Ваш диагноз?

- a) дизентерия;
- b) эшерихиоз;
- c) сальмонеллез;
- d) иерсиниоз.

Дисбактериоз кишечника не дифференцируют:

- a) простой диспепсией;
- b) условно-патогенные кишечные инфекции;
- c) вирусными диареями;
- d) безусловно-патогенные кишечные инфекции.

Для лабораторного подтверждения дисбактериоза кишечника необходимо взять кал на:

- a) комплексное исследование;
- b) диз.группу+сальмонеллез;
- c) количественный метод бактериологического исследования;
- d) копрограмму.

При обследовании контактных с дизентерийным больным в детском саду выявлен ребенок, который выделил дизентерийную палочку Зонне. Что делать?

- a) отправить на госпитализацию;
- b) можно не лечить вообще;
- c) лечить антибиотиками дома;
- d) разрешить дальнейшее посещение детского сада.

Важным показателем в копрограмме при энтероинвазивных кишечных инфекциях является:

- a) лейкоциты и эритроциты в поле зрения;
- b) нейтральный жир;
- c) крахмал, растительная клетчатка;
- d) мышечные волокна.

В копрограмме при ферментопатиях не должно быть:

- a) нейтрального жира и жирных кислот;
- b) иодофильной флоры;
- c) изменение мышечных волокон;
- d) лейкоцитов и эритроцитов.

У Саши 4-х мес. с эшерихиозом 1 категории (O119) на фоне повторной рвоты, частого жидкого водянистого стула появилось вздутие живота, газы не отходят, ребенок беспокоен. Какие лекарственные препараты ему необходимы?

- a) реланиум;
- b) аналгин;
- c) антибиотики;
- d) препараты калия.

Мальчик 5 лет заболел остро – температура $39,2^{\circ}\text{C}$, частый жидкий стул со слизью, кровью, боли в животе. К какой группе кишечных инфекций относится данное заболевание?

- a) энтероинвазивные кишечные инфекции;
- b) энтеротоксигенные - " -;
- c) персистирующие диареи;
- d) вирусная диарея.

Аида 5 лет заболела остро через 4 часа после употребления в пищу копченной рыбы. Появились боли в животе, тошнота, повторная рвота, жидкий водянистый стул. Какой ведущий синдром у ребенка?

- a) энтероколитный
- b) колитный;
- c) гастритический;
- d) гастроэнтеритный.

У Люды 3-х мес. появился жидкий стул со слизью и водой, с неприятным запахом. При бак. исследовании из кала выделен протей мирабилис 1×10^7 мик.тел. Пролечена гентамицином, состояние улучшилось. В повторном анализе кала протей не обнаружен. Чем болеет Люда?

- a) дизентерия;
- b) протейный дисбактериоз;
- c) протейный энтероколит;
- d) простая диспепсия.

Шайназар 4-х лет заболел остро, $T=40,5^{\circ}\text{C}$, головная боль, рвота бред, галлюцинации, стул 20 раз, слизь и кровь, сильные боли в животе. Живот мягкий, болезненная сигма. Из кала выделена шигелла Флекснера. Поставьте клинический диагноз.

- a) дизентерия типичная среднетяжелая форма;
- b) дизентерия типичная тяжелая форма;
- c) хроническая дизентерия;
- d) дизентерия гипертоксическая форма.

У детей раннего возраста при брюшном тифе бывает :

- a) брадикардия;
- b) брадиаритмия;
- c) тахикардия;
- d) экстрасистолия.

Перфорация кишечника чаще бывает при брюшном тифе:

- a) у взрослых;
- b) на первой недели болезни;
- c) через месяц от начала болезни;
- d) на 2-й недели болезни.

Синдром "ангины" не бывает при:

- a) скарлатины;
- b) кори;
- c) псевдотуберкулезе;
- d) мононуклеозе.

Для коклюша характерно:

- a) высокая температура;
- b) навязчивый кашель;
- c) выраженные симптомы интоксикации;
- d) обильные выделения из носа.

В периоде спазматического кашля коклюш необходимо дифференцировать с:

- a) гриппом;
- b) парагриппом;
- c) обструктивным бронхитом;
- d) аденовирусной инфекцией.

Основные гематологические признаки коклюша:

- a) лейкопения;
- b) лейкоцитоз, нейтрофилез;
- c) лейкоцитоз, лимфоцитоз;
- d) анемия.

Тяжелая форма коклюша чаще развивается у детей до 1 года с:

- a) анемией;
- b) гипотрофией;
- c) паратрофией;
- d) энцефалопатией.

Критерий тяжести коклюша:

- a) интоксикация;
- b) число приступов кашля;
- c) катаральные явления;
- d) обилие хрипов.

Препаратом выбора для этиотропной терапии коклюша у детей до 1 года является:

- a) пенициллин;
- b) ампициллин;
- c) метициллин;
- d) гентамицин;

В грудном отделении ЗД/Б установлен у больного 2-х мес. коклюш. Ваши меры:

- a) оставить в отделении;
- b) выписать домой;
- c) перевести в инфекционную больницу;
- d) перевести на полустационарное лечение при ЗД/Б.

Аминазин назначается при коклюше:

- a) при тяжелой форме на дому;
- b) при тяжелой форме коклюша и стационарном лечении;
- c) среднетяжелой форме;
- d) при всех формах коклюша в острый период.

При коклюше развивается:

- a) анергия;
- b) сенсibilизация;
- c) патологическая условно-рефлекторная цепь с очагом доминанты;
- d) интоксикация.

Инкубационный период паротитной инфекции равен:

- a) 7 дней;
- b) 9 дней;
- c) 14 дней;
- d) 21 дней.

При паротитной инфекции не характерен:

- a) паротит;
- b) субмаксиллит;
- c) мастоидит;
- d) менингит.

Кожа над околоушной слюнной железой при паротите:

- a) бледная;
- b) истончена, фон не изменен;
- c) гиперемирована;
- d) горячая на ощупь.

В спинномозговой жидкости при нервной форме паротитной инфекции не бывает:

- a) цитоз более 1000;
- b) прозрачный ликвор;
- c) сахар в норме;
- d) незначительное повышение белка, никогда не превышает 1г/л.

Больной с паротитом не заразен:

- a) через 7 дней;
- b) ч/з 9 дней, даже сохраняются клинические проявления болезни;
- c) через 9 дней при полном исчезновении признаков болезни;
- d) через 14 дней.

При подтверждении панкреатита при паротитной инфекции необходимо кровь исследовать на:

- a) холестерин;
- b) диастазу;
- c) щелочную фосфатазу;
- d) трансаминазы.

Санация ликвора при паротитном менингите бывает через:

- a) 7 дней;
- b) 10 дней;
- c) 14 дней;
- d) ч/з месяц и позже.

При субмаксиллите подчелюстная слюнная железа:

- a) плотная;
- b) плотно-эластичная;
- c) определяется флюктуация над ней;
- d) деревянисто-плотной консистенции.

Осложнением не характерным для паротитной инфекции считается:

- a) бесплодие;
- b) вторичный паротит;
- c) миокардит;
- d) диабет.

При инфекционном мононуклеозе увеличиваются:

- a) подчелюстные лимфоузлы;
- b) затылочные лимфоузлы;
- c) заднешейные лимфоузлы;
- d) все группы лимфоузлов.

Для инфекционного мононуклеоза не характерна:

- a) высокая температура;
- b) поражение носоглотки;
- c) одышка;
- d) увеличение лимфоузлов/

При инфекционном мононуклеозе не характерна:

- a) желтуха;
- b) увеличение печени;
- c) увеличение селезенки;
- d) снижение сулемовой пробы.

При инфекционном мононуклеозе не желательно использование:

- a) пенициллина;
- b) оксациллина;
- c) цефалоспоринов;
- d) левомицетина.

Инкубационный период дифтерии равен:

- a) 5 дней;
- b) 7 дней;
- c) 10 дней;
- d) 14 дней.

Наиболее часто при дифтерии поражается:

- a) нос;
- b) ротоглотка;
- c) гортань;
- d) кожа.

Для локализованной формы дифтерии ротоглотки не характерна:

- a) температура;
- b) трудно снимающаяся пленка на миндалинах;
- c) налет на миндалинах и дужках;
- d) умеренная интоксикация.

Для распространенной формы дифтерии ротоглотки не характерно:

- a) налет, распространяющийся за пределы миндалин;
- b) умеренная или выраженная интоксикация;
- c) реакция шейных лимфоузлов;
- d) отек подкожной клетчатки шеи.

Для токсической формы дифтерии ротоглотки не характерно:

- a) распространенный налет;
- b) отек подкожной клетчатки шеи;
- c) отсутствие осложнений;
- d) интоксикация.

Наиболее частым неврологическим осложнением дифтерии является:

- a) нарушение аккомодации;
- b) парез мягкого неба;
- c) полирадикулоневриты;
- d) синдром Ландри.

Наиболее частым осложнением со стороны сердца при дифтерии:

- a) инфекционно-аллергический миокардит;
- b) токсический миокардит;
- c) эндокардит;
- d) инфаркт миокарда.

Осложнение со стороны мочевыводящей системы при дифтерии:

- a) нефрит;
- b) нефроз почек;
- c) пиелонефрит;
- d) мочекаменная болезнь.

Круп дифтерийной этиологии отличается:

- a) острым началом;
- b) постепенным началом;
- c) наличие эффекта от синдромальной терапии;
- d) частотой благоприятного исхода.

При дифтерийных миокардитах нельзя использовать:

- a) витамин С;
- b) кокарбоксилазу;
- c) нестероидные противовоспалительные препараты;
- d) строфантин.

Выберите курсовую дозу ПДС при локализованной форме дифтерии ротоглотки:

- a) 5 тыс.АЕ;
- b) 10-20 тыс.АЕ;
- c) 30 тыс.АЕ;
- d) 50 тыс. АЕ.

Укажите курсовую дозу ПДС при распространенной форме дифтерии ротоглотки:

- a) 10-20 тыс.АЕ;
- b) 50-60 тыс.АЕ;
- c) 80 тысАЕ ;
- d) 100 тыс.АЕ.

Назовите минимальную курсовую дозу ПДС, необходимую для лечения токсической формы дифтерии:

- a) 30-40 тыс. АЕ;
- b) 50-60 тыс. АЕ;
- c) 100 тыс. АЕ;
- d) 150-200 тыс. АЕ.

Для пареза мягкого неба при дифтерии не характерно:

- a) афония;
- b) гнусавость голоса;
- c) поперхивание во время еды;
- d) жидкость выливается через нос при питье воды;
- e) небная занавеска провисает.

При токсической форме дифтерии II-III степени:

- a) режим полупостельный;
- b) постельный 1 неделю;
- c) постельный 2 недели;
- d) не менее 1 месяца.

Лиц, бывших в близком контакте с дифтерийными больными нужно:

- a) наблюдать 10 дней без обследования;
- b) наблюдать до получения отрицательного результата;
- c) бактериологически обследовать, наблюдать 10 дней и лечить антибиотиками;
- d) не наблюдать.

Токсические формы дифтерии характерны для:

- a) привитых;
- b) частично привитых;
- c) не привитых;
- d) детей.

К атипичной форме полиомиелита относится:

- a) спинальный;
- b) бульбарная;
- c) понтинная;
- d) инаппаратная.

Для полиомиелита характерна температура:

- a) гектическая;
- b) кратковременная не более 3 дней;
- c) субфебрильная;
- d) двухволновая.

При полиомиелите не поражаются органы:

- a) ЖКТ;
- b) нервной системы;
- c) суставы;
- d) мышцы.

Для полиомиелита не характерно при поражении мышц конечностей:

- a) симметричность;
- b) атония;
- c) арефлексия;
- d) атрофия.

При спинальной форме полиомиелита возможно:

- a) поражение дистальной группы мышц;
- b) поражение проксимальной группы мышц;
- c) нарушение чувствительности;
- d) симметричность поражения.

Спинальная жидкость при полиомиелите:

- a) не изменяется;
- b) цитоз более 1000;
- c) цитоз 2-3х значные цифры, представлен лимфоцитами;
- d) резко снижен сахар.

В инфекционном стационаре больной с полиомиелитом должен лечиться от начала болезни:

- a) 10 дней;
- b) 30 дней;
- c) 40 дней;
- d) 2 мес.

Наиболее частым возбудителем менингита у детей является:

- a) менингококк;
- b) пневмококк;
- c) стафилококк;
- d) палочка афанасьева-пфейфера.

К типичной форме менингококковой инфекции относится:

- a) менингококкцемия;
- b) молниеносный сепсис;
- c) гипертоксический;
- d) эндокардит.

Для менингококкового менингита характерно:

- a) острое начало болезни;
- b) отсутствие гиперестезии;
- c) цитоз 200, представлен лимфоцитами;
- d) сахар снижен в первые дни болезни.

При менингококкцемии сыпь:

- a) геморрагическая правильной формы;
- b) располагается больше на лице и туловище;
- c) появляется одномоментно;
- d) геморрагическая сыпь неправильной формы на ягодицах и на ногах.

Инкубационный период при менингококковой инфекции равен:

- a) 5 дней;
- b) 7-10 дней;
- c) 15 дней;
- d) 12 дней.

При тяжелой форме менингококковой инфекции не бывает:

- a) инфекционно-токсического шока
- b) токсикоза с эксикозом;
- c) отека мозга;
- d) судорожного синдрома.

Картина периферической крови при менингококковом менингите:

- a) лейкоцитоз, нейтрофилез, нормальная СОЭ;
- b) лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
- c) лейкопения;
- d) лейкоцитоз, с лимфоцитозом.

Поздним поступлением больного с менингококковым менингитом уже считается:

- a) 2-ой день болезни;
- b) 3-ий день;
- c) 4-ый день;
- d) 5-ый день.

Для менингита не характерно:

- a) гипертермия;
- b) головная боль;
- c) рвота;
- d) асимметрия лица, птоз.

Для менингококкового менингоэнцефалита не характерны следующие осложнения:

- a) гипертензионно-гидроцефальный синдром;
- b) декортикация;
- c) инфекционно-аллергический миокардит;
- d) отставание умственного развития.

Энцефалит первичного генеза:

- a) герпетический;
- b) коревой;
- c) краснушный;
- d) поствакцинальный.

Низкое содержание сахара в ликворе характерно для менингита:

- a) менингококкового;
- b) пневмококкового;
- c) туберкулезного;
- d) паротитного.

Белково-клеточная диссоциация в спинномозговой жидкости характерна для менингита:

- a) менингококкового;
- b) энтеровирусного;
- c) туберкулезного;
- d) стафилококкового.

Неблагоприятный исход болезни с сохранением остаточных явлений возможен при:

- a) среднетяжелой форме менингококцемии;
- b) менингите;
- c) менингоэнцефалите;
- d) носительстве.

Не относится к вторичным энцефалитам:

- a) коревой;
- b) ветряночный;
- c) клещевой;
- d) поствакцинальный.

Эпидемический энцефалит Экономо чаще бывает:

- a) до 3-х лет;
- b) 3-5 лет;
- c) 6-10 лет;
- d) 20-30 лет.

Назовите ведущий симптом эпидемического энцефалита Экономо:

- a) гипертермия;
- b) рвота;
- c) нарушение сна;
- d) парезы.

Поствакцинальный энцефалит развивается после введения:

- a) полиомиелитной вакцины;
- b) АДС-анатоксина;
- c) АКДС;
- d) БЦЖ-вакцины.

Головокружение, шаткая походка, атаксия чаще бывает при энцефалите следующей этиологии:

- a) менингококковой;
- b) коревой;
- c) ветряночной;
- d) поствакцинальной.

Для энцефалитов не характерно:

- a) наличие очаговой симптоматики;
- b) отсутствие очаговой симптоматики;
- c) менингеальные знаки;
- d) интоксикация.

Ветряночный энцефалит развивается при ветряной оспе:

- a) среднетяжелой;
- b) тяжелой;
- c) атипичной;
- d) при любой форме в/оспы.

Миалгия не характерна для:

- a) энтеровирусной инфекции;
- b) гриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) полиомиелита.

Для менингита энтеровирусной этиологии характерен:

- a) высокое содержание белка;
- b) цитоз больше за счет лимфоцитов;
- c) низкий сахар;
- d) цитоз нейтрофильного ряда.

Возбудители энтеровирусной лихорадки относятся в группу:

- a) РНК-содержащих вирусов;
- b) ДНК-содержащих вирусов;
- c) арбовирусов;
- d) риновирусов.

При лечении энцефалита, развивающегося на фоне ветряной оспы, не используется:

- a) антибактериальная терапия;
- b) серотерапия;
- c) кортикостероиды;
- d) витамины группы В.

Инкубационный период гриппа равен:

- a) 1-2 дня;
- b) 3-4 дня;
- c) 7 дней;
- d) 8-10 дней.

Изменчивость антигенной структуры характерна для вирусов:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) РС-вирусов;
- d) аденовирусов.

Наиболее часто дети ясельной группы болеют:

- a) гриппом;
- b) парагриппом;
- c) аденовирусной инфекцией;
- d) РС-инфекцией.

Вирусы гриппа обладают следующими свойствами, кроме:

- a) РНК-овые вирусы;
- b) эпителиотропны;
- c) тропны к РЭС-системе;
- d) нейротропны.

Миалгия характерна для:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) РС-инфекции.

Скудные катаральные явления характерны для:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) риновирусной инфекции.

Наиболее частый неотложный синдром гриппа:

- a) круп;
- b) нейротоксикоз;
- c) геморрагический синдром;
- d) обструктивный синдром.

Неотложный синдром, характерный для парагриппа :

- a) круп;
- b) нейротоксикоз;
- c) астматический синдром;
- d) обструктивный синдром.

Поражение всего респираторного тракта характерно для:

- a) гриппа;
- b) риновирусной инфекции;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) РС-инфекции;

Поражение РЭС системы характерно для:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) РС-инфекции.

После гриппа вырабатывается иммунитет:

- a) стойкий;
- b) нестойкий, типоспецифичный;
- c) пожизненный;
- d) не вырабатывается.

Для гриппа не характерно:

- a) высокая температура;
- b) длительная температура в течение недели;
- c) скудные катаральные явления;
- d) интоксикация.

Для лечения парагриппа с синдромом крупа II степени не показаны:

- a) кортикостероиды;
- b) антибиотики;
- c) пролонгированная интубация;
- d) кислород.

При какой продолжительности сохранения симптомов крупа I степени следует оценить как круп II степени и лечить как круп II степени:

- a) 1 сутки;
- b) более 1 суток;
- c) 2 суток;
- d) 3-5 дней.

Антибиотики широкого спектра не показаны при ОРВИ с синдромом крупа:

- a) I степени;
- b) II степени;
- c) III степени;
- d) II-III степени.

Кортикостероиды показаны уже при крупе:

- a) I степени;
- b) II степени;
- c) III степени;

Выберите наиболее часто используемый жаропонижающий препарат при ОРВИ:

- a) анальгин;
- b) ацетилсалициловая кислота;
- c) парацетомол;
- d) амидопирин;

Назовите препарат, который не относится к противовирусным препаратам:

- a) противогриппозный гаммаглобулин;
- b) РНК-за;
- c) ДНК-за;
- d) Антигриппин.

При нейротоксикозе чаще наблюдается температура:

- a) 37,5 градусов;
- b) 38 град.;
- c) 38-38,5 град.;
- d) 39 и выше.

Спинномозговая жидкость при гриппе с нейротоксикозом:

- a) без изменений;
- b) вытекает под давлением;
- c) цитоз 30-40;
- d) белок слегка повышен.

Осложнением аденовирусной инфекции не может быть:

- a) отит;
- b) бронхит;
- c) пневмония;
- d) энцефалит.

Нейротоксикоз не характерен для:

- a) гриппа;
- b) менингита;
- c) энцефалита;
- d) парагриппа.

Увеличение печени характерно для:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) РС-инфекции.

У ребенка 2-х лет острое начало болезни, T-39,5 , руки и ноги холодные, склерит, сухой редкий кашель. Ваш диагноз:

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) аденовирусная инфекция;
- d) риновирусная инфекция.

У Маши 4-х лет на 4-й день болезни повысилась T до 39 градусов, выражен насморк, кашель влажный, конъюнктивит, печень увеличена. Ваш диагноз?:

- a) грипп;
- b) корь;
- c) аденовирусная инфекция;
- d) риновирусная инфекция.

Начало болезни у Оли 6 мес. с редкого кашля, T - нормальная, на 2-ой день осиплость голоса и ночью появилось затрудненное дыхание. Ваш диагноз?:

- a) парагрипп, ларингит;
- b) парагрипп, стенозирующий ларингит (круп);
- c) аденовирусная инфекция; (круп)
- d) РС-инфекция (обструктивный синдром).

Нейротоксикоз тяжелее протекает и чаще развивается при ОРВИ у детей с отягощенным преморбидным фоном:

- a) анемией;
- b) гипотрофией;
- c) энцефалопатией;
- d) гиповитаминозом.

Для бронхиолита не характерно:

- a) обилие хрипов;
- b) асимметричность поражения;
- c) кашель;
- d) одышка.

У ребенка третий день болезни, сохраняется Т-38, лицо одутловатое, конъюнктивит, обильный насморк, крупная зернистость задней стенки глотки. Предварительный диагноз:

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) аденовирусная инфекция;
- d) РС-инфекция.

Какой симптом отличает продромальный период кори от аденовирусной инфекции:

- a) кашель;
- b) насморк;
- c) конъюнктивит;
- d) энантема.

Грипп отличается от других ОРВИ наличием:

- a) сезонности;
- b) эпидемий;
- c) типоспецифическим иммунитетом;
- d) кашлем.

Дольше персистируют в организме вирусы:

- a) гриппа;
- b) аденовирусы;
- c) РС-инфекция;
- d) Риновирусы.

Какой из указанных препаратов усиливает вязкость мокроты (сушит мокроту):

- a) термопсис;
- b) димедрол;
- c) терпингидрат;
- d) мукалтин.

Сыпь при гриппе бывает:

- a) геморрагическая правильной формы, мелкая;
- b) крупная геморрагическая с некрозами;
- c) пятнистая;
- d) пятнисто-папулезная.

Боли в животе не характерны для:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) энтеровирусной инфекции.

Оксалиновую мазь используют для профилактики гриппа у детей:

- a) до 1 мес.;
- b) 2-12 мес.;
- c) старше 3-х лет;
- d) 5-7 лет.

Какое осложнение скарлатины требует хирургического вмешательства:

- a) отит;
- b) некротическая ангина;
- c) аденофлегмона;
- d) миокардит.

Для митигированной кори не характерно:

- a) слабая интоксикация;
- b) не обильная сыпь;
- c) умеренные катаральные явления;
- d) Г. частое развитие тяжелой пневмонии;
- e) отсутствие пигментации или слабая пигментация.

Ребенку с массой тела 4 кг. и признаками умеренного обезвоживания для регидратации необходимо назначить ОРС в количестве:

- a) 100-200 мл.;
- b) 200-300 мл.;
- c) 300 мл.;
- d) 1000 мл.

Антибиотики не назначаются при:

- a) шигеллезе;
- b) сальмонеллезе;
- c) водянистых диарей;
- d) иерсиниозе;

Для поддерживающей регидратации ребенку с острой диареей в возрасте 3 мес. достаточно назначить ОРС в количестве:

- a) 50-100 мл после каждого стула;
- b) столько сколько хочет ребенок пить;
- c) 100-200 мл;
- d) до 1000 мл.

Персистирующая диарея-это диарея длительностью

- a) до 3 дней;
- b) свыше 14 дней;
- c) до 7 дней;
- d) 1-2 дня.

При инвазивных кишечных инфекциях лечение антибиотиками эффективно при назначении:

- a) внутримышечно;
- b) внутривенно;
- c) перорально;
- d) люмбально.

К какой группе ОКИ относятся шигеллез, сальмонеллез, иерсиниоз, эшерихиоз 2 категории?

- a) энтеропатогенной кишечной инфекции;
- b) персистирующей диареи;
- c) энтероинвазивной кишечной инфекции;
- d) секреторной диареи.

Для типичного шигеллеза характерно:

- a) гастроэнтеритный синдром;
- b) колитический синдром;
- c) диспепсический синдром;
- d) гепатолиенальный синдром.

Для шигеллеза характерен:

- a) синдром обезвоживания;
- b) гастритический синдром;
- c) синдром интоксикации;
- d) энтеритный синдром.

Курс этиотропной терапии легкой формы шигеллеза составляет:

- a) 5-7 дней;
- b) 7-10 дней;
- c) 3-5 дней;
- d) 15-16 дней.

Курс этиотропной терапии среднетяжелой формы шигеллеза составляет:

- a) 3-5 дней;
- b) 5-7 дней;
- c) 7-10 дней;
- d) 7-14 дней.

Курс этиотропной терапии тяжелой, осложненной формы шигеллеза составляет:

- a) 5-7 дней;
- b) 7-14 дней;
- c) 7-10 дней;
- d) более 21 дней.

В каком возрасте чаще встречается шигеллез у детей?

- a) раннего возраста;
- b) от 5 до 10 лет;
- c) от 1 года до 4 лет;
- d) в 12-14 лет.

Какой раствор является наиболее эффективным для оральной регидратации ОКИ?

- a) кипяченая вода;
- b) регидрон;
- c) рисовый отвар;
- d) отвар кураги.

Выберите препараты калия для парентерального применения:

- a) калий оротат;
- b) панангин;
- c) калий хлорид 7,5%;
- d) аспаркам.

Показанием для назначения антибиотиков при лечении кишечных инфекций является:

- a) кровь и слизь в стуле;
- b) жидкий водянистый стул;
- c) умеренная интоксикация;
- d) симптомы обезвоживания.

Бифидумбактерин назначается при:

- a) выраженной диарее;
- b) лактазной недостаточности;
- c) иммунодефицитном состоянии;
- d) дисбактериозе.

Сальмонелла тифимуриум чаще вызывает заболевание:

- a) у детей старшего возраста;
- b) у взрослых;
- c) у детей первого года жизни;
- d) у животных.

Стул при энтероколитной форме сальмонеллеза:

- a) жидкий, водянистый;
- b) жидкий, непереваренный;
- c) скудный, со слизью, прожилками крови;
- d) темно зеленый, со слизью и кровью.

Основным методом диагностики ОКИ, вызванных УПЭ, является:

- a) микроскопия кала;
- b) бактериологический метод исследования кала;
- c) количественный метод бактериологического исследования кала;
- d) биохимические исследования крови.

ОКИ, вызванные УПЭ прежде всего дифференцируют с:

- a) сальмонеллезом;
- b) вирусными диареями;
- c) дисбактериозом кишечника;
- d) персистирующими диареями.

Какой синдром характерен для ротавирусной инфекции?

- a) энтерит;
- b) энтероколит;
- c) гастроэнтерит;
- d) гастроэнтероколит.

Эшерихии 1 категории чаще вызывают заболевания у:

- a) детей старшего возраста;
- b) подростков;
- c) взрослых;
- d) детей раннего возраста.

Для эшерихиозов 1 категории характерен стул:

- a) скудный стул со слизью, прожилками крови;
- b) темно-зеленый стул со слизью и кровью;
- c) жидкий стул со слизью;
- d) частый жидкий, водянистый стул.

Выберите основной путь передачи стафилококковой инфекции у детей раннего возраста:

- a) контактно-бытовой;
- b) пищевой;
- c) воздушно-капельный;
- d) трансплацентарный.

Выберите основной путь передачи стафилококковой инфекции у детей старшего возраста:

- a) контактно-бытовой;
- b) воздушно-капельный;
- c) пищевой;
- d) парентеральный.

Стафилококковый энтерит, стафилококковый энтероколит чаще встречается у детей:

- a) старшего возраста;
- b) раннего возраста и новорожденных;
- c) от 2 до 4-х лет;
- d) в 10-12 лет.

Где обычно проводят оральную регидратацию при ОКИ без обезвоживания?

- a) дома;
- b) в пунктах оральной регидратации;
- c) в стационарах;
- d) в отделении РИТ.

Оральную регидратацию при ОКИ с умеренным обезвоживанием необходимо проводить:

- a) дома;
- b) в пунктах оральной регидратации;
- c) в стационарах;
- d) не проводят.

Эшерихиозы 1 категории относятся к следующей группе ОКИ:

- a) энтероинвазивной;
- b) энтеротоксигенной;
- c) персистирующей;
- d) энтеропатогенной.

К назокомиальной инфекции относятся:

- a) шигеллез;
- b) иерсиниоз;
- c) эшерихиозы;
- d) сальмонеллез.

Источниками сальмонеллеза являются:

- a) здоровые люди;
- b) больные люди и животные;
- c) люди не болеют;
- d) только люди.

Длительное бактерионосительство формируется при:

- a) шигеллезе;
- b) эшерихиозах;
- c) сальмонеллезе;
- d) протеозах.

При копрологическом исследовании у больных шигеллезом наиболее важны показания:

- a) наличие патологических примесей;
- b) цвета;
- c) запаха;
- d) ферментативные нарушения.

Основной принцип лечения энтероинвазивных кишечных инфекций:

- a) этиотропный;
- b) патогенетический;
- c) симптоматический;
- d) нетрадиционные методы лечения.

Ректороманоскопия у детей раннего возраста проводится при ОКИ:

- a) часто;
- b) никогда;
- c) редко;
- d) по показаниям.

В очаге кишечной инфекции не проводятся следующие мероприятия:

- a) только проветривание помещения;
- b) изоляция больного;
- c) карантин, обследование контактных;
- d) подача экстренного извещения в СЭС;
- e) заключительная дезинфекция.

Признаками гипокалиемии не являются:

- a) вялость ребенка, бледные кожные покровы;
- b) рвота;
- c) тахикардия;
- d) гипотония мышц;
- e) вздутие живота.

Срок хранения сухого регидрона составляет:

- a) срок хранения не ограничен;
- b) 1 год;
- c) 3 года;
- d) 5 лет.

Срок хранения разведенного регидрона составляет:

- a) 24 часа;
- b) 6 час;
- c) 36 час;
- d) 48 час.

Один порошок регидрона разводят в:

- a) 0.5 литре кипяченой воды;
- b) 1.5 литре кипяченой воды;
- c) 2.0 литрах кипяченой воды
- d) 1.0 литре кипяченой воды.

О наличии обезвоживания свидетельствуют следующие симптомы:

- a) глаза не западают;
- b) выраженная жажда;
- c) при плаче есть слезы;
- d) слизистые рта влажные;
- e) жидкость пьет нормально, жажды нет.

Ребенку 5 лет выставили диагноз острая дизентерия, легкая форма. Что необходимо сделать?

- a) оставить без лечения;
- b) оставить дома и не лечить антибиотиками;
- c) отправить на стационарное лечение;
- d) оставить дома и лечить антибиотиками.

При какой форме дисбактериоза преобладают аэробы?

- a) локализованная форма;
- b) 3 степени;
- c) 1 степени;
- d) 2 степени.

В копрограмме преобладают жирные кислоты. Ваш предположительный диагноз:

- a) дискинезия желчевыводящих путей;
- b) ферментопатия;
- c) дисбактериоз;
- d) токсикодистрофия.

У ребенка 9 мес. в грудном отделении 3 Д/Б на 5-й день стационарного лечения бронхита повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$, появился жидкий стул со слизью и зеленью. Ваш диагноз?

- a) дизентерия;
- b) сальмонеллез;
- c) эшерихиоз;
- d) иерсиниоз.

Какое исследование кала необходимо произвести для лабораторного подтверждения дисбактериоза кишечника?

- a) количественный метод бактериологического исследования;
- b) комплексное исследование;
- c) копрограмму;
- d) реакцию нейтрализации.

При обследовании контактных с дизентерийным больным в детском саду выявлен ребенок, который выделил дизентерийную палочку Зонне. Ваши действия?

- a) отправить на госпитализацию;
- b) лечить антибиотиками дома;
- c) можно не лечить вообще;
- d) повторить обследование кала.

Важным показателем в копрограмме при энтероинвазивных кишечных инфекциях является:

- a) нейтральный жир;
- b) крахмал, растительная клетчатка;
- c) лейкоциты и эритроциты в поле зрения;
- d) дрожжевые грибки.

У ребенка с диареей обнаружены признаки умеренного обезвоживания. Ребенок весит 5 кг. ему 8 месяцев. Какое количество ОРС необходимо ему дать в течении 4-х часов?

- a) 1000 мл.;
- b) 100 мл;
- c) 200-400 мл.;
- d) сколько хочет.

У ребенка 4-х месяцев с рождения неустойчивый стул. Неоднократно лечился в инфекционной больнице, получал антибиотики. На фоне лечения антибиотиками стул участился, приобрел неприятный запах, на слизистых полости рта творожистый налет. Какие препараты показаны ребенку в первую очередь?

- a) рифампицин;
- b) антигистаминные;
- c) бифидумбактерин;
- d) ферменты.

Мальчик 5 лет заболел остро – температура $39,2^{\circ}\text{C}$, частый жидкий стул со слизью, кровью, боли в животе. К какой группе кишечных инфекций относится данное заболевание?

- a) энтеротоксигенные кишечные инфекции;
- b) персистирующие диареи;
- c) вирусная диарея;
- d) энтероинвазивные кишечные инфекции.

У ребенка 1 мес. появился жидкий стул до 6 раз в сутки со слизью, $T=37,5^{\circ}\text{C}$. С рождения мокнет пупок, на голове фурункулез. О какой кишечной инфекции можно думать?

- a) дизентерии;
- b) эшерихиозе 1 категории;
- c) стафилококковом энтероколите;
- d) сальмонеллезе.

У Саши 4-х лет поднялась T до $37,5^{\circ}\text{C}$, появился жидкий стул со слизью и прожилками крови до 6 раз в сутки. Из кала выделена ЭПКПО 151. Какая кишечная инфекция у Саши?

- a) дизентерия;
- b) эшерихиоз 1 категории;
- c) эшерихиоз 2 категории (O151);
- d) эшерихиоз 3 категории.

В копрограмме у мальчика 6 лет обнаружено: слизь +++, лейкоциты 40-50 в п/зр., эритроциты 10-15 в п/зр. О какой кишечной инфекции можно думать?

- a) стафилококковый энтероколит;
- b) сальмонеллез;
- c) эшерихиоз 1-й категории;
- d) дизентерия.

У Люды 3-х мес. появился жидкий стул со слизью и водой, с неприятным запахом. При бак. исследовании из кала выделен протей мирабилис 1×10^8 мик. тел. Пролечена гентамицином, состояние улучшилось. В повторном анализе кала протей не обнаружен. Чем болеет Люда?

- a) дизентерия;
- b) протейный дисбактериоз;
- c) простая диспепсия;
- d) протейный энтероколит.

Какой возбудитель чаще всего циркулирует в отделении реанимации?

- a) синегнойная палочка;
- b) стафилококк;
- c) стрептококк;
- d) клебсиелла.

Генерализованные формы кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой чаще развиваются:

- a) у детей до 2-х мес.;
- b) 6-12 лет;
- c) старше 1 года;
- d) у школьников.

Какой синдром наиболее характерен при ротавирусной инфекции?

- a) гастрит;
- b) гастроэнтерит;
- c) гастроэнтерит;
- d) энтероколит.

При ОКИ какой этиологии отмечается гнилостный запах кала?

- a) стафилококковой;
- b) протейной;
- c) синегнойной;
- d) сальмонеллезной.

Стафилококковый гастроэнтерит чаще встречается у детей:

- a) раннего возраста и новорожденных;
- b) старшего возраста;
- c) с 2 до 4-х лет;
- d) в 3-4 года.

У больного с признаками обезвоживания, получавшего регидратационную терапию отмечается: резкое прибавление в весе, подъем T, пастозность голеней, выбухание большого родничка, увеличение печени, брадикардия, судороги. О чем это говорит?

- a) недостаточность регидратационной терапии;
- b) аллергическая реакция;
- c) суперинфекция;
- d) передозировка регидратационной терапии.

Семейная очаговость наблюдается при:

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГЕ.

Пути передачи ВГС:

- a) парентеральный;
- b) воздушно-капельный;
- c) контактно-бытовой;
- d) пищевой.

Для гепатита С характерно течение болезни:

- a) острое;
- b) затяжное;
- c) хроническое;
- d) частота гепатодистрофии.

Продолжительность инкубационного периода ВГС:

- a) 14-45 дней;
- b) 40-90 дней;
- c) 1 мес.;
- d) 1 - 2 года.

Гепатитом С чаще болеют:

- a) дети в возрасте 8-14 лет;
- b) взрослые;
- c) дети до года;
- d) дети от 2 до 7 лет.

Фульминантный гепатит не развивается у больных со следующими формами ВГ:

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГЕ у беременных;
- e) ВГД.

Сроки диспансеризации реконвалесцентов после ВГА и ВГЕ:

- a) 1 мес.;
- b) 3 мес.;
- c) 6 мес.;
- d) 12 мес.

Желтуха при ВГА держится:

- a) 1-7 дней;
- b) 10-12 дней;
- c) 14-30 дней;
- d) больше 1 мес.;

Каким путем не передается ВГ:

- a) воздушно-капельный;
- b) фекально-оральный;
- c) трансплацентарный;
- d) парентеральный;
- e) водный.

Исходы безжелтушной формы ВГА:

- a) выздоровление;
- b) смерть;
- c) хронический гепатит;
- d) цирроз печени.

Какова длительность преджелтушного периода при ВГА:

- a) 1-3 дня;
- b) 4-7 дней;
- c) 8-14 дней;
- d) 15-16 дней.

При каком из ВГ в крови обнаруживается HBsAg?

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГЕ;
- d) ВГС.

Какие изменения в периферической крови характерны для ВГ?

- a) лейкопения, лимфоцитоз;
- b) лейкоцитоз с нейтрофилезом;
- c) ускоренная СОЭ;
- d) лейкоцитоз с лимфоцитозом.

ВГА можно заразиться при контакте с:

- a) больным ВГА человеком;
- b) животными;
- c) при укусе комаров;
- d) больным ВГВ.

В желтушном периоде при ВГА характерны:

- a) лихорадка;
- b) желтушность кожи и склер;
- c) моча обычного цвета;
- d) окрашенный кал.

Каков исход ВГА?

- a) выздоровление;
- b) хронизация процесса;
- c) цирроз печени;
- d) первичный рак печени.

Случай ВГА в детском саду. Какие противоэпидемические мероприятия не надо проводить:

- a) изоляция больного;
- b) экстренное извещение;
- c) введение контактным гаммаглобулина;
- d) наблюдение за контактными.

Какие клинические проявления болезни отличают безжелтушную форму ВГ от желтушной?

- a) лихорадка;
- b) желтуха;
- c) диспепсические расстройства;
- d) увеличение печени.

В каком возрасте наиболее высока заболеваемость ВГА?

- a) до 1 года;
- b) от 1 года до 5 лет;
- c) от 3 до 10 лет;
- d) у взрослых.

Специфическими маркерами ВГА в остром периоде являются:

- a) HBsAg;
- b) HBcorAg;
- c) анти-ВГА IgM;
- d) анти-ВГА IgG.

Какие биохимические показатели необходимы для постановки диагноза ВГ в преджелтушном периоде:

- a) общий билирубин и его фракции;
- b) С-реактивный белок;
- c) трансаминазы;
- d) РСК.

При легких формах ВГ у больного будет:

- a) выраженная желтуха;
- b) умеренная интоксикация;
- c) рвота кофейной гущей;
- d) повышение уровня билирубина до 80 ммоль/л.

Какие из лабораторных показателей характеризуют нарушение пигментного обмена при ВГ?

- a) повышение уровня билирубина в сыворотке крови за счет прямой фракции;
- b) повышение уровня диастазы;
- c) снижение сулемовой пробы;
- d) повышение активности трансфераз.

Каковы основные симптомы интоксикации в желтушном периоде ВГВ?

- a) септическая лихорадка;
- b) снижение аппетита до анорексии, рвота;
- c) сильная головная боль;
- d) мышечные, суставные боли.

Маркерами ВГВ не являются:

- a) HBsAg;
- b) HBcorAg;
- c) HBe Ag;
- d) анти-ВГД IgM.

Выберите особенность, характерную для ВГЕ?

- a) чаще болеют дети до 14 лет;
- b) водные вспышки;
- c) отсутствие сезонности;
- d) спорадическая заболеваемость.

При тяжелой форме ВГВ у больного в желтушном периоде не характерно:

- a) повышение уровня билирубина до 80 ммоль/л;
- b) снижение сулемовой пробы до 1,4-1,6;
- c) повышение уровня билирубина свыше 170 ммоль/л;
- d) протромбиновый индекс 60% и ниже.

Какие лабораторные показатели определяют тяжесть гепатита?

- a) активность трансаминаз;
- b) протромбиновый индекс;
- c) уровень уробилина в моче;
- d) тимоловая проба.

В желтушном периоде необходимо дифференцировать ВГВ у детей до 6 месяцев:

- a) атрезией желчевыводящих путей;
- b) желчекаменной болезнью;
- c) первичным раком печени;
- d) анемией Минковского-Шофара.

Какие из ВГ не дают гепатодистрофии?

- a) ВГВ;
- b) ВГА;
- c) ВГЕ;
- d) ВГД.

Базисная терапия при ВГ включает в себя:

- a) режим и диету, наблюдение врача;
- b) антибиотикотерапию;
- c) гормоны;
- d) пероральную дезинтоксикацию.

Особенностями ВГЕ являются:

- a) частота болезни у детей до 1 года;
- b) отсутствие сезонности;
- c) "водные" вспышки;
- d) семейные вспышки.

Двухволновое течение желтушного периода характерно для:

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГД.

Больным и реконвалесцентам ВГ нельзя употреблять в пищу:

- a) кисломолочные продукты;
- b) отварное мясо;
- c) жаренное мясо;
- d) овсяную кашу "Геркулес".

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВГВ осуществляется в течение:

- a) 3 мес.;
- b) 6 мес.;
- c) 12 мес.;
- d) 2 лет.

При лечении среднетяжелой формы ВГА больному не назначаются:

- a) диета;
- b) гормоны;
- c) постельный режим;
- d) ферменты.

В преджелтушном периоде ВГА наиболее информативными являются следующие биохимические показатели:

- a) сулемовая проба;
- b) тимоловая проба;
- c) уробилин в моче;
- d) повышение активности трансфераз.

В лечении гепатодистрофии необходимо не используют:

- a) гормоны;
- b) ингибиторы протеаз;
- c) внутривенное введение растворов;
- d) цитостатики.

Не характерными для ВГЕ является:

- a) болевой синдром;
- b) астено-вегетативный синдром;
- c) гемоглобинурия;
- d) переход в хронический гепатит.

При стертой форме ВГ у больного не должно быть:

- a) увеличение печени;
- b) повышение активности трансфераз;
- c) длительной желтухи;
- d) снижения аппетита.

Какой ВГ не заканчивается гепатодистрофией?

- a) ВГВ;
- b) ВГА;
- c) ВГД;
- d) ВГЕ.

Врожденные ВГ могут не вызываться:

- a) цитомегаловирусом;
- b) ВГВ;
- c) вирусом ветряной оспы;
- d) вирусом краснухи.

Обязательна ли 100% госпитализация больных ВГА?

- a) да;
- b) нет;
- c) на усмотрение эпидемиолога;
- d) по желанию родителей.

Случай ВГА в пульмонологическом отделении детской больницы. Что не надо делать?

- a) изоляция больного в инфекционную больницу;
- b) заключительная дезинфекция;
- c) введение контактным гаммаглобулина;
- d) обследовать контактных.

Критериями тяжести ВГ являются:

- a) степень интоксикации и выраженность желтухи;
- b) темная моча;
- c) уровень щелочной фосфатазы;
- d) активность трансфераз.

Предвестниками гепатодистрофии не является:

- a) инверсия сна;
- b) увеличение размеров печени
- c) повторная рвота;
- d) нарастание желтухи.

Инкубационный период при ВГВ длится:

- a) до 45 дней;
- b) до 21 дня;
- c) от 45 до 180 дней;
- d) 30 дней.

Какой раствор лучше применять для дезинтоксикации при ВГ:

- a) Лактасоль;
- b) 10% раствор глюкозы;
- c) Полиглюкин;
- d) раствор Рингера.

Лабораторные показатели, характеризующие тяжесть гепатита:

- a) уровень билирубина;
- b) тимоловая проба;
- c) трансаминаза;
- d) щелочная фосфатаза.

Клинические критерии тяжести гепатита, кроме:

- a) геморрагический синдром;
- b) увеличение печени;
- c) снижение аппетита;
- d) степень желтухи.

Боли в животе в преджелтушном периоде ВГА обусловлены:

- a) дискинезией желчевыводящих путей;
- b) увеличением размеров печени;
- c) холециститом;
- d) холангитом.

Главное в диагностике безжелтушной формы ВГА:

- a) желтуха;
- b) гепатомегалия;
- c) темная моча;
- d) гиперферментемия.

Исходы ВГА:

- a) выздоровление;
- b) смерть;
- c) хронизация;
- d) цирроз печени.

Основной критерий отличия типичных форм ВГВ от атипичных:

- a) увеличение печени;
- b) увеличение селезенки;
- c) изменение цвета мочи и кала;
- d) желтушность кожи и склер.

Средняя продолжительность желтухи у больных ВГВ:

- a) 5-7 дней;
- b) 1-2 недели;
- c) 3-4 недели;
- d) 1-1,5мес.

Желчегонные препараты показаны при:

- a) при тяжелой форме ВГ;
- b) при легкой форме ВГ;
- c) атрезии желчевыводящих путей;
- d) с конца 2 недели желтушного периода среднетяжелой или тяжелой формы ВГ.

Обнаружение HBeAg свидетельствует о:

- a) активности процесса;
- b) инфицировании человека;
- c) выздоровлении;
- d) рецидиве ВГ.

Для стадии предвестников гепатодистрофии не характерна:

- a) тахикардия;
- b) инверсия сна;
- c) уменьшение размеров печени;
- d) уменьшение активности трансаминаз,

Склеры обычного цвета при:

- a) ВГ "В";
- b) ВГ "А";
- c) физиологической желтухе;
- d) каротиновой желтухе.

Повышение щелочной фосфатазы наблюдается при:

- a) ВГ;
- b) конъюгационной желтухе;
- c) атрезии;
- d) гемолитической болезни новорожденных.

Из биохимических анализов в преджелтушном периоде ВГВ информативен:

- a) тимоловая проба;
- b) сулемовая проба;
- c) активность трансаминаз;
- d) общий белок.

Австралийский антиген обнаруживается у больных с :

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГЕ;

Для преджелтушного периода ВГА характерно:

- a) постепенное начало болезни;
- b) отсутствие интоксикации;
- c) нормальные размеры печени;
- d) повышение трансаминаз.

Что не характерно для Д - гепатита:

- a) отечно-асцитический синдром;
- b) 2-х волновая желтуха;
- c) клинико-лабораторное обострение;
- d) протекает в средне тяжелой форме.

Этиотропным средством для лечения хронических гепатитов является

- a) эссенциале;
- b) альфа интерферон;
- c) контрикал;
- d) гормоны.

Высокая концентрация вируса гепатита В определяется в:

- a) в сыворотке крови;
- b) сперме;
- c) слюне;
- d) моче.

Максимальное выделение вируса гепатита А с фекалиями наблюдается в периоде:

- a) инкубационном;
- b) преджелтушном;
- c) желтушном;
- d) постжелтушном.

Обнаружение IgM-анти-HEV в сыворотке крови больного означает:

- a) перенесенный гепатит E в прошлом;
- b) повторную инфекцию гепатита E;
- c) острую форму гепатита E;
- d) хроническую форму гепатита E.

Иммунизация против гепатита В не снижает:

- a) хроническую инфекцию гепатита ВГД;
- b) острую инфекцию ВГВ среди детей;
- c) случаи рака печени;
- d) заболеваемость ВГС среди наркоманов.

В крови больного желтухой обнаружены (HBS-Ag (+); HBe-Ag (+)) Что это означает?

- a) недавнюю инфекцию гепатита В;
- b) перенесенную инфекцию в прошлом;
- c) может быть результатом введения иммуноглобулина для вакцинации;
- d) острую инфекцию гепатита В.

Не является показателем тяжелой септической скарлатины:

- a) $T=37,5-37,8^{\circ}\text{C}$;
- b) некротическая ангина;
- c) аденофлегмона;
- d) увеличение печени и селезенки.

О перенесенной скарлатине 2 недели назад не свидетельствует:

- a) сосочковый язык;
- b) шелушение кожи;
- c) белый дермографизм;
- d) пигментация.

Симптомами тяжелой токсической скарлатины не является:

- a) $T=40^{\circ}\text{C}$;
- b) нарушение сознания;
- c) мелкоточечная сыпь;
- d) резкая тахикардия;

Что не является начальными симптомами скарлатины:

- a) повышение температуры;
- b) рвота;
- c) дисфункция кишечника;
- d) головная боль.

У Оли 3-х лет повысилась Т до $37,8^{\circ}\text{C}$, кашель, насморк, конъюнктивит, на 5 день болезни Т повысилась до 40 и появилась сыпь за ушами и на лице. Ваш диагноз:

- a) аденовирусная инфекция;
- b) краснуха;
- c) корь;
- d) энтеровирусная экзантема.

Лечение краснухи:

- a) требует назначение противовирусных препаратов;
- b) антибиотиков;
- c) только в стационаре;
- d) симптоматическая терапия.

Какими инфекциями можно заболеть повторно:

- a) корью;
- b) краснухой;
- c) дизентерией;
- d) ветряной оспой;

На 10-й день от начала болезни у больного с ветряной оспой сохраняется

- a) корочки;
- b) зуд;
- c) пятна;
- d) везикулы.

Увеличение всех групп лимфоузлов характерно для следующих заболеваний:

- a) скарлатины;
- b) краснухи;
- c) инфекционного мононуклеоза;
- d) РС-инфекции.

Обструкция нижних дыхательных путей чаще выявляется при:

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) риновирусной инфекции;
- d) РС-инфекции.

Ринит выражен при:

- a) риновирусной инфекции;
- b) гриппе;
- c) кори;
- d) РС-инфекции.

При скарлатине кожа:

- a) сухая;
- b) влажная;
- c) зудящая;
- d) больше на разгибательной поверхности;

Для бульбарной формы полиомиелита характерно:

- a) наиболее часто встречающаяся форма полиомиелита;
- b) выражен препаралитический период;
- c) тяжелое течение, обусловленное локализацией поражения в жизненно важных центрах;
- d) может отсутствовать препаралитический период;

Отметьте первичные энцефалиты

- a) коревой;
- b) эпидемический энцефалит Экономо;
- c) ветряночный;
- d) краснушный.

Отметьте первичные энцефалиты

- a) коревой;
- b) краснушный;
- c) ветряночный;
- d) эпидемический энцефалит Экономо.

Контактные члены семьи по менингококковой инфекции:

- a) подлежат клиническому наблюдению в течение 10 дней;
- b) не наблюдаются;
- c) не подлежат бактериологическому обследованию;
- d) подлежат экстренной профилактике менингококковой вакциной.

К персистирующим инфекциям относятся:

- a) менингококковая инфекция;
- b) корь;
- c) герпетическая инфекция;
- d) аденовирусная инфекция.

У больного с ветряной оспой на 2-й день сыпи на коже не будет:

- a) пятна;
- b) папулы;
- c) везикулы;
- d) корочек.

На 10-й день от начала болезни у больного с ветряной оспой сохраняется

- a) зуд;
- b) пятна;
- c) везикулы;
- d) корочки.

Триада симптомов крупа не включает:

- a) кашель;
- b) насморк;
- c) осиплость голоса;
- d) затрудненное дыхание.

При типичной ветряной оспе не характерно:

- a) сыпь сопровождается зудом;
- b) сыпи не бывает на ладонях и подошве;
- c) сыпи не бывает на слизистой полости рта;
- d) может быть на волосистой части головы.

Синдром ангины не характерен для:

- a) кори;
- b) скарлатины;
- c) псевдотуберкулеза;
- d) инфекционного мононуклеоза.

При скарлатине кожа:

- a) влажная;
- b) гиперемирована;
- c) бледная;
- d) больше на разгибательной поверхности.

Для следующих заболеваний характерно увеличение всех групп лимфоузлов:

- a) скарлатины;
- b) псевдотуберкулеза;
- c) краснухи;
- d) РС-инфекции.

Выберите заболевания, с которыми следует дифференцировать токсическую форму дифтерии ротоглотки:

- a) ОРВИ;
- b) инфекционный мононуклеоз;
- c) корь;
- d) дизентерия.

Выберите эффективные антибактериальные препараты, применяемые для лечения коклюша:

- a) ампициллин;
- b) пенициллин;
- c) бисептол;
- d) левомицетин.

Что не характерно для коклюша у детей раннего возраста:

- a) частота апноэ;
- b) удлиняется период спазматического кашля;
- c) заболевание протекает, как правило, в тяжелой форме;
- d) не характерны осложнения.

Симптомы интоксикации отсутствуют при:

- a) кори;
- b) паротитной инфекции;
- c) коклюше;
- d) инфекционном мононуклеозе.

Дифференциальный диагноз в катаральном периоде коклюша чаще проводится с:

- a) ОРВИ;
- b) корью;
- c) скарлатиной;
- d) пневмонией.

Коклюш в периоде спазматического кашля не дифференцируют с:

- a) инородным телом бронхов;
- b) бронхиальной астмой;
- c) туберкулезным бронхоаденитом;
- d) пневмонией.

Отметьте типичные проявления коклюша у детей

- a) приступообразный (судорожный) кашель;
- b) лихорадка длительная;
- c) нет кашля;
- d) репризы не характерны.

Показателем тяжелой формы коклюша являются:

- a) короткие приступы кашля;
- b) продолжительные и частые приступы кашля;
- c) насморк;
- d) удовлетворительное общее состояние ребенка.

Отметьте схожие клинические признаки инфекционного мононуклеоза с дифтерией ротоглотки:

- a) насморк;
- b) увеличение всех групп л/узлов;
- c) налеты на миндалинах;
- d) увеличение печени и селезенки.

Отметьте клинические признаки инфекционного мононуклеоза

- a) отсутствие катаральных явлений;
- b) «малиновый язык»;
- c) конъюнктивит;
- d) гепатоспленомегалия.

Отметьте типичные изменения в крови при инфекционном мононуклеозе

- a) эозинофилия;
- b) гиперлейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом;
- c) наличие атипичных мононуклеаров;
- d) лейкопения.

Дифференциальный диагноз железистой формы паротитной инфекции часто проводят с:

- a) гнойным паротитом;
- b) ветряной оспой;
- c) скарлатиной;
- d) корью.

Отличительные признаки паротита вирусной этиологии от гнойных паротитов

- a) кожа над поверхностью околоушной железы натянута, но обычного цвета;
- b) кожа над пораженной железой гиперемирована;
- c) кожа над пораженной железой горячая на ощупь;
- d) определяется флюктуация.

Орхит может развиваться при следующих инфекционных заболеваниях:

- a) коклюш;
- b) паротитной инфекции;
- c) кори;
- d) скарлатине.

Дифтерия ротоглотки, локализованная форма характеризуется:

- a) отсутствием симптомов интоксикации;
- b) выраженные симптомы интоксикации;
- c) налеты фибринозного характера не выходящие за пределы миндалин;
- d) налеты фибринозного характера, выходящие за пределы миндалин.

Для токсической формы дифтерии ротоглотки не характерно:

- a) симптомы интоксикации значительно выражены;
- b) отек п/кожно жировой клетчатки шеи;
- c) редко развиваются осложнения;
- d) высок риск летального исхода.

Что не характерно для синдрома крупа при дифтерии:

- a) постепенным началом;
- b) острое начало;
- c) голос приглушенный затем афоничный;
- d) четко прослеживается переход от начального в стенотический, затем в стадию асфиксии.

Распространенная форма дифтерии ротоглотки характеризуется:

- a) не характерен отек слизистой ротоглотки;
- b) фибринозные налеты выходят за пределы миндалин;
- c) можно лечить без сыворотки;
- d) отек п/кожной клетчатки распространяется до ключицы.

Назовите характерные признаки менингита при паротитной инфекции:

- a) кашель;
- b) частый жидкий стул;
- c) "опоясывающие" боли в животе;
- d) ригидность затылочных мышц.

Выделите характерные признаки для типичной формы паротитной инфекции, паротита:

- a) увеличение околоушной слюнной железы;
- b) головная боль;
- c) кожные покровы над околоушной железой гиперемированы, горячие на ощупь;
- d) рвота.

Назовите признаки орхита, вызванного паротитной инфекцией:

- a) отек шеи;
- b) увеличение в размерах яичка;
- c) частый жидкий стул;
- d) подчелюстной лимфаденит.

Для псевдотуберкулеза характерно:

- a) мелкоточечная сыпь (симптом «перчаток, «носков»);
- b) насморк;
- c) кашель;
- d) отек шеи.

При псевдотуберкулезе может быть:

- a) энцефалит;
- b) менингит;
- c) артрит;
- d) плеврит.

В общем анализе крови при псевдотуберкулезе может быть:

- a) лейкопения;
- b) лейкоцитоз;
- c) анемия;
- d) лимфоцитоз.

При лечении инфекционного мононуклеоза запрещается применять:

- a) левомецетин;
- b) ампициллин;
- c) пенициллин;
- d) дезинтоксикационную терапию

Для типичного течения инфекционного мононуклеоза характерно:

- a) "храпящее" дыхание;
- b) ригидность затылочных мышц;
- c) везикуло-пустулезные высыпания;
- d) ринорея.

При гриппе не бывает:

- a) отита;
- b) миокардита;
- c) пареза мягкого неба;
- d) пневмонии.

Какой симптом отличает аденовирусную инфекцию от кори в катаральном периоде:

- a) повышение температуры тела;
- b) отечность век и конъюнктивит;
- c) одутловатость лица;
- d) энантема, пятна Филатова-Коплика.

Перечислите типичные клинические формы аденовирусной инфекции:

- a) фарингоконъюнктивальная лихорадка;
- b) панкреатит;
- c) геморрагический синдром;
- d) круп.

Характерные изменения в ликворе при гриппе с менингизмом:

- a) высокий цитоз;
- b) нормальный цитоз;
- c) высокий белок;
- d) нейтрофиллез.

Какие симптомы характерны для серозного менингита энтеровирусной этиологии:

- a) температура $36,6^{\circ}\text{C}$;
- b) сильная головная боль, рвота;
- c) судороги;
- d) очаговая неврологическая симптоматика.

Укажите типичные клинические симптомы риновирусной инфекции:

- a) интоксикация;
- b) ринорея;
- c) рвота;
- d) конъюнктивит.

Выберите клинические признаки синдрома крупа:

- a) афония;
- b) одышка инспираторная;
- c) влажный кашель;
- d) одышка экспираторная,

Укажите отличительные признаки характерные для синдрома крупа при ОРВИ от дифтерийного крупа:

- a) афония;
- b) рвота;
- c) катаральные явления;
- d) грубый лающий кашель,

Какие симптомы указывают на осложнение пневмонией ОРВИ:

- a) кашель
- b) отсутствие температуры;
- c) наличие инфильтративных теней на R-грамме;
- d) повышенная прозрачность легких на R-грамме.

Какие симптомы характерны для стеноза 1:

- a) грубый лающий кашель;
- b) афония;
- c) хрипы в легких;
- d) явления дых. недостаточности в покое.

Выберите признаки характерные для стеноза 2:

- a) влажный кашель;
- b) афония;
- c) олигоурия или анурия;
- d) одышка в покое.

Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать грипп в первую очередь:

- a) менингит;
- b) ветряная оспа;
- c) скарлатина;
- d) миокардит.

Выберите характерные симптомы для геморрагического синдрома при гриппе:

- a) носовые кровотечения;
- b) кровохаркание;
- c) кишечное кровотечение;
- d) желудочное кровотечение.

Перечислите принципы лечения стеноза 1 при ОРВИ:

- a) антибиотики парентерально;
- b) отвлекающая терапия;
- c) гормональная терапия;
- d) инфузионная терапия.

Какие симптомы не характерны для фарингоконъюнктивальной лихорадки при аденовирусной инфекции:

- a) фарингит;
- b) конъюнктивит;
- c) выраженные катаральные явления;
- d) кожный зуд.

Какие симптомы характерны для аденовирусной инфекции:

- a) косоглазие;
- b) резко выраженные катаральные явления;
- c) положительные менингеальные симптомы;
- d) кратковременное повышение температуры.

Поражение только верхнего отдела дыхательных путей типично для:

- a) гриппа;
- b) пневмонии;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) РС-инфекции.

Обструкция нижних дыхательных путей чаще выявляется при:

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) рс-инфекции;
- d) риновирусной инфекции.

Ринит выражен при:

- a) гриппе;
- b) коклюше;
- c) риновирусной инфекции;
- d) РС-инфекции.

К непаралитическому полиомиелиту относятся следующие формы:

- a) иннапарантная;
- b) бульбарная;
- c) спинальная;
- d) понтинная.

К паралитическому полиомиелиту относятся следующие формы:

- a) абортивная;
- b) иннапарантная;
- c) спинальная;
- d) менингеальная.

Серозный менингит характерен для:

- a) полиомиелита;
- b) Ніб инфекция;
- c) менингококковой инфекции;
- d) стафилококковой инфекции.

Выберите основные симптомы периферического паралича при полиомиелите:

- a) симметричность поражения;
- b) атрофия;
- c) мышечная гипертония;
- d) гиперрефлексия.

Для полиомиелита характерно развитие параличей:

- a) периферического;
- b) центрального характера;
- c) симметричных параличей;
- d) тетрапараличей.

Выберите характер параличей при полиомиелите:

- a) симметричный;
- b) тетрапарез;
- c) дистальный;
- d) проксимальный;

Выберите характерный ликвор при менингеальной форме полиомиелита:

- a) мутный;
- b) прозрачный, бесцветный;
- c) цитоз с преобладанием нейтрофилов;
- d) содержание белка резко повышено.

Серозный характер ликвора бывает при:

- a) менингококковом менингите;
- b) стафилококковом менингите;
- c) пневмококковом менингите;
- d) паротитной инфекции.

Сыпь при менингококкемии:

- a) пятнисто-папулезная;
- b) геморрагическая, локализуется на ягодицах, бедрах, неправильной формы;
- c) мелкоточечная;
- d) везикулезная.

Лечебная физкультура, массаж показаны больным при следующих стадиях полиомиелита:

- a) препаралитическая;
- b) паралитическая;
- c) стадия остаточных явлений;
- d) не показана ни в одной стадии.

Миалгия характерна для:

- a) синдрома Гийена-Барре;
- b) полиомиелит;
- c) детского церебрального паралича;
- d) миелита.

Дифференциальную диагностику менингококкемии проводят с:

- a) скарлатиной;
- b) геморрагическим васкулитом;
- c) энтеровирусной экзантемой;
- d) ветряной оспой.

Найдите отличительные симптомы менингококкемии от гриппа

- a) лихорадка;
- b) сыпь звездчатая, геморрагическая, возвышается над поверхностью кожи, возможны геморрагические некрозы;
- c) появляются обычно на 1-2 день болезни;
- d) часто наблюдаются носовые кровотечения.

Найдите характерные изменения со стороны периферической крови при менингококцемии

- a) анемия;
- b) гиперлейкоцитоз нейтрофильного характера;
- c) лейкопения;
- d) лимфоцитоз.

Бульбарные формы полиомиелита чаще приходится дифференцировать с :

- a) тяжелыми формами пневмонии;
- b) ботулизмом с нарушением дыхания;
- c) энцефалитом мозжечковым;
- d) энтеровирусной инфекцией.

Выберите локализованные формы менингококковой инфекции:

- a) менингококковый менингит;
- b) менингококковый назофарингит;
- c) менингококковый сепсис;
- d) менингококковый энцефалит.

Выберите эффективные антибиотики для лечения менингококковой инфекции

- a) пенициллин;
- b) доксициклин;
- c) тетрациклин;
- d) котримаксазол.

Для менингококкового менингита не характерно:

- a) острое начало;
- b) высокая лихорадка;
- c) высыпания на коже;
- d) положительные менингеальные знаки.

Диагноз бактерионоситель менингококка выставляется на основании:

- a) бактериальный высев менингококка из носоглотки;
- b) положительные менингеальные симптомы;
- c) выраженная интоксикация;
- d) развитие осложнений.

Не относится к вторичным энцефалитам:

- a) коревой;
- b) ветряночный;
- c) клещевой;
- d) поствакцинальный.

Головокружение, шаткая походка, атаксия чаще бывает при энцефалите следующей этиологии:

- a) коревой;
- b) ветряночной;
- c) краснушной;
- d) поствакцинальной.

К противосудоржным препаратам относятся, кроме:

- a) седуксен;
- b) реланиум;
- c) фенобарбитал;
- d) супрастин.

Для энцефалитов не характерно:

- a) отсутствие очаговой симптоматики;
- b) менингеальные знаки;
- c) головная боль;
- d) интоксикация.

Ветряночный энцефалит развивается при ветряной оспе:

- a) легкой форме;
- b) тяжелой;
- c) атипичной;
- d) при любой форме ветряной оспы.

Энтеровирусы ЭСНО и Коксаки поражают, кроме:

- a) кожу;
- b) мышцы;
- c) костно-суставной аппарат;
- d) лимфоузлы мезентеральные.

Миалгия не характерна для :

- a) энтеровирусной инфекции;
- b) гриппа;
- c) аденовирусной инфекции;
- d) полиомиелита.

При энтеровирусной инфекции не характерна следующая форма болезни с поражением нервной системы:

- a) менингит;
- b) энцефалит;
- c) энцефаломиокардит;
- d) паркинсонизм.

К тяжелым формам энтеровирусной инфекции не относятся:

- a) энтеровирусная лихорадка;
- b) менингит;
- c) энцефалит;
- d) энцефаломиокардит новорожденных.

Для менингита энтеровирусной этиологии характерен:

- a) высокое содержание белка;
- b) цитоз больше за счет лимфоцитов;**
- c) нормальный цитоз;
- d) цитоз нейтрофильного ряда.

Возбудители энтеровирусной лихорадки относятся в группу:

- a) РНК-содержащих вирусов;
- b) ДНК-содержащих вирусов;
- c) арбовирусов;
- d) микровирусов.

При лечении энцефалита, развивающегося на фоне ветряной оспы, не используется:

- a) серотерапия;
- b) кортикостероиды;
- c) витамины группы в;
- d) прозерин.

Внутрибольничное распространение характерно для вирусов:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) всех респираторных вирусов;
- d) аденовирусов.

Для вирусов гриппа не характерно :

- a) РНК-овые вирусы;
- b) эпителиотропны;
- c) тропны к РЭС-системе;
- d) нейротропны.

Чаще всего токсическим воздействиям на сосудистую стенку обладают вирусы:

- a) гриппа;
- b) парагриппа;
- c) аденовирусы;
- d) РС-вирусы.

Нижние дыхательные пути у детей до 6 мес. поражаются при

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) РС-инфекции;
- d) риновирусной инфекции.

Поражение только верхних отделов респираторного тракта не характерно при:

- a) гриппе;
- b) парагриппе;
- c) риновирусной инфекции;
- d) аденовирусной инфекции.

Наибольшая стойкость во внешней среде характерна для вирусов:

- a) гриппозных;
- b) парагриппозных;
- c) аденовирусов;
- d) риновирусов;

Для нейротоксикоза не характерна:

- a) судороги;
- b) бледная гипертермия;
- c) гиперестезия;
- d) асимметрия лица.

Какую из ОРИ пытаются приблизить к управляемым инфекциям:

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) РС-инфекцию;
- d) риновирусную инфекцию.

Выберите наиболее часто используемый жаропонижающий препарат при ОРИ:

- a) анальгин;
- b) ацетилсалициловая кислота;
- c) парацетомол;
- d) баралгин.

У ребенка 2-х лет острое начало болезни, $T-39,5^{\circ}\text{C}$, руки и ноги холодные, склерит, сухой редкий кашель. Ваш диагноз:

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) аденовирусная инфекция;
- d) риновирусная инфекция.

У Маши 4-х лет на 4-й день болезни повысилась T до 39 градусов, выражен насморк, кашель влажный, конъюнктивит, печень увеличена. Ваш диагноз:

- a) грипп;
- b) корь;
- c) аденовирусная инфекция;
- d) риновирусная инфекция.

Начало болезни у Оли 6 мес. редкого кашля T -нормальная, на 2-ой день осиплость голоса и ночью появилось затрудненное дыхание. Ваш диагноз :

- a) парагрипп, ларингит;
- b) парагрипп, стенозирующий ларингит (круп);
- c) аденовирусная инф (круп);
- d) РС-инф (обструктивный синдром).

Нейротоксикоз тяжелее протекает и чаще развивается при ОРИ у детей с отягощенным преморбидным фоном:

- a) анемией;
- b) гипотрофией;
- c) энцефалопатией;
- d) экссудативным диатезом.

Для бронхиолита не характерно:

- a) обилие хрипов;
- b) ассиметричность поражения;
- c) кашель;
- d) одышка.

У ребенка третий день болезни, сохраняется $T=38^{\circ}\text{C}$, лицо одутловатое, конъюнктивит, обильный насморк, крупная зернистость задней стенки глотки. Предварительный диагноз:

- a) грипп;
- b) парагрипп;
- c) аденовирусная инфекция;
- d) РС-инфекция.

Дольше персистируют в организме вирусы:

- a) гриппа;
- b) аденовирусы;
- c) РС-инфекция;
- d) риновирусы.

Нельзя оставлять без антибактериальной терапии следующую форму аденовирусной инфекции:

- a) ОРЗ;
- b) фарингоконъюнктивальная лихорадка;
- c) ангина;
- d) диарея.

Какой из указанных препаратов усиливает вязкость мокроты (сушит мокроту):

- a) термопсис;
- b) глюконат кальция;
- c) димедрол;
- d) мукалтин.

У Оли 3-х лет повысилась T до $37,8^{\circ}\text{C}$, кашель, насморк, конъюнктивит на 5 день болезни T повысилась до 40°C и появилась сыпь за ушами и на лице. Ваш диагноз:

- a) аденовирусная инфекция;
- b) краснуха;
- c) корь;
- d) аллергическая сыпь.

Контактные по кори должны наблюдаться:

- a) 11 дней;
- b) 17 дней;
- c) 21 день;
- d) 24 дня.

Какая из экзантем относится к числу внутриутробных инфекций:

- a) корь;
- b) краснуха;
- c) скарлатина;
- d) ветряная оспа.

Пузырей на слизистой мягкого неба не бывает при:

- a) ветряной оспе;
- b) простом герпесе;
- c) кори;
- d) ожоге.

Ребенку 2 года, $T=37,5^{\circ}\text{C}$, легкая гиперемия зева, увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов, на коже мелкая пятнистая сыпь. Ваш диагноз:

- a) корь;
- b) краснуха;
- c) энтеровирусная экзантема;
- d) скарлатина.

Неврологическое осложнение краснухи:

- a) неврит лицевого нерва;
- b) менингит;
- c) энцефалит;
- d) полирадикулоневрит.

Какие элементы сыпи не характерны для типичной ветряной оспы:

- a) папула;
- b) везикула;
- c) пустула;
- d) корочка.

Синдром крупа не характерен для:

- a) кори;
- b) скарлатины;
- c) дифтерии;
- d) гриппа.

Сыпь при ветряной оспе редко бывает на:

- a) волосистой части головы;
- b) лице;
- c) Туловище;
- d) Ладонях.

Более 1 месяца продолжается течение:

- a) кори;
- b) скарлатины;
- c) коклюша;
- d) паротитной инфекции,

При мононуклеозе не желательны назначения:

- a) антибиотиков;
- b) гормонов;
- c) УВЧ на области увеличенных шейных лимфоузлов;
- d) парацетамола.

Для мононуклеоза не характерно:

- a) затрудненное носовое дыхание;
- b) увеличение миндалин;
- c) обильный насморк;
- d) пастозность лица.

В очаге ветряной оспы не следует проводить:

- a) активную иммунизацию;
- b) карантин на контактных;
- c) изоляция больного;
- d) ежедневный осмотр контактных.

Увеличение лейкоцитов в крови не характерно:

- a) скарлатины;
- b) кори ;
- c) коклюша;
- d) менингококковой инфекции.

Для менингококцемии с развитием ИТШ 2 степени характерно следующее изменение со стороны кожи:

- a) гиперемия кожи;
- b) бледность кожи, мраморный рисунок, крупная геморрагическая сыпь на нижних конечностях;
- c) диффузный цианоз;
- d) мелкая геморрагическая единичная сыпь.

Для ИТШ 1 степени при менингококцемии характерно:

- a) повышение артериального давления;
- b) верхние границы нормы артериального давления;
- c) снижение артериального давления на половину;
- d) артериальное давление не определяется.

При менингококцемии с явлениями ИТШ 1 ст. сыпь:

- a) единичная геморрагическая правильной формы;
- b) мелкая геморрагическая, подсыпающая на глазах сыпь неправильной формы;
- c) единичная геморрагическая неправильной формы;
- d) крупная геморрагическая сыпь с некрозами на ягодицах и нижних конечностях.

Санация ликвора при вирусных менингитах бывает:

- a) через 7 дней;
- b) через 10 дней;
- c) через месяц;
- d) через 2 месяца.

Для отека мозга не характерны следующие симптомы:

- a) гиперемия лица;
- b) резкая бледность лица;
- c) усиление судорог;
- d) нарушение сознания.

При нейротоксикозе ликвор:

- a) прозрачный вытекает редкими каплями;
- b) прозрачный, вытекает частыми каплями или струей;
- c) цитоз 30-40 клеток;
- d) нейтрофиллез.

Против какой инфекции продолжают ревакцинировать до пенсионного возраста в плановом порядке:

- a) кори;
- b) коклюша;
- c) дифтерии;
- d) ВГ.

Для кори не характерны следующие симптомы:

- a) Интоксикация;
- b) пятнисто-папулезная сыпь;
- c) светобоязнь;
- d) мелкоточечная сыпь.

Основные симптомы типичной скарлатины в первые дни болезни:

- a) шелушение;
- b) гематурия;
- c) ангина;
- d) нормальная температура.

Особенностями эпидемических вспышек ГЕ являются:

- a) воздушно-капельный путь передачи;
- b) загрязнение источников водоснабжения;
- c) контактно-бытовой путь заражения;
- d) высокая семейная очаговость.

Какие гепатиты относятся к саморазрешающимся инфекциям:

- a) ГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГЕ у беременных.

В периферической крови больных вирусным гепатитом отмечаются следующие изменения:

- a) лейкоцитоз;
- b) анемия;
- c) нейтрофилез;
- d) лимфоцитоз.

Предвестниками гепатодистрофии являются:

- a) увеличение размеров печени;
- b) уменьшение размеров печени;
- c) нормальная температура тела;
- d) уменьшение желтухи,

ВГД могут заболеть:

- a) больные острым ВГВ;
- b) больные ВГС;
- c) больные ВГА;
- d) больные ВГЕ,

Для холестатического варианта ВГ характерны:

- a) выраженная интоксикация;
- b) кожный зуд, расчесы;
- c) высокий уровень общ.билирубина с преобладанием непрямой фракции;
- d) геморрагический синдром.

Врожденные гепатиты характерны для:

- a) цитомегаловирусной инфекции;
- b) кори;
- c) ветряной оспы;
- d) энтеровирусной инфекции.

Какой механизмы передачи не характерен для ВГ:

- a) воздушно-капельный;
- b) фекально-оральный;
- c) трансплацентарный;
- d) водный.

Исходы безжелтушной формы ВГА:

- a) выздоровление;
- b) молниеносная форма гепатита;
- c) хронический гепатит;
- d) цирроз печени,

Вирус какого гепатита называют "молчаливым убийцей"?

- a) ВГА;
- b) ВГВ;
- c) ВГС;
- d) ВГД.

Отметьте энтеральные гепатиты

- a) ВГВ;
- b) ВГС;
- c) ВГЕ;
- d) ВГД.

Этиотропным средством для лечения хронических гепатитов является

- a) альфа интерферон;
- b) контрикал;
- c) гормоны;
- d) токоферол.

Максимальное выделение вируса гепатита А с фекалиями наблюдается в периоде:

- a) инкубационном;
- b) преджелтушном;
- c) желтушном;
- d) реконвалесценции.

Хронический гепатит не характерен для:

- a) ВГВ;
- b) ВГС;
- c) ВГД;
- d) ВГЕ.

Обнаружение иммуноглобулина М анти НАV в крови больного желтухой означает:

- a) перенесенную инфекцию ВГА;
- b) острую инфекцию ВГА;
- c) могут сохраняться в течение 6 мес после перенесенной острой инфекции;
- d) могут сохраняться в течение всей жизни.

Хронический гепатит в 80% случаев развивается после перенесенного:

- a) ВГА;
- b) ВГЕ;
- c) ВГС;
- d) ВГД.

Варианты супер- или ко-инфекции встречаются при гепатите:

- a) ВГВ;
- b) ВГД;
- c) ВГС;
- d) ВГЕ.

ЗАДАЧА №1

Мальчик, 12 лет, летом отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения: отмечался кратковременный подъем температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, 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-белесоватый с плавающими хлопьями до 12 раз в сутки. Диурез снижен. Менингеальные знаки отрицательные.

Клинический анализ крови: Нв - 150 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$; ц.п. - 1; Лейк - $5,0 \times 10^9/\text{л}$; 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., эпителий 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. О каком заболевании следует думать?
2. К какому типу диарей относится это заболевание?
3. Основные противоэпидемические мероприятия, которые должен выполнить врач при выявлении такого больного?
4. Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза?
5. Есть ли показания для инфузионной терапии? Если да - напишите состав капельницы.

ЗАДАЧА №2

Девочка 9 месяцев с врожденным стридором. Заболела остро, с подъема температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в больницу.

При поступлении: температура $38,2^{\circ}\text{C}$, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД - 60 в минуту) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны (ЧСС – 100-130 ударов в мин.). Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое.

Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань – большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

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

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП. – 0,89, Лейк– $8,3 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 41%, э – 2%, л – 45%, м – 9%, СОЭ – 10 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Объясните патогенез развившегося синдрома.
3. Назначьте лечение.
4. Необходимые рекомендации при выписке больной из стационара.

ЗАДАЧА №3

Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39⁰С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3⁰С, веки отечны, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень +3,5 см. Селезенка +1,5 см. Стул оформленный.

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

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

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

Реакция иммунофлюоресценции: парагрипп (-), грипп (-), РС (-), Аденовир. (+)

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

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №4

Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3⁰С.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен, отмечались боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет.

Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы.

Положительная проба Ромберга.

В детском саду – несколько случаев ветряной оспы.

Анализ мочи общий - без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 25%, э - 3%, л - 65%, м - 5%; СОЭ - 7 мм/час.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз -303, из них нейтрофилов – 2%, лимфоцитов – 21%, белок – 0,165 г/л, сахар – в норме, реакция Панда – слабо положительная (+).

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного?
3. Оцените результаты лабораторных исследования.
4. Назначьте медикаментозное лечение.

ЗАДАЧА №5

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

При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза.

Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка – край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме.

В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалась рвота.

Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал.

Известно, что в семье у его бабушки в течение 3 недель отмечался кашель.

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

При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки – обнаружена палочка *Bordetella pertussis*.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $30,0 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 20%, л - 70%, м - 7%; СОЭ - 3 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз. Оцените тяжесть заболевания.
2. Назовите источник заражения.
3. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия.

ЗАДАЧА №6

Девочка 5 лет, заболела остро: с подъема температуры тела до 38°C , кашля, насморка.

В последующие три дня температура держалась, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось.

Однако на 8-й день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирована.

При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог.

На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая оболочка полости рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение суток.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление легочного рисунка.

Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз - 303, лимфоциты - 28%, нейтрофилы - 2%, белок - 0,165 г/л, сахара - нет.

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

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите причину появления неврологических симптомов.
3. Назначьте лечение.
4. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.

ЗАДАЧА №7

Мальчик 5 лет, доставлен в травмпункт с рваной раной левой щеки. Проведена обработка раны. Наложены швы. Через сутки у ребенка поднялась температура до 38⁰С, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. На следующий день температура 39⁰С. Гиперемия и отечность тканей увеличилась, из раны скудное отделяемое гнойного характера. На лице, туловище и конечностях - мелкоточечная, розового цвета сыпь, с преимущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык «сосочковый». Зев спокоен. Пальпируются увеличенные до 1см в диаметре переднешейные и околоушные лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание везикулярное.

ЧСС до 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см.

Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Взят посев отделяемого из раны, обнаружен патогенный золотистый стафилококк.

Общий анализ крови: Нб - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $20,0 \times 10^9/л$; п/я - 10%, с/я - 60%, л - 27%, м - 3%; СОЭ - 30 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
4. Назначьте общее и местное лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия.

ЗАДАЧА №8

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

Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки.

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

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

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

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,89, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /л; п/я - 8%, с/я - 13%, э - 1%, л - 40%, м - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз согласно классификации.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Оцените клинический анализ крови.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия

ЗАДАЧА №9

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39⁰С, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня – кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39⁰С. Артериальное давление – 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: Нь - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб - $170,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $17,0 \times 10^9$ /л; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ-30 мм/час.

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

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?
3. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции.
4. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА №10

Мальчик 8 месяцев, поступил в стационар на 2-й день болезни в крайне тяжелом состоянии.

Заболел остро: температура тела 38°C , повторная рвота, покашливал. Затем состояние ухудшилось, на теле появились геморрагические высыпания.

При поступлении: ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого цвета. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. Артериальное давление – не определяется. Живот умеренно вздут. Печень +1 см. Не мочится.

Данные дополнительных исследований:

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

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб - $137 \times 10^9/\text{л}$, Лейк - $17,2 \times 10^9/\text{л}$; п/я - 37%, с/я - 33%, э - 2%, л - 25%, м - 3%; СОЭ - 35 мм/час.

Методом «толстой» капли крови обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Подтверждают ли проведенные исследования диагноз?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

ЗАДАЧА №11

Девочка 2 лет, заболела остро, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, кашель. На следующий день кашель сохранялся, появилась осиплость голоса, одышка, на 3-й день болезни госпитализирована с диагнозом: ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани II степени.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок в 3 месячном возрасте перенес коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдался невропатологом по поводу энцефалопатии. Имел отвод от профилактических прививок до 1 года. В возрасте года вакцинирована АДС-М анатоксином (однократно).

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, голос сиплый, выражена инспираторная одышка, кашель беззвучный. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника. При вдохе отмечаются умеренные втяжения межреберных промежутков, эпигастрия.

Слизистые оболочки полости рта и зев чистые. В легких жестковатое дыхание, хрипов не слышно. Сердце – тоны несколько приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. Менингеальных знаков нет. Сознание ясное.

Через 30 минут отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появились потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс.

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

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

КОС: рН - 7,26, PCO_2 - 48,5 мм рт.ст., ВЕ -/ - 4,22 мэкв/л, PO_2 - 55,3 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Нв - 153 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП -1,0, Лейк - $9,6 \times 10^9$ /л; п/я - 6%, с/я - 70%, б - 1 %, л - 18%, м - 5%; СОЭ - 15 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования позволят уточнить этиологию заболевания?
3. Характеристика возбудителя.
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. При каких условиях ребенок может быть выписан из стационара?

ЗАДАЧА №12

Ребенок 6 лет, заболел остро с повышением температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре участковым врачом: температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, увеличение и болезненность шейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию.

При осмотре ротоглотки: выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка – не увеличены.

Общий анализ крови: Нб - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк - $6,3 \times 10^9/\text{л}$; п/я - 1%, с/я - 30%, э - 5%, л - 53%, м - 3%; плазматических клеток - 8, СОЭ - 12 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова этиология предполагаемого заболевания?
3. Чем обусловлено появление сыпи при данном заболевании?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 13

Девочка 8 лет, заболела остро с подъема температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$. Отмечалась общая слабость, плохой аппетит, тошнота, боли в правой подвздошной области, сыпь на теле.

В клинике на 3-й день болезни состояние расценено как среднетяжелое.

При осмотре: определялись одутловатость и гиперемия лица и шеи. Язык обложен белым налетом, на участках очищения – малиновый. На коже внизу обильные высыпания расположены вокруг крупных суставов, в области кистей рук и стоп.

В легких и сердце без отклонений. Живот умеренно вздут. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Печень пальпируется на 1,5-2,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение 5 дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

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

Маркеры вирусных гепатитов: не обнаружены.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк - $9,5 \times 10^9/\text{л}$; п/я - 7%, с/я - 52%, э - 3%, л - 35%, м - 3%; СОЭ - 30 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования позволят уточнить этиологию заболевания?
3. Оцените показатели функциональных печеночных проб.
4. Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия.

ЗАДАЧА № 14

Мальчик 3-х месяцев, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсокозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г. Родился в асфиксии. В родильном доме получал инфузионную терапию, в/м инъекции.

Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 3-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, единичные геморрагические высыпания на лице и шее.

При поступлении: состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен. Число дыханий 60 в минуту, пульс – 160 ударов в мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

На третий день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций. Рвота «кофейной гущей». Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились до 0,5 см.

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

Вирусные маркеры: HBsAg - не обнаружен, anti-HBcorIgM - обнаружены, anti-HDV IgM - обнаружены, РНК HDV - обнаружена.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какой дополнительный биохимический тест необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Оцените приведенные данные биохимического анализа крови.
4. Оцените маркерный спектр.
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №15

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

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

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 80 мкмоль/л, конъюгированный - 50 мкмоль/л, АЛАТ - 1100 Ед/л, АсАТ - 830 Ед/л, тимоловая проба - 22 ед.

Вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HAV IgM (+).

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.

ЗАДАЧА № 16

При осмотре ребенка 6 месяцев в приемном покое кишечного отделения отмечалось беспокойное поведение, плач, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, бледность кожи с "мраморным сосудистым" рисунком, сухость слизистых оболочек, сниженный тургор кожи, запавший большой родничок, блеск глаз, тахикардия, снижение диуреза, рвота после питья.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш предварительный диагноз на основании осмотра ребенка.
2. Лечение больного
3. Расчет количества жидкости для регидратации за сутки.

ЗАДАЧА №17

Ребенок 8 лет почувствовал недомогание, озноб, боль в горле при глотании, тошноту, сопровождающуюся рвотой. Болен 2-ой день. При осмотре – кожа сухая, щеки ярко гиперемизированы, бледный носогубный треугольник. На коже туловища и конечностях мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, более насыщенная на сгибательных поверхностях конечностей, внизу живота, в естественных складках кожи. Язык обложен белым налетом, миндалины гиперемизированы, отечны. В лакунах экссудат желтоватого цвета. Подчелюстные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре, плотные болезненные. Температура – $38,7^{\circ}\text{C}$. Тоны сердца звучные. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: лейкоцитоз нейтрофильного характера, СОЭ – 27 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические признаки позволят исключить другие сыпные инфекции?
3. Какие осложнения возможны при этом заболевании?

ЗАДАЧА №18

Девочка 4,5 года, посещающая детский сад, заболела остро: температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, снижение аппетита, беспокойство. К концу первых суток отмечена полиморфная сыпь папулы, везикулы и корочки на лице, волосистой части головы, туловище. В последующие дни отмечались новые подсыпания, которые сопровождались новыми подъемами температуры. В семье есть еще один ребенок 2 лет.

ЗАДАНИЕ.

1. Клинический диагноз
2. Ваша тактика как участкового врача при выявлении такого больного?
3. Какие бактериальные осложнения чаще возникают при этом заболевании?

ЗАДАЧА №19

Ребенок 3-месячного возраста болен в течение недели. После умеренных катаральных явлений и покашливания появились периоды апноэ вне приступов кашля, продолжительностью 1-2 минуты, сопровождающиеся общим цианозом, вялостью, судорогами и кратковременной потерей сознания.

ЗАДАНИЕ.

1. Какие эпидемиологические данные помогут Вам в постановке диагноза?
2. Какие лабораторные данные подтвердят предполагаемый диагноз?
3. Какая антибактериальная терапия показана?
4. Какая патогенетическая терапия показана?

ЗАДАЧА №20

В группе детского сада отмечается повторный случай коклюша, у остальных детей в ряде случаев наблюдаются катаральные явления кашель.

ЗАДАНИЕ.

1. Какие мероприятия целесообразно провести в целях предупреждения распространения инфекции?
2. На какие симптомы, характерные для коклюша, должны обратить внимание воспитатели и родители детей, контактировавших с заболевшими?
3. Имеет ли значение в данной ситуации анализ прививочного календаря детей, посещающих детский сад?

ЗАДАЧА №21

Ребенок 6 месяцев болен 3-й день: затруднённое дыхание, покашливает, температура 37,4⁰С. Ночью состояние ухудшилось – появился грубый лающий кашель, осиплость голоса, одышка с тяжёлым втягиванием грудной клетки на вдохе при беспокойстве ребенка.

ЗАДАНИЕ.

1. Причина ухудшения состояния ребенка?
2. Имеются ли показания к экстренной госпитализации больного и каким транспортом?
3. Наметьте план терапевтических мероприятий.

ЗАДАЧА №22

Ребенок 1,5 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение многопрофильной больницы с диагнозом: ОРВИ. Состояние тяжелое, температура 38,0⁰С, бледен, выражена инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением уступчивых мест грудной клетки, пероральный цианоз, грубый лающий кашель, осиплость голоса. Врачом приемного отделения назначено: обильное питье, ингаляции с гидрокортизоном, щелочные, озокерит на переднюю поверхность шеи, увлажненный кислород, внутривенные вливания глюкозосолевых растворов с преднизолоном, коргликоном.

ЗАДАНИЕ.

1. Обсудите правильность поставленного диагноза.
2. Каковы критерии тяжести синдрома крупа?
3. Оцените назначенную терапию.

ЗАДАЧА №23

Больной 16 лет, заболел вечером 1 апреля, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти сзади, боли при открывании рта, слабость. Госпитализирован.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7⁰С. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, 6х6 см, округлой формы, тестоватой консистенции, не связана с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки чистая, не гиперемирована. Пульс - в 86 в минуту. АД – 110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, густо обложен белым налетом. Востальном без особенностей. В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась 5 апреля. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. Отмечено появление боли над пупком, диастаза мочи– 512 ЕД. 7 апреля появился озноб, температура 39,1⁰С, головная боль, ноющая боль в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 3раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте объяснение повышению диастазы мочи.
3. Что случилось с больным на 6-й день болезни?
4. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА №24

Мальчик 3,5 года заболел остро: повысилась температура до 39°C , появились жалобы на головную боль, вялость, снижение аппетита. На второй день заболевания появилась припухлость околоушной области слева, мочка приподнята, кожа напряжена, лоснящаяся, не гиперемирована. Слизистые губ и полости рта сухие. Катаральных явления нет. На третьи сутки появилась рвота, боли в животе без четкой локализации. Ребенок госпитализирован по поводу болей в животе.

ЗАДАНИЕ.

1. Какова Ваша тактика ведения больного в роли врача приемного отделения?
2. Проведите дифференциальный диагноз с банальным лимфаденитом.
3. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге заболевания?

ЗАДАЧА №25

Больной студент, 16 лет. 18 сентября отметил появление кашля и насморка, повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$. В поликлинике поставлен диагноз "ОРЗ лечился аспирином, этазолом. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, после приема таблеток этазола была рвота, стал ощущать тошноту тяжесть верхнем отделе живота. Температура повысилась до 38°C . При повторном осмотре врачом 22 сентября выявлены: обложенность языка, вздутие болезненность живота в верхнем отделе. С диагнозом "пищевая токсикоинфекция" был госпитализирован. В приемном отделении: отмечена небольшая желтушность кожи, цвет мочи темный. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2-3 см, чувствительная при пальпации. Селезенка также пальпировалась. Пульс - 52 в минуту, АД - 100/60 мм.рт.ст. Из анамнеза выяснилось, что заболели еще два человека, бывшие вместе с заболевшим в туристической поездке.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что говорит против пищевой токсикоинфекции?
3. Какие лабораторные методы следует применить для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА №26

Больная 12 лет обратилась к врачу поликлиники с жалобами на ознобы, температуру выше 39⁰С, выраженную слабость, сильные боли в горле при глотании, затрудненное носовое дыхание. Заболела остро 9 дней назад с повышения температуры до 38⁰С, затем появились боли в шее при движении головой. Через 2 дня заметила увеличение шейных лимфоузлов, их болезненность. Вчера появилась сильная боль в горле при глотании, ломота в теле, боль в суставах, температура 39,5⁰С, не могла проглотить слюну, стало трудно дышать, боль в шее усилилась. Вызванный врач направил больную в инфекционную больницу с подозрением на дифтерию. При осмотре в приемном отделении: кожа бледная, дыхание затруднено, дышит ртом. ЧД - 20 в минуту. Конфигурация шеи резко изменена за счет увеличенных (до 2,5 см) передне- и заднешейных лимфоузлов, больше справа. Лимфоузлы болезненны, эластичны, подвижны. Тризм жевательной мускулатуры. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, миндалины увеличены до 2-й степени. Отека слизистой нет. В лакунах миндалин гнойный налет. Небная занавеска подвижна. Пульс - 100 в минуту. АД -120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка увеличены, пальпируются. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие главные диагностические критерии?
3. Что ожидается в анализе крови.

ЗАДАЧА №27

Ребенок 1 года 5 месяцев заболел ОРВИ. Помимо катаральных явлений в зеве у него возникла одышка экспираторного характера с удлинённым выдохом, непостоянные разнокалиберные влажные и свистящие сухие хрипы в легких. Диагностирован обструктивный бронхит.

ЗАДАНИЕ.

1. Какие особенности дыхательной системы маленького ребенка способствуют частому возникновению подобного осложнения ОРВИ?
2. Какие лечебные мероприятия Вы порекомендуете?
3. Какие рекомендации по уходу и организации режима и питания Вы дадите матери?

ЗАДАЧА №28

Ребенок 3 месяцев заболел остро: температура $38,7^{\circ}\text{C}$, слизистые выделения из носа. На 3-й день состояние резко ухудшилось: одышка с участием вспомогательной мускулатуры до 90 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. Над легкими коробочный оттенок перкуторного тона, при аускультации масса мелкопузырчатых хрипов и крепитация с обеих сторон - "влажное" легкое.

ЗАДАНИЕ.

1. Диагноз?
2. Что свидетельствует против пневмонии?
3. Какова тяжесть дыхательной недостаточности?
4. Наметьте план ведения больного.

ЗАДАЧА №29

Мальчик, 2 года 6 месяцев, поступил в стационар в тяжелом состоянии. Болен 4-й день, высоко лихорадит с 1-го дня болезни. Объективно: состояние тяжелое, температура 39°C , обильные выделения из носа, правосторонний гнойный конъюнктивит, сухой кашель с высоким "спастическим" обертоном. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника. ЧД - 48 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры, усиливающимися при беспокойстве, "дистанционные" хрипы, синдром "клокотания" при аускультации. ЧСС - 140 в минуту.

ЗАДАНИЕ.

1. Предположите этиологию заболевания у данного больного.
2. Как оценить изменения в легких?
3. Изложите принципы терапии заболевания.

ЗАДАЧА №30

Мальчик блет заболел остро весной после съеденного капустно морковного салата. Повысилась температура до $39,0^{\circ}\text{C}$, появился озноб, головная боль, разжиженный стул, рвота. На второй день возникли боли в правой подвздошной области, выявлен лейкоцитоз, симптомы раздражения брюшины. На 3й день болезни появилась скарлатиноподобная мелкоточечная сыпь.

ЗАДАНИЕ.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Следует ли оперировать больного в такой ситуации?
3. Какой антибиотик целесообразно назначить больному в послеоперационном периоде?
4. Является сыпь проявлением данного заболевания или это аллергическая сыпь?
5. Какое лабораторное обследование показано для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА №31

Девочка 3 года, страдающая экссудативно катаральным диатезом, посещает детский сад, заболела остро: повышение температуры до 38,5⁰С, насморк, сухой кашель. Участковый врач диагностировал ОРВИ, назначил бисептол, микстуру от кашля, нафтизин. На 4-й день болезни температура снизилась. Однако, несмотря на проводимую терапию на 5-й день усилился кашель, насморк, появилась светобоязнь, температура до 38⁰С. При осмотре: одутловатость лица, гиперемия конъюнктивы, ринит, зернистость зева, шероховатость и гиперемия слизистой щек и десен, мелкие серовато-белые высыпания напротив коренных зубов. На коже лица и за ушами пятнисто-папулезная сыпь, крупная, на неизменном фоне. К концу 3-х суток от момента высыпания сыпь распространилась по всему телу.

ЗАДАНИЕ.

1. Какие основные клинические признаки Вы положите в основу диагноза?
2. В какие периоды и по каким системам и органам можно ожидать осложнения при данном заболевании?
3. Выступая в роли врача детского учреждения интернатного типа какие Ваши действия в отношении контактных детей?

ЗАДАЧА №32

Ребенку 10 суток. Госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом ОРВИ. Рожден от I беременности, масса тела при рождении 3300 г, к груди приложен через 6 часов. Выписан из роддома на 6-те сутки. В роддоме были случаи сальмонеллеза. Сегодня повысилась температура до 39⁰С. Дважды была рвота. Стул 8 раз в сутки, кашицеобразный с примесью зелени, слизи.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,4⁰С. Кожа, слизистые оболочки чистые, бледные. Большой родничок 2x2 см, впалый. ЧД - 46 в минуту, носом дышит свободно, в легких - пуэрильное дыхание. ЧСС - 152 в мин., сердцебиение ритмичное, тоны приглушены. Живот при пальпации болезнен, поддут. Во время осмотра кал грязно-зеленый с большим количеством слизи. Через 3-е суток у ребенка диагностирован гнойный гонит.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте ориентировочный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
3. Какие исследования подтвердят Ваш диагноз?

ЗАДАЧА №33

Больная Г. 5,5 лет. Заболела остро: повысилась температура до 38,0⁰С. Жалуется на боли в животе, тошноту, была повторная рвота с большим количеством жидкости, сниженный аппетит, учащенные до 10 раз испражнения. Кожа бледная, слизистая губ сухая, язык обложен белым налетом. ЧСС - 116 в мин., ЧД - 26 в мин. Живот вздут, болезнен в области пупка, при пальпации отделов толстой кишки урчит, кишечные шумы выслушиваются на расстоянии. Печень на 1 см выступает из-под реберной дуги. Испражнения водянистые, пенистые, в большом количестве, напоминают рисовый отвар. При вирусологическом исследовании испражнений выделен ротавирус.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какой вид диареи вызывает выделенный возбудитель?
4. Перечислите принципы лечения.

ЗАДАЧА №34

Ребенок 10 мес. заболел 4 дня назад: повысилась температура до 37,5⁰С, была рвота 2 раза в сутки, отказывается от еды, стал вялым, капризным. Все предыдущие дни температура держится на фебрильных цифрах, не ест, ежедневно повторяется рвота, значительно снизилась масса тела. Кал 6-8 раз в сутки, водянистый, с примесью слизи. Обратились в инфекционную больницу. Объективно: состояние ребенка тяжелое, температура 38⁰С, выраженные вялость, дряблость, сухость и "мраморный" рисунок кожи, черты лица заострены, голос хриплый, слизистые оболочки ротовой полости сухие, тахикардия до 160 в мин., ослабленные тоны сердца, тахипноэ до 46 в мин., живот вздут, при пальпации болезнен.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какая инфекция может вызвать такую клинику?
3. Назначьте план обследования больного.

ЗАДАЧА №35

Мальчик 2 лет вступает в инфекционную больницу с жалобами на повторную рвоту, повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, жидкий стул 4 раза грязно-зеленого цвета со слизью, вялость. При осмотре в приемном отделении больной потерял сознание, наблюдались клонико-тонические судороги. Общее состояние тяжелое. Бледность кожи, цианоз губ. Наблюдается ригидность мышц затылка. Зрачки реагируют на свет, сухожильные рефлексы угнетены. Тоны сердца громкие, 140 за 1 минуту, температура $39,5^{\circ}\text{C}$. Живот мягкий, вздут. Урчание при пальпации по ходу толстой кишки, болезненность. Анус сомкнут. Испражнения жидкие, грязно-зеленого цвета, зловонные, со слизью и кровью.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования.
3. Принципы лечения.

ЗАДАЧА № 36

Мальчик 8 лет. Преморбидный фон не отягощен, рос и развивался соответственно возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес в 3 года корь и в пять лет – паротитную инфекцию. Госпитализирован на второй день болезни в состоянии средней степени тяжести с диагнозом «Грипп». Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39,2⁰С, сильной головной боли, повторной рвоты, болей в груди. При поступлении в стационар обращали на себя внимание: мальчик вялый, в контакт вступает неохотно. Кожные покровы гиперемированы, склеры инъецированы. При осмотре зева отмечалась гиперемия дужек, мягкого неба, зернистость задней стенки глотки, на небных дужках обнаружены единичные везикулы, окруженные венчиком гиперемии. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. Носовое дыхание сохранено. Дыхание поверхностное, учащено, аритмичное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные; границы сердца не расширены. Живот мягкий, безболезненный. Отмечалась ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положительный, сухожильные рефлексы повышены. Кроме того, в первые часы пребывания ребенка в стационаре наблюдалось два приступа острейших болей в груди, во время которых ребенок покрывался холодным потом. Каждый приступ длился 10 – 12 минут.

При люмбальной пункции в день поступления ликвор вытекал под высоким давлением, был прозрачный; реакция Пандислабо положительная, цитоз 277 клеток в 1 мкл (преобладали нейтрофилы), белок 0,33 г/л, сахар 2,7 ммоль/л.

После пункции состояние мальчика стало значительно лучше – уменьшилась головная боль, рвота прекратилась. На третий день болезни температура нормализовалась, приступы болей в груди не повторялись, менингеальные симптомы стали отрицательными, на небных дужках на месте везикул образовались поверхностные эрозии с венчиком гиперемии.

Общий анализ крови на третий день болезни:

Эр – 3,7 x 10¹²/л, Нв – 136 г/л, ц.п – 1,0, Лейк – 10,1 x 10⁹/л, э – 2%, п – 2 %, с – 65 %, лимф – 16%, м – 5%, СОЭ - 21 мм/ч.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз с указанием формы, тяжести и течения заболевания.
2. Какие лабораторные данные помогли в постановке диагноза?
3. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Показания к госпитализации. Принципы лечение.

ЗАДАЧА №37

В инфекционное отделение детской городской больницы поступил мальчик 4 лет. Врач при осмотре больного отметил, что ребенок без сознания, температура $38,9^{\circ}\text{C}$, пульс 120 ударов в минуту. Наблюдается ригидность мышц шеи. В отделении была сделана спинномозговая пункция. При пункции ликвор вытекал под давлением, был мутный, при микроскопии были обнаружены граммотрицательные бобовидные диплококки.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите таксономическое положение предполагаемого возбудителя данного заболевания, опишите его морфологические и культуральные свойства.
2. В каких клинических формах может протекать инфекция, чем можно объяснить многообразие клинических форм?
3. Лечение

ЗАДАЧА № 38

Участковый педиатр был вызван к 7 летнему больному ребенку. Ребенок жалуется на высокую температуру, слабость головную боль, боль при глотании. При осмотре больного врач отметил – на лице бледный носогубный треугольник; на коже живота, ягодиц, внутренних поверхностях рук и ног - мелкоочечная ярко-красная сыпь; язык ярко-красный, миндалины увеличены и гиперемированы.

ЗАДАНИЕ.

1. Клинический диагноз
2. Перечислите методы лабораторной диагностики, применяемые при данном заболевании
3. Лечение

ЗАДАЧА № 39

В бактериологическую лабораторию врач направил пробу фекалий двухлетнего ребенка, у которого отмечались высокая температура, общая слабость, боли в животе, частый и обильный жидкий стул. Предварительный диагноз: “Острая кишечная инфекция”. Результаты показали, что у ребенка выделена культура *E.coli*. штамм O111 K58.

ЗАДАНИЕ.

1. Верно ли выбрал врач клинический материал и метод исследования? Назовите этапы исследования и применяемые питательные среды.
2. Чем отличаются энтеропатогенные эшерихии от условно- патогенных?
3. Перечислите 5 категорий диареогенных эшерихий. Какие клинические проявления характерны для каждой из этих групп?
4. Эшерихии, какой категории, по Вашему мнению, вызвали заболевание у ребенка? Опишите тип взаимодействия возбудителя с клетками эпителия кишечника.

ЗАДАЧА №40

В инфекционное отделение детской больницы поступил полуторагодовалый ребенок с симптомами интоксикации и обезвоживания организма. У больного частый водянистый стул и многократная рвота. Врач заподозрил кишечную инфекцию.

ЗАДАНИЕ.

1. О какой кишечной инфекции можно думать?
2. Перечислите факторы патогенности диареогенных эшерихий.
3. Чем можно объяснить обильный жидкий стул у ребенка?
4. Перечислите биопрепараты, применяемые для диагностики, профилактики и лечения кишечной коли-инфекции.

ЗАДАЧА №41

Мама с двумя детьми, отдохавшие у родственников на юге России, были госпитализированы в местную больницу с жалобами на рвоту и жидкий стул. Заболели остро. Воду для бытовых нужд (умывание, мытье посуды и фруктов) они набирали из реки.

ЗАДАНИЕ.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Каковы антигенные свойства возбудителя? Как осуществляют серологическую идентификацию возбудителя?
3. Назовите способы экспресс-диагностики данного заболевания
4. Принципы лечения.

ЗАДАЧА №42

Среди воспитанников детского сада, вывезенных на дачу в летний период, появилось несколько случаев ОКИ, сопровождаемых болями в животе, частым стулом с тенезмами; у некоторых была рвота и высокая температура. Дети были госпитализированы.

ЗАДАНИЕ.

1. О каком заболевании можно думать?
2. методы диагностики
3. принципы лечения

ЗАДАЧА № 43

В сельской школе наблюдалась вспышка пищевой токсикоинфекции, связанной с употреблением овощного салата. Это блюдо было приготовлено из сырой капусты, длительно хранившейся в овощехранилище.

ЗАДАНИЕ.

1. Какие возбудители могли вызвать ОКИ?
2. Перечислите факторы патогенности данного возбудителя.
3. Назовите исследуемый материал и методы лабораторной диагностики.

ЗАДАЧА №44

У девочки Тани, 5 лет, после возвращения из детского сада поднялась температура до 38,4⁰С, ребенок жаловался на головную боль. На следующее утро участковый педиатр на основании лихорадки и катаральных явлений в зеве поставил предварительный диагноз: ОРВИ. При повторном посещении ребенка (через 3 дня) врач обнаружил на гиперемированной слизистой рта, зева и миндалин красные папулы и везикулы. К этому времени стало известно, что в группе детского сада, который посещает девочка, двое детей госпитализированы с диагнозом «серозный менингит», а у нескольких детей симптомы ОРВИ.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш клинический диагноз
2. Опишите морфологию возбудителя и их репродукцию.
3. Укажите источники и пути передачи инфекции. Каким путем могла заразиться девочка?
4. Назовите методы лабораторной диагностики и охарактеризуйте их.

ЗАДАЧА № 45

В Индию прибыла группа врачей по линии ВОЗ для выявления больных полиомиелитом и оказания помощи в проведении поголовной вакцинации против полиомиелита.

В одной из обследованных деревень к врачам принесли из многодетной семьи мальчика, 6 лет, который заболел 5 дней назад. Внезапно повысилась температура, сильно заболела голова, была повторная рвота, боль в руках и ногах. В последующие дни состояние ребенка ухудшилось.

При обследовании у ребенка высокая температура, резкая слабость, менингеальные симптомы, на правой ноге снижен мышечный тонус, резко ослаблены сухожильные рефлексы, стопа свисает. При пункции спинномозгового канала цереброспинальная жидкость вытекала под повышенным давлением, увеличено количества лимфоцитов, бактерии не обнаружены.

ЗАДАНИЕ.

1. Клинический диагноз
2. Назовите основные клинические формы.
3. Что характерно для постинфекционного иммунитета?

ЗАДАЧА №46

Участковый педиатр был вызван к 8-летнему мальчику. Ребенок болен 2-й день. Заболел внезапно. Резко поднялась температура ($38,5^{\circ}\text{C}$), появились сильная головная боль, мышечные боли, общая слабость. На следующий день присоединился сухой кашель, першение в горле. Аппетит отсутствует. В его классе болеют несколько детей.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз?
2. Возможные осложнения могут возникнуть у больного, дайте пояснения.
3. Каковы особенности постинфекционного иммунитета (по напряженности, типологической и штаммоспецифичности)?
4. Перечислите методы лабораторной диагностики гриппа.
5. Опишите этапы вирусологического метода. С какой целью его применяют?
6. В чем заключается экстренная профилактика гриппа, когда следует ее проводить?

ЗАДАЧА №47

Школьник Витя М., 11 лет, пришел на прием к офтальмологу с жалобами на покраснение и резь в глазах, слезотечение и светобоязнь. Отмечалось также раздражение задней стенки глотки с отхождением слизи, повышенная температура ($37,6^{\circ}\text{C}$). Из анамнеза выяснилось, что мальчик регулярно посещал плавательный бассейн. В последние 2 недели несколько ребят из его спортивной группы жаловались на заболевания глаз.

ЗАДАНИЕ.

1. клинический диагноз
2. Опишите патогенез данной инфекции.
3. Назовите методы лабораторной диагностики инфекции, в какие сроки и с какой целью их применяют.

ЗАДАЧА №48

К школьнику 9-го класса Мите К. был вызван участковый педиатр. Мальчик болен 3-й день. При обследовании врач констатировал высокую температуру ($38,2^{\circ}\text{C}$), кожа чистая, сыпи нет, сухой грубый кашель, веки отечны, слизистая конъюнктивы гиперемирована, нос заложен, слизистая носоглотки гиперемирована, на слизистой щек имеется энантема.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите о каком заболевании идет речь
2. Опишите биологические свойства вируса
3. Перечислите методы лабораторной диагностики. В каких случаях они применяются?

ЗАДАЧА №49

Мальчик Коля И., 7 лет, стал капризным, отказывается от еды, сон беспокойный, температура тела 38,5⁰С. На 2-й день после начала заболевания педиатр при осмотре ребенка обнаружил увеличенную правую околоушную железу. Кожа над припухлостью напряжена, но не воспалена.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите таксономическое положение, опишите морфологию возбудителя. Диагноз
2. Какие осложнения возможны у больных, причины их возникновения?
3. Перечислите цели и методы лабораторной диагностики.
4. Какими вакцинными препаратами может быть проведена специфическая профилактика.

ЗАДАЧА №50

У девочки Даши, 4 лет, вечером поднялась температура до 38,2⁰С. Ребенок стал капризным, отказывался от еды. На следующий день на лице, волосистой части головы и других областях тела появилась мелкая пятнисто-папулезная сыпь. Папулы быстро превращались в пузырьки – везикулы диаметром 0,2-0,5 мм. Одновременно появлялись новые высыпания, что создавало пеструю картину сыпи на разных стадиях развития.

Ребенок воспитывается дома, и мать отрицает возможность контактов с больными детьми. Позже выяснилось, что няня девочки недавно перенесла обострение опоясывающего лишая (herpeszoster).

ЗАДАНИЕ.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Каковы принципы лечения.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ

Лабораторные данные (ИФА, клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, ликвора).

Биохимические исследования крови

Общ. Белок – 58,3 г/л

Мочевина – 3,2 ммоль/л

Ост. Азот – 13,72 ммоль/л

Креатинин – 53,1 мкмоль/л

Билирубин (общ) – 415,5 мкмоль/л

 Прямой – 329,2 мкмоль/л

 Не прямой – 86,3 мкмоль/л

АСТ – 0,68 мкКат/ л

АЛТ – 0,77 мкКат/л

Сахар – 5,2 ммоль/л

Тимоловая проба – 5,9 ед.

Биохимические исследования крови

Общий билирубин – 58,2 мкмоль/л

Прямой билирубин – 42,1 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 16,1 мкмоль/л

АСТ – 0,96 мкКат/л

АЛТ – 1,26 мкКат/л

Тимоловая проба – 7,8 ед.

Протромбиновый индекс

ПТИ – 64,2%

Время - 28”

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 71,3 г/л

Альбумин – 35,6 г/л

Билирубин (общ.) – 34 мкмоль/л

 Прямой – 26 мкмоль/л

 Непрямой – 8 мкмоль/л

АСТ – 0,54 мккат/ л

АЛТ – 1,48 мккат/ л

Тимоловая проба – 15 ед.

Протромбиновый индекс

Индекс – 62,7%

Время - 29”

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 63,9 г/л

Альбумин – 37,0 г/л

Креатинин – 66,7 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 348,9 мкмоль/л

 Прямой – 204,3 мкмоль/л

 Непрямой – 144,6 мкмоль/л

АСТ – 0,57 мккат/ л

АЛТ – 1,05 мккат/ л

Сахар – 3,5 ммоль/л

Тимоловая проба – 7,7 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л

Альбумин – 35,0 г/л

Креатинин – 110,0 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 60,0 мкмоль/л

 Прямой – 45,0 мкмоль/л

 Непрямой – 15,0 мкмоль/л

АСТ – 0,63 мккат/ л

АЛТ – 0,94 мккат/ л

Сахар – 3,8 ммоль/л

Диастаза – 56,0 ед

Тимоловая проба – 7,0 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л

Альбумин – 38,0 г/л

Мочевина – 3,6 ммоль/л

Остаточный азот – 14,5 ммоль/л

Креатинин – 110,0 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 27,0 мкмоль/л

 Прямой – 18,0 мкмоль/л

 Непрямой – 9,0 мкмоль/л

АСТ – 0,94 мккат/ л

АЛТ – 1,22 мккат/ л

Сахар – 4,7 ммоль/л

Тимоловая проба – 47,0 ед.

Ca⁺ - 2,0 мкмоль/л

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 64,1 г/л

Мочевина – 9,0 ммоль/л

Остаточный азот – 25,9 ммоль/л

Креатинин – 383,4 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 169,8 мкмоль/л

 Прямой – 140,4 мкмоль/л

 Не прямой - 29,4 мкмоль/л

АСТ – 0,54 мккат/ л

АЛТ – 1,20 мккат/ л

Сахар – 1,1 ммоль/л

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 53,7 г/л

Альбумин – 33,0 г/л

Мочевина – 6,1 ммоль/л

Остаточный азот – 19,8 ммоль/л

Креатинин – 64,3 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 273,9 мкмоль/л

 Прямой – 219,3 мкмоль/л

 Не прямой - 54,6 мкмоль/л

АСТ – 0,70 мкКат/л

АЛТ – 1,0 мкКат/л

Сахар – 5,0 ммоль/л

Тимоловая проба – 6,9 ед.

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 62,9 г/л

Альбумин – 33,0 г/л

Мочевина – 2,0 ммоль/л

Остаточный азот – 11,2 ммоль/л

Креатинин – 86,6 мкмоль/л

Билирубин (общ.) – 311,1 мкмоль/л

 Прямой – 238,8 мкмоль/л

 Не прямой - 72,3 мкмоль/л

АСТ – 1,0 мккат/л

АЛТ – 1,29 мккат/л

Сахар – 5,2 ммоль/л

Тимоловая проба – 6,7 ед.

Биохимическое исследование крови

Общий белок – 86,8 г/л

Альбумин – 49 г/л
Мочевина – 27,2 ммоль/л
Ост. Азот – 64,1 мкмоль/л
Креатинин – 376,9 мкмоль/л
Сахар – 0,6ммоль/л
Ca⁺⁺ - 1,9 мкмоль/л

Биохимическое исследование крови

Общ. Белок – 47,6 г/л
Альбумин – 30,0 г/л
Мочевина – 5,3 ммоль/л
Остаточный азот – 22,1 млмоль/л
Креатинин – 67,2 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 218,4 мкмоль/л
 Прямой – 179,2мкмоль/л
 Не прямой - 39,2мкмоль/л
АСТ – 0,53 мккат/л
АЛТ – 1,92 мккат/л
Сахар – 5,4 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,7 ед.
Кальций – 2,9 мкмоль/л

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,6 \cdot 10^{12}$ /л
Гемоглобин – 90 г/л
Цветной показатель – 1,0
Лейкоциты – $4,5 \cdot 10^9$ /л
Палочки – 3%
Сегменты – 46 %
Лимфоциты – 46,2%

Моноциты – 5,2%

СОЭ – 20 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 88 г/л

Эритроциты – $2,83 \cdot 10^{12}/л$

Цветной показатель – 0,93

Лейкоциты – $7,8 \cdot 10^9/л$

Палочки – 3%

Сегменты – 29%

Лимфоциты – 58%

Моноциты – 10%

СОЭ – 38 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 83,5 г/л

Эритроциты – $3,54 \cdot 10^{12}/л$

Цветной показатель – 0,7

Лейкоциты – $7,6 \cdot 10^9/л$

Палочки – 1%

Сегменты – 64%

Эозинофилы – 2%

Лимфоциты – 31%

Моноциты – 2%

СОЭ – 2 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$

Гемоглобин – 130 г/л

Цветной показатель – 1,02

Лейкоциты – $21,2 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 6%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 14%
Моноциты – 2%
СОЭ – 2 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин – 85 г/л
Цветной показатель – 0,82
Лейкоциты – $25,7 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 10%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 10%
Моноциты – 2%
СОЭ – 40 мм/час

Кровь на толстую каплю на менингококк

Кокки – внеклеточные и внутриклеточные – в умеренном количестве

Общий анализ крови

Эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин – 84 г/л
Цветной показатель – 0,90
Лейкоциты – $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 5%
Сегменты – 47 %
Лимфоциты – 46%
Моноциты – 2%
СОЭ – 68 мм/час

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – положительный

HBsAg – отрицательный
Anti-HBc IgM - отрицательный
Anti-HCV total – отрицательный
Anti-HDV IgG – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный
Anti-HEV IgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBeAg – **положительный**
Anti-HBc IgM– **положительный**
Anti-HCV total–отрицательный
Anti-HDV IgG–отрицательный
Anti-HDV IgM–отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный
Anti-HAV IgG – отрицательный
Anti-HEV IgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBeAg – отрицательный
Anti-HBc IgM– отрицательный
Anti-HCV total–отрицательный
Anti-HDV IgG–отрицательный
Anti-HDV IgM– **положительный**

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный
Anti-HEV IgM – отрицательный
HBsAg – отрицательный

HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal – **положительный**
Anti-HDVIGG – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – отрицательный
Anti-HEVIgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBeAg - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal– отрицательный
Anti-HDVIGM – **положительный**

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – отрицательный
Anti-HEVIgM – **положительный**
HBsAg – отрицательный
HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный
Anti-HCVtotal– отрицательный
Anti-HDVIGM – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAVIgM – **положительный**
Anti-HAVIgG – **положительный**
Anti-HEVIgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBe Ag - отрицательный
Anti-HBcIgM - отрицательный

Anti-HCVtotal– отрицательный

Anti-HDV IgM– отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM -отрицательный

HBsAg – отрицательный

HBe Ag - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCVtotal– отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM -отрицательный

HBs Ag – **положительный**

HBe Ag -**положительный**

Anti-HBc IgM -**положительный**

Anti-HCV total– отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg – **положительный**

Anti-HBc IgM– **положительный**
Anti-HCV total–отрицательный
Anti-HDV IgG–отрицательный
Anti-HDV IgM– **положительный**

Копрограмма

Консистенция – кашецеобразная
Форма – не оформленный
Цвет – зеленый
Слизь – имеется
Кровь – прожилки
Слизь - +++
Бактерии - +
Лейкоциты – 25-30 в п/з
Эритроциты – 30-35 в п/з
Макрофаги - ++
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала

Sh. Flexneri 2a

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Крахмал - ++
Слизь - +++
Лейкоциты – 19 – 22 в п/з
Эритроциты – 2-4 в п/з

Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала

E.coli O25:K11

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Кровь – прожилки
Слизь - ++++
Бактерии - ++
Лейкоциты – сплошь
Эритроциты – большое количество
Макрофаги - ++
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Крахмал - ++
Слизь - +++
Лейкоциты – 25 – 35 в п/з
Эритроциты – 2-4-8 в п/з
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – яйца аскарид

Анализ кала (копрология)

Консистенция - кашецеобразная

Форма – не оформлен

Цвет – желтый

Слизь - имеется

Жир нейтральный +

Жирные кислоты +

Растительная клетчатка переваренная + не переваренная +

Крахмал +

Йодофильная флора ++

Слизь ++

Лейкоциты – 25 – 70 -33 в п/з

Эритроциты – 2-3 в п/з

Простейшие - не обнаружены

Яйца глистов - не обнаружены

Дрожжевые грибы ++

Анализ мочи

Количество – 50,0 мл

Относительная плотность – 1025

Цвет – с/желтый

Прозрачность – не полная

Реакция – с/кислая

Белок – следы

Глюкоза – отрицательная

Кетоновые тела – отрицательные

Эпителий плоский – 4-6 в п/з

Переходный – 1-2 в п/з

Почечный – 3-4 в п/з

Лейкоциты – 4-5-7-8 в п/з

Эритроциты не измененные – 0-1 в п/з

Слизь - +

Соли – моч.кислоты +

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 1,6 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 94%

Палочкоядерные – 1%

Лимфоциты – 5%

Ликвор на сахар хлориды

Сахар – 1,3 ммоль/л

Хлориды – 108 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Результат : клеток много, диплококки расположены внутриклеточно Гр (-)
кокки

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 2,64 г/л

Р. Ноне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91%

Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Встречаются эритроциты

Сахар – 1,59 ммоль/л

Хлориды – 98,0 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Vinax NOW (*Streptococcus pneumoniae*) – положительная

Латексагглютинация (*Streptococcus pneumoniae*) – положительная

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый

Прозрачность – мутный

Цитоз – не поддается счету

Белок – 4,24 г/л

Р. Нонне-Аппельта - +++

Р. Панди - ++++

Сегментоядерные – 91%

Палочкоядерные – 5%

Лимфоциты – 4%

Сахар – 1,3 ммоль/л

Хлориды – 108,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный

Прозрачность – полная

Цитоз – 235

Белок – 0,79 г/л

Р. Нонне-Аппельта - ++

Р. Панди - ++

Сегментоядерные – 40%

Лимфоциты –60%
Сахар – 2,59 ммоль/л
Хлориды – 118,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный
Прозрачность – полная
Цитоз – 149
Белок – 1,07 г/л
Р. Ноне-Аппельта - ++
Р. Панди - +++
Сегментоядерные –3%
Лимфоциты –97%
Сахар – 2,3 ммоль/л
Хлориды – 114,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый
Прозрачность – мутный
Цитоз – не поддается счету
Белок – 3,1 г/л
Р. Ноне-Аппельта - +++
Р. Панди - ++++
Сегментоядерные – 76%
Палочкоядерные –4%
Лимфоциты –20%
Сахар – 1,2 ммоль/л
Хлориды – 109,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный

Прозрачность – полная

Цитоз – 2

Белок – 0,006г/л

Р. Ноне-Аппельта - отр

Р. Панди-отр

Сегментоядерные –0%

Палочкоядерные – 0%

Лимфоциты –100%

Сахар – 3,1ммоль/л

Хлориды – 114,0 ммоль/л

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО.

(ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра инфекционных болезней им профессора А.И.Романенко

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО _____ (фамилия, имя и отчество)_____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст (год, месяц, дата рождения).

3. Пол.

4. Место жительства.

5. Место работы.

6. Занимаемая должность.

7. Профессия, специальность.

8. Дата, время поступления в клинику.

9. Дата выписки из клиники.

10. Количество койко-дней.

11. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке.

12. Диагноз: а) направившего лечебного учреждения. б) при поступлении в клинику. в)

клинический: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание. г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.

13. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

II. ЖАЛОБЫ: (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время). III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi). Выясняется начало заболевания. Проводится подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования куратором. Описание симптомов и динамики процесса производится в хронологическом порядке с указанием предполагаемых причин, вызвавших заболевание. Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. При хронических заболеваниях выясняется длительность болезни, частота обострений и причины их, самочувствие больного в период ремиссий. Указывается характер и продолжительность лечения до поступления в клинику, его эффективность. Если больной переведен из другого лечебного учреждения желательнее получить выписку из истории болезни.

IV. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

V. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae). Отмечается состав семьи, каким по счету ребенком родился. Как проходило развитие в детстве, начало и как учился. Время наступления полового развития. Появление и характер, регулярность менструации у девочек. Жилищные условия, регулярность, полноценность питания. Вредные привычки родителей: курение, алкоголь, наркотики. Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание крови и кровезаменителей. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Переносимость лекарственных веществ. Наследственность, злокачественные новообразования, туберкулез, психические заболевания, вирусный гепатит, вирусносительство СПИД.

VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

A. Объективное исследование общего состояния (Status praesens communis). Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, принципы выполнения которых подробно описаны в учебниках по пропедевтике внутренних болезней. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.

Общее состояние. Оно бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Телосложение: сильное, слабое, среднее по А.А.Богомолец. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (на боку, спине, с приведенными к животу ногами).

Сознание ясное (полное), затемненное, без сознания. Выражение лица обычное, страдальческое, маскообразное. Заостренные черты лица. Мимика. Глаза: блеск, движение глазных яблок, глазные симптомы. Рост. Вес. Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска кожи: нормальная (бледно-розовая), бледная, цианотичная, желтушная, серая (землистая). Пигментация кожи, ее локализация. Эластичность, тургор, сухость, влажность кожи. Патологические образования и их локализация: рубцы, бородавки, сыпи, расчёсы, шелушения, пролежни, опухоли и т.д.

Слизистые оболочки: цвет, влажность, налёт, высыпания, изъязвления и т.д. Волосы и ногти: цвет, облысение, выпадение, деформация ногтей и т.д.

Подкожная клетчатка. Развитие: выражена слабо, умеренно, чрезмерно. Отеки: локализация, распространение, выраженность, условия появления и исчезновения, слоновость.

Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

Мышцы. Гипертрофия, атрофия, тонус, болезненность, подергивания, судороги.

Кости. Деформация костей скелета: черепа, позвоночника, грудной клетки, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, таза. Длина конечностей. Суставы. Конфигурация, хруст, болезненность, подвижность, объем движений.

Шея. Наличие свищей, опухоли. Окружность в см. Прощупываемость и подвижность лимфатических узлов. Гортань: подвижность, свойства голоса. Щитовидная железа: смещение при глотании, консистенция и поверхность органа, болезненность, увеличение в размерах по степеням.

Грудная клетка, органы дыхания. Форма грудной клетки: нормальная, воронкообразная, бочкообразная, эмфизематозная. Состояние подкожной клетчатки: крепитация, отечность. Состояние надключичной и подключичной ямки, межреберья. Окружность грудной клетки на уровне сосков. Тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Молочная железа: форма, размеры, объем, симметричность, состояние сосково-ареолярного комплекса. Пальпация: наличие уплотнений, опухоли, узлов, их размеры и локализация по квадрантам, болезненность, подвижность, сращения с кожей. Состояние регионарных лимфатических узлов. Выделения из соска: цвет, количество, характер. Осмотр и пальпацию молочных желез производят в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, с опущенными и приподнятыми руками. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация. Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сравнение пульса на симметричных участках (например, на обеих лучевых артериях). Пульсация подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы. Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчревьe, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы. Вены: локализация расширения вен. Уплотнение, болезненность вен, особенно расширенных. Симптомы Троянова, Тределенбурга, Гаккенбруха, маршевая проба при расширении вен нижних конечностей.

Органы пищеварения. Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет. Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д. Зев, миндалины: окраска, состояние слизистой, размеры, форма миндалин, наличие налета и т.д. Живот: форма, симметричность, выпячивание отдельных его участков. Подвижность брюшной стенки при дыхании. Видимая перистальтика кишечника. Симптом Валя. Кожные покровы: расширение подкожных вен, пигментация. Подкожная клетчатка: отек. Состояние пупка. Перкуссия живота: участки тимпанического

звука, притупления, их локализация, выраженность. Пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Структура (дефекты, щели) брюшной стенки, границы и свойства пальпируемых органов. Выявление характерных объективных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и другие. Состояние паховых, бедренных, пупочных колец, расхождение прямых мышц живота.

Область заднего прохода. При осмотре определяется состояние кожи, наличие трещин, свищей, наружных геморроидальных узлов, выпадения прямой кишки. При пальцевом исследовании определяется тонус сфинктера, болезненность при введении пальца, наличие трещин, опухоли, скопления каловых масс в ампуле прямой кишки, внутренних геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов, состояние стенок прямой кишки, близлежащих органов (простаты, семенных пузырьков).

Мочеполовые органы. Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого (болезненность и появление гематурии при постукивании поясницы). Пальпация почек в положении на спине, на боку и в вертикальном положении: болезненность, прощупываемость, подвижность, величина. Наружные половые органы у мальчиков и юношей: развитие, опущение яичка. Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом).

Нервная система. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Рефлексы: корнеальный, глоточный, брюшные, кремастера, подошвенный, коленный, ахиллов. Походка. Речь.

Б. Объективное исследование поражённого органа (системы) – локальный, или местный статус (Status localis). В этом разделе приводятся данные подробного исследования локализации патологического процесса, т.е. в этом разделе, например при локализации основного процесса на коже подробно описывается объективное исследование всей системы наружных покровов. Во избежание лишнего повторения, соответствующая система органов полностью переносится в локальный статус из раздела (А) общего объективного исследования.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Предварительный диагноз выставляется в течение 4 ближайших часов (до 24 ч) от момента поступления в клинику.

VIII. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке.

IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ. Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования. В этом разделе куратор постепенно, этап за этапом развертывает историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь.

X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом

разбираются и определяются различие появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.

XI. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ. Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий. В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XII. ЛЕЧЕНИЕ Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

XIII. ДНЕВНИК. Дневник пишется ежедневно или несколько раз в день в зависимости от тяжести состояния больного. В нем отражается подробно динамика жалоб, объективного состояния и локального статуса больного в течение суток. Проводится обоснование назначения сильнодействующих и наркотических препаратов.

XIV. ЭПИКРИЗ. Эпикриз бывает этапным, выписным, посмертным. Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного в клинике, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При необходимости подписывается заместителем главного врача по экспертизе. При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, рекомендаций. Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

XV. ПРОГНОЗ. Прогноз для жизни, здоровья и трудовой прогноз следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVI. ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ Исходом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть. При летальном исходе указать предположительную причину смерти.

XVII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА. Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

Технологические карты дисциплины «Инфекционные болезни у детей»

Курс 5, семестр 10, ЗЕ-3, отчетность-зачет.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Нейроинфекции	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, анализ лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	10	16	27 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 2					
Капельные инфекции	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	9	16	30 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 3					
Вакцино-профилактика	Текущий	Тестирование; Ситуационная задача; СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное</i>	9	14	32

		<i>занятие снимается 1балл.</i>			неделя
	Рубежный	Тесты	4	8	
Всего за семестр			40	70	33 неделя
Промежуточный контроль (Зачет)	Тестирование; Ситуационная задача; Интерпретация лабораторных исследований;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 6, семестр 11, ЗЕ-4, отчетность-зачет.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Кишечные инфекции	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	9	14	7 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 2					
Вирусные гепатиты	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	5	8	11 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	2	5	
Модуль 3					

ОРИ	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	9	14	16 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	8	
Модуль 4					
Особоопасные инфекции	Текущий	Тестирование; Ситуационная задача; СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	5	8	18 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	2	5	
Всего за семестр			40	70	19 неделя
Промежуточный контроль (Зачет)	Теоретическое задание; Интерпретация лабораторных исследований; Ситуационная задача;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 6, семестр 12, ЗЕ-2, отчетность-экзамен.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Гельминтозы	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за</i>	15	25	28 неделя

		<i>каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>			
	Рубежный	Контрольная работа	5	10	
Модуль 2					
ВИЧ/СПИД	Текущий	Тестирование; Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СРС: Доклад с презентацией; Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1балл.</i>	15	25	30 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	5	10	
Всего за семестр			40	70	31 неделя
Промежуточный контроль (Экзамен)	Теоретическое задание; Интерпретация лабораторных исследований; Ситуационная задача;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ПРИЛОЖЕНИЕ 7**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**
(текущий и промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ
ИНТЕРПРИТАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Название метода лабораторного исследования	0-10
2	Знание нормальных показателей лабораторного исследования	0-20
3	Правильность прочтения результатов лабораторного исследования	0-70
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-5
2	Оценка коммуникативных навыков	0-10
3	Умение собрать анамнез (эпидемиологический, жизни, заболевания)	0-20
4	Проведение объективного обследования больного	0-20
5	Умение обосновать предварительный диагноз	0-15
6	Умение назначить необходимые лабораторные и инструментальные методы диагностики	0-15
7	Оценка тактики лечения	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ, КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ
(рубежный, промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (текущий контроль)

1. В одном тестовом задании 10 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании нужно выбрать только один правильный ответ.
4. За каждый правильно ответ – 10 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие темы	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) во вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10

3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ	0-2
2	ЖАЛОБЫ (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст. время)	0-7
3	АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ	0-7
4	АНАМНЕЗ ЖИЗНИ	0-7
	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ	0-7
5	ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:	0-8
	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ	0-7
6	ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	0-7
7	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	0-10
8	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	0-7
9	ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ	0-8
10	ЛЕЧЕНИЕ	0-9
13	ДВА ДНЕВНИКА В ДИНАМИКЕ	0-7
14	ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ	0-7
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.

2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Оценкой (16-20 баллов) оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Оценкой (10-15 баллов) оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
 - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
 - основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
 - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
 - методы лечения и показание к их применению;
 - основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
 - показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
 - принципы диспансеризации больных;

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Оценкой (5-10 баллов) оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Оценкой (1-4 баллов) оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (задача и интерпретация лабораторных исследований) учитываются следующие критерии:

Оценкой (8-10 баллов) оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- выделяет самостоятельно ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и знает физиологическую норму;
- грамотно формулирует клинический диагноз, согласно классификации;
- правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;

- правильно выбирает тактику лечения;

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценкой (4-7 баллов) оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- выделяет не все ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- правильно выбирает тактику лечения;

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Оценкой (1-3 балла) оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- не достаточно хорошо выделяет ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- неправильно выбирает тактику лечения.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Оценкой (0 баллов) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу и интерпретировать лабораторные исследования.