**К экзамену по инфекционным болезням**

**в 4 семестре (2 курс)**

**Темы для подготовки:**

**-** Стафилококковая инфекций у детей

- Корь, краснуха

- Дифференциальный диагноз экзантем

**-** Эпидемический паротит

- Коклюш, паракоклюш

**-** Внутриутробные инфекции

**-** Гипертермический синдром

**-** Острая дыхательная недостаточность

**-** Острая печеночная недостаточность

- Острая почечная недостаточность

- Анафилактический шок

- Гипертермический синдром

**-** Острая дыхательная недостаточность

**-** Дегидратационный синдром

**-** Сепсис

**Примеры тестовых вопросов и ответов к ним:**

1.НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ ИЗ ОЧАГА КОКЛЮШ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

1. 10 дней

2. 14 дней\*

3. 25 дней

4. 7 дней

2. СЫПЬ ПРИ КОРИ ПОЯВЛЯЕТСЯ:

1. на 1-2 сутки болезни

2. на 4-5 сутки болезни\*

3. после 5 дня заболевания

4. сроки появления сыпи определяются выраженностью симптоматики продромального периода.

3. ПОСТЭКСПОЗИЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПРОВОДИТСЯ:

1. специфической сывороткой

2. цефалоспоринами III поколения

3. ацикловиром и рибавирином

4. вакциной и иммуноглобулином\*

**Примеры задач:**

**Ребенок 6 лет,** заболел остро: появилось недомогание, першение в горле, субфебрильная температура. На 3-ий день болезни заметили припухлость в подчелюстной области справа, обратились за медицинской помощью. При осмотре в сознании, менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. Температура тела 37.8°С. Подчелюстная слюнная железа увеличена до 2,5×3,0 см, плотноватой консистенции с неизменной над ней кожей, умеренно болезненная при пальпации. Увеличены шейные лимфоузлы до 2,5 см в диаметре. В зеве сухость, неяркая гиперемия слизистых, отека, наложений нет. Кожные покровы обычной окраски, без сыпи. Носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 108 в мин. АД 116/75 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускания не нарушены. Стул оформленный, без патологических примесей. Анамнез жизни без особенностей, аллергологический анамнез не отягощен.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить ребенку для уточнения этиологии заболевания?

3. Назначьте лечение.

4. Какие существуют показания к госпитализации пациентов с этой инфекцией? Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?

5. Назовите основные группы риска по развитию тяжелых форм этой инфекции?

Ответы: Цитомегаловирусная инфекция приобретенная, локализованная форма (сиалоаденит).

Клинический анализ крови и мочи.

Обнаружение специфических *IgM* / *IgG* с индексом авидности в ИФА.

Обнаружение ДНК ЦМВ в сыворотке крови и соскобе эпителиальных клеток ротоглотки методом ПЦР.

Метод цитоскопии клеточных осадков слюны и мочи с выявлением типичных гигантских клеток (“совиный глаз”).

Лечение в домашних условиях. Постельный режим на первые 3-4 дня болезни; полноценное питание с учетом возрастных особенностей, но механически и термически щадящее, жидкая и полужидкая пища. Туалет полости рта после каждого приема пищи.

Дезинтоксикационная терапия (обильное питье).

Жаропонижающие при температуре тела выше 38.5°С (парацетамол – суспензия для детей в разовой дозе 10-15 мг/кг, не более 60 мг/кг в сутки; нурофен для детей не более 30 мг/кг с интервалами между приемами препарата 6-8 часов. и др.).

Показанием к госпитализации при ЦМВИ являются тяжелые формы болезни (энцефалит, гепатит, пневмония).

Больных изолируют до исчезновения клинических симптомов болезни (госпитализация осуществляется только по показаниям).

Помещение, где находится больной, ежедневно проветривают и делают влажную уборку. Дезинфекция не проводится.

Разобщения контактных детей в организованных коллективах не проводится.

Активная иммунопрофилактика не разработана.

Пациенты с врожденными формами иммунидефицита.

Пациенты с приобретенным иммунодефицитом (ВИЧ-инфекция, больные с заболеваниями крови, больные с пересаженными органами и тканями.

**Мальчик 3-х лет,** организован (посещает детский сад), заболел 7 дней назад, когда на фоне нормальной температуры появился кашель. Осмотрен участковым педиатром, который диагностировал у ребенка легкую форму ОРВИ и назначил лечение: обильное питье, жаропонижающие при повышении температуры выше 39 0С, обработка зева раствором антисептика (мирамистин), интерферон альфа-2b в свечах в возрастной дозировке. Лечение ребенок получал в полном объеме, но несмотря на это, кашель усилился, стал приступообразным до 20 раз за сутки, с отхождением густой стекловидной мокроты в конце приступа. Два раза была рвота, связанная с кашлем (в конце приступа). Температура не повышалась.

В семье – мать и отец (работают в школе), брат 5,5 лет – посещает детский сад и сестра – школьница 13 лет.

По решению родителей ребенок не вакцинирован.

1. Поставьте диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь?

2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить ребенку для уточнения этиологии заболевания?

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать поставленный диагноз?

4. Сформулируйте основные направления этиотропной терапии.

5. Организуйте противоэпидемические мероприятия.

Ответы: Коклюш, типичная среднетяжелая форма, гладкое течение.

- отсутствие инфекционно-токсического синдрома,

- наличие специфического приступообразного кашля с отхождением густой стекловидной мокроты, рвотой,

- отсутствие вакцинации против коклюша.

Среднетяжелая форма выставлена на основании: числа приступов кашля за сутки, рвоты в конце приступа, непродолжительного периода катарального кашля, отсутствии признаков энцефалопатии.

1. ОАК (лимфоцитарный лейкоцитоз на фоне нормальной СОЭ).

2. Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки (носоглотки) с выделением B.pertussis – используется на ранних сроках заболевания (2-3 недели), независимо от приема антибиотиков.

3. ПЦР для определения ДНК  B.pertussis – используется на любых сроках заболевания.

4. ИФА с определение антител к коклюшной палочке – применяют с 3-й недели болезни, целесообразнее 2-х кратно с интервалом в 10-14 дней. Возможно только в отсутствии вакцинации.

5. Рентген ОГК для исключения пневмонии.

1. Охранительный режим. Прогулки на свежем воздухе.

2. Стол общий (№ 15 по Певзнеру). Количество приемов пищи следует увеличить, объем порций – сократить.

3. Амоксициллин 125 мг с интервалом в 8 часов 5 дней.

4. Бутамирата цитрат (Синекод, Коделак Нео) по 25 капель 4 раза в сутки до нормализации клинической симптоматики.

1. Специфическая профилактика – вакцинация (АКДС, АКДС-ГепВ, Бубо-Кок, Пентаксим, Инфанрикс, Инфанрикс-пента, Инфанрикс-гекса, тетраксим). Вакцинация проводится в 3-4,5-6 месяцев, ревакцинация в 18 месяцев.

2. Больной изолируется на 25 дней от начала заболевания. Дети и декретированные взрослые, бывшие в контакте (мама и папа заболевшего ребенка, работники общеобразовательного учреждения, брат, посещающий детский сад, сестра, посещающая школу, дети, контактные по группе в детском саду) подлежат медицинскому наблюдению в течение 1 4 дней.Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или с интервалом один день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования.