

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	5
Введение . . . . .	6
<b>Глава 1. Основы организации самостоятельной работы студентов</b>	
по дисциплине «Инфекционные болезни у детей» . . . . .	8
Организация самостоятельной работы студентов на кафедре . . . . .	13
Система оценивания самостоятельной работы студентов . . . . .	14
Уровни сложности заданий для самостоятельной работы студентов . . . . .	15
Тезаурус для выполнения самостоятельной работы студентов . . . . .	18
Доклад . . . . .	18
Конспект . . . . .	20
Ситуационная задача . . . . .	22
Педагогический тест . . . . .	27
Кейс . . . . .	31
Студенческая история болезни . . . . .	35
Эссе . . . . .	38
Реферат . . . . .	41
Проект . . . . .	45
Презентация . . . . .	49
Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов по разделам и темам (инструкция для преподавателя) . . . . .	51
<b>Глава 2. Методические материалы к самостоятельной работе студентов по дисциплине «Инфекционные болезни у детей».</b> . . . . .	56
Инструкция для студентов (пример) . . . . .	56
Раздел 1. Острые кишечные инфекции у детей . . . . .	58
Задания по темам . . . . .	58
Ситуационные задачи (примеры) . . . . .	60
Темы мультимедийных презентаций и рефератов . . . . .	66
Тестовые задания для самоконтроля . . . . .	66
Раздел 2. Вакцинопрофилактика . . . . .	72
Примеры заданий по темам . . . . .	72
Ситуационные задачи . . . . .	74
Тесты для самоконтроля . . . . .	77
Темы презентаций и рефератов . . . . .	79
Раздел 3. Воздушно-капельные инфекции у детей . . . . .	79
Задания по темам . . . . .	79
Ситуационные задачи . . . . .	83

---

Тесты для самоконтроля . . . . .	94
Темы мультимедийных презентаций и рефератов . . . . .	102
Раздел 4. Вирусные гепатиты у детей . . . . .	103
Примеры заданий . . . . .	103
Ситуационные задачи . . . . .	105
Тесты для самоконтроля . . . . .	111
Темы мультимедийных презентаций и рефератов . . . . .	114
<b>Приложения . . . . .</b>	<b>115</b>
Приложение 1 . . . . .	115
Разделы дисциплины и виды учебной работы . . . . .	115
Приложение 2 . . . . .	116
Оценка студентами содержания и качества учебного процесса по дисциплине . . . . .	116
Приложение 3 . . . . .	120
Список научных журналов для составления конспектов и аннотаций научных статей . . . . .	120
Приложение 4 . . . . .	121
Схема тестового набора по дисциплине «Инфекционные болезни у детей» . . . . .	121
Эталоны ответов на тестовые задания для самоконтроля . . . . .	121
Приложение 5 . . . . .	123
Эталоны ответов к ситуационным задачам . . . . .	123
Приложение 6 . . . . .	136
Что такое постер? . . . . .	136
Что такое е-постер? . . . . .	136
Как подготовить е-постер? . . . . .	136
Е-постер не служит устной презентацией . . . . .	137
Шаблон постера . . . . .	137
Список рекомендованной литературы . . . . .	138
Предметный указатель . . . . .	139

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

♦	— торговое название лекарственного средства
АД	— артериальное давление
АКДС	— адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АЛТ	— аланинаминотрансфераза
АСТ	— аспартатаминотрансфераза
БЦЖ	— бацилла Кальметта–Герена
ВКИ	— воздушно-капельные инфекции
ДОУ	— дошкольное образовательное учреждение
ИФА	— иммуноферментный анализ
ОКИ	— острые кишечные инфекции
ОРВИ	— острая респираторная вирусная инфекция
ОРЗ	— острое респираторное заболевание
ПК	— профессиональные компетенции
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РНК	— рибонуклеиновая кислота
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ФГОС	— федеральный государственный образовательный стандарт
ЧД	— частота дыхания
ЧСС	— частота сердечных сокращений
СРС	— самостоятельная работа студентов
НЬ	— гемоглобин
НСV	— вирус гепатита С (от <i>hepatitis C virus</i> )
Le	— лейкоциты
TTV	— вирусный гепатит (от <i>transfusion transmitted virus</i> )

## ВВЕДЕНИЕ

Организация самостоятельной работы студентов (СРС) — неотъемлемая часть в работе каждого преподавателя. Однако на практике педагоги часто испытывают затруднения в ее осуществлении и руководстве. В данном учебном пособии на примере конкретной учебной дисциплины «Инфекционные болезни у детей» показано, как можно спланировать СРС, какие интересные ее формы предложить студентам, чтобы изучение дисциплины превратилось в процесс личных открытий, исследований и решение реальных клинических ситуаций.

Пособие предназначено для преподавателей кафедры инфекционных болезней, детских инфекционных болезней, но это не значит, что круг читателей и адресатов ограничен только ими. Напротив, авторы выражают уверенность, что идеи и практика организации СРС по дисциплине «Инфекционные болезни у детей» будет для преподавателей основой для ее проектирования по самым разным теоретическим и клиническим дисциплинам. Многочисленные ситуационные задачи, тестовые задания для самоконтроля, темы рефератов и эссе, а также возможных исследовательских проектов — все это составляет базу для действительно самостоятельной работы, как учебной, так и научно-исследовательской. Учебное пособие будет полезно преподавателям медицинских вузов, которые повышают свою психолого-педагогическую компетентность на курсах повышения квалификации, методистам, а также аспирантам, готовящимся к научно-педагогической деятельности в вузе.

Пособие состоит из двух глав. В главе 1 «Основы организации самостоятельной работы студентов по дисциплине “Инфекционные болезни у детей”» даны ответы на вопросы о важности организации СРС на клинической кафедре, о том, какими возможностями обладает самостоятельная работа в развитии личности будущего врача, каковы ее цели и содержание, условия успешной организации. Здесь раскрыт механизм управления процессом организации СРС на кафедре, включающий приемы и методы мотивации студентов на этот вид учебной деятельности, целевые установки, планирование учебной дисциплины, ее организация и контроль. Приводится тезаурус, в котором представлены все основные понятия, необходимые преподавателю и студенту для планирования, выполнения и оценки разнообразных форм и методов самостоятельной работы.

В главе 2 «Методические материалы к самостоятельной работе студентов по дисциплине “Инфекционные болезни у детей”» представлены примеры заданий по уровням сложности для СРС по четырем разделам учебной дисциплины «Инфекционные болезни у детей». Для каждого раздела написаны ситуационные задачи, которые студент решает самостоятельно. Кроме того, для самоконтроля включены тестовые задания разных уровней сложности.

Учиться и интересно учить важно как студенту, так и преподавателю. Как к этому прийти? Авторы выражают надежду, что ответ на этот вопрос вы найдете в данном учебном пособии.

## Глава 1

# ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ»

В главе даны ответы на вопросы о важности организации СРС на клинической кафедре, о том, какими возможностями обладает самостоятельная работа в развитии личности будущего врача, ее цели и содержании, условиях успешной организации. Раскрыт механизм управления процессом организации СРС на кафедре, включающий приемы и методы мотивации студентов на этот вид учебной деятельности, целевые установки, планирование по учебной дисциплине, ее организацию и контроль. В представленном тезаурусе даны все основные понятия, необходимые преподавателю и студенту для планирования, выполнения и оценки разнообразных форм и методов самостоятельной работы.

### **Почему преподавателю так важно организовать и методически обеспечить самостоятельную работу на клинической кафедре?**

С внедрением современных медицинских технологий в систему здравоохранения появляются новые требования к качеству подготовки будущих врачей и к личности врача. Высокий динамизм развития медицины обуславливает задачу непрерывного медицинского образования, в котором самостоятельной работе и самообразованию отведено ключевое место. Однако умения и навыки самостоятельной работы не приходят к обучающимся сами собой. Их необходимо целенаправленно формировать в ходе учебного процесса. Для этого преподавателю клинической кафедры нужна специальная компетенция, позволяющая планировать, осуществлять, анализировать и корректировать процесс организации СРС. Здесь главным все-таки остается мотивационно-ценностное отношение преподавателя к этому виду деятельности. Если педагог понимает роль самостоя-

тельной работы в подготовке будущих врачей, а также то, насколько разнообразно и интересно можно ее организовать, то, несмотря на временные затраты, он непременно будет заниматься этой работой. В случае отсутствия высокой мотивации на этот вид деятельности налицо будет формальный подход и соответственно утраченные возможности огромного педагогического потенциала самостоятельной работы как инструмента развития личности будущего специалиста.

### **Каковы педагогические возможности и потенциал самостоятельной работы студентов?**

**Самостоятельная учебная работа** — высшая форма учебной деятельности студентов. Она играет решающую роль в становлении личности и деятельности будущего специалиста, поскольку выполняет ряд важных функций. Так, например, **стимулирующая** функция проявляется в придании процессу обучения профессионального ускорения, которое выражается в том, что в ходе самостоятельной учебной деятельности у студентов формируется умение видеть горизонты личностного и профессионального роста и стремление их достичь.

**Образовательная** функция состоит в способствовании самостоятельной работы активному освоению студентами содержания образовательной программы, превращению полученных знаний в умения и навыки, формированию первоначального опыта решения профессиональных задач.

**Развивающая** функция самостоятельной учебной работы выражается в интеллектуальном, эмоционально-волевом развитии студентов. Она служит повышению культуры умственного труда, обогащению интеллектуальных способностей, приобщению к поисковой, исследовательской, творческой деятельности.

**Воспитательная** функция заключается в формировании у студентов потребности в самообразовании, активной жизненной позиции. Она выступает основным средством воспитания у них чувства долга, ответственности, инициативы, упорства в достижении цели.

В процессе организации в вузе самостоятельной деятельности студентов, направленной на постановку и решение конкретных учебных задач, может эффективно развиваться творческий потенциал будущего врача. Реализация личностно-развивающего потенциала самостоятельной работы детерминирует формирование таких социально-профессиональных качеств будущего врача, как самостоятельность суждений, независимость, умение рассмотреть проблему в различных аспектах, способность отстаивать свою точку зрения, принимать правильные решения при недостатке необходимой инфор-

мации, способность к моральной оценке собственных решений, ответственность. Организация и внедрение конкретных технологий самостоятельной работы студентов на кафедрах, понимание конечной цели и творческий подход к ее осуществлению способствуют формированию навыков самостоятельной работы, необходимых специалисту.

**Что нужно знать преподавателю, прежде чем он приступит к планированию СРС, или Немного о понятиях и терминах**

**Самостоятельная работа** — планируемая познавательная направляемая деятельность обучающихся, осуществляемая без прямой помощи преподавателя, для достижения конкретного результата.

**Цели** — систематизация, закрепление и расширение теоретических знаний и практических умений, формирование умений самостоятельной работы с информацией, использования нормативной, справочной, учебной и научной литературы, развитие исследовательских навыков (рис. 1.1).



**Рис. 1.1.** Цели самостоятельной работы студентов

**Основные признаки** самостоятельной работы: наличие задания, выделение времени на его выполнение, самостоятельность обучающихся, выполнение заданий обучающимися без непосредственного участия педагога, активность обучающихся, результативность.

**Условия**, обеспечивающие успешное выполнение самостоятельной работы:

- мотивированность учебного задания;
- четкая постановка познавательных задач;
- алгоритм, метод выполнения;
- обеспечение обучающегося необходимыми методическими материалами;
- четкое определение форм отчетности, объема работы, сроков представления;



- наличие критериев оценки, форм отчетности;
- использование разных видов и форм контроля.

**Задачи кафедры** по обеспечению самостоятельной работы:

- разработка системы заданий различного уровня сложности;
- методическое обеспечение;
- разработка критериев оценки.

#### РЕЗЮМЕ

Самостоятельная работа – резерв повышения эффективности профессиональной подготовки специалистов

Цель самостоятельной работы – развитие творческой инициативы и исследовательских навыков

Условие успешного выполнения самостоятельной работы – методическое обеспечение

### Как управлять процессом организации СРС на кафедре инфекционных болезней?

Организация СРС на кафедре — сложный, подчас нерегулируемый преподавателями процесс, поскольку многие из них рассматривают ее как дополнительную нагрузку, не обеспеченную учебными часами для планирования и разработки материалов, а также для проведения консультаций для студентов и проверки заданий. Однако количество часов, которое отводят на СРС и ее роль в профессиональном становлении специалиста, свидетельствует о том, что простое игнорирование этого вида работы в настоящее время просто невозможно. Авторы исходят из того, что СРС — составная часть в системе изучения дисциплины, работы преподавателей и обучения студентов на кафедре, способствующая достижению цели учебной дисциплины. Отсюда возникает необходимость еще раз вернуться к цели дисциплины, ее месту и объему в учебном плане, чтобы грамотно спланировать и осуществить организацию СРС на кафедре.

**Цель дисциплины:** формирование профессиональных компетенций (ПК) диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней у детей.

**Место и объем дисциплины** «Инфекционные болезни у детей» в учебном плане обучающихся по направлению подготовки «Педиатрия». Дисциплина «Инфекционные болезни у детей» входит в базовую часть профессионального цикла дисциплин.

Распределение часов согласно учебному плану следующее:

- 5-й курс, 9-й семестр: лекции — 10 ч, практические занятия — 35 ч;
- 5-й курс, 10-й семестр: лекции — 22 ч, практические занятия — 35 ч;
- 6-й курс, 11-й семестр: лекции — 10 ч, практические занятия — 50 ч;
- 6-й курс, 12-й семестр: лекции — 10 ч, практические занятия — 35 ч.

Всего аудиторных часов: 189.

**Всего часов на СРС: 99.**

Экзамен: 36 ч.

Итак, обращение к цели изучения и структуре трудоемкости дисциплины позволило еще раз уточнить, что СРС составляет 99 ч, т.е. почти треть аудиторной работы. Слишком большое количество часов, чтобы их игнорировать! Нужна специальная система, чтобы исключить формальный подход к организации СРС, и первый вопрос, на который нужно найти ответ преподавателю: ***как мотивировать студентов на изучение дисциплины и выполнение самостоятельной работы?***

Личный пример преподавателя, его профессионализм, увлеченность и интерес к делу и предмету, безусловно, важные факторы мотивации обучения. Однако при этом не следует забывать и о том, что четкая организация деятельности студентов на кафедре, понимание того, что от них требуется выполнить и в какой форме, в какие сроки сдать самостоятельно выполненные задания, как будет проходить экзамен, — все это не менее важные факторы успешного и целенаправленного обучения студентов. Последние должны понимать, что достижению стратегической цели (формированию компетенции) предшествует решение тактической задачи — демонстрация данной компетенции на экзамене. Экзамен по данной дисциплине на кафедре — комплексный (рис. 1.2).

Он состоит из трех этапов:

- **представление и защита портфолио** студента, включающее самостоятельно выбранные задания из утвержденного на кафедре перечня заданий для СРС;



**Рис. 1.2.** Этапы и составляющие экзамена по дисциплине «Инфекционные болезни у детей»

- **тестирование** по определению фактуальных, причинно-следственных и системных знаний содержания дисциплины, отражающее теоретическую подготовку студентов;
- **собеседование по ситуационным задачам**, свидетельствующее об умении студентов решать типовые профессиональные клинические случаи, встречающиеся в практике врача-педиатра и необходимые для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям.

То есть на первом этапе обучения на кафедре студентам следует разъяснить место и роль самостоятельной работы в структуре экзамена, заострить их внимание на том, что работа по наполнению портфолио требует от них системной и целенаправленной деятельности в течение всего изучения курса учебной дисциплины.

## ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ

Особое внимание студентов при обучении на кафедре инфекционных болезней обращают на этический кодекс студента и преподавателя медицинского вуза и врача, где обозначены основные требования к моральным принципам студентов и выпускников вуза. В части, касающейся правил поведения в процессе обучения, отмечают, что студенты должны работать над своими заданиями строго самостоятельно, чтобы у преподавателя была возможность объективно оценивать знания каждого отдельного студента и никто из студентов не смог скрыть свое незнание за счет списывания у других или подсказки. «Взаимопомощь» при выполнении домашних заданий либо их совместное выполнение, когда это специально не оговорено преподавателем, относят к прямому нарушению этического кодекса.

Для получения допуска к экзамену по предмету студент за время обучения на кафедре должен выполнить определенное количество обязательных видов заданий самостоятельно, которые он выбирает сам,

возможно в соответствии с будущими профессиональными планами. За обязательные задания студент не может получить оценку ниже требуемого уровня. В случае если оценка за какое-либо из обязательных заданий неудовлетворительна, его предстоит выполнить заново, иначе СРС не засчитывают. В зависимости от сложности поручения и количества часов, необходимых для его выполнения, каждому заданию присваивают соответствующее число баллов. Для получения зачета по самостоятельной работе студент к окончанию цикла на кафедре должен набрать определенное количество баллов.

## СИСТЕМА ОЦЕНИВАНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Система оценивания СРС максимально объективизирована, так как в ее основу положены законы математической статистики. Общую совокупную оценку за самостоятельную работу формируют на основе баллов за выполненные задания, которые распределены по **четырем уровням** (рис. 1.3):

- **репродуктивный** (демонстрация знаний);
- **реконструктивный** (демонстрация умений устанавливать и объяснять причинно-следственные связи);
- **творческий** (демонстрация умений решать типовые профессиональные задачи в незнакомой ситуации);
- **исследовательский** (демонстрация умений получать новое знание в условиях квазипрофессиональной и профессиональной деятельности).

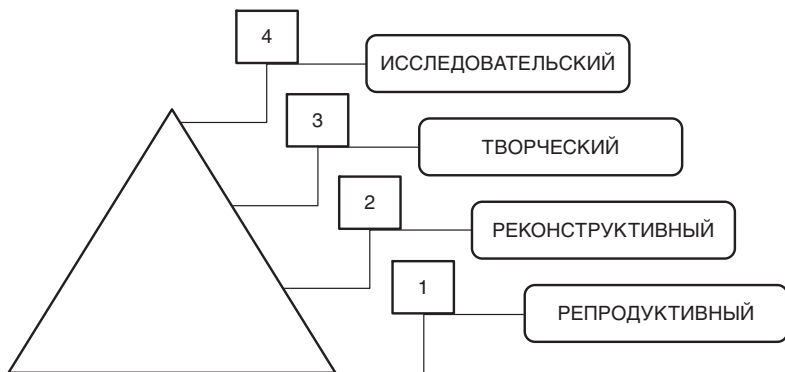
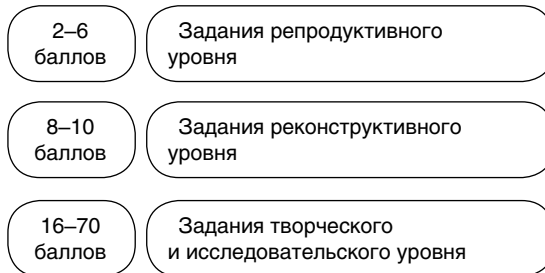


Рис. 1.3. Уровни сложности заданий

## УРОВНИ СЛОЖНОСТИ ЗАДАНИЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Оценка заданий за СРС различна. Ее заранее объявляют в программе дисциплины, так что студенты уже до начала занятий знают, какие задания будут иметь для них наибольшее значение в плане получения наилучшей оценки (рис. 1.4).



**Рис. 1.4.** Оценка заданий

Студентам дают право ознакомиться с результатами своей самостоятельной работы после того, как преподаватель выставил оценку, и самим сделать вывод о правомерности и справедливости последней. В случае если у студента возникают вопросы или сомнения в этом плане, он может обратиться за пояснениями к преподавателю.

На кафедре поощряют обратную связь, позволяющую учитывать мнение студентов о преподавании дисциплины. Учащиеся заполняют анкету «Удовлетворенность студентов преподаванием дисциплины “Инфекционные болезни у детей”» (приложение 2). Этот опрос позволяет выяснить их мнение о качестве курса, а также пожелания по улучшению преподавания дисциплины. Анкетирование проводят строго конфиденциально, поэтому студенты могут абсолютно свободно выразить свое мнение, не опасаясь каких-либо последствий. Все результаты анкетирования анализируют и в конце учебного года обязательно доводят до сведения всех преподавателей на кафедральном совещании.

**Какие задания следует предложить студентам для самостоятельной работы и почему?**

Продумывая перечень заданий для СРС, преподавателю важно понимать:

- какого уровня сложности эти задания, «перекрывают» ли они содержание дисциплины и направлены ли на формирование ПК, предусмотренных Федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС);
- способствуют ли эти задания развитию творческой личности и подготовке к научно-исследовательскому виду деятельности будущего врача;
- сколько часов понадобится студенту для выполнения заданий.

Кафедра может периодически вносить изменения в перечень заданий, но следует обязательно коллективно обсудить их на заседании кафедры, утвердить решением и сделать понятными и доступными для всех обучающихся. Ниже приведен примерный шаблон заданий для СРС, который может быть использован преподавателями кафедры для конкретизации тем, задач, конспектов, рефератов и пр. (табл. 1.1).

**Таблица 1.1.** Перечень заданий для самостоятельной работы студентов, распределение их по видам сложности

<b>Задание</b>	<b>Балл</b>
<b>Первый уровень сложности (репродуктивный)</b>	<b>2–6</b>
Решить ситуационную задачу	2
Составить сравнительную таблицу	2
Составить ответ–вопрос по теме (на выбор студента)	3
Составить конспект–схему научной статьи по теме (2–3 с.)	4
Подготовить алгоритм выбора оптимального варианта лечения для конкретного пациента, рекомендации для пациента (текст или схема)	4
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет	4
Составить словарь-тезаурус по теме «...» (от 20 до 30 терминов, источники литературы)	4
Составить аннотированный список-обзор интернет-сайтов (от 5 веб-адресов, комментарии, анализ)	6
<b>Второй уровень сложности (реконструктивный)</b>	<b>8–10</b>
Подготовить презентацию по теме	8
Создать обучающий (контрольный) тест на знание (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	8
Подготовить реферат	8
Решить кейс	8
Составить отчет об освоении программы курса (в свободной форме) — саморефлексия студента (2–3 с.)	8

Окончание табл. 1.1

Задание	Балл
Написать эссе на тему «...» (2–4 с.)	10
Провести сравнительный анализ суждений различных авторов по проблеме «Перспективы ...» (реферат 5–6 с., не менее 5 авторов, собственные выводы)	10
Перевести статью или ее часть, посвященную проблемам... (2–4 с. текста, язык любой, приложить оригинал и перевод)	10
<b>Третий и четвертый уровни сложности (творческий, исследовательский)</b>	16–70
Составить 5 учебных ситуационных задач с эталонами ответов по теме (распечатать, приложить ответы)	16
Подготовить публичное выступление (лекция, доклад, выступление в средствах массовой информации и др.)	16
Составить анкету для студентов (пациентов) «Ваше мнение о возможностях применения... в работе с пациентами», провести мини-исследование (письменно), обобщить результаты, представить в виде презентации	20
Подготовить научную статью, тезисы в сборник материалов конференций (можно в соавторстве с научным руководителем) или статью в студенческую газету	60
Подготовить исследовательский проект (заявка на конкурс, грант)	70
Подготовить постер	70
Выступить с докладом на конференции с результатами собственных исследований	70

### **Как говорить на одном языке со студентами, или Тезаурус для выполнения самостоятельной работы для преподавателя и обучающегося**

К сожалению, порой в силу отсутствия на клинических кафедрах единства в понимании требований к выполнению различных видов заданий возникают недоразумения. Например, студент представил эссе, а преподаватель определяет эту работу как выполненную в жанре реферата и пр. Для избежания данных ситуаций целесообразно всем участникам образовательного процесса руководствоваться одним тезаурусом. Он может быть кратким или полным, но обязательно доступным для студентов.

## ТЕЗАУРУС ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

### Доклад

**Доклад** — публичное сообщение на занятии, представляющее собой развернутое изложение на определенную тему.

**Цель подготовки** доклада — более глубокое изучение некоторой проблемы или вопроса студентом, которое сопровождается представлением результатов в устной форме перед аудиторией.

**Задачи подготовки и презентации** доклада — развитие у студентов:

- умения анализировать и систематизировать учебный материал;
- умения аргументированно высказать свою точку зрения;
- самостоятельного мышления;
- навыков презентации и выступления перед аудиторией.

**Требования к подготовке доклада** (этапы):

- выбор темы и определение цели доклада;
- изучение наиболее важных научных работ по данной теме;
- анализ изученного материала, выделение наиболее значимых для раскрытия темы доклада фактов, мнений разных ученых и научных положений;
- обобщение и логическое построение материала доклада, например, в форме развернутого плана;
- написание текста доклада с соблюдением требований научного стиля;
- заучивание, запоминание текста доклада, подготовка тезисов выступления, представляющих собой текст небольшого объема, в котором кратко сформулированы основные положения доклада;
- подготовка иллюстративных материалов к докладу (схем, таблиц, графиков, мультимедийных презентаций).

**Требования к структуре доклада:**

- построение доклада традиционно включает три составляющие — вступление, основную часть и заключение;
- во вступлении указывают тему, устанавливают логическую связь ее с другими темами или место рассматриваемой проблемы среди других проблем, дают краткий обзор источников, на материале которых раскрывают содержание, и т.п.;
- основная часть должна иметь четкое логическое построение, позволяющее раскрыть содержание темы;



- изложение материала должно быть связным, последовательным, доказательным, лишённым ненужных отступлений и повторов;
- в заключении обычно подводят итоги, формулируют выводы, подчеркивают значение рассмотренной проблемы и т.п.

**Требования к студентам при подготовке доклада:**

- самостоятельный выбор темы;
- соблюдение рекомендаций преподавателя (по выбору литературных источников, наглядных материалов, способов презентации и др.);
- написание текста с соблюдением требований научного стиля;
- соблюдение сроков подготовки доклада;
- соблюдение регламента выступления;
- знакомство с критериями оценки доклада.

**Требования к презентации доклада:**

- выступление на занятии по продолжительности должно занимать не менее 5 мин и не более 10 мин;
- докладчик должен четко сформулировать проблему, которая послужила основой для выступления;
- в конце выступления следует сделать вывод, подводящий итог сказанному, выделяющий главное;
- в качестве поясняющего и иллюстративного материала докладчик может использовать схемы, графики, таблицы, мультимедийную презентацию;
- устную презентацию доклада необходимо сопровождать соответствующей интонацией, мимикой, жестами;
- порядок ответа на вопросы по окончании выступления определяет сам студент.

**Требования к оценке доклада:**

- по критериям, по 5-бальной шкале (табл. 1.2);
- преподаватель может самостоятельно определять максимальный балл в зависимости от значимости критерия.

**Таблица 1.2.** Критерии оценки доклада

<b>Критерий</b>	<b>Максимальный балл</b>
Соответствие содержания заявленной теме, полнота раскрытия	2
Ясная, четкая структуризация, логическая последовательность в изложении, свободное владение материалом	1
Использование иллюстративных, наглядных материалов	1
Культура речи, ораторское мастерство, соблюдение регламента	0,5

Окончание табл. 1.2

Критерий	Максимальный балл
Аргументированность ответов на вопросы	0,5
Итого	5

**РЕЗЮМЕ**

Доклад – развернутое изложение на определенную тему

Изложение материала должно быть связным, последовательным, доказательным

В конце выступления – вывод, подводящий итог сказанному, выделяющий главное

**Конспект**

**Конспект** — краткое письменное изложение содержания статьи, книги, лекции, включающее основные положения и их обоснование фактами, примерами и т.д.

**Результатом** конспектирования служит запись, позволяющая конспектирующему немедленно или через некоторый срок с нужной полнотой восстановить полученную информацию.

**Основные способы** конспектирования — тезисы, линейно-последовательная запись текста, способ «вопросы–ответы», схема протая и с фрагментами, одновременный способ конспектирования, комбинированный конспект, карта памяти.

**Требования к типам конспекта**

- Конспекты можно условно подразделить на 4 типа:
  - плановые;
  - текстуальные;
  - свободные;
  - тематические.
- Плановый конспект выполняют с помощью предварительно сделанного плана книги (лекции, статьи и др.). При этом план или специально составляют для написания конспекта, или используют ранее составленный в качестве самостоятельной записи. Каждому вопросу плана в такой записи отвечает определенная часть конспекта. Однако там, где пункт плана не требует дополнений

и разъяснений, его не сопровождают текстом. Это одна из особенностей стройного, ясного и короткого плана-конспекта.

- Текстуальным называют конспект, созданный в основном из отрывков подлинника — цитат. Текстуальные выписки тут связаны друг с другом цепью логических переходов, могут быть снабжены планом и включать отдельные тезисы в изложении конспектирующего или автора. Текстуальные конспекты целесообразно применять при изучении материалов для сравнительного анализа положений, высказанных рядом авторов.
- Свободный конспект сочетает выписки, цитаты, иногда тезисы; часть его текста может быть снабжена планом. Свободный конспект требует умения самостоятельно четко и кратко формулировать основные положения, для чего необходимы глубокое осмысление материала, большой и активный запас слов.
- Тематический конспект дает более или менее исчерпывающий ответ на поставленный вопрос-тему. Специфика данного типа в том, что, разрабатывая определенную тему по ряду источников, он может не отображать сколько-нибудь полно содержания каждого из используемых. Для конспектирования в каждом конкретном случае студенту необходимо грамотно решить следующие задачи:
  - сориентироваться в общей композиции текста (уметь определить вступление, основную часть, заключение);
  - увидеть логико-смысловую канву сообщения, понять систему изложения автором информации в целом, а также ход развития каждой отдельной мысли;
  - обнаружить ключевые мысли, т.е. основные смысловые вехи, на которые нанизано все содержание текста;
  - определить детализирующую информацию;
  - лаконично сформулировать основную информацию, не перенося на письмо все целиком и дословно.

### **Требования к оформлению конспекта**

- Можно оформить в рукописном или машинописном варианте.
- В машинописном варианте:
  - конспект должен быть напечатан на листах бумаги формата А4 (296×210 мм);
  - размер поля левого — 30 мм, правого — 10 мм, верхнего и нижнего — по 20 мм;
  - текст конспекта должен быть подготовлен в редакторе Microsoft Word, шрифт — Times New Roman, размер шрифта — 14, междустрочный интервал — 1,5;

- шрифт принтера должен быть четким, черного цвета;
- выравнивание заголовков — по центру, основного текста — по ширине поля.

### Требования к оценке конспекта

Оценка конспекта по критериям, выставление баллов по 5-балльной шкале (табл. 1.3).

**Таблица 1.3.** Оценка конспекта

Критерий	Максимальный балл
Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 первичного текста)	1
Ясная, четкая структуризация, логическая последовательность в изложении материала, содержательная точность, т.е. научная корректность	1
Полнота раскрытия вопроса	1
Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и др.)	1
Оформление в соответствии с требованиями	1
Итого	5

Преподаватель самостоятельно может определять максимальный балл в зависимости от значимости критерия.

#### РЕЗЮМЕ

Конспект – краткое письменное изложение содержания статьи, книги, лекции

Задачи конспектирования – выявить ключевые мысли, определить детализирующую информацию

Лаконично сформулировать основную информацию

### Ситуационная задача

**Ситуационная задача** — вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности

(при проведении диагностических и лечебных процедур, выполнении лабораторных работ и экспериментов).

**Цель** решения ситуационных задач — получение знаний и формирование умений, клинического мышления, готовности студентов к профессиональным видам деятельности.

**Задачи** решения заключаются в развитии у студентов умений:

- анализировать и систематизировать учебный материал;
- интегрировать клинические симптомы и данные дополнительного исследования для построения диагностической гипотезы и алгоритма профессиональных действий;
- аргументированно высказывать свою точку зрения;
- выслушивать и учитывать альтернативную точку зрения;
- работать в команде;
- проводить презентации и выступать перед аудиторией.

**Требования к типам ситуационных задач**

- Варианты ситуационных задач могут быть следующие:
  - по узнаванию, расшифровке и анализу данных лабораторных исследований в норме и при патологии;
  - логические, ответы на которые строят на основе теоретических знаний по дисциплине (например, что будет, если...);
  - цифровые, требующие точных знаний определенных параметров, формул и методов расчетов;
  - проблемные, в которых задают определенную проблему или клиническую ситуацию, которую требуется оценить и объяснить;
  - клинические, в которых дана медицинская информация о пациенте, позволяющая выяснить логику клинического мышления студента и установить степень готовности к осуществлению профессиональной деятельности.
- В зависимости от способа представления результатов решения выделяют ситуационные задачи, требующие устной презентации или письменного варианта решения.
- В зависимости от способа организации работы по решению ситуационных задач — для индивидуального и группового решения.
  - В случае организации работы в группах каждая подгруппа коллективно работает над поставленными задачами, в ходе обмена мнениями ищет оптимальные варианты ответов. Преподаватель наблюдает за работой групп, отвечает на возникшие

вопросы, напоминает о необходимости соблюдать регламент работы.

- Представители групп по очереди выступают с сообщениями о результатах коллективной работы над ситуацией, отвечают на поставленные вопросы, обосновывают предполагаемый вариант решения.
- При выступлении представителей от групп осуществляется дискуссия; каждая последующая группа должна иметь возможность обсудить точки зрения предыдущих групп и сопоставить их со своими вариантами решения ситуационных задач.
- Подводят итог коллективной работы над ситуацией. Выделяют наиболее оптимальные решения проблем, вытекающие из конкретной ситуации. Дают окончательную оценку работы всех групп.

#### **Требования к содержанию ситуационной задачи**

- Модель ситуационной задачи:
  - название учебной темы (модуля);
  - описание ситуации или проблемы (в виде текста, таблиц, графиков, статистических результатов и др.);
  - задания или вопросы к ситуации.
- Ситуационная задача включает описание ситуации и контрольные вопросы или задания. Описывают ситуацию, соответствующую изучаемой теме, с конкретными данными, условиями и обстоятельствами. Некоторые задачи описывают ситуации, которые в той или иной форме уже встречались студенту в учебном процессе; другие описывают проблемные для студента ситуации, для решения которых он должен самостоятельно найти и изучить дополнительный теоретический материал.
- Ситуационная задача должна содержать все необходимые данные для ее решения, а в случае отсутствия — условия, из которых можно их извлечь.

#### **Клиническая ситуационная задача**

- Должна соответствовать учебной программе и способствовать:
  - отработке алгоритма постановки диагноза (синдромального, предварительного, клинического);
  - умению интерпретировать результаты инструментальных, лабораторных методов диагностики;
  - принятию решения по тактике оказания помощи пациенту.

- Условие задачи должно быть максимально приближено к реальному диагностическому и лечебному процессу и должно включать:
  - данные анамнеза, субъективные и объективные симптомы;
  - результаты методов исследования, в том числе «отвлекающие значения» для дифференциальной диагностики и выбора метода лечения.
- Вопросы необходимо формулировать корректно, чтобы они позволяли оценить готовность студента действовать в условиях профессиональной деятельности.
- Решение по диагностике и лечению должны основываться на знаниях фундаментальных дисциплин.

#### **Требования к созданию ситуационной задачи (этапы)**

- Формирование дидактических целей ситуационной задачи. Этот этап включает определение места задачи в структуре учебной дисциплины, определение того раздела дисциплины, которому посвящена данная ситуация; формулирование целей и задач; определение «зоны ответственности» за знания, умения и навыки студентов.
- Описание ситуации (клинический случай, данные эксперимента, проблема и др.).
- Подготовка дополнительных иллюстративных материалов (схемы, таблицы, графики, фотографии и др.).
- Экспертиза ситуационной задачи (внутренняя и внешняя).
- Апробация ситуационной задачи и коррекция ее содержания (при необходимости).
- Внедрение ситуационной задачи в практику обучения, ее применение при проведении учебных занятий.

#### **Требования к студентам по работе с ситуационной задачей:**

- подготовка к занятию;
- знакомство с критериями оценки ситуационной задачи;
- внимательное изучение алгоритма решения ситуационной задачи, уяснение сути задания;
- групповое обсуждение задачи (в случае групповой формы решения);
- разработка вариантов для принятия решения, выбор критериев, оценка и прогноз вариантов решения;
- презентация решения ситуационной задачи (письменная или устная форма);

- участие в общей дискуссии;
- получение оценки и ее осмысление.

### **Требования к презентации решения ситуационной задачи**

Существует несколько видов презентации решения ситуационной задачи:

- устное выступление (максимально вырабатывает навыки публичной деятельности);
- подготовка письменного ответа по вопросам ситуационной задачи.

При этом важно умение логически и стилистически оформить текст, не допустить ошибки в расчетах и т.п.

### **Требования к оценке решения ситуационной задачи**

При выставлении оценки преподаватель учитывает несколько критериев (табл. 1.4).

**Таблица 1.4.** Критерии оценки ситуационной задачи

<b>Критерий</b>	<b>Максимальный балл</b>
Полнота и правильность знания учебного материала по теме занятия (модуля)	1
Логичность изложения материала	1
Аргументированность ответа	1
Уровень самостоятельного мышления	1
Умение соотносить теоретические положения с практикой, будущей профессиональной деятельностью	1
<b>Итого</b>	<b>5</b>

По результатам решения ситуационной задачи студенты получают качественную (зачтено/не зачтено) или количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

**Критерии оценки** решения ситуационной задачи следующие:

- «отлично» — студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы);
- «хорошо» — студент достаточно убедительно, с несущественными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями, по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе;
- «удовлетворительно» — студент недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями, ответил на вопросы ситуационной задачи, с



затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;

- «неудовлетворительно» — студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике (табл. 1.5).

**Таблица 1.5.** Критерии отметки при оценивании ситуационных задач

Критерий/ оценка	«Отлично»	«Хорошо»	«Удовлетворительно»	«Неудовлетворительно»
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнено 2/3 заданий	Правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнено менее 1/2 заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в 2/3 ответов	Большинство (2/3) ответов краткие, не развернутые	Ответы краткие, не развернутые, «случайные»

### РЕЗЮМЕ

Ситуационная задача – вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности

Цель решения ситуационных задач – получение знаний, формирование умений и клинического мышления, готовности студентов к профессиональным видам деятельности

Условие задачи должно быть максимально приближено к реальному диагностическому и лечебному процессу

## Педагогический тест

**Педагогический тест** — система специально составленных заданий специфической формы, позволяющая по результатам их выполнения объективно измерить уровень подготовленности испытуемых в определенной области знаний.

**Цель** — измерение уровня подготовленности в определенной области знаний.

### **Требования к формам тестовых заданий**

Тестовое задание может быть представлено в одной из следующих стандартизированных форм:

- закрытой (с выбором одного или нескольких ответов);
- открытой;
- на установление соответствия;
- на установление правильной последовательности.

Используемую форму тестового задания определяют содержанием учебного материала.

- Тестовые задания **закрытой формы** (одиночного и множественного выбора) — форма тестовых заданий, которая представляет собой неполное утверждение с одним ключевым элементом и множеством допустимых заключений, одно или несколько из которых правильные. Тестируемый определяет правильные заключения из данного множества, а использование ответов «Все ответы правильные» и «Все ответы неправильные» недопустимо.
- Тестовые задания **открытой формы** требуют ответа, сформулированного самим тестируемым. Такие тесты подразделяют на задания со свободным (т.е. произвольным) ответом и с ограничениями на ответ.
- Тестовое задание **на установление соответствия** — задание, в котором объектам одной группы надо поставить в соответствие объекты другой группы.
- Тестовые задания на **установление правильной последовательности** — задания, в которых требуется определить порядок следования предложенных объектов (символов, слов, формул, рисунков). Заданиями такого типа рекомендуют проверять знание алгоритмов действий, технологических приемов, логику рассуждений и т.п.

### **Требования к содержанию теста**

- Содержание тестовых заданий должно соответствовать системе целей изучения дисциплины — тем, разделов, конечным целям дисциплины. Они должны выявлять знание общих, принципиальных положений темы. Недопустимы задания на обнаружение знаний «мелких» частных и справочных сведений.
- Задание должно сопровождаться адекватной инструкцией для выполнения.

- В инструкции к тесту должно быть указано количество правильных ответов (один или несколько), время выполнения теста.
- Тестовое задание должно быть представлено в форме краткого суждения, сформулированного четким языком и исключающего неоднозначность заключения тестируемого на требования тестового задания.
- Содержание тестового задания не должно содержать повторов, двойных отрицаний и сленга.
- Формулировка должна быть выражена в повествовательной форме (вопрос исключен).
- В формулировке тестового задания не должно быть повелительного наклонения (выберите, вычислите, укажите и др.).
- Недопустимы заключения типа: «все выше перечисленное верно», «все указанные ответы неверны» и т.д.
- В тексте и ответах не должно быть подсказок.
- Обязательно соблюдение единого стиля оформления заданий, входящих в один тест.
- Тест должен быть сертифицирован — его валидность, надежность должны быть подтверждены математическими методами.

#### **Технологические требования к оценке качества тестовых заданий**

- Формулировка тестового задания должна содержать не более 7–9 слов и учитывать требуемый уровень усвоения.
- Формулированные тестовые задания для определения их основных характеристик должны экспериментально проверяться. При этом тестовые задания должны быть:
  - валидны, т.е. отражать научное содержание учебной дисциплины;
  - нацелены на определенный контингент студентов (в соответствии с требованиями квалификационной характеристики);
  - надежны, т.е. устойчиво оценивать уровень одних и тех же студентов;
  - дифференцированы (чувствительны), т.е. измерять конкретные знания;
  - дискриминантны (различительны) для данного контингента;
  - пригодны для контроля знаний с помощью компьютерных технологий.

#### **Дидактические требования к качеству тестовых заданий**

- Должна быть ясно выражена одна мысль, которую записывают сжато, полно и четко.

- Тестовое задание должно составлять важную, а не тривиальную часть пройденного учебного материала.
- По трудности тестовое задание должно быть приемлемо для тестируемого контингента студентов, а по содержанию соответствовать критериям будущей профессиональной деятельности либо потребностям будущего обучения.
- Правильный ответ не должен быть длиннее и точнее неправильных подсказок (дистракторов).
- В основе вопроса и правильного ответа не должны использоваться общие элементы.
- Не должны использоваться специфические слова-определители.
- Семантическая осмысленность задания предполагает, что его не должны формулировать в отрицательной форме.
- Тестовое задание не должно содержать двусмысленностей и тавтологий, противоречивых утверждений.
- Качество должно быть оценено по формальной чистоте, согласно которой при создании теста необходимо стремиться к сочетанию принципов тестового задания, а не форм.
- Профессиональным считают тест, реализованный с помощью фасетных тестовых заданий.

#### **Требования к базе тестовых заданий**

- Объем базы тестовых заданий по одной дисциплине должен составлять как минимум 100 стандартных заданий.
- База тестовых заданий должна охватывать все дидактические единицы, содержательный минимум ФГОС или авторской программы.
- Последовательность заданий в базе должна соответствовать последовательности изложения учебного материала в конкретной дисциплине.
- В аннотации к банку тестовых заданий указывают:
  - вид контроля — текущий на занятии (на входе или выходе), промежуточная аттестация, итоговая государственная аттестация выпускников;
  - содержательную структуру теста — перечисление разделов тематической структуры (целей обучения) базы тестовых заданий с указанием количества заданий, входящих в тест (когда важен порядок тем предъявляемых заданий, указывают порядковый номер следования каждой темы/раздела в тесте);
  - алгоритм формирования теста (строгий порядок, по возрастной мере трудности заданий, случайный выбор);

- шкалу и правила оценивания результатов тестирования;
- объем базы тестовых заданий с указанием количества заданий в целом и процентного соотношения по каждой форме заданий, категориям трудности, разделам;
- авторский коллектив разработчиков;
- период разработки (дату начала и окончания);
- экспертизу тестовых заданий (кто проводил, дату проведения);
- дату проведения апробации, выборку и место проведения эксперимента.

### Требования к оценке теста

- Результаты тестирования студента оценивают «зачтено», если студент набрал 70% и более максимального балла теста, «не зачтено», если студент набрал менее 60%.
- Результаты тестирования студента оценивают «отлично», если студент набрал 90% и более максимального балла теста.
- Результаты тестирования студента оценивают «хорошо», если студент набрал от 80 до 89% максимального балла теста.
- Результаты тестирования студента оценивают «удовлетворительно», если студент набрал от 70 до 79% максимального балла теста.
- Результаты тестирования студента оценивают «неудовлетворительно», если студент набрал менее 70% максимального балла теста.

### РЕЗЮМЕ

Педагогический тест – система заданий специфической формы, позволяющая объективно измерить уровень подготовленности испытуемых в определенной области знаний

Содержание тестовых заданий должно соответствовать системе целей изучения дисциплины

Недопустимы задания на выявление знаний мелких частных и справочных сведений

### Кейс

**Кейс** — единый информационный комплекс, позволяющий понять ситуацию, провоцирующий дискуссию, привязывая обучающихся к реальным фактам, позволяет смоделировать реальную проблему, с которой в дальнейшем придется столкнуться на практике.

**Цель** решения кейса — получение знаний и формирование общекультурных и профессиональных компетенций студентов.

**Задачи** решения кейсов — развитие у студентов:

- системы ценностей, профессиональных позиций, жизненных установок, своеобразного профессионального мироощущения;
- самостоятельного мышления;
- умения выслушивать и учитывать альтернативную точку зрения;
- аргументированно высказывать свою точку зрения;
- навыков работы в команде.

#### **Требования к созданию кейса (этапы)**

- Формирование дидактических целей. Этот этап включает определение места кейса в структуре учебной дисциплины, определение того раздела, которому посвящена данная ситуация; формулирование целей и задач; выявление «зоны ответственности» за знания, умения и навыки студентов.
- Определение проблемной ситуации.
- Построение программной карты, состоящей из основных тезисов, которые необходимо воплотить в тексте.
- Сбор информации относительно тезисов программной карты кейса.
- Построение или выбор модели ситуации, проверка ее соответствия реальности.
- Выбор жанра.
- Написание текста.
- Диагностика правильности и эффективности кейса — проведение методического учебного эксперимента, построенного по той или иной схеме.
- Подготовка окончательного варианта кейса.
- Внедрение кейса в практику обучения, его применение при проведении учебных занятий, а также его публикация с целью распространения в преподавательском сообществе.
- Подготовка методических рекомендаций по использованию кейса: разработка задания для студентов и возможных вопросов для ведения дискуссии и презентации, описание предполагаемых действий учащихся и преподавателя в момент обсуждения.

#### **Требования к структуре кейса**

В структуре кейса выделяют три составные части: сюжетную, информационную и методическую.

**Сюжетная часть** — описание ситуации и информация, позволяющая понять окружение, при котором развивается ситуация, с указанием источника получения данных. Кейс может содержать вымышленные события, но он должен представлять максимально реальную картину и несколько конкретных фактов. В этом случае изложение реальных и вымышленных событий минимизирует различия между ними.

**Информационная часть** — информация, которая позволит правильно понять развитие событий:

- краткое описание проблемы, желательно привести несколько различных точек зрения (как ее видят разные участники события);
- определенная хронология развития ситуации с указанием действий или воздействующих факторов, желательно оценить результаты их воздействия;
- предпринятые действия по ликвидации проблемы (если таковые предпринимали), какие результаты они давали;
- какие ресурсы могут быть выделены на решение данной ситуации.

**Методическая часть** разъясняет место данного кейса в структуре учебной дисциплины, формулирует задания по анализу для студентов и методические указания по преподаванию конкретной ситуации для преподавателя. В методических указаниях авторы кейсов должны разрабатывать конкретные рекомендации по разбору ситуаций, в которых излагают авторский разбор ситуаций, их ключ, а также рекомендуемую методику проведения занятий.

**Сюжетная и информационная части** могут существовать как относительно независимые (информация может быть вынесена в приложение), так и тесно переплетаясь. Однако в любом кейсе его назначение и задание должны быть четко сформулированы.

Кейс может содержать видео-, аудиоматериалы, сведения на электронных носителях или любые другие.

**Требования к студентам по работе с кейсом:**

- внимательное прослушивание вступительного слова преподавателя, уяснение сути задания;
- входение в комфортную для работы малую группу;
- знакомство с текстом кейса (осознание цели, проблемной ситуации);
- обсуждение кейса в группе (анализ конкретной ситуации и вычленение проблемы, разработка вариантов для принятия ре-

шения, выбор критериев решения, оценка и прогноз перебираемых вариантов);

- определение докладчиков;
- участие в презентации решения кейса;
- участие в общей дискуссии (вопросы, выступления с мест);
- осмысление выступления преподавателя, его анализ ситуации;
- получение оценки и ее осмысление.

#### **Требования к презентации решения кейса (виды)**

- **Публичная** презентация предполагает представления решения кейса в подгруппах и группе. Она максимально вырабатывает навыки публичной деятельности.
- **Непубличная** презентация предполагает подготовку письменного отчета по выполнению задания. Здесь стимулируют такие качества презентующего, как умение подготовить текст, точно и аккуратно составить отчет, не допустить ошибки в расчетах и т.п.
- Презентация решения кейса **преподавателем**. Такая презентация возможна при длительной работе студентов над кейсом, она позволяет учащимся системно представить решение сложной проблемы. Задача такой презентации — достижение простоты и понятности.

#### **Требования к оценке кейса**

- Оценка кейса по критериям по 5-балльной шкале (табл. 1.6).

**Таблица 1.6.** Критерии оценки кейса

<b>Критерии оценки</b>	<b>Максимальный балл</b>
Соответствие решения сформулированным в кейсе вопросам	1
Оригинальность подхода (новаторство, креативность)	1
Глубина проработки проблемы, обоснованность и правильность решения	1
Активность участия, кооперация и сотрудничество	1
Комплексность решения	1
<b>Итого</b>	<b>5</b>

- В случае если отметка соответствует 2 баллам и менее, кейс считают не зачтенным.



- Преподаватель может самостоятельно определять максимальный балл в зависимости от значимости критерия.

### РЕЗЮМЕ

Кейс – единый информационный комплекс, позволяющий смоделировать реальную проблему, с которой в дальнейшем придется столкнуться на практике

Цель решения кейса – формирование общекультурных и профессиональных компетенций обучающихся

Одна из важнейших задач решения кейса – формирование навыков работы в команде

## Студенческая история болезни

**Студенческая (академическая) история болезни** (далее — история болезни) — самостоятельная работа студента, в которой по определенной форме отражены сведения о находящемся в лечебном учреждении пациенте.

### Требования к оценке

- Оценивают историю болезни на основе принципов объективности, справедливости, всестороннего анализа материала, изложенного в работе.
- При оценке преподаватель учитывает:
  - знание фактического материала по программе;
  - соответствие структуры документа требованиям, изложенным в методических рекомендациях кафедры;
  - грамотность, логику и стиль написания;
  - аргументированность выбора и интерпретации данных дополнительного обследования, дифференциальной диагностики и/или ее обоснования, выбора лечения, назначения практических рекомендаций;
  - уровень самостоятельного мышления;
  - умение связывать теорию с практикой.
- Оценку истории болезни проводят по утвержденному на кафедре протоколу, суть которого — дискретная оценка составных частей истории болезни, таких как:

- субъективное исследование пациента (сбор жалоб, анамнеза);
- объективное исследование пациента;
- планирование и интерпретация дополнительных методов исследования;
- дифференциальная диагностика, клинический диагноз, его обоснование;
- назначение лечения;
- эпикриз.

По каждому из перечисленных пунктов кафедра устанавливает критерии присуждения баллов. Сумму вычисляют и сравнивают с утвержденными кафедрой диапазонами баллов, соответствующих определенной оценке.

- По усмотрению кафедры защита истории болезни как способ оценки знаний студента может быть включена в зачетное (итоговое) занятие.
- По результатам зачета студенту выставляют оценку «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».
- Оценки «отлично» заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение грамотно и полно собрать жалобы, анамнез, в исчерпывающем объеме провести объективное исследование пациента, назначить дополнительные методы обследования при данной патологии, аргументированно выполнить дифференциальную диагностику и обосновать диагноз, назначить лечение в соответствии с современными представлениями медицинской науки, продуктивно использовать основную и дополнительную литературу, рекомендованную программой.
- Оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший при выполнении истории болезни полные знания учебно-программного материала, умение грамотно собрать жалобы, анамнез, в требуемом объеме провести объективное исследование пациента, назначить дополнительные методы обследования при данной патологии, провести дифференциальную диагностику и обосновать диагноз, назначить лечение, соответствующее выявленному заболеванию, использовать основную и дополнительную литературу, рекомендованную программой. Как правило, оценку «хорошо» выставляют студентам, способным достаточно полно выявить у пациента и изложить в истории болезни признаки патологии, показавшим систематический характер знаний по дисциплине, но допустившим единичные ошибки при использовании медицинской терми-

нологии, единичные стилистические ошибки и отступления от последовательного изложения текста, неточности субъективного или объективного исследования больного, недостаточное умение эффективно использовать данные объективного исследования в постановке и решении лечебно-диагностических задач.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший при выполнении истории болезни знание учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся со сбором жалоб, анамнеза, способный провести обследование пациента в объеме, необходимом для выявления типичных признаков изучаемой патологии, знакомый с принципами назначения дополнительного обследования и лечения, использующий основную литературу, рекомендованную программой. Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют студентам, допустившим множественные погрешности при обследовании пациента, использовании научной медицинской терминологии, множественные стилистические ошибки и отступления от последовательного изложения текста, недостаточное владение способами объективного исследования пациента и интерпретации результатов дополнительных методов исследования, но обладающим необходимыми знаниями и способностями для их устранения под руководством преподавателя.
- Оценку «неудовлетворительно» выставляют студенту, обнаружившему при написании истории болезни существенные пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в обследовании пациента, не способному провести дифференциальную диагностику, назначить диагностические и лечебные мероприятия при данной патологии.

### РЕЗЮМЕ

История болезни – медицинский документ, в котором отражены сведения о находящемся в лечебном учреждении пациенте

Студенческая (академическая) история болезни – одна из форм самостоятельной работы студентов

При оценке студенческой истории болезни учитывается уровень самостоятельного мышления и умение связывать теорию с практикой

## Эссе

**Эссе** — прозаическое произведение небольшого объема и свободной композиции, выражающее индивидуальные впечатления и соображения по конкретному поводу или вопросу и заведомо не претендующее на определенную или исчерпывающую трактовку предмета.

Эссе представляет самостоятельную письменную работу на тему, предложенную преподавателем.

**Цель** эссе — развитие навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей.

Эссе способствует развитию у студентов способностей:

- понять, реконструировать и анализировать сложные аргументы;
- убедительно представить собственную точку зрения;
- оформлять свои мысли ясным, доступным языком и хорошо организованным способом.

Эссе должно содержать четкое изложение сути поставленной проблемы, включать самостоятельно проведенный ее анализ с использованием концепций и аналитического инструментария, рассматриваемого в рамках дисциплины, выводы, авторскую позицию по поставленной проблеме.

В некоторых случаях эссе может содержать анализ статистических данных по изучаемой проблеме, материалов из средств массовой информации, подробный разбор предложенной задачи с развернутыми мнениями, подбор и детальный анализ примеров, иллюстрирующих проблему.

Для эссе характерны ярко выраженная авторская позиция, искренность, эмоциональность изложения.

### **Требования к теме эссе**

- Тематика эссе должна позволять в целостной и обобщенной форме определить уровень знаний студентов по учебному курсу, а также навыки их практического использования.
- Темы эссе предлагает преподаватель.
- Студент имеет право предложить собственную тему при условии краткого обоснования данного выбора.
- Эссе позволяет увидеть своеобразие позиции автора, стиля мышления, речи, отношения к миру.

### **Требования к типу эссе**

Выделяют различные типы эссе (табл. 1.7).

Таблица 1.7. Типы эссе

Тип эссе	Требование
Философский	Объектом осмысления служат философские категории, общие размышления о мире и человеке
Личностный, субъективный (автобиографический)	Основным элементом считают раскрытие той или иной стороны авторской личности; взгляд на различные явления, ценностную позицию показывают через воспоминания, дневники, впечатления
Объективный	Характеризуется подчинением личностного начала предмету описания или какой-либо идее
Литературно-критический	Представляют в виде следующих жанров: рецензии, лирической миниатюры, заметки, письма и др.
Описательный	Указывают направление или инструктируют в том, как закончить задачу или как должно быть выполнено некое действие
Причинно-следственный	Фокусирован на условиях или ситуациях и предполагает ответы на вопросы «почему?», «каков результат?»
Определяющий	Определяют тему как конкретно (определение слова), так и абстрактно (расширенное толкование)
Сравнивающий	Фиксируют различия или сходства между людьми, местами, вещами, идеями и т.п.
Аргументирующий (контраргументирующий)	Фиксируют обоснованное мнение относительно предмета

### Требования к структуре эссе

- Структуру эссе определяют предъявляемыми к нему требованиями (табл. 1.8).

Таблица 1.8. Структура эссе

Требование	Структурный компонент
Мысли автора по проблеме излагают в форме кратких тезисов	Тезис
Мысль должна быть подкреплена доказательствами	Аргумент

- Количество тезисов и аргументов зависит от темы, избранного плана, логики развития мысли:
  - вступление;
  - тезис — аргумент;
  - тезис — аргумент;
  - тезис — аргумент;
  - заключение.

- Внутренняя структура эссе может быть произвольной, поскольку малая форма письменной работы не требует обязательного построения выводов в конце, так как они могут быть включены в основной текст или заголовок.
- Аргументация может предшествовать формулировке проблемы.
- Формулировка проблемы может совпадать с окончательным выводом.

#### **Требования к оформлению эссе**

- Эссе может быть написано в любом объеме, обусловленном темой и стилем, как правило, не более 5000 печатных знаков.
- Эссе оформляют в рукописном или печатном варианте.
- Текст печатного варианта должен быть подготовлен в редакторе Microsoft Word. Шрифт — Times New Roman, размер шрифта — 14, междустрочный интервал — 1,5. Шрифт принтера должен быть четким, черного цвета. Выравнивание заголовка — по центру, основного текста — по ширине поля.

#### **Требования к оценке эссе**

- Оценка эссе по критериям по 5-балльной шкале (табл. 1.9).

**Таблица 1.9.** Критерии оценки эссе

Позиция	Критерий	Максимальный балл
Содержание	Соответствие теме	1
	Глубина раскрытия темы	
Аргументация	Логически структурирована	1
	Точный фактический материал	
Новизна	Оригинальность	1
	Творческий подход	
Стиль	Ясность изложения	1
	Выразительность текста	
Оформление	Четкость, читаемость	1
	Разумность объема	
Итого		5

- Преподаватель самостоятельно определяет максимальный балл в зависимости от значимости критерия.
- Максимальный балл может быть понижен преподавателем в случае, если позиция не в полной мере отражена в эссе.

- В случае если отметка соответствует 2 баллам, эссе считают не зачтенным.

### РЕЗЮМЕ

Эссе – прозаическое произведение небольшого объема и свободной композиции, выражающее индивидуальные впечатления и соображения по конкретному поводу или вопросу

Цель эссе – развитие навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей

Эссе дает возможность увидеть своеобразие позиции автора

## Реферат

**Реферат** — краткое точное изложение содержания документа, включающее основные фактические сведения и выводы, без дополнительной интерпретации или критических замечаний автора реферата.

Реферат-фрагмент первоисточника — документ, составляемый в тех случаях, когда в первоисточнике можно выделить часть, раздел или фрагмент, отражающие информационную сущность документа или соответствующие задаче реферирования.

Обзорным называют реферат, составленный на основе множества документов-первоисточников и служащий сводной характеристикой определенного содержания документов.

Обзорные рефераты могут быть нескольких видов:

- монорефераты в виде связного произведения;
- полирефераты в виде совокупности отдельных рефератов.

### Требования к структуре реферата

- Реферат должен содержать следующие разделы:
  - содержание;
  - введение;
  - несколько глав (от 2 до 5);
  - заключение;
  - список литературы.
- Каждый раздел начинают с новой страницы.
- Введение содержит актуальность выбранной темы реферата; цель работы; задачи, которые нужно решить, чтобы достигнуть указанной цели; краткую характеристику структуры реферата.

- Объем введения для реферата 1–1,5 с.
- Главы реферата можно делить на параграфы. Главы можно заканчивать выводами (хотя для реферата это и не обязательно).
- В заключении должны быть ответы на поставленные во введении вопросы и дан общий вывод. Объем заключения реферата 1–1,5 с.
- Список литературы у реферата должен составлять от 4 до 10 позиций. В него входят нормативные акты, книги, бумажная периодика, интернет-источники.

#### **Требования к тексту реферата**

- Текст реферата не должен содержать интерпретацию документа, критические замечания и точку зрения автора реферата, а также информацию, которой нет в исходном документе.
- Текст реферата должен отличаться лаконичностью, четкостью, убедительностью формулировок, отсутствием второстепенной информации.
- В тексте следует употреблять синтаксические выражения, свойственные языку научных и технических документов, избегать сложных грамматических конструкций.
- В тексте реферата следует применять стандартизованную терминологию. Необходимо избегать употребления малораспространенных терминов или разъяснять их при первом упоминании. Важно соблюдать единство терминологии в пределах реферата.
- Сокращения и условные обозначения, кроме общеизвестных, применяют в исключительных случаях или дают их определения при первом употреблении.
- Имена собственные (фамилии, наименования организаций, изделий и др.) приводят на языке первоисточника. Допускают транскрипцию (транслитерацию) собственных имен или перевод их на язык реферата с добавлением в скобках при первом упоминании собственного имени в оригинальном написании.

#### **Требования к объему реферата**

- Требования к полноте и объему, а также особенностям оформления устанавливаются в зависимости от назначения реферата и конкретных указаний преподавателя.
- Общие правила составления рефератов, применимые к большинству случаев:
  - максимальный объем реферата монографии в несколько сот страниц или большого сборника статей ограничивают 5–6 машинописными страницами;
  - реферат статьи из специального журнала (20–30 с.) не должен превышать 2–3 машинописных страниц;



– на реферат статьи меньшего объема (до 10 с.) отводят около 1 машинописной страницы.

Примерно такие же пропорции применимы и при реферировании иных материалов (инструкций, справочников, учебников и др.).

### **Требования к оформлению реферата**

Реферат — научная работа, поскольку содержит элементы научно-го исследования. В связи с этим к нему должны предъявлять требования по оформлению, как к научной работе. Они регламентированы государственными стандартами, в частности:

- ГОСТ 7.32-2001 «Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления»;
- ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления»;
- ГОСТ 7.80-2000 «Библиографическая запись. Заголовок. Общие требования и правила составления»;
- ГОСТ 7.82—2001 «Библиографическая запись. Библиографическое описание электронных ресурсов».

**Формат.** Реферат должен быть выполнен на одной стороне листа белой бумаги формата А4 (210×297 мм) через 1,5 интервала. Цвет шрифта должен быть черным. Гарнитура шрифта основного текста — Times New Roman или аналогичная, кегль (размер) — от 12 до 14 пунктов. Размеры полей (не менее): правое — 10 мм, верхнее, нижнее и левое — 20 мм. Формат абзаца: полное выравнивание («по ширине»), отступ — 8–12 мм, одинаковый по всему тексту.

Заголовки разделов и подразделов следует печатать на отдельной строке с прописной буквы без точки в конце, не подчеркивая. Выравнивание по центру или левому краю. Отбивка: перед заголовком — 12 пунктов, после — 6 пунктов.

Страницы следует нумеровать арабскими цифрами, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту (титальный лист включают в общую нумерацию). Номер страницы проставляют в центре нижней части листа без точки. На титульном листе номер не проставляют.

**Титульный лист.** В верхней части титульного листа пишут, в какой организации выполнена работа, далее буквами увеличенного кегля указывают тип («Реферат») и тему, ниже, в правой половине листа, — информацию, кто выполнил и кто проверяет работу. В центре нижней части титульного листа пишут город и год выполнения.

**Библиография.** Библиографические ссылки в тексте реферата оформляют в виде номера источника в квадратных скобках.

### Критерии оценки реферата

Оценку реферата осуществляет преподаватель на основе установленных критериев и показателей (табл. 1.10). Реферат оценивают по 5-балльной шкале.

**Таблица 1.10.** Критерии оценки реферата

Позиция	Критерий	Максимальный балл
Новизна	Актуальность проблемы и темы; новизна и самостоятельность в постановке проблемы; формулирование нового аспекта выбранной для анализа проблемы; самостоятельность суждений	1
Степень раскрытия сущности проблемы	Соответствие плана теме реферата; соответствие содержания теме и плану реферата; полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; обоснованность способов и методов работы с материалом; умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы	1
Обоснованность выбора источников	Круг, полнота использования литературных источников по проблеме; привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и др.)	1
Соблюдение требований к оформлению	Правильное оформление ссылок на используемую литературу; грамотность и культура изложения; владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; соблюдение требований к объему реферата; культура оформления — выделение абзацев	1
Грамотность	Отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; литературный стиль	1
Итого		5

**РЕЗЮМЕ**

Реферат – краткое точное изложение содержания документа, включающее основные фактические сведения и выводы, без дополнительной интерпретации или критических замечаний

Текст реферата должен быть лаконичным, четким, не содержать второстепенной информации

Реферат является научной работой, поскольку содержит элементы научного исследования

**Проект**

**Проект (заявка на конкурс, грант)** — специально организованный преподавателем и самостоятельно выполняемый обучающимся комплекс действий по решению значимой для последнего проблемы, завершающихся созданием продукта.

**Требования к цели и задачи проектирования**

**Целью** выполнения проекта считают получение знаний и формирование профессиональных компетенций в области научно-исследовательской деятельности (проведение исследований, работа и деловое общение в группе, защита и представление своей работы).

**Задачи** выполнения проектов заключаются в развитии у студентов умения:

- самостоятельного достижения результата;
- предвидеть проблемы, пути их решения;
- работать с источниками информации, выделять главное, анализировать и систематизировать информацию.

**Требования к типам проектов**

Классификация типов проектов

- По **доминирующей в проекте деятельности** (исследовательский, творческий, ролево-игровой, информационный, практико-ориентированный и др.).
  - **Исследовательские проекты.** Этот тип предполагает аргументацию актуальности взятой для исследования темы, формулирование проблемы исследования, его предмета и объекта, определение методов исследования, источников информации, выдвижение гипотез решения означенной проблемы, разработку путей ее решения (в том числе экспериментальных, опытных), обсуждение полученных результатов, выводы, оформление ре-

зультатов исследования, обозначение новых проблем для дальнейшего развития исследования.

- **Творческие проекты.** Как правило, не имеют детально проработанной структуры, ее только намечают и далее развивают, подчиняясь логике и интересам участников проекта. Предполагают соответствующее оформление результатов. В данном случае следует договориться о планируемых результатах и форме их представления (совместной газете, сочинении, видеофильме и др.). Оформление результатов проекта требует четко продуманной структуры в виде сценария видеофильма, программы праздника, плана сочинения, репортажа, дизайна и рубрик газет, альбома и пр.
- **Ролевые, игровые проекты.** Участники принимают на себя определенные роли, обусловленные характером и содержанием проекта. Это могут быть литературные персонажи или выдуманные герои, которые имитируют социальные или деловые отношения, осложняемые придуманными участниками ситуациями. Результат этих проектов либо намечается в начале их выполнения, либо вырисовывается лишь в самом конце.
- **Информационные проекты.** Этот тип изначально направлен на сбор информации о каком-то объекте, явлении; предполагают ознакомление участников проекта с этой информацией, ее анализ и обобщение фактов, предназначенных для широкой аудитории. Структура такого проекта может быть обозначена следующим образом: цель проекта, его актуальность, методы получения (литературные источники, средства массовой информации, базы данных, в том числе электронные, интервью, анкетирование, в том числе и зарубежных партнеров, проведение «мозговой атаки») и обработки информации (их анализ, обобщение, сопоставление с известными фактами, аргументированные выводы), результат (статья, реферат, доклад, видеофильм), презентация (публикация, в том числе в Сети, обсуждение в телеконференции и др.).

Такие проекты часто интегрируются в исследовательские и становятся их органичной частью, модулем.

- **Практико-ориентированные (прикладные) проекты.** Результат четко обозначен в начале и обязательно ориентирован на социальные интересы самих участников. Такой проект тре-

бует хорошо продуманной структуры, даже сценария всей деятельности его участников с определением функций каждого из них, четкие выходы и участие каждого в оформлении конечного продукта.

- По **характеру координации** проекта (открытой, скрытой).
  - **Проект с открытой, явной координацией.** В таких проектах координатор участвует в собственной своей функции, ненавязчиво направляя работу его участников, организуя в случае необходимости отдельные этапы, деятельность отдельных его участников (например, если нужно договориться о встрече в каком-то официальном учреждении, провести анкетирование, интервью специалистов, собрать репрезентативные данные и др.).
  - **Проект со скрытой координацией.** В таких проектах координатор не обнаруживает себя ни в сетях, ни в деятельности групп участников в своей функции. Он выступает как полноправный участник проекта.
- По **характеру контактов** (внутренние и международные).
  - **Внутренними**, или региональными (т.е. в пределах одной страны), называют такие проекты, которые организуют либо внутри одного вуза — междисциплинарные, либо между вузами внутри региона, одной страны (это относится также к телекоммуникационным проектам).
  - **Международными** называют такие проекты, участниками которых служат представители разных стран.
- По **количеству участников** проектов (личностные, парные, групповые).
  - **Личностные** (между двумя партнерами, находящимися в разных вузах, регионах, странах).
  - **Парные** (между парами участников).
  - **Групповые** (между группами участников).
- По **признаку продолжительности проведения** (краткосрочные, средней продолжительности, долгосрочные).
  - **Краткосрочные** (для решения небольшой или части более крупной проблемы). Такие небольшие проекты могут быть разработаны на нескольких занятиях по программе одного предмета или как междисциплинарные.
  - **Средней продолжительности** (от недели до месяца).
  - **Долгосрочные** (от одного до нескольких месяцев).

**Требования к студентам по работе над проектом**

Основные действия студентов по работе над проектом:

- внимательное прослушивание вступительного слова преподавателя, уяснение сути задания;
- вхождение в комфортную для работы малую группу;
- выполнение;
- оформление в соответствии с требованиями;
- своевременная сдача оформленного проекта;
- определение докладчиков;
- участие в презентации выполненного проекта;
- получение оценки и ее осмысление.

**Требования к оформлению проекта**

- Проект может быть оформлен в рукописном или машинописном варианте.
- В машинописном варианте проект должен быть напечатан на листах бумаги формата А4 (296×210 мм). Размер полей должен составлять: левого — 30 мм, правого — 10 мм, верхнего и нижнего — по 20 мм. Текст конспекта должен быть подготовлен в редакторе Microsoft Word. Шрифт — Times New Roman, размер шрифта — 14, междустрочный интервал — 1,5. Шрифт принтера должен быть четким, черного цвета. Выравнивание заголовков — по центру, основного текста — по ширине поля.

**Требования к оценке проекта**

- Оценка проекта по критериям по 5-балльной шкале (табл. 1.11).

**Таблица 1.11.** Критерии оценки проекта

<b>Критерий</b>	<b>Максимальный балл</b>
Полнота раскрытия темы	1
Завершенность деятельности по проекту	1
Актуальность, новизна	1
Качество презентации (отчета) проекта — эстетичность оформления и структурированность информации	1
Оформление в соответствии с требованиями	1
<b>Итого</b>	<b>5</b>

- Преподаватель может самостоятельно определять максимальный балл в зависимости от значимости критерия.

- В случае если отметка соответствует 2 баллам и менее, проект считают не зачтенным.

### РЕЗЮМЕ

Проект (заявка на конкурс, грант) – специально организованный преподавателем и самостоятельно выполняемый обучающимся комплекс действий по решению значимой для обучающегося проблемы, завершающихся созданием продукта

Цель выполнения проекта – формирование навыков проведения исследований работы и делового общения в группе, защиты и представления своей работы

Одна из задач – умение самостоятельного достижения результата

## Презентация

**Презентация** — способ представления информации в наглядной и убедительной форме.

**Цель** — научиться кратко, доступно, наглядно и просто излагать изученный материал, обосновывать собственную точку зрения, общаться с аудиторией, грамотно задавать вопросы и отвечать на них.

### Требования к студентам по работе над презентацией

- **Планирование.** На этапе планирования определяют тему и цель презентации, составляют схематичный план изложения материала, отражающий структуру будущего доклада.
- **Обзор литературных источников.** К выбору источников информации следует подходить критически. Целесообразно использовать учебные и научные издания: монографии, тезисы и статьи известных клиницистов, ученых-исследователей. Необходимо ссылаться на автора литературного источника.

### Требования к оформлению презентации

**Оформление слайдов.** При этом следует придерживаться следующих простых правил.

- **Один слайд — один аспект.** Каждый слайд должен быть посвящен какому-либо одному конкретному вопросу, который следует отразить в названии слайда.

- **Правило шести строк.** Информация должна быть представлена на слайде в тезисном виде, короткими и понятными фразами, занимающими не более 1 строки (не более 6 строк на слайде).
- **Стиль и размер текста.** Стандартными шрифтами для презентаций считают Arial и Verdana. Нестандартные шрифты трудно воспринимаются. Рекомендуемый размер шрифта для основного текста — 28-й кегль, а для заголовка — 36-й кегль. Прописные буквы следует использовать только при необходимости.
- **Цвет фона и текста.** Рекомендуют использовать светлый цвет фона и контрастный темный цвет текста. Нежелательно использовать более 2–3 цветов на одном слайде.
- **Выравнивание текста.** Обычно используют выравнивание по левому краю, реже — по ширине. Не рекомендуют использовать выравнивание по центру (кроме заголовка слайда) и правому краю.
- **Текст и рисунок.** Не следует использовать слишком много рисунков, они отвлекают аудиторию. Изображения должны тематически перекликаться с написанным на слайде.
- **Графики.** Лучше использовать простые (не объемные) диаграммы, их проще понимать и интерпретировать. Название графика, как и рисунка, следует указывать внизу и четко расшифровывать в нем, что отражено на диаграмме, за какой период, а также единицы измерения.
- **Таблицы.** Не следует использовать большие таблицы. Они должны отображать минимум наиболее важной информации. Название таблицы размещают над ней, в нем также отражают полную информацию о представленных в таблице данных.

#### **Требования к оценке презентации**

- Оценка презентации по критериям по 5-балльной шкале (табл. 1.12).

**Таблица 1.12.** Критерии оценки проекта

<b>Критерий</b>	<b>Максимальный балл</b>
Последовательность, логичность и полнота изложения материала	1
Владение информацией	1
Оформление и содержание слайдов	1
Ораторское мастерство	1
Умение общаться с аудиторией, отвечать на вопросы	1
<b>Итого</b>	<b>5</b>



**РЕЗЮМЕ**

Презентация – способ представления информации в наглядной и убедительной форме

Цель – научиться кратко, доступно, наглядно и просто излагать изученный материал, обосновывать собственную точку зрения

Информация на слайде должна быть представлена в тезисном виде, короткими понятными фразами, занимающими не более одной строки

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО РАЗДЕЛАМ И ТЕМАМ (ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ)**

Согласно ФГОС, реализация компетентного подхода предусматривает сочетание в учебном процессе аудиторных занятий с внеаудиторной самостоятельной работой.

**Самостоятельную работу** осуществляют без прямой помощи преподавателя, но планирует и направляет деятельность студентов именно преподаватель.

Самостоятельную работу студенты выполняют при изучении дисциплины «Инфекционные болезни у детей» в 9, 10, 11 и 12-м семестрах (табл. 1.13–1.14). На выполнение самостоятельной работы отведено 99 ч. В 9-м и 10-м семестре студенты изучают разделы «Острые кишечные инфекции» (ОКИ) и «Вакцинопрофилактика», самостоятельная работа составляет 39 ч (39 баллов). В 11-м семестре изучаемый раздел «Воздушно-капельные инфекции» (ВКИ), самостоятельная работа 45 ч (45 баллов). В 12-м семестре 15 ч самостоятельной работы (15 баллов), изучаемый раздел «Вирусные гепатиты у детей».

**Таблица 1.13.** Планирование разделов дисциплины по семестрам

Разделы	Семестры			
	9	10	11	12
Острые кишечные инфекции у детей				
Воздушно-капельные инфекции				
Вакцинопрофилактика				
Вирусные гепатиты у детей				

**Таблица 1.14.** Количество ситуационных задач (разделы дисциплины и семестры)

Семестр	Раздел	Самостоятельная работа, ч/баллы	Задачи, количество/баллы
9	ОКИ	39/39	3/6
10	ОКИ	–	2/4
	Вакцинопрофилактика		1/2
11	ВКИ	45/45	6/12
12	ВКИ	–	2/4
	Вирусные гепатиты	15/15	2/4

В течение семестра студенты выполняют различные виды заданий, набирают необходимое количество баллов и формируют портфолио заданий для экзамена. В портфолио входят два вида заданий: **обязательные самостоятельно выполненные** (их вес составляет 30% общего количества часов, выделяемых на каждый раздел) и **самостоятельно выбранные** из предложенного перечня (70% общего количества часов на самостоятельное изучение раздела). К обязательным заданиям, выполняемым в письменном виде, относят ситуационные задачи. Цена одной ситуационной задачи — 2 балла. В 9-м и 10-м семестрах обязательным считают решение 6 ситуационных задач, по 3 в каждом семестре, что позволит набрать по 6 баллов в каждом семестре, т.е. 12 баллов за учебный год при изучении разделов «ОКИ» и «Вакцинопрофилактика». В 11-м семестре — 6 ситуационных задач (12 баллов), в 12-м семестре — 4 ситуационные задачи (8 баллов).

За решение обязательных ситуационных задач студент должен набрать 32 балла, т.е. около 30% необходимых 99 баллов. Остальные баллы он набирает, выполняя задания, которые выбирает самостоятельно.

Например, на раздел «ОКИ у детей» на СРС отводят 30 ч, что условно соответствует 30 баллам. Это значит, что 10 баллов (30%) необходимо набрать за письменное решение 5 ситуационных задач, а 20 баллов (70%) расписать на задания, которые студент сам выберет из предложенного перечня. Например, это может быть составление конспекта-схемы научной статьи по теме «Инвазивные кишечные инфекции у детей» (4 балла), подготовка анкеты для студентов и проведение пилотного исследования по теме «Использование лечебного питания при ОКИ у детей», что в сумме составит необходимые

20 баллов. И так по каждому разделу. В результате выполнения самостоятельной работы портфолио студента по дисциплине «Детские инфекционные болезни» может включать следующие виды самостоятельных работ.

- Раздел «ОКИ у детей», СРС (30 баллов):
  - решение ситуационных задач — 5 задач, 10 баллов;
  - конспект-схема научной статьи по теме «Инвазивные кишечные инфекции у детей» — 3 балла;
  - анкета для студентов по теме «Использование лечебного питания при ОКИ у детей» — 16 баллов.

**Всего: 30 баллов (часов).**

- Раздел «Вакцинопрофилактика», СРС (9 баллов):
  - решение ситуационной задачи — 1 задача, 2 балла;
  - составление словаря-тезауруса по теме «Вакцинопрофилактика» (от 20 до 30 терминов, источники литературы) — 4 балла;
  - конспект-схема научной статьи по теме «Вакцинопрофилактика ветряной оспы» — 3 балла.

**Всего: 9 баллов (часов).**

- Раздел «ВКИ у детей», СРС (45 баллов):
  - решение ситуационных задач — 8 задач, 16 баллов;
  - конспект-схема научной статьи по теме «Дифтерия у детей» (2–3 с.) — 3 балла;
  - презентация по теме «Синдром кашля у детей» — 8 баллов;
  - эссе на тему «Синдром врожденной краснухи» — 10 баллов;
  - реферат на тему «Ошибки диагностики и лечения менингококковой инфекции у детей» — 8 баллов.

**Всего: 45 баллов (часов).**

- Раздел «Вирусные гепатиты у детей», СРС (15 баллов):
  - решение ситуационных задач — 2 задачи, 4 балла;
  - перевод статьи или ее части, посвященной проблеме хронического вирусного гепатита С у детей (2–4 с. текста, язык — любой, приложить оригинал и перевод), — 10 баллов.

**Всего: 15 баллов (часов).**

Оценку портфолио дают 3 человека: сам студент, однокурсник и преподаватель, который принимает во внимание самооценку и оценку другого студента. При этом все руководствуются критериями оценки заданий, исходя из его жанра (табл. 1.15).

**Таблица 1.15.** Оценочный лист (пример)

Оценка портфолио студента \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ курс \_\_, группа \_\_

Задание	Самооценка студента	Оценка			Примечание
		однокурсника	преподавателя	итоговая	
1	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—
...	—	—	—	—	—
Сводная оценка за задания, входящие в портфолио					—

Сводная оценка за портфолио студента — первая отметка в структуре комплексного экзамена по дисциплине.

Проблемы, с которыми может столкнуться преподаватель в ходе организации СРС, представлены в таблице 1.16.

**Таблица 1.16.** Проблемы организационного порядка в самостоятельной деятельности студента

Характер проблемы со стороны студента	Возможные действия преподавателя
Сложности с выбором темы	Предложить как можно больше тем и заданий; заинтересовать студента конкретной темой; предложить студенту выбрать тему самостоятельно; обязать студента выполнить единственную конкретную тему
Проблемы формы и содержания работы	Предоставить больше возможностей выбора форм и содержания работы; строго отслеживать соответствие заданной темы содержанию отчета; стимулировать использование новых технических средств; одобрять и поощрять инициативу студентов (например, в поисках новых форм работы); учитывать материальные и технические возможности студентов
Нарушение сроков сдачи отчета	Выстроить систему получения зачета (допуска к экзамену) в зависимости от факта сдачи самостоятельной работы; продумать «реальность» объема работы; продумать систему штрафов за нарушение срока сдачи работ; свести к минимуму рутинную, нетворческую работу (переписывание, дублирование)

*Окончание табл. 1.16*

<b>Характер проблемы со стороны студента</b>	<b>Возможные действия преподавателя</b>
Конфликтные ситуации в процессе оценивания	Продумать четкие критерии оценивания; оставлять студентам возможность доработать и переработать самостоятельное задание; обучать студентов навыкам самооценивания; выделять время для качественной проверки выполненного задания и личной беседы со студентом; конструировать позитивный выход из конфликтов; выстраивать систему индивидуальных «маршрутов» самостоятельной работы

## Глава 2

# МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ»

В главе приведены примеры заданий по уровням сложности для СРС по четырем разделам учебной дисциплины «Инфекционные болезни у детей». Для каждого раздела написаны ситуационные задачи, которые студент решает самостоятельно.

В самом начале изучения дисциплины, на первом занятии, преподавателю следует ознакомить студентов с особенностями процесса обучения на кафедре. Для этого можно воспользоваться следующей инструкцией, которая может быть доступна обучающимся и в электронной форме (например, размещена на странице кафедры на сайте университета).

### ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ (ПРИМЕР)

Вы приступили к изучению дисциплины «Инфекционные болезни у детей». Процесс обучения предполагает выполнение аудиторной (посещение лекций, клинических практических занятий) и внеаудиторной самостоятельной работы, которая составляет 1/3 общего количества часов, отведенных на изучение дисциплины. В течение семестра необходимо выполнить два вида заданий по самостоятельной работе — обязательные и по выбору студента. Обязательные самостоятельно выполненные задания (составляют 30% общего количества часов, выделяемых на каждый раздел) — решение ситуационных задач. Цена одной ситуационной задачи — 2 балла. Задания, которые студент выбирает сам из предложенного перечня, составляют 70% общего количества часов на самостоятельное изучение раздела.

Студент должен набрать в течение четырех семестров изучения дисциплины 99 баллов, из них 32 обязательных за решение ситуационных задач и 67 — за выполнение заданий по личному выбору.

Таким образом, в 9-м семестре при изучении раздела «ОКИ у детей» необходимо решить 3 ситуационные задачи, в 10-м семестре при изучении этого раздела — 2 ситуационные задачи по выбору, это составит 10 ч (баллов), и на 20 баллов выбрать и выполнить задания из предложенного списка. Например, написать эссе на тему «Лечение ОКИ у детей» (2–4 с.) (10 баллов) и перевести статью из зарубежного журнала, посвященную проблемам вирусных диарей у детей (10 баллов), что позволит набрать необходимые 20 баллов.

При изучении раздела «Вакцинопрофилактика» в 10-м семестре необходимо решить 1 ситуационную задачу (2 балла), например составить ответ-вопрос по теме «Мифы о вакцинации» (3 балла) и аннотированный список научных статей по вакцинации против пневмококковой инфекции за последние 5 лет (4 балла).

При изучении раздела «ВКИ у детей» в 11-м и 12-м семестре необходимо самостоятельно решить 8 обязательных ситуационных задач, что позволит набрать 16 баллов (часов), и самостоятельно выполнить задания, чтобы набрать еще 29 баллов. Например, составить анкету для студентов «Дифференциальная диагностика экзантем», провести мини-исследование (письменно) и обобщить результаты (устно) (20 баллов) и подготовить презентацию по теме «Синдром Рея у детей» (8 баллов).

Изучая раздел «Вирусные гепатиты у детей», необходимо решить 2 обязательные ситуационные задачи (4 балла) и выполнить задания по выбору, набирая еще 11 баллов. Например, можно составить отчет об освоении дисциплины/раздела в свободной форме (2–3 с.) и конспект-схему научной статьи по теме раздела (2–3 с.), что позволит набрать необходимое количество баллов.

После того как задания выполнены, следует, опираясь на требования к их оценке, провести самооценку, затем эти же задания оценивает одгруппник. Результаты отражают в оценочном листе, который передают преподавателю. Последний выставляет оценку, в том числе сводную с учетом самооценки и других оценок. Оценочный лист вместе с портфолио следует представить на экзамене. Помните, что портфолио — составная часть экзамена по учебной дисциплине.

## РАЗДЕЛ 1. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

СРС составляет 30 ч.

### Задания по темам

Примеры заданий по темам представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1. Задания по темам (примеры)

<b>Вирусные диареи. Энтеровирусные инфекции. Шигеллезы. Иерсиниозная инфекция. Эшерихиозы. Сальмонеллез</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить конспект-схему научной статьи по теме «ОКИ у детей»	Создать тест по теме «Дифференциальная диагностика ОКИ у детей» (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Подготовить анкету для студентов по теме «Использование пробиотиков при ОКИ у детей», провести пилотное исследование, представить на заседании научного кружка в виде устного доклада	Подготовить научную статью по проблемам ОКИ у детей (на конференцию, в научный журнал, можно в соавторстве с научным руководителем) или статью в студенческую газету
Составить сравнительную таблицу по дифференциальной диагностике ОКИ у детей	Подготовить презентацию по теме «Гемолитико-уремический синдром у детей»	Подготовить анкету для студентов по теме «Лечебное питание при ОКИ у детей», провести пилотное исследование, представить на заседании научного кружка в виде устного доклада	Подготовить исследовательский проект по проблеме ОКИ у детей
Составить словарь-тезаурус по теме «ОКИ у детей» (от 20 до 30 терминов, указать источники литературы)	Подготовить презентацию по теме «Ошибки лечения ОКИ у детей»	Подготовить публичное выступление в средствах массовой информации по профилактике ОКИ у детей (представить письменно)	Подготовить постер



Продолжение табл. 2.1.

<b>Вирусные диареи. Энтеровирусные инфекции. Шигеллезы. Иерсиниозная инфекция. Эшерихиозы. Сальмонеллез</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет по теме «ОКИ у детей»	Подготовить презентацию по теме «Инфузионная терапия ОКИ у детей»	Составить анкету для студентов (пациентов) «Ваше мнение об использовании антибиотиков для лечения ОКИ у детей», провести мини-исследование (письменно) и обобщить результаты (устно), представить на заседании студенческого научного кружка	Выступить с докладом на конференции с результатами собственных исследований
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Лечебное питание при ОКИ у детей»	Подготовить презентацию по теме «Регидратация при ОКИ у детей»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Дифференциальная диагностика ОКИ у детей» (распечатать, приложить ответы)	Подготовить тезисы в сборник материалов конференций по результатам собственных исследований
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Коррекция водно-электролитных нарушений при ОКИ у детей»	Решить кейс по теме «ОКИ у детей»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Коррекция водно-электролитных нарушений при ОКИ у детей» (распечатать, приложить ответы)	—

Окончание табл. 2.1.

<b>Вирусные диареи. Энтеровирусные инфекции. Шигеллезы. Иерсиниозная инфекция. Эшерихиозы. Сальмонеллез</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Кишечные инфекции у детей, связанные с оказанием медицинской помощи»	Перевести статью или ее часть, посвященную проблемам ОКИ у детей (2–4 с. текста, язык — любой, приложить оригинал и перевод)	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Лечение ОКИ в амбулаторной практике» (распечатать, приложить ответы)	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Инвазивные кишечные инфекции у детей»	Написать эссе на тему «Трудности диагностики ОКИ у детей» (2–4 с.)	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной флорой» (распечатать, приложить ответы)	—
Подготовить алгоритм выбора оптимального варианта лечения для конкретного пациента с ОКИ (рекомендации для пациента — текст или схема)	Подготовить реферат по теме «Холера у детей»	—	—

## Ситуационные задачи (примеры)

### Задача 1

Больной С., в возрасте 5 лет, поступил в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. **Жалобы** на повышение температуры тела до 38 °С, сильные боли в животе, двукратную рвоту.

**Анамнез болезни.** Заболел остро, появились приступообразные боли в животе, повышение температуры до 38,5 °С, двукратная рвота. По скорой помощи доставлен в стационар. Осмотрен хирургом. Живот при пальпации был болезненным во всех отделах. Ребенок оставлен для наблюдения в хирургическом отделении. Утром у него появился учащенный жидкий стул с примесью зелени, комочков слизи. Для дальнейшего лечения мальчик был переведен в инфекционное отделение.

**Эпидемиологический анамнез.** Накануне заболевания ел пирожок с мясом, купленный в магазине, йогурт. В палате, где наблюдали больного, находились еще 3 детей.

**Анамнез жизни.** Без особенностей.

**Объективный осмотр.** Состояние средней степени тяжести, вялый, аппетит снижен. В сознании, температура 38,2 °С, кожный покров бледный, лицо гиперемировано. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания (ЧД) 22/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 112/мин. Живот при осмотре запавший, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный слева в подвздошной области, где пальпируется плотная болезненная сигмовидная кишка. Стул при осмотре жидкий, скудный, со слизью и прожилками крови.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

#### **Задача 2**

Больной Д., в возрасте 12 мес, поступил с **жалобами** мамы на повышение температуры, многократную рвоту, жидкий стул, вялость, снижение аппетита.

**Анамнез болезни.** Заболел остро. С утра был вялый, капризный, после завтрака началась рвота желудочным содержимым, повторялась 4 раза. Ребенок просил пить, пил жадно, но жидкость не удерживал, отмечали рвоту и после приема жидкости. В течение дня рвота повторялась 10 раз. Во второй половине дня появилось урчание в животе и жидкий стул без патологических примесей. В 18 ч повысилась температура до 38 °С, стул

приобрел водянистый характер без примесей, с хлопьями, был 7 раз, обильный, выросла вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья, стал реже мочиться. Мама вызвала скорую помощь, в экстренном порядке ребенок был госпитализирован в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Первый ребенок в семье, рос и развивался в соответствии с возрастом, с рождения на искусственном вскармливании. При купании заглатывает воду. Накануне у мамы ребенка отмечали урчание в животе, тошноту, однократно жидкий стул. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала активированный уголь, состояние улучшилось.

**Объективный осмотр.** Вялый, адинамичный, позывы на рвоту, запах ацетона изо рта, пьет неохотно. Кожа сухая, бледная, с мраморным рисунком в области конечностей, конечности прохладные, складка на животе расправляется замедленно. Симптом белого пятна в течение 5 с. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Температура тела 38,1 °С. ЧД 40/мин, ЧСС 140/мин. Пульс — ритм правильный, слабого наполнения. Артериальное давление (АД) 95/55 мм рт.ст. Живот вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. При пальпации определяют урчание и переливание по ходу кишечника, перистальтика снижена. Стул жидкий, обильный, водянистый. Масса при поступлении 10 кг.

**Лабораторные данные.** Анализ крови: гемоглобин (Hb) 162 г/л, лейкоциты (Le)  $4,5 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 3 мм/ч.

#### **Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

### **Задача 3**

Больной И., в возрасте 7 лет, поступил по скорой помощи в инфекционный стационар с **жалобами** на рвоту, повышение температуры, слабость, боли в животе, жидкий стул.

**Анамнез болезни.** Заболел остро. Днем повысилась температура до 38,5 °С, появилась резкая слабость, головная боль, 5-кратная рвота съеденной пищей с примесью желчи. Жаловался на схваткообразные боли в околопупочной области, к вечеру присоединился обильный,

зловонный, жидкий стул до 5 раз калового характера, зеленого цвета, с примесью слизи. Ребенок отказывался от еды и питья, отмечали тошноту, позывы на рвоту, выросла слабость и адинамия. По скорой помощи ребенок был госпитализирован в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Анамнез жизни без особенностей. Проживает в благоустроенной квартире, учится в 1-м классе, мама мальчика работает поваром в школе. Накануне ел яичницу с колбасой.

**Объективный осмотр.** Жалуется на боли в животе. Температура 38,8 °С, вялый, адинамичный, пьет неохотно, сохраняется тошнота. Кожа бледная, обычной влажности, симптом белого пятна — 4 с. Слизистые оболочки чистые, влажные, тургор тканей сохранен, язык густо обложен желтовато-коричневым налетом. Тоны сердца приглушены, ЧСС 130/мин. АД 100/50 мм рт.ст. Живот вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области, перистальтика снижена. Мочился последний раз 2 ч назад. Стул при осмотре жидкий, обильный, зеленовато-коричневый, с большим количеством слизи. Масса тела 25 кг.

#### **Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

#### **Задача 4**

Больной А., в возрасте 2 лет, **жалобы** мамы на появление сыпи на коже.

**Анамнез болезни.** Сыпь на коже кистей и стоп появилась одномоментно 3 сентября, накануне за 2 дня было повышение температуры до 37,4 °С. Обратились к участковому педиатру детской поликлиники.

**Эпидемиологический анамнез.** В семье все здоровы. В дошкольном образовательном учреждении (ДОУ) отмечены случаи респираторных заболеваний и кишечных дисфункций. Воду пьет кипяченую. Из города не выезжал.

**Объективный осмотр.** Состояние удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Температура тела 36,7 °С. На коже стоп и кистей — сыпь (рис. 2.1, см. цветную вклейку). На слизистой оболочке полости рта в области твердого нёба 2 эрозии по 3 мм в диаметре, безболезненные.

Слизистая оболочка дужек, миндалин розовая, налета нет. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы диаметром 0,6 см, безболезненные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Дыхание пуэрильное, ЧД 20/мин, тоны сердца отчетливые, ЧСС 100/мин. Живот обычной формы, мягкий, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Стул, со слов мамы, нормальный.

#### **Задания**

1. Представьте характеристику сыпи.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите методы исследования для лабораторного подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

#### **Задача 5**

Больной Р., в возрасте 6 лет, **жалобы** на головную боль, рвоту, боли в животе.

**Анамнез болезни.** Со слов мамы, заболел остро, вчера, когда повысилась температура до 38,5 °С, появилась головная боль, стал вялым. После еды была рвота, которая затем повторилась в течение дня 6 раз, облегчения не приносила и не была связана с приемом пищи в дальнейшем. Ночь спал плохо, беспокоила головная боль. Утром был жидкий стул 1 раз, появились боли в животе. Мама вызвала участкового врача, который и направил ребенка в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Первый ребенок в семье, рос и развивался в соответствии с возрастом, на диспансерном учете не состоит. Из перенесенных заболеваний — дизентерия, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) 2–3 раза/год, пневмония. В детском саду отмечены случаи ОРВИ, кишечных дисфункций и серьезных менингитов. Родители здоровы.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,2 °С, ЧСС 112/мин, ЧД 22/мин. При осмотре жалуется на головную боль. Вялый, лежит на кушетке. Правильного телосложения. Кожный покров обычной окраски и влажности, сыпи нет. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Ригидность мышц затылка — 3 см, положительный (верхний) симптом Брудзинского и Кернига.

**Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите методы исследования для лабораторного подтверждения диагноза.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противэпидемические мероприятия.

**Задача 6**

Больной С., в возрасте 5 лет, поступил в стационар с **жалобами** на повышение температуры, сыпь на коже.

**Анамнез болезни.** Заболел 3 дня назад с повышения температуры тела до 38,6 °С, появления головной боли, слабости, стал вялым, снизился аппетит, беспокоили боли в коленных суставах. Мама самостоятельно снижала температуру ребенку, к врачу не обращались. На 3-й день появилась сыпь на коже, мама вызвала скорую помощь, ребенок был госпитализирован в стационар.

**Анамнез болезни. Эпидемиологический анамнез.** Первый ребенок в семье, растет и развивается в соответствии с возрастом, на диспансерном учете не состоит. Из перенесенных заболеваний — ОРВИ 2–3 раза/год, пневмония. В семье все здоровы, контакт с инфекционными больными мама отрицает. Ребенок посещает детский сад. Карантина в ДОУ нет.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,7 °С, ЧСС 120/мин, ЧД 22/мин. Состояние средней степени тяжести. Вялый, адинамичный, аппетит снижен. На коже груди, живота, спины, конечностей — обильная мелкоточечная ярко-розовая сыпь с концентрацией в области кистей, стоп и суставов (рис. 2.2, см. цветную вклейку). Видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом у корня, кончик языка с выраженными сосочками. Дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, край печени выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

**Задания**

1. Представьте характеристику сыпи.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования для подтверждения диагноза.
4. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
5. Назначьте лечение.

## Темы мультимедийных презентаций и рефератов

- Гемолитико-уремический синдром у детей.
- Ошибки терапии ОКИ у детей.
- Инфузионная терапия при ОКИ у детей.
- Холера у детей.
- Ботулизм у детей.
- Регидратация при синдроме эксикоза у детей с ОКИ.

## Тестовые задания для самоконтроля

Количество заданий — 30.

Отметьте правильный ответ (правильным может быть один ответ).

1. Наибольшей устойчивостью во внешней среде обладают шигеллы:

- A) *flexneri*;
- B) *sonnei*;
- C) *dysenteriae*;
- D) *boydii*.

2. Устойчивость сальмонелл к воздействию физических и химических факторов:

- A) низкая;
- B) средняя;
- C) высокая.

3. Источник инфекции при псевдотуберкулезе:

- A) человек;
- B) животные;
- C) насекомые;
- D) птицы.

4. Энтерогеморрагический эшерихиоз чаще протекает в виде:

- A) гемоколита;
- B) бессимптомной формы;
- C) гастроэнтерита;
- D) энтерита.

5. ОКИ вирусной этиологии имеют сезонность:

- A) летне-осеннюю;
- B) осенне-зимнюю;
- C) зимне-летнюю;
- D) весенне-летнюю.



6. Герпангина — проявление инфекции, вызванной:

- А) стрептококком;
- В) вирусом герпеса простого 2-го типа;
- С) вирусом герпеса простого 1-го типа;
- Д) энтеровирусом.

7. При обнаружении больного полиомиелитом или острым вялым параличом для вирусологического обследования проводят забор:

- А) 2 сывороток крови;
- В) 3 проб фекалий;
- С) 2 проб фекалий;
- Д) 2 смывов из носоглотки.

8. Установите соответствие (табл. 2.2).

**Таблица 2.2.** Соответствие инфекции и сроков вакцинации

№	Инфекция	Сроки вакцинации	Символ
1	Полиомиелит	0–1–6 мес	А
2	Ротавирусная инфекция	3–4,5–6 мес	В
–	–	с 1,5–3 мес до 32 нед — 3 дозы	С
–	–	18–24 мес	Д
–	–	1–6 лет	Е

9. Установите соответствие (табл. 2.3).

**Таблица 2.3.** Соответствие инфекции и характеристики боли

№	Инфекция	Боли в животе	Символ
1	Шигеллез	Выражены умеренно, могут отсутствовать	А
2	Сальмонеллез	Постоянные, нарастающие, в правой подвздошной области	В
3	Иерсиниоз	Интенсивные вокруг пупка или в правой подвздошной области	С
4	Ротавирусный гастроэнтерит	Схваткообразные, в левой подвздошной области	Д
5	–	Умеренные, в эпигастральной области и вокруг пупка	Е

10. Установите соответствие (табл. 2.4).

**Таблица 2.4.** Соответствие степени эксикоза его симптомам

№	Степень эксикоза	Симптом эксикоза	Символ
1	I	Множественная рвота	А
2	II	Потеря массы тела до 5%	В
3	III	Умеренная жажда	С

Окончание табл. 2.4

№	Степень эксикоза	Симптом эксикоза	Символ
–	–	Потеря массы тела 10% и более	D
–	–	Потеря массы тела 6–9%	E
–	–	Диурез снижен	F
–	–	Тургор тканей резко снижен	J
–	–	АД снижено	H
–	–	Диурез сохранен	I

11. Установите соответствие (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Соответствие инфекции ее признакам

№	Инфекция	Признак	Символ
1	Шигеллез	Серозный менингит	A
2	Полиомиелит	Эксикоз	B
3	Ротавирусная инфекция	Периферические параличи	C
4	Сальмонеллез	Гемолитико-уремический синдром	D
5	Иерсиниоз	Симптом «перчаток»	E
6	Энтеровирусная инфекция	Тенезмы	F
7	Энтерогеморрагический эшерихиоз	Стул в виде «болотной тины»	J

12. Установите соответствие (табл. 2.6).

Таблица 2.6. Соответствие инфекции и рвоты

№	Инфекция	Рвота	Символ
1	Шигеллез	Множественная, 1–3 сут	A
2	Сальмонеллез	Срыгивания, упорная рвота 7 сут и более	B
3	Энтеропатогенный эшерихиоз	Частая, длительная, 3–5 сут	C
4	Ротавирусная инфекция	1–2 раза/сут, 1–2 дня	D

Установите правильную последовательность.

13. Динамика симптомов при ротавирусной инфекции:

- A) рвота;
- B) эксикоз;
- C) обильный водянистый стул;
- D) лихорадка.

14. Воздействие на возбудителей кишечных инфекций факторов защиты:

- A) иммуноглобулин M;
- B) пищеварительные ферменты;

- С) лизоцим;
- Д) желчь;
- Е) соляная кислота;
- Ф) иммуноглобулин G.

Отметьте правильный ответ (правильным может быть один ответ).

15. Водянистая диарея при ротавирусной инфекции обусловлена:

- А) нарушением расщепления дисахаридов;
- В) повышением концентрации циклического аденозинмонофосфата;
- С) инвазией возбудителя и воспалением в кишечнике;
- Д) сочетанным действием вышеуказанных механизмов.

16. Длительность этиотропной антимикробной терапии при шигеллезе:

- А) 5–7 сут;
- В) 8–10 сут;
- С) 11–14 сут.

17. Больной М., в возрасте 3 лет, заболел остро. Субфебрильная температура сохранялась 2 дня, был снижен аппетит. На 3-й день болезни на фоне нормальной температуры мама заметила пузырьки на ладонях и подошвах. При осмотре слизистой оболочки полости рта обнаружены 2 эрозии на твердом нёбе. В области кистей и стоп — пузырьки. Наиболее вероятен диагноз:

- А) герпетическая инфекция, вызванная вирусом *Herpes simplex*;
- В) стафилококковая инфекция;
- С) энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой;
- Д) ветряная оспа.

18. Больной М., в возрасте 4 лет, перенес шигеллез, лечился в стационаре, выписан с выздоровлением. Для допуска в ДОО, кроме справки о выздоровлении, требуется:

- А) нормальный анализ крови;
- В) однократный отрицательный результат бактериологического исследования кала;
- С) двукратный отрицательный результат бактериологического обследования кала;
- Д) нормальная копрограмма.

19. Основной метод лабораторного подтверждения сальмонеллеза у детей:

- А) бактериологический;
- В) серологический;
- С) молекулярно-биологический;
- Д) копроцитологический.

20. Больной Л., в возрасте 12 лет, с сальмонеллезом (*S. anatum*), гастроинтестинальной формой, средней степени тяжести без отягощенного преморбидного фона, госпитализирован в стационар по эпидемиологическим показаниям. Антибактериальная терапия пациенту:

- А) не показана;
- В) показана в течение 5 сут;
- С) показана в течение 7 сут;
- Д) показана в течение 10 сут.

21. Больной Л., в возрасте 7 лет; в школе, где он учится, зарегистрированы случаи иерсиниозной инфекции (4 подтвержденных случая в течение 7 дней). Диагноз кишечного иерсиниоза пациенту может быть поставлен на основании:

- А) клинико-эпидемиологического анамнеза;
- В) бактериологического исследования;
- С) молекулярно-генетического исследования;
- Д) серологического исследования.

22. Больной А., в возрасте 5 мес, с энтеропатогенным эшерихиозом (O55), в клинической картине при поступлении в стационар отмечены высокая температура, жажда, беспокойство, судороги, выбухание большого родничка, сухость слизистых оболочек, снижение тургора тканей. Наиболее вероятный тип дегидратации у пациента:

- А) водodefицитная (гипертоническая, внутриклеточная);
- В) солedefицитная (гипотоническая, внеклеточная);
- С) изотоническая (смешанная).

23. При синдроме эксикоза I–II степени на фоне ОКИ наиболее физиологична регидратация:

- А) смешанная;
- В) парентеральная;
- С) через рот.

24. Больной В., в возрасте 2 лет, заболевание началось с субфебрильной температуры и жидкого водянистого стула без патологических примесей до 2–3 раза/сут, на 2-й день болезни отмечена рвота 2 раза в течение дня, заложенность носа, редкий сухой кашель. При осмотре — гиперемия конъюнктивы, полилимфаденопатия. Участковый педиатр поставил диагноз «острый гастроэнтерит». Наиболее вероятна этиология гастроэнтерита:

- А) ротавирусная;
- В) аденовирусная;
- С) астровирусная;
- Д) норовирусная.

25. Тяжесть состояния больного ротавирусным гастроэнтеритом определяется:

- А) токсикозом;
- В) эксикозом;

- С) катаральным синдромом;
- Д) нейротоксикозом.

26. Больной Р., в возрасте 5 мес, с ротавирусным гастроэнтеритом средней степени тяжести, находится на грудном вскармливании. Тактика лечения:

- А) отмена грудного кормления на 2–3 дня, регидратация;
- В) сохранение грудного кормления, ферменты лактазы;
- С) регидратация, бактериофаг;
- Д) сохранение грудного кормления, ферменты лактазы, регидратация.

27. Больной П., в возрасте 3 лет, заболел остро, фебрильная лихорадка в течение 3 дней, рвота 3 раза, боли в животе, головная боль. Объективно — гиперемия слизистой оболочки дужек, миндалин, болезненность при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. При обследовании мазка (смыва) из ротоглотки в полимеразно-цепной реакции (ПЦР) выделена рибонуклеиновая кислота (РНК) энтеровируса. Диагноз энтеровирусной инфекции считают:

- А) подтвержденным;
- В) неподтвержденным.

28. Основные методы лабораторного подтверждения энтеровирусной инфекции:

- А) вирусологический, серологический;
- В) вирусологический, молекулярно-биологический;
- С) биологический, серологический;
- Д) молекулярно-биологический, иммунологический.

29. Ребенок И., в возрасте 1 года, прибыл в Российскую Федерацию из Афганистана, не привит, перенес полиомиелит. Тактика дальнейшей вакцинации против полиомиелита:

- А) не требуется вакцинации против полиомиелита;
- В) подлежит иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии с возрастом;
- С) подлежит иммунизации против полиомиелита живой вакциной в соответствии с возрастом.

30. В детском дошкольном учреждении был выявлен больной острым вялым параличом. Мероприятия в отношении контактных детей распространяются на детей в возрасте:

- А) до 5 лет;
- В) до 3 лет;
- С) любом;
- Д) до 7 лет.

## РАЗДЕЛ 2. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

СРС составляет 9 ч.

### Примеры заданий по темам

Примеры заданий по темам представлены в таблице 2.7.

Таблица 2.7. Задания по темам (примеры)

Вакцинопрофилактика			
2–6 баллов	8–10 баллов	16–20 баллов	60–70 баллов
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Вакцинопрофилактика у детей» (2–3 с.)	Создать обучающий тест по разделу (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Подготовить и провести публичное выступление по вакцинопрофилактике гриппа (представить письменно)	Подготовить исследовательский проект по теме «Анализ причин отказов от вакцинации» (грант)
Составить словарь-тезаурус по теме «Вакцинация» (от 20 до 30 терминов, указать источники литературы)	Подготовить презентацию по теме «Вакцинопрофилактика гриппа»	Подготовить публичное выступление по вопросам вакцинопрофилактики у детей (представить письменно)	Подготовить научную статью по теме раздела (на конференцию, в научный журнал — в соавторстве с научным руководителем) или статью в студенческую газету по результатам исследования
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет по теме «Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей»	Создать тест по вакцинопрофилактике (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Составить анкету для студентов (пациентов) «Ваше мнение о вакцинопрофилактике», провести пилотное исследование, представить результаты на заседании научного кружка или практических занятиях в виде устного доклада	Подготовить постер

Продолжение табл. 2.7

<b>Вакцинопрофилактика</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить аннотированный список-обзор интернет-сайтов по вакцинопрофилактике	Составить отчет об освоении раздела	Составить анкету для студентов «Ваше мнение о возможностях специфической профилактики гриппа у детей», провести пилотное исследование, представить результаты на заседании научного кружка или практическом занятии в виде устного доклада.	Выступить с докладом на конференции с результатами собственных исследований по теме раздела
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет по теме «Вакцинация»	Подготовить презентацию по теме «Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде»	Составить анкету для студентов «Профилактика управляемых инфекций у детей», провести мини-исследование (письменно) и обобщить результаты (устно)	—
Решить ситуационную задачу по теме	Подготовить презентацию по теме «Поствакцинальные осложнения»	Подготовить публичное выступление по обоснованию необходимости профилактики пневмококковой инфекции (представить письменно)	—
Составить ответ-вопрос по теме «Вакцинопрофилактика»	Подготовить презентацию по теме «Вакцинация детей с хронической патологией»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде у детей» (распечатать, приложить ответы).	—

Окончание табл. 2.7

Вакцинопрофилактика			
2–6 баллов	8–10 баллов	16–20 баллов	60–70 баллов
Составить ответ-вопрос по теме «Вакцинальный процесс»	Подготовить презентацию по теме «Вакцины, не включенные в национальный календарь»	Подготовить выступление для средств массовой информации «Мифы о вакцинопрофилактике» и выступить	—
Составить ответ-вопрос по теме «Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде»	Решить кейс по теме «Вакцинопрофилактика»	Провести сравнительный анализ суждений различных авторов по проблеме «Вакцинации детей групп риска»	—
—	Перевести статью из зарубежного журнала по темам раздела	Подготовить доклад «Мифы о вакцинации» (представить на заседании научного кружка или практическом занятии в виде устного доклада)	—

## Ситуационные задачи

### Задача 1

Большой Л., в возрасте 6 мес, направлен в приемное отделение многопрофильной детской больницы участковым педиатром, поступает с **жалобами** мамы на отсутствие активных движений в нижних конечностях, больше слева.

**Анамнез болезни.** Со слов мамы, у ребенка 1 февраля повысилась температура тела до 37,8 °С, стал вялым, плохо ел. Был осмотрен участковым педиатром, поставлен диагноз ОРВИ, назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, обильное питье). Температура тела сохранялась в течение 4 дней, затем нормализовалась, но мама заметила, что у ребенка практически исчезла опора на ноги и активные движения в них. Повторно был вызван участковый педиатр, который и направил пациента в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания во второй половине, острое респираторное заболевание (ОРЗ) в 20 и 35 нед. Родился в срок 39 нед с массой 3000 г, длиной 53 см, оценка по шкале



АПГАР 7/8 баллов, из родильного дома выписан на 7-е сутки. От вакцинации против гепатита В мама отказалась, БЦЖ сделана на 5-е сутки. Грудное вскармливание до 3 мес, далее искусственное. В массе прибывал удовлетворительно. В возрасте 3 мес перенес острый парапроктит, поэтому был медицинский отвод от прививок. Привит БЦЖ (в родильном доме), первые вакцинации (V1) адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (АКДС) + оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ) сделаны 20 января. Дома все здоровы.

**Объективный осмотр.** Температура тела 36,4 °С, пульс 114/мин, ЧД 20/мин.

Катаральных симптомов нет. Кожа бледная, чистая, выражена мраморность, гипергидроз стоп. Слизистая оболочка ротоглотки чистая, обычной окраски. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Ректальный свищ, выделений на момент осмотра нет. Активные движения ноги слева отсутствуют, справа объем движений снижен. Опора на ноги отсутствует. Мышечная гипотония, больше слева. Отсутствуют рефлексы с ног, брюшные, кремастерные. Сухожильные рефлексы с рук живые. Расстройств чувствительности нет, болевого синдрома нет. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено, менингеальные симптомы отрицательные.

#### **Задания**

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Перечислите необходимые лабораторные данные для его подтверждения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Представьте дальнейший план вакцинации.

#### **Задача 2**

Больной Н., в возрасте 14 лет, 01.10.2013 госпитализирован в многопрофильную детскую больницу по скорой помощи с жалобами на головокружение, слабость, потерю сознания.

**Анамнез болезни.** 01.10.2013 в школе сделана прививка. Через 10 мин после вакцинации у него появились головокружение, головная боль, слабость, тошнота, затем кашель, озноб. Жаловался на боль в грудной клетке и затрудненное дыхание. Потерял сознание, отмечены судорожные подергивания конечностей. АД снизилось до 70/20 мм рт.ст. Фельдшер школы ввел эпинефрин (адреналин\*) под язык, внутримышечно преднизолон. Вызвана скорая помощь, врач которой ввел внутривенно преднизолон, кальция глюконат, диазепам (реланиум\*), внутривенно капельно раствор Рингера\* в дозе 400 мл.

Состояние улучшилось, АД повысилось до 90/70 мм рт.ст., в сознании. Госпитализирован в реанимационное отделение детской больницы.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок от второй нормально протекавшей беременности, рос и развивался по возрасту, из перенесенных заболеваний — ОРЗ до 3–4 раза/год, лечился амбулаторно. На диспансерном учете не состоит. Привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Контакт с инфекционными больными не было. В анамнезе — пищевая аллергия на белок куриного яйца в виде сыпи, отека Квинке.

**Объективный осмотр.** Температура тела 36,4 °С, пульс 100/мин, ЧД 22/мин, АД 90/70 мм рт.ст. В сознании. На вопросы отвечает адекватно. Вялый, жалуется на головную боль, слабость. Кожный покров чистый, нормальной влажности. Носовое дыхание свободное. Слизистая оболочка ротоглотки обычной окраски. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет.

#### **Задания**

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Перечислите необходимые данные для его подтверждения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите лабораторные методы для подтверждения диагноза.
5. Представьте дальнейший план вакцинации.

### **Задача 3**

Больной П., в возрасте 1 года, **жалобы** мамы на повышение температуры, насморк, кашель.

**Анамнез болезни.** Заболел остро 2 дня назад (16 февраля) с повышением температуры тела до 38 °С, появления кашля, насморка. На следующий день мама заметила гнойное отделяемое из глаз. Вызвала участкового врача. Мама связывает заболевание с введением вакцины 14 февраля.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания во второй половине. Родился в срок 40 нед с массой 3200 г, длиной 52 см, оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов, из родильного дома выписан на 7-е сутки. Прививка против гепатита В сделана в 1-е сутки, БЦЖ — на 5-е сутки. Грудное вскармливание до 3 мес, далее искусственное. В массе прибывал удовлетворительно. До года были сделаны АКДС + полиомиелит (V1, V2, V3). Последняя прививка вакциной Приорикс\* 14 февраля. Папа ребенка накануне перенес ОРЗ, лечился самостоятельно амбулаторно.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,3 °С; ЧСС 120/мин; ЧД 28/мин. Кожный покров чистый. Яркая гиперемия конъюнктивы глаз, слизисто-гнойное отделяемое из правого глаза. Носовое дыхание затруднено, из носа обильное слизистое отделяемое. Гиперемия слизистой оболочки миндалин, нёбных дужек, мягкого нёба, задней стенки глотки. Белесоватый налет в виде тонкой пленки на правой миндалине. Выражены фолликулы лимфоидной ткани на задней стенке глотки. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, умеренная тахикардия. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, пальпируется край селезенки. Стул в виде жидкой кашицы, 5 раз в течение дня. Со слов мамы, мочеиспускание свободное, достаточное.

#### **Задания**

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Перечислите необходимые лабораторные данные для его подтверждения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Представьте дальнейший план вакцинации.

### **Тесты для самоконтроля**

Количество заданий — 9.

Отметьте правильные ответы (правильным может быть один ответ).

1. Оптимальная температура для хранения вакцин:
  - A) 2–8 °С;
  - B) 8–10 °С;
  - C) 10–18 °С;
  - D) 0 °С.
2. Мероприятия, проводимые перед вакцинацией:
  - A) сбор анамнеза, контроль общего анализа крови;
  - B) термометрия, объективный осмотр;
  - C) контроль общего анализа крови, мочи;
  - D) сбор анамнеза, термометрия, объективный осмотр.
3. Ребенок Н., в возрасте 2 лет, прибыл в Российскую Федерацию из Таджикистана, прививочный анамнез неизвестен. Тактика:
  - A) полная вакцинация (первичный комплекс с использованием АКДС) и ревакцинация;
  - B) полная вакцинация [первичный комплекс с использованием столбнячного и дифтерийного анатоксина (АДС)] и ревакцинация;
  - C) определение титров антител перед вакцинацией;
  - D) консультация иммунолога.

4. Ребенок Т., в возрасте 3 мес, не привит в родильном доме БЦЖ. Тактика вакцинации БЦЖ:

- А) БЦЖ-М\* после проведения пробы Манту;
- В) БЦЖ после проведения пробы Манту;
- С) БЦЖ-М\* без предварительной пробы Манту.

5. Ребенок в возрасте 6 мес, после второй АКДС в 1-е сутки — фебрильные судороги на фоне температуры тела 39,3 °С. Тактика дальнейшей вакцинации с введением препарата:

- А) вакцина для профилактики дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС);
- В) анатоксин дифтерийно-столбнячный очищенный адсорбированный с уменьшенным содержанием антигенов жидкий (АДС-М-анатоксин\*);
- С) анатоксин дифтерийно-столбнячный;
- Д) вакцинация противопоказана.

6. Ребенок Р., в возрасте 8 мес, перенес вакцино-ассоциированный полиомиелит. Тактика дальнейшей вакцинации против полиомиелита:

- А) не подлежит вакцинации против полиомиелита;
- В) вакцинация инактивированной вакциной;
- С) вакцинация живой вакциной;
- Д) определение титра антител перед вакцинацией.

7. Ребенок А., в возрасте 6 мес, после 3-й прививки АКДС и полиомиелита на 3-й день отмечено повышение температуры тела до 38,5 °С, кашель, насморк. При объективном осмотре — выражены катаральные явления верхних дыхательных путей. Мама расценила симптомы как признаки осложнения после вакцинации. Наиболее вероятно:

- А) нормальная вакцинальная реакция;
- В) поствакцинальное осложнение;
- С) интеркуррентное заболевание (ОРВИ).

8. Третью вакцинацию инактивированной вакциной против полиомиелита проводят детям:

- А) всем;
- В) ослабленным;
- С) часто болеющим;
- Д) от матерей с инфекцией, обусловленной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

9. Национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям включает вакцинацию против:

- А) гриппа;
- В) чумы, бруцеллеза;
- С) гепатита В;
- Д) гепатита С.

## Темы презентаций и рефератов

- Вакцинопрофилактика гриппа у детей.
- Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде.
- Вакцинация детей с хронической патологией.
- Вакцины, не включенные в национальный календарь.

## РАЗДЕЛ 3. ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

СРС составляет 45 ч.

### Задания по темам

Примеры распределения заданий по темам представлены в таблице 2.8.

Таблица 2.8. Задания по темам (примеры)

Скарлатина. Менингококковая инфекция. Корь, краснуха. Герпес-инфекция. Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия. Коклюш, паракоклюш. Паротитная инфекция. ОРВИ. Грипп			
2–6 баллов	8–10 баллов	16–20 баллов	60–70 баллов
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Менингококковая инфекция у детей» (2–3 с.)	Создать тест по дифференциальной диагностике экзантем (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Подготовить и провести публичное выступление по профилактике гриппа и ОРВИ (представить письменно)	Подготовить исследовательский проект по теме «Лечение менингококковой инфекции» (заявка на конкурс, грант)
Составить сравнительную таблицу по дифференциальной диагностике синдрома кашля у детей	Подготовить презентацию по теме «Алгоритм терапии кашля у детей»	Подготовить публичное выступление по вопросам вакцинопрофилактики у детей (представить письменно).	Подготовить научную статью (на конференцию, в научный журнал — в соавторстве с научным руководителем) или статью в студенческую газету по результатам исследования
Составить словарь-тезаурус по теме «Дифтерия» (от 20 до 30 терминов, указать источники литературы)	Подготовить презентацию по теме «Легионеллез у детей»	Составить анкету для студентов «Лечение и профилактика герпес-инфекций», провести мини-исследование (письменно) и обобщить результаты (устно)	Подготовить постер

Продолжение табл. 2.8

<b>Скарлатина. Менингококковая инфекция. Корь, краснуха. Герпес-инфекция. Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия. Коклюш, паракклюш. Паротитная инфекция. ОРВИ. Грипп</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Ветряная оспа у детей»	Подготовить презентацию по теме «Особенности менингитов у детей раннего возраста»	Составить анкету для студентов (пациентов) «Ваше мнение о вакцинопрофилактике», провести пилотное исследование, представить результаты на заседании научного кружка или практических занятиях в виде устного доклада	—
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет по теме «Инфекционный мононуклеоз»	Подготовить презентацию по теме «Неотложные состояния при нейроинфекциях у детей»	Составить анкету для студентов «Лечение гриппа и ОРВИ у детей», провести пилотное исследование, представить на заседании научного кружка или практических занятиях в виде устного доклада	—
Составить ответ-вопрос по теме «Дифференциальная диагностика экзантем» (на выбор студента)	Подготовить презентацию по теме «Вакцинопрофилактика гриппа»	Составить анкету для студентов «Ваше мнение о возможностях специфической профилактики гриппа у детей», провести пилотное исследование, представить результаты на заседании научного кружка или практическом занятии в виде устного доклада.	—
Составить сравнительную таблицу по дифференциальной диагностике ОРВИ	Разработать тест по дифференциальной диагностике ОРВИ (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Составить анкету для студентов «Лечение менингококковой инфекции у детей», провести мини-исследование (письменно) и обобщить результаты (устно)	—

Продолжение табл. 2.8

<b>Скарлатина. Менингококковая инфекция. Корь, краснуха. Герпес-инфекция. Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия. Коклюш, паракоклюш. Паротитная инфекция. ОРВИ. Грипп</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить аннотированный список-обзор интернет-сайтов по вакцинопрофилактике	Разработать тест по вакцинопрофилактике (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Подготовить публичное выступление по обоснованию необходимости профилактики пневмококковой инфекции (представить письменно)	—
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет по теме «Вакцинация против менингококковой инфекции»	Разработать тест по лечению гриппа и ОРВИ (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Лечение менингококковой инфекции у детей» (распечатать, приложить ответы).	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «ВКИ у детей»	Разработать тест по диагностике кори, краснухи и паротита (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Выступить с докладом на конференции с результатами собственных исследований	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Менингококковая инфекция у детей»	Разработать тест по дифференциальной диагностике дифтерии (от 10 вопросов, ключ, список литературы)	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Коклюш у детей» (распечатать, приложить ответы)	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Коклюш у детей»	Решить кейс	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде у детей» (распечатать, приложить ответы)	—

Продолжение табл. 2.8

<b>Скарлатина. Менингококковая инфекция. Корь, краснуха. Герпес-инфекция. Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия. Коклюш, паракклюш. Паротитная инфекция. ОРВИ. Грипп</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Осложнения ветряной оспы у детей»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Синдром экзантемы у детей» (распечатать, приложить ответы)	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Грипп у детей» (распечатать, приложить ответы)	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Ошибки диагностики менингококковой инфекции у детей»	Перевести статью по проблеме менингококковой инфекции у детей	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «ОРВИ у детей» (распечатать, приложить ответы)	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Паротитная инфекция у детей»	Написать эссе на тему «Профилактика врожденной краснухи»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Синдром ангины детей» (распечатать, приложить ответы)	—
Составить конспект-схему научной статьи по теме «Легионеллез у детей»	Подготовить реферат на тему «Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом ангины».	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Синдром лимфаденопатии у детей» (распечатать, приложить ответы)	—
Подготовить алгоритм выбора оптимального варианта лечения для конкретного пациента с менингококковой инфекцией (рекомендации для пациента — 2–4 с. текста или схема)	Перевести статью из зарубежного журнала по темам раздела	Подготовить доклад по профилактике гриппа и ОРВИ у детей (представить на заседании научного кружка или практическом занятии)	—



Окончание табл. 2.8

Скарлатина. Менингококковая инфекция. Корь, краснуха. Герпес-инфекция. Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия. Коклюш, паракоклюш. Паротитная инфекция. ОРВИ. Грипп			
2–6 баллов	8–10 баллов	16–20 баллов	60–70 баллов
Подготовить алгоритм выбора оптимального варианта лечения для конкретного пациента с ветряной оспой	Составить отчет об освоении раздела	Подготовить доклад «Мифы о вакцинации» (представить на заседании научного кружка или практическом занятии)	–
–	Подготовить реферат по теме «Коронавирусная инфекция»	–	–
–	Написать эссе на тему «Проблемы диагностики менингококковой инфекции у детей»	–	–

## Ситуационные задачи

### Задача 1

**Жалобы** мамы на осиплость голоса у ребенка, шумное дыхание.

**Анамнез болезни.** Больная М., в возрасте 2 года 3 мес, поступила в инфекционное отделение на 4-й день от начала заболевания. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,6 °С, появления кашля, который на следующий день стал грубым, «лающим». Одновременно изменился голос. Общее состояние ребенка в первые дни болезни не вызывало опасений у родителей, поэтому они не обращались за медицинской помощью, самостоятельно лечили ребенка с использованием симптоматических средств (теплое питье, отхаркивающие). В течение 3 дней у ребенка сохранялся грубый «лающий» кашель, нарастала осиплость голоса. Температура нормализовалась на 4-й день, но состояние ребенка не улучшилось, дыхание стало шумным. На 5-й день дыхание стало шумным. Вызвана скорая помощь, ребенок госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Эпидемиологический анамнез. Ребенок рос и развивался нормально. От проведения профилактических прививок родители отказались.

**Объективный осмотр.** При осмотре выражена афония, кашель сухой, беззвучный. Цианоз носогубного треугольника. Дыхание шумное. Одышка в покое с затрудненным вдохом, отмечается втяжение эпигастрия, яремной ямки и уступчивых мест грудной клетки, ЧД 48/мин. В легких — единичные сухие хрипы, дыхание ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 132/мин. Слизистая оболочка ротовой полости и миндалин чистая, обычной окраски, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

#### **Задача 2**

Больной В., в возрасте 5 лет, **жалобы** мамы на повышение температуры тела до 39 °С, боль головную и в горле при глотании, рвоту.

**Анамнез болезни.** Заболел остро с повышения температуры тела до 39 °С, на фоне температуры отмечали рвоту 3 раза. Появилась головная боль, боль в горле при глотании. К концу суток на коже туловища в локтевых и подколенных ямках мама заметила сыпь. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов, масса при рождении 3500 г, длина 52 см. В развитии от сверстников не отставал. Прививки сделаны в срок по календарю. Перенесенные заболевания — ОРВИ, ротавирусная инфекция.

**Эпидемиологический анамнез.** Посещает детский сад, карантина нет. Накануне мама болеала ангиной, лечилась дома самостоятельно.

**Объективный осмотр.** Температура тела 39,5 °С. Кожа щек гиперемирована, носогубный треугольник бледный, на коже в области шейных складок, подмышечных впадинах, на боковых поверхностях туловища, в локтевых и подколенных ямках обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне (рис. 2.3, см. цветную вклейку). Кожа сухая, дермографизм белый нестойкий. Подчелюстные лимфатические узлы умеренно болезненны при пальпации, диаметр 0,7 см. Отмечают яркую отграниченную гиперемию дужек, миндалин. На миндалинах налет желтовато-белого цвета, не выходящий за их пределы. Язык

обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 28/мин. Тоны сердца ясные, ЧСС 136/мин. Менингеальные симптомы отрицательные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

### **Задача 3**

**Жалобы** мамы на появление сыпи на коже.

**Анамнез болезни.** Больной Л., в возрасте 5 лет, получал лечение в инфекционном стационаре по поводу ротавирусного гастроэнтерита. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, температура тела и стул нормализовались. На 5-й день пребывания в больнице вновь отмечено повышение температуры до 37,6 °С, на коже появилась сыпь.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок рос и развивался нормально. Без прививок по причине отказа мамы от вакцинации. Карантина в детском саду, который посещает ребенок, нет. В палате, где находится ребенок Л., есть еще мальчик в возрасте 3 лет, за которым ухаживает беременная мама, срок беременности 10 нед.

**Объективный осмотр.** Температура тела у ребенка Л. 37,5 °С. На коже лица, туловища, разгибательных поверхностях конечностей и ягодицах мелкопятнистая розовая сыпь. Пальпируются затылочные лимфатические узлы до 0,9 см в диаметре, болезненные при пальпации, не спаяны с окружающими тканями. Гиперемия дужек, миндалин. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

#### **Задания**

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Определите план обследования для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте необходимое лечение.
5. Назовите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

### **Задача 4**

Больной Е., в возрасте 2 лет. **Жалобы** мамы на повышение температуры тела до 39,5 °С, кашель, насморк, светобоязнь, слезотечение.

**Анамнез болезни.** Ребенок болен 4-й день, заболел остро. Первые 3 дня была температура тела до 37,8–38 °С, сухой кашель, слизистые выделения из носа, слезотечение. Осмотрен участковым педиатром, назначено амбулаторное лечение по поводу аденовирусной инфекции. Температура тела сохранялась все дни 37,8–38 °С, на 4-й день болезни она повысилась до 39,5 °С, усилился кашель, насморк стал слизисто-гнойным. Мама заметила сыпь на коже. Ребенок был госпитализирован в инфекционную больницу, в отделение респираторных инфекций с диагнозом «аденовирусная инфекция, пневмония».

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. Прививки до года по календарю. С года — частые ОРВИ, болеет ежемесячно.

**Эпидемиологический анамнез.** Контакт с инфекционными больными не было. Детское учреждение не посещает, в семье все здоровы. Посещает группу раннего развития детей.

**Объективный осмотр.** Состояние ребенка средней степени тяжести, температура тела 39,5 °С, беспокоит сухой, грубый кашель, обильные слизисто-гнойные выделения из носа, светобоязнь, слезотечение. На лице и верхней половине туловища — пятнисто-папулезная сыпь, ярко-розового цвета, сливная (рис. 2.4, см. цветную вклейку). Дыхание жесткое, хрипы рассеянные сухие с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 140/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования для подтверждения диагноза.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

#### **Задача 5**

Больной Ф., в возрасте 1 года, доставлен в инфекционный стационар в экстренном порядке. **Жалобы** мамы на высокую температуру, сыпь на теле.

**Анамнез болезни.** Заболел остро 12 ч назад, ночью, когда внезапно повысилась температура тела, появилось беспокойство, была рвота. Вызвали скорую помощь, после введения литической смеси температура

снизилась, ребенок уснул. Утром мать заметила у него сыпь на теле, температура вновь оказалась высокой — 40,5 °С. Повторно вызвана скорая помощь, ребенок сразу доставлен в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Развивался правильно, редко болел. Контакт с инфекционными больными не имел. В семье все здоровы. Прививки сделаны по календарю.

**Объективный осмотр.** При осмотре температура тела 39 °С, беспокоится, крик громкий. Кожный покров бледный, симптом белого пятна — более 6 с. Конечности холодные, влажные. На коже нижних конечностей, ягодиц, передней брюшной стенки «разбросанные» элементы сыпи синюшной окраски, неправильной формы (рис. 2.5, см. цветную вклейку). Сознание сохранено. Выражена кожная гиперестезия, менингеальные симптомы отрицательные. АД 70/30 мм рт.ст., ЧСС 140/мин, тоны сердца ритмичные, приглушены. Мочился 5 ч назад. Масса тела 9600 г.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз. Представьте характеристику сыпи.
2. Определите план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

#### **Задача 6**

Больной П., в возрасте 3 лет, **жалобы** мамы на появление сыпи, повышение температуры тела.

**Анамнез болезни.** Утром у ребенка повысилась температура тела до 38,2 °С, мама оставила ребенка дома, не повела в детский сад. К вечеру заметила сыпь на коже, которая утром следующего дня стала более обильной. Мама вызвала участкового врача.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок с отягощенным аллергологическим анамнезом, аллергией на пищу и лекарства. Карантина в детском саду нет. В семье все здоровы.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,5 °С. Кожа обычной окраски. На неизменном фоне кожи туловища, конечностей и волосистой части головы сыпь (рис. 2.6, см. цветную вклейку). Слизистые оболочки чистые. Дыхание везикулярное, тоны сердца отчетливые, ЧСС 110/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

**Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

**Задача 7**

Больной С., в возрасте 5 лет, **жалобы** мамы на появление сыпи, повышение температуры тела.

**Анамнез болезни.** Ребенок болен в течение недели. Заболел с повышения температуры до 38,2 °С, появления головной боли, затем возникла боль в горле при глотании. Был осмотрен участковым педиатром, поставлен диагноз «ангина», назначен амоксициллин. На фоне лечения сохранялась температура тела, вялость и снижение аппетита, появилась заложенность носа. На 6-й день лечения мама заметила сыпь на коже, вызвала скорую помощь, и ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок с отягощенным аллергологическим анамнезом, аллергией на пищу (молоко, цитрусовые, рыба). Карантина в детском саду нет. В семье все здоровы.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,5 °С. На коже обильная сыпь (рис. 2.7, см. цветную вклейку), беспокоит кожный зуд. Пальпируются задние шейные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Носовое дыхание затруднено. Лицо одутловато, пастозно. Миндалины увеличены, слизистая оболочка гиперемирована, на миндалинах налет бело-желтого цвета, снимается шпателем. Дыхание везикулярное, тоны сердца отчетливые, ЧСС 110/мин. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, эластичной консистенции, селезенка выступает на 2 см из-под реберной дуги.

**Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования для подтверждения диагноза.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

### Задача 8

Больной Т., в возрасте 2 мес. **Жалобы** мамы при поступлении в стационар на выраженный кашель.

**Анамнез болезни.** Ребенок заболел неделю назад, повысилась температура тела до 37,2 °С, появился кашель, который в течение недели усилился, стал приступообразным, заканчивается задержкой дыхания, возникновением цианоза лица. Вызван педиатр, и ребенок направлен в стационар.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Выписан из родильного дома на 5-е сутки. Находится на грудном вскармливании. В весе прибыл за первый месяц 800 г, за второй — 750 г. Прививки сделаны в родильном доме. До настоящего заболевания не болел.

**Эпидемиологический анамнез.** В квартире вместе с ребенком живут родители и бабушка, которая кашляет в течение 2 мес, лечится самостоятельно. Родители здоровы.

**Объективный осмотр.** Температура тела 37 °С, кожный покров обычной окраски, сыпи нет. Подкожно-жировой слой выражен достаточно, тургор тканей сохранен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД — 32/мин. Тоны сердца ясные, ЧСС — 136/мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы отрицательные. Слизистая оболочка ротоглотки чистая. При осмотре ротоглотки отмечен приступ кашля с посинением лица, кратковременной задержкой дыхания.

#### Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

### Задача 9

Больной С., в возрасте 11 лет, находился на лечении в гематологическом отделении по поводу острого лимфобластного лейкоза.

**Анамнез болезни.** Заболел остро 2 дня назад. На фоне подъема температуры тела до 38,6 °С появились чувство жжения, зуд и боли в области туловища.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности, рос и развивался по возрасту. Диагноз лейкоза был установлен 8 мес назад. Профилактические прививки по календарю. В возрасте 5 лет перенес ветрянную оспу, 7 лет — вирусный гепатит А.

**Эпидемиологический анамнез.** Находится на лечении в отделении гематологии. Карантина в отделении нет. Контакт с инфекционными больными отрицает.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,2 °С, ЧСС 94/мин. Состояние средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена лихорадкой и болевым синдромом в области высыпаний. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. На коже туловища распространенная везикулезная сыпь (рис. 2.8, см. цветную вклейку). В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные ритмичные, ЧСС 92/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Представьте характеристику сыпи.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

### **ЗАДАЧА 10**

Больная С., в возрасте 3 мес, поступила в стационар на 3-й день заболевания с **жалобами** мамы на кашель, заложенность носа, одышку, отказ от еды, беспокойство.

**Анамнез болезни.** Заболела 3 дня назад, когда появились слизистые выделения из носа, затруднение носового дыхания, температура до 37,2 °С. К концу вторых суток присоединился кашель, появилась одышка, стала плохо сосать грудь. На 3-й день болезни мама вызвала скорую помощь, больная доставлена в стационар.

**Анамнез жизни.** Родилась от первой беременности, протекавшей с угрозой выкидыша (в срок 12–20 нед). Роды в 38 нед, масса тела 2900 г, рост 49 см. Закричала сразу, к груди приложили в 1-е сутки. На грудном вскармливании до настоящего времени. Не болела. 5 дней назад сделана прививка АКДС + полиомиелит.

**Эпидемиологический анамнез.** Папа ребенка болел ОРЗ, был на-сморг, кашель, лечился амбулаторно.



**Объективный осмотр.** Температура тела 37,3 °С. Пульс 160/мин, ЧД 70/мин. Состояние тяжелое, выражена одышка, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, крылья носа напряжены, отмечают втяжение межреберных промежутков. Кожа чистая, цианоз носогубного треугольника. Гиперемия слизистой оболочки нёбных дужек, задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднено, из носа необильное слизисто-серозное отделяемое. Тоны сердца громкие, умеренная тахикардия. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. При аускультации мелкопузырчатые влажные хрипы, ослабление дыхания в нижних отделах легких. Живот вздут. Печень, селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, однородный, желтого цвета. Мочится, со слов мамы, достаточно.

**Общий анализ крови:** эритроциты  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Hb 136 г/л, Le  $4,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 1%, сегментоядерные 18%, лимфоциты 76%, моноциты 5%, СОЭ 5 мм/ч.

#### **Задания**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите предположительно этиологию инфекции.
3. Определите алгоритм обследования.
4. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
5. Представьте алгоритм лечения.

### **ЗАДАЧА 11**

Больной К., в возрасте 4 лет, госпитализирован в стационар 03.02.2014 на 2-й день заболевания с **жалобами** мамы на высокую температуру, головную боль, носовое кровотечение.

**Анамнез болезни.** Заболел 2 февраля остро, когда вечером повысилась температура до 39 °С, жаловался на боли головную, при движении глазных яблок, в ногах. Стал вялым, плохо ел. К врачу не обращались, лечились домашними средствами (обильное питье, отвар ромашки), принимали ибупрофен (нурофен\*). На следующий день температура повысилась до 40 °С, сопровождалась ознобом, появилось затруднение носового дыхания, боли в горле, нечастый сухой кашель, была однократная рвота и непродолжительное носовое кровотечение. Мама вызвала скорую помощь, была сделана литическая смесь, ребенок доставлен в стационар.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний — ветряная оспа, ОРЗ 2–3 раза/год. Профилактические прививки по календарю.

**Эпидемиологический анамнез.** Посещает детский сад, в группе детского сада регистрируют случаи ОРЗ.

**Объективный осмотр.** Температура тела 40 °С, пульс 132/мин, ЧД 25/мин, АД 100/60 мм рт.ст. В сознании, вялый, сонливый, жалуется на боль головную, в висках, области лба, ногах. Кожный покров бледный, конечности холодные. Симптом бледного пятна — 4 с. Гиперемия конъюнктивы, выражен сосудистый рисунок склер. Носовое дыхание затруднено, из носа скудные серозные выделения. В ротоглотке гиперемия миндалин, дужек, язычка, покраснение и зернистость задней стенки глотки, на мягком нёбе петехиальная сыпь. Кашель сухой, частый. Перкуторно над легкими звук не изменен. Дыхание жесткое. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

#### **Задания**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите алгоритм обследования для подтверждения диагноза.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Представьте алгоритм лечения.
5. Назовите способы профилактики.

### **ЗАДАЧА 12**

Больная Д., в возрасте 2 лет, **жалобы** мамы на кашель, заложенность носа, повышение температуры тела.

**Анамнез болезни.** Заболела остро 3 дня назад с повышения температуры тела до 38,5 °С, появились выделения из носа слизистого характера, затем присоединились кашель, слизисто-гнойное отделяемое из глаз. Лечение симптоматическое (капли в нос, ингаляции с травами) проводили самостоятельно. Сегодня вызвали участкового врача.

**Эпидемиологический анамнез.** В течение последней недели у мамы — проявления респираторной инфекции.

**Анамнез жизни.** Родилась от первой беременности, первых родов срок 39–40 нед, масса тела 3200 г, рост 52 см. Закричала сразу, к груди приложили на 3-и сутки. Вскармливание грудное до 9 мес. Прививки по календарю.

**Объективный осмотр.** Температура тела 38,3 °С, ЧСС 120/мин, ЧДД 32/мин. Кожный покров чистый. Яркая гиперемия конъюнктивы, слизисто-гнойное отделяемое из глаз. Носовое дыхание затруднено, из носа обильное слизистое отделяемое. Гиперемия слизистой оболочки миндалин, нёбных дужек, мягкого нёба, задней стенки глотки.

Выражены фолликулы лимфоидной ткани на задней стенке глотки. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, умеренная тахикардия. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, гомогенный, желтого цвета. Со слов мамы, мочеиспускание свободное, достаточное.

**Общий анализ крови:** эритроциты  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Hb 136 г/л, Le  $4,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 1%, сегментоядерные 18%, лимфоциты 66%, моноциты 5%, атипичные мононуклеары 10%. СОЭ 5 мм/ч.

#### **Задания**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите алгоритм обследования для подтверждения диагноза.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Представьте алгоритм лечения.
5. Назовите способы профилактики.

### **ЗАДАЧА 13**

Больной М., в возрасте 3 лет, **жалобы** мамы на кашель, одышку, повышение температуры тела.

**Анамнез болезни.** Заболел остро, 2 дня назад, когда повысилась температура тела до  $37,5^\circ\text{C}$ , появился кашель, на следующий день он стал более частым, возникла одышка, мама вызвала скорую помощь, ребенок госпитализирован в инфекционное отделение многопрофильной детской больницы.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний — ветряная оспа, ОРЗ 2–3 раза/год. Профилактические прививки по календарю.

**Эпидемиологический анамнез.** В течение последней недели в детском саду, который посещает ребенок, отмечены случаи респираторных инфекций.

**Объективный осмотр.** Температура тела  $37,3^\circ\text{C}$ , ЧСС 100/мин, ЧДД 44/мин. Беспокоит частый малопродуктивный кашель. Кожный покров чистый. Слизистое отделяемое из носа. Гиперемия слизистой оболочки миндалин, нёбных дужек, мягкого нёба, задней стенки глотки. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, отмечают втяжение межреберий, яремной ямки. Выдох удлинён, рассеянные сухие и необильные влажные среднепузырчатые хрипы с обеих сторон. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Тоны

сердца громкие. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

### Задания

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите алгоритм обследования для подтверждения диагноза.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Представьте алгоритм лечения.
5. Назовите способы профилактики.

### Тесты для самоконтроля

Количество заданий — 45.

Отметьте правильный ответ (правильным может быть один ответ).

1. Менингококк к факторам внешней среды:
  - A) высоко чувствителен;
  - B) устойчив;
  - C) умеренно устойчив;
  - D) высоко устойчив.
2. В развитии септического шока при менингококковой инфекции участвуют:
  - A) эндотоксин, цитокины;
  - B) эндотоксин, цитокины, оксид азота;
  - C) оксид азота;
  - D) иммуноглобулины.
3. Для кори в типичной манифестной форме характерно:
  - A) поэтапное появление пятнистой сливной сыпи с 3-го дня болезни;
  - B) энантема;
  - D) интоксикация, температура тела 38 °C и выше;
  - E) поэтапное появление пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4–5-го дня болезни.
4. Опоясывающий герпес — это:
  - A) реактивацией инфекции *Herpes zoster* в иммунном организме;
  - B) суперинфекцией *Herpes zoster*;
  - C) суперинфекцией вирусом простого герпеса 1-го типа;
  - D) реинфекцией вирусом простого герпеса 2-го типа.
5. Фактор вирулентности дифтерийной палочки:
  - A) способность продуцировать экзотоксин;
  - B) ферменты гиалуронидаза и нейраминидаза;

- С) иммуноглобулин А-протеазы;  
 D) способность продуцировать эндотоксин.
6. Для инфекционного мононуклеоза характерны:  
 A) лихорадка, ангина, лимфаденопатия;  
 B) лимфаденопатия, гепатоспленомегалия;  
 C) ангина, лихорадка;  
 D) насморк, лимфаденопатия.
7. Антитела матери от заболевания коклюшем детей первых месяцев жизни:  
 A) защищают;  
 B) не защищают;  
 C) защищают до возраста 6 мес;  
 D) защищают, если мама болела коклюшем.
8. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливают на основании:  
 A) клинических данных;  
 B) лабораторного подтверждения;  
 C) отсутствия вакцинации;  
 D) контакта с больным.
9. Установите соответствие (табл. 2.9).

**Таблица 2.9.** Соответствие инфекции ее симптомам

№	Инфекция	Симптомы	Символ
1	Инфекционный мононуклеоз	Ангина	A
2	Ветряная оспа	Диарея	B
—	—	Длительная лихорадка	C
—	—	Везикулезная сыпь	D
—	—	«Малиновый язык»	G
—	—	Лимфаденопатия	H
—	—	Гепатомегалия	I

10. Установите соответствие (табл. 2.10).

**Таблица 2.10.** Соответствие инфекции и морфологии сыпи

№	Инфекция	Морфология сыпи	Символ
1	Корь	Уртикарная	A
2	Краснуха	Мелкоточечная	B
3	Скарлатина	Мелкопятнистая	C
—	—	Везикулезная	D
—	—	Пятнисто-папулезная	G

11. Установите правильную последовательность динамики симптомов при кори:

- А) лихорадка, катаральный синдром;
- В) гепатоспленомегалия;
- С) пятна Бельского–Филатова–Коплика;
- Д) экзантема;
- Е) пигментация.

12. Динамика высыпаний при ветряной оспе:

- А) шелушение;
- В) пятно;
- С) корочка;
- Д) везикула;
- Е) папула.

13. Динамика симптомов при дифтерийном крупе:

- А) боли в горле;
- В) сонливость, сменяющаяся беспокойством;
- С) шумное дыхание;
- Д) кашель;
- Е) асфиксия.

Отметьте правильный ответ (правильным может быть только один ответ).

14. Скарлатину дифференцируют от:

- А) кори;
- В) псевдотуберкулеза;
- С) ветряной оспы;
- Д) краснухи.

15. Обязательному бактериологическому обследованию на стрептококковую инфекцию группы А подлежат больные с:

- А) псевдотуберкулезом;
- В) длительной лихорадкой;
- С) остеомиелитом;
- Д) инфекциями кожи и подкожной клетчатки.

16. Больных ангинами из очага скарлатины, выявленных в течение 7 дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускают в дошкольные образовательные организации в течение:

- А) 22 дней от начала заболевания;
- В) 12 дней от начала заболевания;
- С) 10 дней от начала заболевания;
- Д) 7 дней от начала заболевания.

17. Самым важным в лечении пациента с септическим шоком на фоне менингококковой инфекции считают назначение:

- А) гормонов;
- В) антибиотиков;
- С) инфузионной терапии;
- Д) кислорода.

18. Конечные цели лечения септического шока при менингококковой инфекции:

- А) симптом белого пятна  $\leq 2$  с, теплые конечности, нормальный ментальный статус;
- В) теплые конечности, нормальные АД и ментальный статус;
- С) угасание сыпи, нормальные АД и ЧСС;
- Д) диурез более 0,1 мл/кг в час, нормальное АД.

19. Прогностически неблагоприятные признаки гипертоксической формы менингококковой инфекции:

- А) возраст старше 1 года;
- В) сохранение сыпи;
- С) рефрактерная артериальная гипотензия;
- Д) мужской пол.

20. Основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь» является обнаружение в крови:

- А) специфических иммуноглобулинов класса G;
- В) специфических иммуноглобулинов класса M;
- С) высокоавидных иммуноглобулинов класса G;
- Д) низкоавидных специфических иммуноглобулинов класса G.

21. Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита включают:

- А) медицинское наблюдение контактных в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге;
- В) вирусологическое обследование контактных;
- С) дезинфекцию;
- Д) введение иммуноглобулина контактным.

22. Дифференциальная диагностика ветряной оспы целесообразна с:

- А) энтеровирусной пузырчаткой;
- В) корью;
- С) краснухой;
- Д) иерсиниозом.

23. Признаком вероятной бактериальной инфекции кожи у ребенка с ветряной оспой считают температуру более:
- А) 40 °С;
  - В) 39 °С после 2-го дня болезни;
  - С) 39 °С после 3-го дня болезни;
  - Д) 39 °С с 1-го дня болезни.
24. Для дифтерии ротоглотки характерны:
- А) лихорадка выше 39 °С, боль в горле;
  - В) резкая боль в горле, яркая гиперемия;
  - С) соответствие между выраженностью местного процесса и интоксикацией;
  - Д) выраженная интоксикация.
25. Дифтерия ротоглотки отличается от инфекционного мононуклеоза:
- А) более длительной лихорадкой;
  - В) увеличением лимфатических узлов;
  - С) быстрым нарастанием отека тканей ротоглотки.
26. Дозы антитоксической противодифтерийной сыворотки зависят от:
- А) формы заболевания;
  - В) массы тела;
  - С) преморбидного фона.
27. Маркерами острой стадии инфекционного мононуклеоза считают:
- А) специфические иммуноглобулины G к капсидному антигену вируса Эпштейна–Барр, специфические иммуноглобулины G к ядерному антигену вируса Эпштейна–Барр;
  - В) специфические иммуноглобулины G к раннему антигену вируса Эпштейна–Барр, специфические иммуноглобулины G к капсидному антигену вируса Эпштейна–Барр;
  - С) специфические иммуноглобулины G к ядерному антигену вируса Эпштейна–Барр;
  - Д) специфические иммуноглобулины M к ядерному антигену вируса Эпштейна–Барр.
28. Больной А., в возрасте 3 мес, получает лечение по поводу коклюша в стационаре. Дома — брат пациента, в возрасте 6 лет, привит, был в контакте с больным А., его беспокоит сухой кашель в течение 3 дней, посещает детский сад. Тактика в отношении контактного с коклюшной инфекцией:
- А) отстранение от посещения детского сада;
  - В) отстранение от посещения детского сада, двукратное бактериологическое обследование на коклюш;



- С) однократное бактериологическое обследование на коклюш;
- Д) экстренная вакцинация против коклюша.

29. Показанием к рентгенографии органов грудной клетки у ребенка с ОРВИ следует считать:

- А) асимметрию влажных хрипов;
- В) лихорадку 39 °С;
- С) интоксикацию;
- Д) кашель.

30. Больной П., в возрасте 2 лет, болен гриппом 1-й день. Осмотрен на дому участковым педиатром, состояние больного средней степени тяжести. Препаратом выбора для этиотропной терапии гриппа будет:

- А) умифеновир (арбидол\*);
- В) занамивир;
- С) осельтамивир;
- Д) кагоцел\*.

31. К противокашлевым препаратам центрального действия относят:

- А) бутамират (синекод\*);
- В) карбоцистеин (флюдитек\*);
- С) амброксол (амброгексал\*).

32. Больной Л., в возрасте 7 лет, перенес неосложненную скарлатину легкой степени тяжести, получал лечение амбулаторно. В периоде реконвалесценции необходимо:

- А) диспансерное наблюдение в течение 1 мес, контрольные анализы мочи и крови через 7–10 дней;
- В) контрольные анализы мочи и крови через 7–10 дней;
- С) осмотр кардиолога;
- Д) определение титра антистрептолизина О.

33. Установите соответствие (табл. 2.11).

**Таблица 2.11.** Соответствие инфекции и вакцины

№	Инфекция	Вакцины	Символ
1	Дифтерия	Флюоарикс*	А
2	Ветряная оспа	Окавакс*	В
3	Грипп	Инфанрикс*	С
–	–	Приорикс*	Д

34. Установите соответствие (табл. 2.12).

**Таблица 2.12.** Соответствие инфекции и симптомов

№	Инфекция	Симптомы	Символ
1	Скарлатина	Осиплость голоса	А
2	Парагрипп	Грубый кашель	В
–	–	Сыпь	С
–	–	Ангина	Д
–	–	Гепатоспленомегалия	Е

35. Установите соответствие (табл. 2.13).

**Таблица 2.13.** Соответствие инфекции и препаратов для лечения

№	Инфекция	Препарат для лечения	Символ
1	Скарлатина	Осельтамивир	А
2	Ветряная оспа	Ацикловир	В
3	Грипп	Бензилпенициллин	С
–	–	Цефтриаксон	Д

36. Скарлатина отличается от псевдотуберкулеза наличием:

- А) мелкоточечной сыпи;
- В) лихорадки;
- С) гепатомегалии;
- Д) желтухи;
- Е) ангины.

37. Больной В., в возрасте 6 мес, осмотрен врачом скорой помощи дома, диагностирована менингококковая инфекция. При осмотре и перед транспортировкой больного врач скорой помощи должен оценить:

- А) АД, частоту пульса, диурез, ЧД;
- В) частоту пульса, менингеальные симптомы, температуру тела;
- С) симптом «белого пятна», АД, частоту пульса, ментальный статус;
- Д) менингеальные симптомы, диурез, ментальный статус.

38. Больной К., в возрасте 3 лет, госпитализирован в стационар с менингококковым менингитом. В группе детского сада, который посещал больной К., необходимо:

- А) наблюдение контактных (карантин) 7 дней, бактериологическое обследование контактных на менингококк;
- В) осмотр контактных инфекционистом, бактериологическое обследование их на менингококк;

С) бактериологическое обследование контактных на менингококк, осмотр оториноларингологом;

Д) бактериологическое обследование больных назофарингитом на менингококк, химиопрофилактика контактным.

39. Больной Ф., в возрасте 2 лет, осмотрен на дому врачом скорой помощи, диагностирована менингококцемия, септический шок. Тактика врача скорой помощи:

А) внутривенное введение кристаллоидов, экстренная госпитализация в стационар;

В) внутривенное введение коллоидов, экстренная госпитализация в стационар;

С) экстренная госпитализация в стационар, подача увлажненного кислорода;

Д) экстренная госпитализация в стационар, введение гормонов.

40. Установите соответствие (табл. 2.14).

**Таблица 2.14.** Соответствие инфекции и синдромов

№	Инфекция	Синдромы	Символ
1	Парагрипп	«Сухой» катар	А
2	Грипп	Ложный круп	В
3	Респираторно-синцитиальная инфекция	Бронхиолит	С
–	–	Гепатомегалия	Д

Отметьте правильный ответ (правильным может быть только один ответ).

41. Больная М., в возрасте 8 лет, больна в течение недели, отмечают повышение температуры тела до 38 °С, боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен мидекамицин (макропен\*). Эффекта от лечения не было. Сохранилась высокая температура, налет на миндалинах. Госпитализирована с подозрением на дифтерию ротоглотки. При осмотре температура тела 38,5 °С, лицо одутловатое, носом не дышит, миндалины покрыты налетом желтоватого цвета, склеры субиктеричны, увеличены шейные лимфатические узлы, с некоторой отечностью тканей вокруг них. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка — на 2 см. Наиболее вероятный диагноз:

А) дифтерия ротоглотки;

В) аденовирусная инфекция;

- С) инфекционный мононуклеоз;  
D) ангина.
42. Больной Р., в возрасте 14 лет, госпитализирован в стационар по поводу орхита паротитной этиологии. Тактика лечения:
- А) постельный режим, ношение суспензория, преднизолон;  
B) постельный режим, ношение суспензория;  
C) ношение суспензория, фуросемид (лазикс\*);  
D) постельный режим, преднизолон.
43. Правила оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями установлены:
- А) санитарно-эпидемиологическими правилами;  
B) порядком оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями;  
C) протоколами ведения детей с инфекционной патологией.
44. Первичную врачебную медико-санитарную помощь детям с инфекционной патологией осуществляет врач:
- А) педиатр общей практики;  
B) инфекционист;  
C) педиатр-инфекционист;  
D) скорой помощи.
45. Больной У., в возрасте 2 лет, болен 5 дней. Беспокоит лихорадка, сыпь, снижение аппетита. Страдает атопическим дерматитом. Мама накануне перенесла *Herpes labialis*. Объективно: температура тела 38,9 °С, выражена интоксикация, распространенная полиморфная сыпь на коже (сгруппированные везикулы и пустулы, корочки, вторичные элементы — расчесы, лихенификация), беспокоит кожный зуд. Наиболее вероятный диагноз:
- А) ветряная оспа;  
B) атопический дерматит, осложненный вторичной бактериальной инфекцией;  
C) стрептодермия;  
D) герпетиформная экзема Капоши.

### Темы мультимедийных презентаций и рефератов

- Алгоритм лечения кашля у детей.
- Легионеллез у детей.
- Особенности менингитов у детей раннего возраста.
- Неотложные состояния при нейроинфекциях у детей.
- Коронавирусная инфекция.

## РАЗДЕЛ 4. ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ

СРС составляет 15 ч.

### Примеры заданий

Примеры заданий по разделу представлены в таблице 2.15.

**Таблица 2.15.** Задания по разделу «Вирусные гепатиты у детей» (примеры)

Вирусные гепатиты А, В, С у детей			
2–6 баллов	8–10 баллов	16–20 баллов	60–70 баллов
Составить аннотированный список научных статей за последние 5 лет по темам раздела (на выбор студента)	Подготовить презентацию по теме «Лечение острой печеночной недостаточности у детей».	Подготовить публичное выступление в средствах массовой информации по профилактике парентеральных вирусных гепатитов у детей (представить письменно)	Подготовить исследовательский проект по теме «Хронические вирусные гепатиты у детей» (заявка на конкурс, грант)
Составить ответ-вопрос по теме «Вирусные гепатиты у детей» (на выбор студента)	Составить отчет об освоении программы раздела по вирусным гепатитам (в свободной форме) — саморефлексия студента	Подготовить публичное выступление в средствах массовой информации по профилактике вирусного гепатита А у детей (представить письменно)	Подготовить статью (тезисы) в сборник материалов конференции, журнал по проблеме вирусных гепатитов у детей
Составить сравнительную таблицу по теме «Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов»	Написать эссе на тему «Лечение хронического вирусного гепатита у детей»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Дифференциальная диагностика желтух у детей» (распечатать, приложить ответы)	Подготовить постер по проблеме вирусных гепатитов у детей
Составить сравнительную таблицу по теме «Лабораторная диагностика гепатитов»	Написать эссе на тему «Лечение хронического вирусного гепатита у детей»	Составить 5 ситуационных задач с алгоритмами ответов по теме «Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов у детей» (распечатать, приложить ответы)	—

Окончание табл. 2.15

<b>Вирусные гепатиты А, В, С у детей</b>			
<b>2–6 баллов</b>	<b>8–10 баллов</b>	<b>16–20 баллов</b>	<b>60–70 баллов</b>
Составить конспект-схему научной статьи по теме вирусных гепатитов у детей	Подготовить реферат на тему «Дифференциальная диагностика хронических заболеваний печени у детей»	Подготовить и сделать доклад «Лечение хронических гепатитов у детей» на практическом занятии или заседании научного кружка	—
Составить аннотированный список-обзор интернет-сайтов (от 5 веб-адресов, комментарии, анализ)	Подготовить реферат на тему «Патогенетическая терапия хронических вирусных гепатитов у детей»	—	—
Составить сравнительную таблицу по дифференциальной диагностике желтух у детей	Перевести статью из зарубежного журнала по проблеме вирусных гепатитов у детей	—	—
Подготовить алгоритм выбора оптимального варианта лечения пациента с хроническим вирусным гепатитом В, С (2–4 с. текста или схема)	Перевести статью из зарубежного журнала по лечению острой печеночной недостаточности у детей	—	—
—	Перевести статью из зарубежного журнала по проблеме дифференциальной диагностики болезней печени у детей	—	—

## Ситуационные задачи

### Задача 1

Больной Ч., в возрасте 5 лет, **жалобы** мамы на желтушность кожи, периодические боли в животе, слабость, снижение аппетита.

**Анамнез болезни.** Заболел остро 8 дней назад с повышения температуры тела до 38,5 °С, появления тошноты, однократной рвоты, слабости, снижения аппетита. Участковым педиатром при осмотре была выявлена легкая гиперемия слизистой оболочки дужек и миндалин. Кожа чистая, обычного цвета, со стороны легких и сердца без патологии, печень у края реберной дуги, стул и моча в норме. Поставлен диагноз: ОРЗ, ринофарингит. Назначена симптоматическая терапия. Через 3 дня температура тела нормализовалась, однако слабость и сниженный аппетит оставались, ребенок спал днем, быстро уставал, периодически беспокоили боли в животе. На 7-й день от начала заболевания отмечено усиление болей в правом подреберье, на 8-й день мать заметила темную мочу. Самочувствие больного улучшилось. Вызван участковый врач, который направил пациента в стационар.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности, рос и развивался по возрасту. Профилактические прививки по календарю. В возрасте 5 лет перенес ветряную оспу, в 6 лет — пневмонию. Приехал из Узбекистана 2 нед назад, где был в гостях у бабушки, купался в водоеме, пил некипяченую воду.

**Эпидемиологический анамнез.** Контакт с инфекционными больными отрицает. Посещает детский сад, в семье все здоровы.

**Объективный осмотр.** Состояние средней степени тяжести. Кожа и склеры желтушные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые. Ритм правильный, ЧСС 86/мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край эластичной консистенции, умеренно болезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

#### Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите противоэпидемические мероприятия.

### Задача 2

Больной П., в возрасте 5 лет, направлен на консультацию к инфекционисту детской поликлиники в связи с выявлением маркеров вирусного гепатита С.

**Анамнез болезни.** Поводом для обследования послужили жалобы пациента на периодические боли в животе, спонтанные носовые кровотечения. Обратились к участковому педиатру, при обследовании выявлено: аланинаминотрансфераза (АЛТ) 150 Ед/л и анти-НСV иммуноглобулин G. Направлен на консультацию к инфекционисту.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности, рос и развивался по возрасту. Профилактические прививки по календарю. Перенес ОРВИ, грипп, пневмонию, ветряную оспу. Был оперирован по поводу флегмонозного аппендицита 3 года назад.

**Эпидемиологический анамнез.** Посещает детский сад, карантина нет. Контакт с инфекционными больными отрицает. В семье все здоровы.

**Объективный осмотр.** Состояние и самочувствие удовлетворительные, желтухи нет, видимые слизистые оболочки чистые. Сердечные тоны звучные, шумов нет, ЧСС 82/мин. Над легкими везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, селезенка — у края реберной дуги, эластичной консистенции. Моча светлая. Стул окрашен.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Оцените прогноз заболевания.

#### **Задача 3**

Больной М., в возрасте 4 мес, поступил в отделение на 5-й день болезни (3-й день желтухи) с **жалобами** мамы на желтушность кожи, рвоту, вялость и отсутствие аппетита.

**Анамнез болезни.** Заболел остро, когда появилось беспокойство, рвота, снизился аппетит, повысилась температура до 38 °С. Рвота повторялась, ребенок стал отказываться от еды, пил неохотно. На 2-й день болезни мама заметила, что кожа приобрела желтую окраску, а моча отставляла темное пятно на пеленке. Ребенок спал днем, беспокоился ночью. По скорой помощи он был доставлен в стационар.

**Анамнез жизни.** **Эпидемиологический анамнез.** Родился недоношенным в срок 30 нед. Из родильного дома был переведен в отделение патологии новорожденных, где перенес поздний неонатальный сепсис, длительность госпитализации составила 72 дня. Получал свежемороженную плазму, эритроцитарную массу, антибиотики. Выписан в удовлетворительном состоянии. Без прививок.



**Объективный осмотр.** При осмотре состояние тяжелое, выражены симптомы интоксикации, рвота повторная, очень вялый, адинамичный, но периодически беспокоится. Кожа и склеры желтушны. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 146/мин. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, селезенка — на 0,5 см. Моча темная, кал обесцвечен. Масса тела 5 кг.

#### **Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Представьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Назначьте лечение.
5. Охарактеризуйте методы профилактики.

#### **Задача 4**

Больной Г., в возрасте 5 мес, осмотрен педиатром поликлиники.

**Жалоб** при осмотре мама не предъявляет.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Со слов мамы, ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений. Родился в срок 39 нед, масса при рождении 3500 г, длина 51 см, оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов. Из родильного дома выписан на 7-й день в удовлетворительном состоянии. На грудном вскармливании. Не болел. Прививки по календарю.

Мама наблюдается по поводу хронического вирусного гепатита С (НСV). Во время беременности у мамы были выявлены РНК НCV+, анти-НСV иммуноглобулины М+, анти-НСV иммуноглобулины G+. Лечение не получала.

**Объективный осмотр.** Состояние ребенка удовлетворительное, симптомов интоксикации нет. Кожа, слизистые оболочки обычной окраски, сыпи нет. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС 120/мин. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, эластичной консистенции. Селезенка не пальпируется. Моча, кал обычной окраски.

#### **Задания**

1. Оцените риск НCV для ребенка.
2. Определите алгоритм обследования ребенка.
3. Оцените необходимость лечения ребенка.
4. Обозначьте план диспансерного наблюдения.
5. Расскажите о методах профилактики.

### Задача 5

Больной М., в возрасте 2 мес, поступил в приемное отделение детской больницы с подозрением на вирусный гепатит. Мама **жалуется** на желтушность кожи.

**Анамнез болезни.** Со слов мамы, желтую окраску кожи она заметила еще в родильном доме. Желтуха сохранялась и при выписке из него на 7-й день. В дальнейшем она не исчезла, постепенно нарастала, кал стал светлым, моча ярко-желтая. С подозрением на вирусный гепатит участковый педиатр направил пациента в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Со слов мамы, ребенок от второй беременности, протекавшей без осложнений. Родился в срок 38 нед, масса при рождении 3200 г, длина 48 см, оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов. Получил прививку против HBV в первые 24 ч, на 5-й день сделана прививка БЦЖ.

**Объективный осмотр.** При осмотре самочувствие ребенка не нарушено. Кожа, слизистые оболочки и склеры интенсивно желтой окраски. Сыпи нет. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный. ЧСС 120/мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, эластичной консистенции, селезенка не пальпируется. Кал светлый.

#### Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику ведения пациента.
5. Оцените прогноз заболевания.

### Задача 6

Больной В., в возрасте 2 лет. **Жалобы** мамы на рвоту, судороги.

**Анамнез болезни.** Заболел 6 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,7 °С, появился кашель, насморк. Мама к врачу не обращалась, лечила ребенка самостоятельно (парацетамол несколько раз в течение дня, периодически ацетилсалициловую кислоту [аспирин<sup>▲</sup>], сосудосуживающие капли в нос). На 3-й день состояние улучшилось, отмечено снижение температуры, уменьшение катаральных явлений. На 5-й день от начала болезни появилась неукротимая повторная рвота фонтаном, ребенок стал вялым, сонливым, отказывался от еды и питья. На следующий день на высоте температуры 38,2 °С отмечены тонико-клонические судороги. Была вызвана скорая помощь, введен реланиум<sup>▲</sup>, анальгин<sup>▲</sup> внутримышечно, судороги купировались. Ребенок доставлен в инфекционный стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, до года не болел, на 2-м году перенес 2 раза ОРЗ, лечился амбулаторно. На диспансерном учете не состоит. Привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. В семье все здоровы, контактов с инфекционными больными не было. Из города не выезжал. Питание обычное. Аллергологический анамнез и наследственность не отягощены.

**Объективный осмотр.** Состояние ребенка тяжелое. Температура тела 39 °С. Сознание на уровне сопора. Периодически пробуждается при осмотре, беспокоится. Рвота «кофейной гущей». На коже лица, конечностей мелкая петехиальная сыпь, кожа обычной окраски. Отмечают гипертонус мышц конечностей. Дыхание учащено, аритмичное. Тоны сердца приглушены, учащены, ЧСС 140/мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, эластичной консистенции. Менингеальных знаков нет.

**Лабораторные данные.** Билирубин 18 мкмоль/л, АЛТ 250 Ед/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) 200 Ед/л, глюкоза 1,5 ммоль/л, уровень аммиака в крови 200 мкмоль/л, протромбиновый индекс (ПТИ) 40%, мочевины 5 ммоль/л.

#### **Задания**

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Перечислите необходимые лабораторные данные для его подтверждения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.

#### **Задача 7**

Большая Ж., в возрасте 9 лет. **Жалобы** на желтушность кожи, рвоту, изменение окраски мочи.

**Анамнез болезни.** Заболела остро, с появления многократной рвоты желчью, головной боли, желтушности кожи и склер. С диагнозом «вирусный гепатит» госпитализирована в инфекционный стационар по месту жительства. При поступлении отмечена желтушность кожи и склер, нормальные размеры печени, незначительное увеличение селезенки.

**Лабораторные данные:** эритроциты  $1,9 \times 10^{12}$ /л, Hb 60 г/л, Le  $6 \times 10^9$ /л, СОЭ 7 мм/ч, пойкилоцитоз, АЛТ 20,2 Ед/л, АСТ 40,2 Ед/л, билирубин общий 719 мкмоль/л, прямой — 464 мкмоль/л, непрямой — 254,9 мкмоль/л, тимоловая проба 8 Ед, мочевины 7,6 ммоль/л, сахар 4,8 ммоль/л. Маркеры гепатитов (А, В, С) отрицательные. Пря-

мая проба Кумбса отрицательная. Ультразвуковое исследование (УЗИ): увеличенный желчный пузырь, содержащий застойную желчь, спленомегалия.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок от второй нормально протекавшей беременности, до года не болела, в дальнейшем — ОРЗ до 3–4 раза/год, лечилась амбулаторно. На диспансерном учете не состоит. Привита в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. В семье все здоровы, контактов с инфекционными больными не было. Из города не выезжала. Питание обычное. Аллергологический анамнез не отягощен. Со слов мамы, девочка последние 4–6 мес стала хуже учиться в школе, быстро устает. Брат девочки, в возрасте 20 лет, госпитализирован в неврологическое отделение областной больницы с диагнозом «посттравматическая энцефалопатия». Со слов мамы, ему проводят обследование по причине неврологических нарушений.

**Объективный осмотр.** Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Интенсивная желтушность кожного покрова, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС 80/мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги, плотновато-эластичной консистенции, селезенка выступает на 1,5 см. В позе Ромберга неустойчива. Выражен тремор верхних конечностей. Лицо амимично. Речь скандированная, медленная, монотонная.

### **Задания**

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Перечислите необходимые лабораторные данные для его подтверждения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Опишите этиологию и патогенез болезни.

### **Задача 8**

Больной А., в возрасте 5 лет, посещает детский сад, где месяц назад был зарегистрирован случай вирусного гепатита. **Жалобы** при поступлении на желтушность кожи.

**Анамнез болезни.** Заболел остро неделю назад, когда повысилась температура тела до 37,8 °С, появилась головная боль. Температура нормализовалась через 2 дня, но оставалась общая слабость, вялость, был снижен аппетит. Жаловался на боли в эпигастральной области. К врачу не обращались. Через неделю от начала болезни мама замети-

ла желтушность склер. Был приглашен участковый педиатр, который после осмотра направил ребенка в стационар.

**Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.** Ребенок от второй нормально протекавшей беременности, до года не болел, в дальнейшем — ОРЗ до 3–4 раза/год, лечился амбулаторно. На диспансерном учете не состоит. Привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. В семье все здоровы. Посещает детский сад, где месяц назад был случай вирусного гепатита А.

**Объективный осмотр.** Самочувствие удовлетворительное, умеренная желтушность кожи и склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Со стороны легких и сердца без патологии. Моча темная. Стул обесцвечен.

**Лабораторные данные.** В биохимическом анализе крови: общий билирубин 64,8 мкмоль/л; прямой — 48,5 мкмоль/, непрямой — 16,3 мкмоль/л, тимоловая проба 13 Ед, АЛТ 1300 Ед/л, АСТ 1000 Ед/л.

#### Задания

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Перечислите необходимые лабораторные данные для его подтверждения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Определите объем профилактических мероприятий.

## Тесты для самоконтроля

Количество заданий — 15.

1. Установите соответствие (табл. 2.16).

**Таблица 2.16.** Соответствие инфекции и маркеров

№	Инфекция	Маркеры	Символ
1	Вирусный гепатит А	Анти-НВс	А
2	Вирусный гепатит В	НВе-антиген	В
3	Вирусный гепатит С	Анти-НАV иммуноглобулин М, иммуноглобулин G	С
4	Вирусный гепатит D	Анти-НВе	D
—	—	НВs-антиген	Е
—	—	Анти-НDV иммуноглобулин М, иммуноглобулин G	F
—	—	Анти-НСV иммуноглобулин М, иммуноглобулин G	G

2. Установите соответствие (табл. 2.17).

**Таблица 2.17.** Соответствие инфекции и маркеров

№	Маркеры	Интерпретация	Символ
1	HBc-антиген	Репликация HBV	A
2	Анти-HAV иммуноглобулин M	Инфекция HBV с высокой скоростью репликации	B
3	Анти-HBc иммуноглобулин M	Иммунитет к вирусному гепатиту A	C
4	Дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) HBV	Острая инфекция HBV или обострение хронической	D
5	Анти-HBs	Перенесенная HBV-инфекция или состояние после вакцинации	E

Отметьте правильные ответы (правильным может быть один ответ).

3. Детям, родившимся от HBs-антиген-позитивных матерей, показано:

- A) введение специфического иммуноглобулина одновременно с вакциной гепатита В;
- B) введение специфического иммуноглобулина после вакцинации;
- C) ведение специфического иммуноглобулина;
- D) вакцинация противопоказана.

4. Причины персистенции вируса гепатита В при инфицировании в перинатальном периоде:

- A) первичная недостаточность В-клеточного иммунитета;
- B) иммунологическая толерантность;
- C) возникновение мутантных штаммов, «ускользающих» от иммунного ответа;
- D) дисфункция Т-клеточного иммунитета.

5. Клиническое течение и исход HBV-инфекции существенно зависит от возраста инфицирования:

- A) у новорожденных чаще протекает в более тяжелой форме, заканчивается летальным исходом;
- B) у новорожденных и детей 1-го года инфекция чаще заканчивается выздоровлением;
- C) у новорожденных и детей 1-го года чаще протекает бессимптомно, в 90% случаев переходит в хроническую форму;
- D) у детей старшего возраста в 90% случаев заканчивается хронизацией.

6. Больной в возрасте 14 лет, находится в стационаре по поводу острого вирусного гепатита В, диагноз подтвержден обнаружением маркеров HBV. Противовирусная терапия:

- А) показана;
- В) не показана.

7. Критерии ответа на противовирусную терапию при хроническом вирусном гепатите В:

- А) нормализация трансаминаз, сероконверсия HBe-антигена на анти-HBe-антитела, снижение виремии, исчезновение HBs-антигена;
- В) сероконверсия HBe-антигена на анти-HBe-антитела, снижение виремии, исчезновение HBs-антигена;
- С) исчезновение HBs-антигена, нормализация трансаминаз;
- Д) исчезновение анти-HBc иммуноглобулина G, появление анти-HBs.

8. Естественное течение вирусного гепатита С чаще заканчивается:

- А) выздоровлением;
- В) хронизацией;
- С) затяжным течением.

9. Для подтверждения диагноза вирусного гепатита С применяют:

- А) определение АЛТ, АСТ;
- В) серологическое обнаружение антител к вирусу гепатита С+;
- С) молекулярно-биологическое определение РНК гепатита С;
- Д) серологическое обнаружение антител к вирусу гепатита С.

10. Антитела к HBs (анти-HBs) против инфицирования гепатитом D (HDV):

- А) защищают;
- В) не защищают;
- С) защищают до 6 мес.

11. Больной А., в возрасте 4 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,5 °С, которая сохранялась в течение 3 дней, повторной рвоты, появления слабости и снижения аппетита. На 7-й день мама заметила желтушность склер, на 8-й — желтушность кожного покрова. При объективном осмотре обнаружено увеличение размеров печени, умеренно выраженные симптомы интоксикации. Наиболее вероятный диагноз:

- А) вирусный гепатит А;
- В) вирусный гепатит В;
- С) вирусный гепатит С;
- Д) вирусный гепатит D.

12. Больной А., в возрасте 4 лет, находится в стационаре с вирусным гепатитом А. До заболевания посещал детский сад. В группе детского сада, которую посещал ребенок, проводят наблюдение контактных:

- А) 25 дней; введение иммуноглобулина, клиничко-лабораторное обследование контактных;
- В) 45 дней; клиничко-лабораторное обследование контактных;
- С) 35 дней; клиничко-лабораторное обследование контактных, вакцинация их не позднее 5-го дня с момента выявления больного гепатитом А;
- Д) 35 дней; введение специфического иммуноглобулина.

13. Ребенок П., родился от матери, которая не наблюдалась во время беременности, не обследована на маркеры гепатита В. Схема вакцинации ребенка П. от вирусного гепатита В:

- А) 0–1–6;
- В) 0–3–6;
- С) 0–1–2–12.

14. Ребенок К., в возрасте 12 мес, родился от матери с хроническим гепатитом С. В возрасте 2, 6 и 12 мес РНК HCV не выявляли, но определяли анти-HCV иммуноглобулин G в 2, 6 и 12 мес. Тактика дальнейшего наблюдения ребенка:

- А) определение активности АЛТ, АСТ;
- В) прекращение дальнейшего наблюдения;
- С) УЗИ печени;
- Д) обследование на наличие анти-HCV иммуноглобулин G и РНК вируса гепатита С в 18 мес жизни.

15. Ребенок В., родился от матери, инфицированной вирусом гепатита С. Тактика вакцинации новорожденного:

- А) вакцинация против туберкулеза и гепатита В после обследования на наличие маркеров HCV у новорожденного;
- В) вакцинацию против туберкулеза и гепатита В не проводят;
- С) вакцинация против туберкулеза и гепатита В.

## Темы мультимедийных презентаций и рефератов

- Лечение острой печеночной недостаточности у детей.
- Лечение хронического вирусного гепатита С у детей.
- Лечение хронического вирусного гепатита В у детей.
- Дифференциальная диагностика болезней печени у детей 1-го года жизни.
- Патогенетическая терапия хронических вирусных гепатитов у детей.



# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

### Разделы дисциплины и виды учебной работы

Раздел	Лекции, трудоемкость (ч/зачетная единица)	Практические занятия, трудоемкость (ч/зачетная единица)	Самостоятельная работа (ч/зачетная единица)
ОКИ	16	45	30
Вакцинопрофилактика	4	5	9
ВКИ	26	65	45
Вирусные гепатиты	8	20	15
Итого	54/1,5	135/3,75	99/2,75
Экзамен	36/1		–
Общая трудоемкость	324/9		–

## Приложение 2

### Оценка студентами содержания и качества учебного процесса по дисциплине

#### Вариант анкеты 1

Уважаемые студенты!

Перед вами анкета «Удовлетворенность студентов преподаванием дисциплины „Инфекционные болезни у детей“».

Для ответа на вопрос необходимо отметить (заштриховать, зачеркнуть, поставить точку) степень удовлетворенности из расчета, что 100% соответствует наибольшей степени удовлетворенности по данному показателю, а 0% — наименьшей.

- Оцените, насколько вы удовлетворены учебно-методическим обеспечением дисциплины (учебники, учебные пособия, атласы, методические рекомендации для студентов).

                            
 10   20   30   40   50   60   70   80   90   100%

- Оцените, насколько вы удовлетворены проведением практических занятий.

                            
 10   20   30   40   50   60   70   80   90   100%

- Оцените, насколько вы удовлетворены организацией текущего контроля знаний (тестирование, опросы).

                            
 10   20   30   40   50   60   70   80   90   100%

- Оцените уровень ваших знаний, приобретенных при изучении данной дисциплины.

                            
 10   20   30   40   50   60   70   80   90   100%

- В результате изучения этой дисциплины данная сфера приобрела для меня намного большую значимость.
    - Да.
    - Нет.
  - Выделите что-либо особенное, что вам понравилось в данной дисциплине и/или методах ее преподавания.
- 
- 

- Назовите факторы, препятствующие успешному изучению дисциплины (вы можете выбрать любое количество вариантов):
  - сам виноват, не готовился к занятиям;
  - требуется освоить большой объем материала в короткие сроки;
  - завышенные требования к знаниям студента при оценке;
  - недостаток учебных материалов;
  - другое (впишите, что именно) \_\_\_\_\_ .
- Укажите количество пропущенных занятий \_\_\_\_\_ и причину пропуска (уважительная/неуважительная) \_\_\_\_\_ .
- Учитывая все предыдущие ответы, дайте общую оценку дисциплине.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ваши предложения по улучшению качества обучения

---

---

Спасибо за работу!

**Вариант анкеты 2**

Уважаемые студенты!

Вы закончили изучение дисциплины \_\_\_\_\_.

Нам очень важно ваше мнение для улучшения качества преподавания в университете.

При заполнении анкеты в каждом из предложенных вопросов вам необходимо выбрать один ответ.

Укажите количество преподавателей дисциплины:  1;  2;  3 и более.

**Полностью согласен: +++ / не согласен вообще: ---**

**Структура и организация**

1. Дисциплина четко структурирована	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
2. Цели дисциплины четко определены	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
3. Дисциплина хорошо подготовлена	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа

**Общение и взаимодействие**

4. Преподаватель выражается ясно	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
5. Преподаватель хорошо объясняет сложные вопросы	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
6. Преподаватель полностью владеет материалом и пытается генерировать энтузиазм	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа

**Мотивация и прогресс**

7. Мой прогресс высок	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
8. В результате изучения этой дисциплины данная сфера приобрела для меня намного большую значимость	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
9. Эта дисциплина воодушевила меня на развитие важнейших практических навыков	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа

10. Я могу связать теорию и практику	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа
11. В целом на этой дисциплине мотивирующая обстановка	+++	++	+	-	--	---	Н – нет ответа

### Общая оценка

12. Выделите что-либо особенное, что вам понравилось в данной дисциплине и/или методах ее преподавания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Внесите, пожалуйста, ваши предложения по улучшению дисциплины \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Дайте общую оценку этой дисциплине.

+++ Отлично	++ Очень хорошо	+ Хорошо	- Удовлетворительно	-- Посредственно	--- Неудовлетворительно	Н – нет ответа
----------------	--------------------	-------------	------------------------	---------------------	----------------------------	----------------

15. Укажите, пожалуйста, количество пропущенных вами занятий.

	Ни одного
	1–2
	3–4
	5–6
	>6

Личные данные. (Примечание: только для статистики; данная информация не будет доступна для вашего преподавателя.)

16. Ваш пол:  М;  Ж;  нет ответа.

17. Ваш возраст.

	>20		26–28
	20–22		>28
	23–25		Нет ответа

## Приложение 3

### Список научных журналов для составления конспектов и аннотаций научных статей

#### Библиотека СГМУ

- Эпидемиология и инфекционные болезни [Текст]: научно-практический журнал. — М.: Медицина. — Выходит раз в два месяца. — ISSN 1560–9529.
- Инфекционные болезни [Текст]: научно-практический журнал Российского общества инфекционистов. — М.: ООО «Издательство „Династия“». — ISSN 1729–9225.
- Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение [Текст]: журнал для непрерывного медицинского образования врачей.
- Детские инфекции [Текст]: научно-практический журнал Ассоциации педиатров-инфекционистов. — Выходит ежеквартально.

#### Отсутствуют в библиотеке СГМУ (самостоятельный поиск)

- BMC Infectious Diseases. BioMed Central.
- Clinical Infectious Diseases University of Chicago Press.
- Comparative Immunology, Microbiology & Infectious Diseases Elsevier Science Publishing Company, Inc.
  - European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases Springer-Verlag GmbH.
  - International Journal of Infectious Diseases Elsevier Science Publishing Company, Inc.
  - The Lancet Infectious Diseases Elsevier Science Publishing Company, Inc.
- Infection. Urban & Vogel GmbH.
- Infection and Immunity. American Society for Microbiology.
- Infectious Disease Reports.
- Paediatric Respiratory Reviews.
- Elsevier Science Publishing Company, Inc.

## Приложение 4

**Схема тестового набора по дисциплине «Инфекционные болезни у детей»**

Раздел/Тема	СРС, ч	Количество заданий	Уровень сложности		
			1	2	3
ОКИ	30	30	7	7	16
ВКИ	45	45	10	15	20
Вакцинопрофилактика	9	9	2	3	4
Вирусные гепатиты	15	15	3	5	7
Всего	99	99	22	30	47

**Эталоны ответов на тестовые задания для самоконтроля**

ОКИ. Количество заданий — 30					
1	В	11	1–F, 2–C, 3–B, 4–J, 5–E, 6–A, 7–D	21	A
2	С	12	1–D, 2–C, 3–B, 4–A	22	A
3	В	13	A, C, B	23	C
4	A	14	C, E, B, D, A, F	24	B
5	В	15	A	25	B
6	D	16	A	26	D
7	С	17	C	27	B
8	1–B, 2–C	18	B	28	B
9	1–D, 2–E, 3–C, 4–A	19	A	29	B
10	1–B, C, I, 2–E, F, 3–A, D, J, H	20	A	30	A

Вакцинопрофилактика. Количество заданий — 9					
1	A	4	A	7	C
2	D	5	C	8	D
3	A	6	B	9	B

<b>ВКИ. Количество заданий — 45</b>					
1	A	16	A	31	A
2	B	17	C	32	A
3	E	18	A	33	1–C, 2–B, 3–A
4	A	19	C	34	1–C, D, 2–A, B
5	A	20	A	35	1–C, 2–B, 3–A
6	A	21	A	36	E
7	B	22	A	37	C
8	B	23	C	38	D
9	1–A, C, H, I, 2–D	24	C	39	A
10	1–G, 2–C, 3–B	25	C	40	1–B, 2–A, 3–C
11	A, C, D, E	26	A	41	C
12	B, E, D, C	27	B	42	A
13	D, C, B, E	28	B	43	B
14	B	29	A	44	A
15	D	30	C	45	D

<b>Вирусные гепатиты. Количество заданий — 15</b>					
1	1–C, 2–A, B, D, E, 3–G, 4–F	6	B	11	A
2	1–B, 2–C, 3–D, 4–A, 5–E	7	A	12	C
3	A	8	B	13	C
4	B	9	B	14	D
5	C	10	A	15	C



**Приложение 5****Эталоны ответов к ситуационным задачам****Раздел «Острые кишечные инфекции у детей»****Эталон ответа к задаче 1**

1. Шигеллез (клинически).
2. Анализ крови, мочи общий. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала на возбудителей ОКИ. При отрицательных результатах бактериологического исследования — серологическое обследование.
3. Дифференциально-диагностический ряд: острый аппендицит, сальмонеллез, иерсиниоз, эшерихиоз энтероинвазивный.
4. Лечение: антимикробные препараты (нитрофураны), дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие, коррекция дисбиоза.
5. Экстренное извещение в Федеральное государственное учреждение здравоохранения (ФГУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии», изоляция больного. Обязательному лабораторному обследованию на ОКИ в эпидемическом очаге подлежат лица, общавшиеся с больным, наблюдение контактных в палате в течение 7 дней. Заключительная и текущая дезинфекция.

**Эталон ответа к задаче 2**

1. Ротавирусный гастроэнтерит, токсикоз с эксикозом II степени.
2. Общий анализ крови, мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала на наличие возбудителей ОКИ. Определение вирусных антигенов в фекалиях. Биохимический анализ крови.
3. Дифференциально-диагностический ряд: энтеропатогенный эшерихиоз, норовирусная инфекция, холера, ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой.
4. Низколактозная диета, сорбенты, регидратация, биопрепараты.
5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», изоляция больного, наблюдение контактных в течение 7 дней. Обследование контактных на ОКИ.

**Эталон ответа к задаче 3**

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма.
2. Анализ крови, мочи общий. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала на наличие возбудителей ОКИ,

при его отрицательных результатах — серологическое обследование. Биохимический анализ крови.

3. Дифференциально-диагностический ряд: острый аппендицит, дизентерия, иерсиниоз, эшерихиоз энтероинвазивный.

4. Лечение: антимикробные препараты, дезинтоксикационная терапия, сорбенты, жаропонижающие, коррекция дисбиоза.

5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии». Изоляция больного. Наблюдение контактных в течение 7 дней. Бактериологическое обследование контактных на ОКИ.

#### **Эталон ответа к задаче 4**

1. Морфология сыпи — везикулы. Заполнены прозрачным содержимым, множественные, располагаются на коже кистей и стоп, форма округлая, фон кожи не изменен.

2. Энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой.

3. Вирусологический и/или молекулярно-биологический метод (ПЦР).

4. Лечение не требуется.

5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии». В дошкольном учреждении активное выявление больных методом опроса, осмотра при утреннем приеме детей в коллектив. Медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения, в течение 10 дней. Ограничительные мероприятия в дошкольном учреждении 10 дней. Текущая и заключительная дезинфекция.

#### **Эталон ответа к задаче 5**

1. Менингит, предположительно серозный, энтеровирусной этиологии.

2. Исследование ликвора, общий анализ, бактериологическое, вирусологическое, молекулярно-биологическое исследование.

3. Режим постельный. Патогенетическая, симптоматическая терапия.

4. Дифференциально-диагностический ряд: гнойные менингиты, синдром менингизма при ОРВИ.

5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии». В дошкольном учреждении активное выявление больных методом опроса, осмотра. Медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения, в течение 20 дней. Ограничительные мероприятия в дошкольном учреждении 20 дней. Текущая дезинфекция и заключительная дезинфекция.

**Эталон ответа к задаче 6**

1. Морфология сыпи — мелкоточечная (точечные розеолы). Обильная, округлой формы, ярко-розовая, с концентрацией в области кисти, стоп, коленных суставов, сливная на этих участках.

2. Иерсиниозная инфекция (псевдотуберкулез?).

3. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, бактериологическое исследование фекалий на наличие иерсиний, при отрицательном результате — серологическая диагностика, реакция латекс-агглютинации, ПЦР.

4. Дифференциально-диагностический ряд: скарлатина, краснуха, энтеровирусная инфекция, вирусный гепатит.

5. Антибактериальная терапия, патогенетическая, симптоматическая.

**Раздел «Вакцинопрофилактика»****Эталон ответа к задаче 1**

1. Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной.

2. Вирусологическое исследование фекалий двукратно на наличие вакцинных полиовирусов, серологическое исследование двукратно (реакция нейтрализации) — при поступлении и через 14 дней. Исследование ликвора на наличие вакцинных полиовирусов. Инструментальные методы: электромиографический, магнитно-ядерная резонансная томография.

3. Дифференциальная диагностика: полиомиелит, вызванный диким вирусом, энтеровирусная инфекция, полирадикулоневриты, миелиты.

4. Лечение: строгий постельный режим, этиотропная терапия, рекомбинантные интерфероны, сосудистые препараты, витамины группы В [поливитамин (нейромультивит<sup>®</sup>)], при болях — нестероидные противовоспалительные средства, диуретики. Тепловые процедуры (горячее укутывание, озокерит, парафиновые аппликации). С 3–4-й недели — неостигмина метилсульфат (прозерин<sup>®</sup>), галантамин, бендазол (дибазол<sup>®</sup>), лечебная физкультура, массаж. Санаторно-курортное лечение.

5. Дальнейшая вакцинация только инактивированной полиомиелитной вакциной, закончить прививочный комплекс (еще 2 введения вакцины и 1 ревакцинация), далее 2 ревакцинирующие прививки — через 5 лет после первой ревакцинации и в возрасте 14 лет. Остальные вакцины используют в соответствии с Национальным календарем про-

филактических прививок, плано­во — через 1 мес после стабилизации состояния, экстренно — в любой период времени.

### **Эталон ответа к задаче 2**

1. Анафилактический шок, связанный с введением вакцины.
2. Диагноз устанавливают на основании клинической картины заболевания (внезапное развитие характерных симптомов): гемодинамических нарушений, жалоб, состояния кожи, нарушений дыхательной системы и обстоятельств, при которых возникла реакция. Сбор анамнеза чаще всего возможен после стабилизации состояния.
3. Дифференциальная диагностика с другими острыми состояниями, сопровождающимися артериальной гипотонией, нарушением дыхания и сознания: острая сердечно-сосудистая недостаточность, синкопальные состояния, эпилепсия, гипогликемия, вазовагальные и психогенные реакции.
4. Определение уровня сы­вороточных триптазы и гистамина.
5. Дальнейшая вакцинация противопоказана.

### **Эталон ответа к задаче 3**

1. Интеркуррентное заболевание в поствакцинальном периоде, предположительно аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка.
2. Анализ крови общий, молекулярно-биологический метод (ПЦР) для определения нуклеиновой кислоты вируса в отделяемом носоглотки и/или конъюнктивы.
3. Дифференциальная диагностика с другими ОРЗ, нормальной вакцинальной реакцией на живую вакцину (на основании сроков возникновения и клинической картины).
4. Симптоматическая, патогенетическая терапия.
5. Дальнейшая вакцинация по календарю, через 1 мес после выздоровления.

## **Раздел «Воздушно-капельные инфекции»**

### **Эталон ответа к задаче 1**

1. Дифтерия гортани, стено­тическая стадия, истинный круп.
2. Бактериоскопическое. Бактериологическое. Серологическое, иммуноферментный анализ (ИФА) с определением специфических антител.
3. Дифференциальная диагностика с ложным вирусным крупом, инородным телом гортани, папилломатозом гортани.

4. Введение антитоксической противодифтерийной сыворотки. Антибактериальная и ингаляционная терапия, глюкокортикоиды.

5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии». Изоляция больного до клинико-лабораторного выздоровления. Медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения, взятие материала для исследований от больных и лиц, подозрительных на заболевание, проведение текущей и заключительной (после госпитализации источника инфекции) дезинфекции. Иммунизация контактных по эпидемическим показаниям.

### **Эталон ответа к задаче 2**

1. Скарлатина, типичная форма.

2. Общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование слизи с миндалин, латексная агглютинация, стреп-тест. При отрицательных результатах культурального метода — определение антистрептолизина-О (2–3-я неделя болезни).

3. Дифференциальная диагностика с псевдотуберкулезом, дифтерией, ангинами.

4. Этиотропная (бензилпенициллин), патогенетическая, симптоматическая терапия. Местное лечение — орошение или полоскание ротоглотки растворами антисептиков.

5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», изоляция больного на 10 дней в стационаре и 12 дней после выписки из него — дома. В группе, где выявлен больной, вводят ограничительные мероприятия сроком на 7 дней с момента изоляции больного. Персонал детского учреждения не позднее 2 дней после возникновения очага скарлатины подлежит медицинскому обследованию отоларингологом для выявления и санации лиц с ангинами, тонзиллитами, фарингитами.

### **Эталон ответа к задаче 3**

1. Краснуха типичная (внебольничная).

2. Серологическое обследование — определение специфических антител класса иммуноглобулинов М методом ИФА.

3. Дифференциальная диагностика с экзантемными инфекциями (корь, скарлатина, парво- и энтеровирусная инфекция).

4. Лечение симптоматическое.

5. Изоляция больного сроком на 7 дней от момента появления сыпи, экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным крас-

нухой, в течение 21 дня с момента обнаружения заболевания в очаге. Вакцинация (ревакцинация) серонегативных лица в возрасте до 25 лет не позднее 72 ч с момента выявления больного. Беременной проводят серологическое исследование на определение противокраснушных антител с интервалом 2–3 нед.

#### **Эталон ответа к задаче 4**

1. Корь, типичная форма, период высыпания.
2. Анализ крови общий. Определение специфических иммуноглобулинов М в ИФА.
3. Дифференциально-диагностический ряд: адено- и энтеровирусная инфекция, краснуха, ОРЗ и аллергическая сыпь.
4. Симптоматическая, патогенетическая терапия.
5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», изоляция больного сроком на 5 дней с момента возникновения сыпи, наблюдение за лицами, общавшимися с больным корью, в течение 21 дня с момента выявления случая заболевания в очаге, вакцинация не болевших корью, непривитых, привитых однократно, при отсутствии сведений о прививках с возраста 12 мес не позднее 72 ч с момента выявления больного.

#### **Эталон ответа к задаче 5**

1. Менингококковая инфекция, менингококцемия, септический шок холодный. Сыпь геморрагическая (петехии, пурпура, экхимозы), неправильной формы, звездчатая с некрозом в центре, обильная, преимущественно в области нижних конечностей, на бледном и мраморном фоне кожи.
2. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование слизи из носоглотки, крови.
3. Дифференциальная диагностика с гриппом, сепсисом другой этиологии.
4. Госпитализация в отделение реанимации. Инфузионная противошоковая терапия солевыми растворами и коллоидами [волювен\*, гидроксиптилкрахмал (инфукол ГЭК\*)], глюкокортикоиды, коррекция метаболических нарушений. Патогенетическая, симптоматическая терапия септического шока.
5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», карантин в очаге сроком на 10 дней. В течение первых 24 ч врач-отоларинголог проводит осмотр лиц, общавшихся с заболевшим, с целью выявления больных острым назофарингитом. Обнаруженные

больные острым назофарингитом подлежат бактериологическому обследованию до назначения им соответствующего лечения. Всем лицам без воспалительных изменений в носоглотке проводят химиопрофилактику.

#### **Эталон ответа к задаче 6**

1. Ветряная оспа, типичная форма, период высыпания.
2. Диагностика клиническая, в типичных случаях не требует лабораторного подтверждения.
3. Дифференциально-диагностический ряд: строфулюс, инфекция, вызванная вирусом простого герпеса 1-го типа, кожная форма, сыпь при укусах комаров, чесотка.
4. Обработка элементов сыпи на кожи 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, антигистаминные препараты.
5. Изоляция больного на срок до 5 дней с момента появления последних высыпаний, экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», наблюдение за лицами, общавшимися с больным, в течение 21 дня с момента обнаружения случая заболевания в очаге, проветривание, влажная уборка.

#### **Эталон ответа к задаче 7**

1. Инфекционный мононуклеоз.
2. Анализ крови общий (наличие атипичных мононуклеаров, лимфоцитоз), серологическое исследование — ИФА или иммуноблот с определением антител к белкам цитомегаловируса, вируса Эпштейна—Барр, герпеса человека 6-го типа. Бактериологическое исследование слизи с миндалин.
3. Дифференциальная диагностика с дифтерией ротоглотки, ангины, аденовирусной инфекцией.
4. Обильное питье, постельный режим на период интоксикации, антибактериальная терапия, местно — антисептики. Симптоматическое лечение.
5. Санитарных правил по профилактике инфекционного мононуклеоза нет. Дезинфекцию не проводят. Достаточно влажной уборки и проветривания помещения.

#### **Эталон ответа к задаче 8**

1. Коклюш, типичная форма, спазматический период, осложнение — апноэ.
2. Общий анализ крови (лимфоцитоз абсолютный), выделение культуры возбудителя при бактериологическом исследовании, или ну-

клеиновой кислоты возбудителя при молекулярно-генетическом исследовании, или обнаружение специфических антител при серологическом исследовании в ИФА.

3. ОРВИ, микоплазменная, хламидийная инфекция, муковисцидоз, аномалия развития трахеобронхиального дерева.

4. Антибактериальная терапия в начальном периоде и первые дни спазматического кашля, в спазматическом периоде при бронхолегочных осложнениях или подозрении на них. Противокашлевые препараты, оксигенотерапия. Синдромальное лечение: при остановке дыхания — искусственное дыхание с использованием ручных респираторов.

5. Экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», в очаге осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание. В семейных очагах за контактными детьми устанавливают медицинское наблюдение в течение 14 дней. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (2 дня подряд или с интервалом 1 день) и/или однократное молекулярно-генетическое исследование.

#### **Эталон ответа к задаче 9**

1. Опоясывающий лишай (*Herpes zoster*).

2. Морфологические элементы — везикулы, заполненные прозрачным содержимым, множественные, диаметром 2–5 мм, на неизменном фоне кожи, располагаются в пределах одного дерматома.

3. Дифференциальная диагностика с ветряной оспой, инфекцией, обусловленной вирусом простого герпеса, герпетической экземой Капоши, везикулезным риккетсиозом, герпетическим дерматитом.

4. Противовирусная терапия ацикловиром, патогенетическое, симптоматическое лечение.

5. Изоляция больного на срок до 5 дней с момента появления последних высыпаний, экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», наблюдение за лицами, общавшимися с больным, в течение 21 дня с момента обнаружения случая заболевания в очаге, проветривание, влажная уборка.

#### **Эталон ответа к задаче 10**

1. Бронхиолит.

2. Предположительно респираторно-синцитиальный вирус.

3. Общий анализ крови, определение сатурации кислорода. Рентгенография грудной клетки показана при лейкоцитозе более  $15-20 \times 10^9/\text{л}$ ,



выраженном повышении уровня С-реактивного белка и прокальцитонина. Выделение нуклеиновых кислот вируса при молекулярно-генетическом исследовании в смывах из носоглотки.

4. Дифференциальная диагностика с пневмонией, муковисцидозом.

5. Лечение: антибиотики не показаны, кислород увлажненный, массаж дренажный со 2–3-го дня, гидратация, ингаляции.

### Эталон ответа к задаче 11

1. Грипп.

2. Выделение нуклеиновых кислот вируса при молекулярно-генетическом исследовании в смывах из носоглотки. Гемограмма — лейкопения.

3. Дифференциальная диагностика с ОРВИ, менингитами, токсической дизентерией.

4. Этиотропная (осельтамивир), симптоматическая и патогенетическая терапия.

5. Профилактика гриппа специфическая (иммунизация) и неспецифическая.

### Эталон ответа к задаче 12

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка.

2. Предположительно аденовирус.

3. Выделение нуклеиновых кислот вируса при молекулярно-генетическом исследовании в смывах из носоглотки.

4. Симптоматическая и патогенетическая терапия.

5. Неспецифическая профилактика.

### Эталон ответа к задаче 13

1. Обструктивный бронхит.

2. Общий анализ крови, определение сатурации кислорода. Рентгенография грудной клетки показана при лейкоцитозе более  $15-20 \times 10^9/\text{л}$ , выраженном повышении уровня С-реактивного белка и прокальцитонина. Выделение нуклеиновых кислот вируса при молекулярно-генетическом исследовании в смывах из носоглотки.

3. Дифференциальная диагностика с пневмонией, вирусным крупом, бронхитом, вызванных *Mycoplasma pneumoniae*.

4. Лечение: антибиотики не показаны, кислород увлажненный, массаж дренажный со 2–3-го дня, гидратация, ингаляции.

5. Неспецифическая профилактика.

## Раздел «Вирусные гепатиты»

### Эталон ответа к задаче 1

1. Вирусный гепатит, предположительно А.
2. Биохимические анализы крови, специфические маркеры вирусных гепатитов.
3. Дифференциальная диагностика с другими вирусными гепатитами, ОРВИ, иерсиниозной инфекцией, инфекционным мононуклеозом.
4. Базисная терапия — диета, витаминотерапия, спазмолитики, желчегонные.
5. Изоляция больного, экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», контактные лица подлежат учету, обследованию, наблюдению и вакцинопрофилактике по эпидемическим показаниям. Всех контактных лиц, выявленных в границах очага, подвергают первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение 35 дней со дня разобщения с источником инфекции. Проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

### Эталон ответа к задаче 2

1. Вирусный гепатит С.
2. Инструментальные методы диагностики, определение маркеров гепатитов, биохимический анализ крови.
3. Дифференциальная диагностика с другими вирусными гепатитами, метаболическими заболеваниями печени.
4. Лечение: режим, диета, противовирусная и патогенетическая терапия.
5. Риск развития хронического гепатита с исходом в цирроз.

### Эталон ответа к задаче 3

1. Вирусный гепатит, предположительно В. Злокачественная форма, острая печеночная энцефалопатия (прекома).
2. Специфические (определение маркеров вирусных гепатитов) и неспецифические методы лабораторной диагностики (биохимические анализы крови), инструментальные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика с вирусными гепатитами [С, *transfusion transmitted virus* (TTV), с поражением печени при внутриутробных инфекциях, сепсисе].
4. Патогенетическая и симптоматическая терапия, методы экстракорпоральной детоксикации.
5. Методы профилактики — специфическая (вакцинация) и неспецифические.

**Эталон ответа к задаче 4**

1. Высокий риск вирусного гепатита С для ребенка, учитывая наличие маркеров обострения HCV у мамы во время беременности. Необходимо уточнить обследование на ВИЧ у мамы, наличие его еще более увеличивает риск инфицирования ребенка во время беременности.

2. УЗИ печени, определение маркеров вирусного гепатита С у ребенка, маркеров других вирусных гепатитов.

3. Дифференциальная диагностика с вирусными гепатитами другой этиологии, поражением печени при перинатальных инфекциях.

4. При подтверждении у ребенка HCV-инфекции назначение интерферона альфа-2 (виферона<sup>а</sup>-1) по 3–5 млн МЕ/м<sup>2</sup> поверхности тела в сутки в течение 6–12 мес.

5. Методы профилактики неспецифические.

**Эталон ответа к задаче 5**

1. Атрезия желчных ходов.

2. Биохимический анализ крови, коагулограмма, инструментальные методы диагностики, определение маркеров вирусных гепатитов.

3. Дифференциальная диагностика с вирусными гепатитами, поражением печени при перинатальных инфекциях, нарушениях обмена веществ.

4. После дообследования — хирургическое лечение, возможна пересадка печени.

5. Прогноз заболевания серьезный.

**Эталон ответа к задаче 6**

1. Синдром Рея. Острая энцефалопатия с отеком мозга и жировой инфильтрацией органов (преимущественно печени).

2. Увеличение содержания аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) более чем в 3 раза. Нормальное содержание билирубина, повышенное — аммиака. Снижение протромбина, концентрации глюкозы в крови. Повышение давления ликвора без плеоцитоза. Смешанный дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз. Повышение содержания аминокислот (глутамина, аланина, лизина). А на электроэнцефалограмме признаки диффузного поражения мозга без специфических признаков.

3. Дифференциальная диагностика с вирусным гепатитом, сепсисом, нейроинфекциями (энцефалиты, менингиты), отравлениями (например, фосфором), врожденными аномалиями синтеза мочевины или окисления жирных кислот, врожденными нарушениями углеводного обмена, аминоацидурией.

4. Лечение. Диета. Исключают питание через рот. Экстренная госпитализация в отделение реанимации. Патогенетическая, симптоматическая терапия. Борьба с отеком мозга. Лечение тромбогеморрагического синдрома.

5. В основе синдрома Рея — генерализованное повреждение митохондрий вследствие ингибирования окислительного фосфорилирования и нарушения  $\beta$ -окисления жирных кислот. Собственно причина заболевания не выяснена, основное нарушение связано с острым генерализованным выпадением функций митохондрий. Синдром Рея в основном наблюдают после вирусных заболеваний (ветряная оспа, герпес, грипп и парагрипп). Триггером синдрома Рея могут быть медикаменты, токсины, салицилаты, вальпроаты, инсектициды, бактериальные эндотоксины, врожденные нарушения обмена веществ. Обнаружена возможная связь между вирусными заболеваниями, приемом салицилатов в качестве антипиретиков и развитием синдрома Рея.

#### Эталон ответа к задаче 7

1. Болезнь Вильсона (манифестация с острого внутрисосудистого гемолиза).

2. Диагноз — по совокупности данных (клинических и лабораторных).

Подтверждение диагноза:

- определение уровня церулоплазмينا сыворотки ( $\downarrow < 20$  мг/дл);
- 24-часовая экскреция меди с мочой ( $\uparrow > 100$  мкг/24 ч);
- биопсия печени с определением содержания меди ( $> 250$  мкг/г);
- в сыворотке пониженная концентрация меди ( $< 12$  мкг/л);
- тест включения изотопа меди в церулоплазмин (снижено);
- генетическое исследование — маркеры дезоксирибонуклеиновой кислоты.

3. Дифференциальная диагностика с вирусным гепатитом острым и хроническим, гемолитической анемией, аутоиммунным гепатитом, другими болезнями нарушения обмена веществ.

4. Диета — исключение продуктов с высоким содержанием меди, дистиллированная вода или деионизированная. Лекарственная терапия — в течение всей жизни. D-пеницилламин. Генная терапия — предмет дискуссий.

5. Болезнь Вильсона (гепатоцеребральная дистрофия, гепатоленцикулярная дегенерация, болезнь Вестфаля–Вильсона–Коновалова) — врожденное нарушение метаболизма меди. Заболевание передается по аутосомно-рецессивному типу. Болезнь связана с мутацией,

приводящей к снижению концентрации в крови белка-переносчика меди церулоплазмينا. В результате нарушается нормальное распределение меди — в организме ее накапливается слишком много, и от этого больше всего страдают печень и промежуточный мозг (так называемые чечевицеобразные ядра). В патогенезе болезни Вильсона ведущую роль играет нарушение баланса между поступлением меди и ее экскрецией. Накопление меди в головном мозге (хвостатое ядро, скорлупа) приводит к появлению психической и неврологической симптоматики. Отложение меди в десцеметовой мембране роговицы характеризуется формированием колец Кайзера–Флейшера.

### **Эталон ответа к задаче 8**

1. Вирусный гепатит, предположительно А.
2. Биохимические анализы крови, специфические маркеры вирусного гепатита А.
3. Дифференциальный диагноз с другими вирусными гепатитами, иерсиниозной инфекцией.
4. Базисная терапия — диета, витаминотерапия, спазмолитики, желчегонные.
5. Изоляция больного, экстренное извещение в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», контактные лица подлежат учету, обследованию, наблюдению и вакцинопрофилактике по эпидемическим показаниям. Все контактные лица, выявленные в границах очага, подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение 35 дней со дня разобщения с источником инфекции. Проводится текущая и заключительная дезинфекция.

## Приложение 6

### Что такое постер?

**Плакат** (нем. *plakat* от фр. *placard* — объявление, афиша, от *plaquer* — налепить, приклеивать) — броское, как правило, крупноформатное изображение, сопровождаемое кратким текстом, сделанное в агитационных, рекламных, информационных или учебных целях (в другом значении — разновидность графики). В современном дизайне плакат воспринимают как «сведенное в четкую визуальную формулу сообщение, предназначенное современнику для выводов и конкретных действий». Данная формула отражает определенный уровень графического дизайна и информирует о предмете коммуникации.

К особенностям жанра можно отнести следующее: плакат должен быть виден на расстоянии, быть понятным и хорошо восприниматься зрителем. В плакате часто используют художественную метафору, разномасштабные фигуры, изображение событий, происходящих в разное время и в различных местах, контурное обозначение предметов. Для текста важным считают шрифт, расположение, цвет. В плакатах используют также фотографию в сочетании с рисунком и живописью.

### Что такое е-постер?

Е-постер — новая концепция представления мультимедийной версии традиционного постера на большом мониторе. Подобное новшество открывает широкие возможности для эффективного представления информации, недоступные ранее с традиционной печатной версией плаката, улучшает визуальную составляющую презентации. Не исключено, что уже в не столь далеком будущем все стендовые сессии будут проходить именно в таком формате.

### Как подготовить е-постер?

Минимум статичной информации. Постеры используют для отображения такой информации, которую невозможно было бы представить на традиционной печатной версии плаката. Встраивание мультимедийного контента наряду со статическими элементами, такими как заглавие, подписи, логотипы и резюме, существенно улучшает подачу информации. Динамические визуальные элементы могут включать видео, слайд-шоу, анимированные диаграммы и графики, прокрутку текста или 3D-вращение модели.

## **Е-постер не служит устной презентацией**

Е-постер не служит устной, видео- или слайд-презентацией. Каждому докладчику выделяют в соответствии с программой фиксированные 10 мин на представление постера, которое он может использовать по своему усмотрению или в зависимости от интересов аудитории. Рекомендуют использовать данное время для дискуссии с коллегами, которые подошли, заинтересовавшись вашим постером. Использование аудио не допускают.

В компьютерах для е-постерной сессии доступ в Интернет не предоставляют. Выступление с е-постером требует отправки также и традиционных тезисов.

## **Шаблон постера**

Вы можете загрузить в качестве примера шаблон для Powerpoint (.ppt). Если вы создаете свою собственную презентацию, то для правильного ее отображения необходимо в меню «Файл/Параметры страницы» выбрать размер «On-ScreenShow (16:9)». Е-постеры меньше по размеру, чем традиционные печатные плакаты, но они могут содержать несколько страниц, которые можно перелистывать по ходу выступления. Авторы считают наиболее оптимальным использование в е-постере 4–5 слайдов. Применение шрифтов размером менее 8 не допускают. В презентации могут быть использованы следующие форматы видео: .mov, .mp4, .m4v, avi and mpeg-1.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

*Измайлова М.А.* Организация внеаудиторной самостоятельной работы студентов: методическое пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2008. — 64 с.

Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под ред. В.Н. Тимченко. — 3-е изд., испр. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2008. — 607 с.

*Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Смирнова Н.Б.* и др. Педагогика в медицине: учебное пособие. — М.: Академия, 2012. — 320 с.

*Левина Л.М.* Организация самостоятельной работы студентов в условиях перехода на двухуровневую систему высшего профессионального образования [Текст]: методическое пособие для преподавателей вузов. — Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2010. — 95 с.

*Литвиненко О.В.* Психологические особенности личности студентов медицинского вуза // Научный электронный архив. URL: <http://econf.rae.ru/article/5063> (дата обращения: 13.01.2014).

Самостоятельная внеаудиторная работа студентов по инфекционным болезням у детей: методическое пособие для студентов / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Ф. Учайкина. — М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2011. — 86 с.

Организация самостоятельной работы студентов: материалы докладов II Всероссийской научно-практической интернет-конференции (6–9 декабря 2013 г.). — Саратов: Новый Проект, 2013. — 188 с.

*Осадчук О.Л.* Управление самостоятельной работой студентов: учебно-методическое пособие. — Омск: Полиграфический центр КАН, 2009. — 156 с.

*Пидкасистый П.И.* Организация учебно-познавательной деятельности студентов: учебное пособие. — М.: Юрайт, 2013. — 511 с.

*Сластенин В.А., Исаев И.Ф., Шиянов Е.Н.* Педагогика: учебное пособие. — М.: Академия, 2013. — 496 с.

*Смирнов С.Д.* Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности: учебное пособие. — М.: Академия, 2007. — 400 с.

*Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В.* Инфекционные болезни у детей: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 687 с.

*Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В.* Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учебное пособие для студентов вузов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 687 с.

*Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я.* Инфекционные болезни. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 1047 с.

*Robert M., Kliegman et al.* Nelson textbook of pediatrics. — Philadelphia, Elsevier sounder, 2011. — P. 1104–1110.

*Long S.S. et al.* Principles and practice of pediatric infectious diseases. — Philadelphia: Elsevier sounder, 2012. — P. 1035–1044.



# ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

## А

Аддиция. См. Синергизм  
суммированный

## Д

Доклад 18  
оценка 19  
презентация 19  
структура 18  
этапы подготовки 18

## З

Задания 16  
Задача ситуационная 23  
оценка 26  
презентация 26  
содержание 24  
типы 23

## И

История болезни 35

## К

Кейс 31  
виды 34  
оценка 34  
структура 33  
этапы создания 32

Конспект 20  
оформление 21  
оценка 22  
типы 20

## О

Оценка 14  
Оценивание 14

## П

Портфолио 52  
оценка 53  
Презентация 49  
оценка 50  
Проект 45  
оформление 48  
оценка 48  
типы 45

## Р

Работа самостоятельная 10, 51  
организация 11  
оценивание 14  
признаки 10  
проблемы 54  
уровни 14  
условия 10  
функции 9  
цели 10  
Реферат 41  
объем 42  
оформление 43  
оценка 44  
структура 41  
текст 42

## С

Самостоятельная работа 15  
Связь обратная 15  
Слайд  
оформление 49  
Супераддиция. См. Синергизм  
потенцированный

## Т

Тест педагогический 27  
база 30  
качество 29  
оценка 29, 31  
содержание 28  
формы 28  
Толерантность. См. Привыкание

## Э

Экзамен 12  
Эссе 38  
оформление 40  
оценка 40  
структура 39  
темы 38  
типы 38