

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
Харьковский национальный медицинский университет

ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ

***Методические рекомендации
для преподавателей по подготовке к проведению
практического занятия со студентами V курса***

Утверждено
ученым советом ХНМУ.
Протокол № 3 от 18.02.2016.

**Харьков
ХНМУ
2016**

Экзантемы у детей : метод. рекомендации для преподавателей по подготовке к проведению практического занятия со студентами V курса / сост. С. В. Кузнецов, А. Н. Татаркина, О. Н. Ольховская и др. – Харьков : ХНМУ, 2016. – 48 с.

Составители С. В. Кузнецов
 А. Н. Татаркина
 Т. С. Копейченко
 О. Н. Ольховская
 Т. С. Жаркова
 Е. О. Кучеренко
 И. Я. Гришина

**Скарлатина, псевдотуберкулез, корь, краснуха,
ветряная оспа и опоясывающий герпес. Клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика**

1. Цель. Обучить студента диагностировать заболевания, сопровождающиеся экзантемой у детей различных возрастных групп и освоить основные принципы лечения и профилактики.

2. Учебное время. 4 ч.

3. Место занятия. Учебные комнаты кафедры детских инфекционных болезней ХНМУ, отделения ОДИКБ для больных с наличием сыпи.

4. Материальное оснащение:

Истории болезни курируемых больных (4–10).

Бланки экстренных извещений (4–10).

Методические рекомендации по клинко-диагностическому исследованию ребенка и составлению истории болезни по детским инфекциям.

Компьютерные тест-программы.

Методические указания для студентов V курса по самостоятельной внеаудиторной и аудиторной работе / сост. С. В. Кузнецов, О. Н. Ольховская, Т. Г. Вовк и др. – Харьков : ХНМУ, 2009. – 233 с.

5. Литература.

Основная:

1. Клинические лекции кафедры.

2. Дитячі хвороби / за ред. В. М. Сідельникова, В. В. Бережного. – Київ : Здоров'я, 1999. – 734 с.

3. Інфекційні хвороби у дітей / під ред. С. О. Крамарєва. – Київ : Моріон, 2003. – 480 с.

4. Інфекційні хвороби у дітей / А. М. Михайлова, Л. О. Трішкова, С. О. Крамарєв, О. М. Кочеткова. – Київ : Здоров'я, 2000. – 418 с.

5. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. И. В. Богадельникова, А. В. Кубышкина и Кауд Дия. – Симферополь : ИТ «АРИАЛ», 2012. – 304 с.

6. Методические приемы и расчет времени

№ п/п	Методические приемы	Время, мин
1	Проверка присутствующих и контроль выполнения домашнего задания	15
2	Вводная перед курацией	5
3	Курация тематических больных	35
4	Разбор курируемых больных	110
5	Подведение итогов занятия, выставление оценок, домашнее задание	15

7. Содержание методических приемов:

7.1. Вопросы и эталоны ответов.

Скарлатина

1. Определение понятия скарлатина. Одна из форм стрептококковой инфекции, вызываемая бета-гемолитическим стрептококком группы «А», клинически проявляющаяся симптомами интоксикации, ангиной и сыпью.

2. Источник инфекции. Больной скарлатиной или любой другой формой стрептококковой инфекции, носитель бета-гемолитического стрептококка.

3. Пути передачи инфекции. Воздушно-капельный.

4. Иммунитет при скарлатине. Стойкий антитоксический.

5. Компоненты патогенеза скарлатины и чем они обусловлены.

Септический – обусловлен действием самого стрептококка и токсинов местного действия (факторов проникновения) на месте внедрения, как результат – ангина, регионарный лимфаденит, интоксикация. Токсический – действие эритрогенного токсина (термолабильной фракции токсина Дика) на органы и системы, как результат – сыпь, изменения в полости рта (малиновый язык и пылающий зев), а также признаки симпатикотонии. Аллергическая – результат действия термостабильной фракции токсина Дика, продуктов распада самого стрептококка и тканевых разрушений на месте первичного воспаления

6. Инкубационный период. 1–7 дней, иногда продолжается до 12.

7. Сроки появления сыпи. На первый–второй день болезни.

8. Характеристика скарлатинозной сыпи. Мелкоточечная, на гиперемизированном фоне, появляется одномоментно на лице, туловище, конечностях, преимущественно на сгибательной поверхности, внизу живота. Насыщенность естественных складок (симптом Пастиа–Кончаловского), за исключением носогубного треугольника. На щеках яркий румянец.

9. Изменения в полости рта при скарлатине. Губы яркие, сухие. Слизистые полости рта сухие. Язык «малиновый» (отечность, гиперемия и гипертрофия сосочков), яркая ограниченная гиперемия мягкого неба с энантемой на нем. Миндалины отечны, гипертрофированы. В зависимости от тяжести развивается катаральная, лакунарная или фолликулярная ангина.

10. Принципы классификации скарлатины. По типу – типичные и атипичные (экстрабуккальные, гипертоксические); по тяжести – легкие, среднетяжелые и тяжелые (септические, токсические и смешанные); по течению – гладкие и осложненные.

11. Дифференциальная диагностика скарлатины.

Признаки	Скарлатина	Псевдотуберкулез	Корь	Ветряная оспа
Морфология сыпи	Мелкоточечная или милиарная на гиперемизированном фоне кожи	Зависит от клин. формы: от мелкоточечной на гиперемиз. фоне до крупной пятнисто-папулезной	Пятнисто-папулезная крупная с тенденцией к сливанию на неизменном фоне кожи	Полиморфная: пятно с быстрой трансформацией в папулу, затем в везикулу

Признаки	Скарлатина	Псевдотуберкулез	Корь	Ветряная оспа
Сроки появления	Первый–второй день	Различные	3–4-й день болезни	В первый день
Места сущения сыпи	Сгибательная поверхность, естественные складки кожи	Вокруг суставов, зона перчаток, носков, капюшона	Не характерны	Волосистая часть головы
Сухость кожи и слизистых рта	Выражены	Слабо выражены	Отсутствуют	Отсутствуют
Этапность появления сыпи	Не характерна	Не характерна	Характерна (3 дня)	Не характерна
Сопутствующие признаки	Ангина с регионарным лимфаденитом, интоксикация, «малиновый» язык	Интоксикация, артриты, артралгии, боли в животе (мезоаденит), гепатоспленит	Конъюнктивит, ринит, фарингит, ларингит, интоксикация	Повышение температуры тела
Динамика превращения сыпи	Мелкое отрубевидное шелушение на туловище и крупнопластинчатое на ладонях и стопах	Может исчезать бесследно, иногда может быть пигментация и шелушение	Пигментация	Везикула, корочка, безпигментное пятно
Изменения в крови	Характерны для бактериальной инфекции	Характерны для бактериальной инфекции	Лейкопения	Лейкопения, тромбоцитопения, плазматические клетки

Псевдотуберкулез

1. Схема патогенеза псевдотуберкулеза. Внедрение возбудителя в кишечник (энтеральная фаза) – энтерит; из кишечника в регионарные лимфоузлы (фаза регионарной инфекции); затем в кровь – бактериемия и токсемия (фаза генерализации); фиксация возбудителя; выработка специфических антител – элиминация возбудителя. В патогенезе имеют место инфекционный, аллергический и токсический компоненты.

2. Принципы классификации. По типу – типичные и атипичные; по тяжести – легкие, среднетяжелые, тяжелые; по течению: по продолжительности) – острое (1–4 нед), подострое (до 3 мес), затяжное (до 1 года); по характеру – гладкое, волнообразное, с осложнениями, с присоединением интеркуррентной патологии.

3. Основной симптомокомплекс псевдотуберкулеза. Острое начало, лихорадка, общеинфекционный синдром, пятнисто-папулезная сыпь вокруг суставов, иногда – мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне, преимущественно на сгибательных поверхностях (при скарлатиноподобной форме). Характерен симптом носков, перчаток, капюшона. Стойкий белых дермографизм, симптом Пастиа–Кончаловского, щипка. Умеренные катаральные явления носоглотки, малиновый язык. Признаки поражения паренхиматозных органов, суставов.

4. Клинические формы псевдотуберкулеза. Скарлатиноподобная, суставная, желтушная, абдоминальная, генерализованная (септическая), смешанная

5. Дополнительные методы исследования. Бактериологическое исследование: выделение возбудителя из крови и смывов из зева в первую неделю болезни, из фекалий и мочи на протяжении всего периода. ДНК возбудителя из кала методом ПЦР. Серологические исследования (РА, РП, РСК, РПГА). Диагностическим титром считается титр 1 : 80 и выше.

6. Дифференциальная диагностика псевдотуберкулеза. Иерсиниоз, скарлатина, ревматизм, вирусный гепатит, инфекционный мононуклеоз, сепсис, тифопаратифозные заболевания, энтеровирусная инфекция, острая хирургическая патология – аппендицит, при затяжном течении – с коллагенозами.

Корь

1. Этиология и патогенез кори. Возбудитель заболевания – РНК-содержащий вирус рода Morbillivirus, семейства Paramyxoviridae. Вирус малоустойчив во внешней среде, обладает летучестью. Патогенез кори. Внедрение вируса через слизистые верхних дыхательных путей или конъюнктиву; репликация вируса в клетках эпителия верхних дыхательных путей и в регионарных лимфатических узлах; вирусемия; репликация вируса в клетках (слизистые, кожа, легкие, кишечник, селезенка, печень, костный мозг и в редких случаях головной мозг), выработка антител, элиминация вируса.

2. Инкубационный период кори. От 8 до 17 дней, может удлиняться до 21–23 дней при введении иммуноглобулина, препаратов крови, применении антибиотиков, гормонов.

3. Периоды болезни кори, их характеристика. 1. Катаральный – продром кори. Характерны конъюнктивит, ринит, фарингит, ларингит, лихорадка, интоксикация. Длится 2–3 дня. Появляется патогномоничный синдром. 2. Период высыпания. Характеризуется стадийностью появления сыпи в течение 3 дней, усилением катаральных проявлений, интоксикации и лихорадки. 3. Период пигментации. Нормализуется температура тела, ослабевают катаральные симптомы, сыпь угасает (появляется пигментация) в том же порядке, как и появлялась. 4. Период реконвалесценции. Характеризуется наличием астении и анергии.

4. Возможна ли диагностика кори в периоде продрома? Да. Совокупность клинических симптомов, характерных для микста 3–4 известных ОРВИ, является мотивацией заподозрить корь и активно выявить патогномоничный синдром – пятна Бельского–Филатова–Коплика.

5. В чем проявляется этапность высыпания? Сыпь появляется и распространяется в определенном порядке и в течение 3 дней (1-й день – на лице, шее, за ушами, 2-й – на туловище и проксимальных отделах конечностей, 3-й – на конечностях), сыпь пятнисто-папулезная, склонная к сливанию.

6. Характер температурной кривой. Двугорбая.

7. Назовите атипичные формы кори. Митигированная, рудиментарная, гипертоксическая, геморрагическая.

8. Какие осложнения кори? По срокам появления – ранние и поздние, а также в зависимости от поражения различных органов и систем: глаза, ЖКТ, дыхательные пути, ЦНС. Особенно опасны осложнения со стороны ЦНС – менингиты, энцефалиты и отдаленные последствия кори ПСПЭ.

Краснуха

1. Краснуха, определение понятия. Это острое инфекционное заболевание, обусловленное фильтрующимся вирусом, характеризуется мелкопятнистой сыпью, с преимущественной локализацией на спине, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей незначительными катаральными явлениями и увеличением лимфоузлов (особенно заднешейных и затылочных).

2. Этиология. РНК-содержащий вирус, группы миксовирусов.

3. Источник инфекции. Больной человек с 1-го до 5-го дня с момента появления сыпи, а также больные врожденной краснухой со дня рождения и до 1,5 лет и дольше.

4. Для кого опасна краснуха? Для беременных. Контакт беременной с больным в первом триместре является прямым показанием к прерыванию беременности из-за тропности вируса к эмбриональной ткани и угрозы развития тяжелой патологии у плода.

5. Схема патогенеза краснухи. Вирус краснухи попадает в кровь через слизистые оболочки верхних дыхательных путей, обуславливает поражение кожи, лимфоузлов и специфические изменения крови. Вирус также имеет тропизм к эмбриональным тканям, что объясняет развитие эмбриопатий, что определяется сроками инфицирования – дефект органа зрения (на 4–10-й неделе), органа слуха (2–9-й неделе), сердечно-сосудистой системы (4–5-й неделе).

6. Основной симптом краснухи. Главным симптомом краснухи является сыпь на фоне незначительных катаральных явлений, повышения температуры тела. Сыпь мелкопятнистая, слегка возвышается над поверхностью кожи, преимущественно на разгибательной поверхности конечностей, спине, вокруг суставов и на ягодицах. Сыпь, бледно-розовая, исчезает в течение 2–3 дней бесследно. Патогномичный симптом краснухи – увеличение периферических лимфоузлов, особенно затылочных и заднешейных.

7. Симптомы врожденной краснухи. Чаще всего регистрируются аномалии развития глаз (катаракта), пороки сердца и глухота. Поражения ЦНС с умственной отсталостью, микроцефалией, гидроцефалией, параличами конечностей, судорогами, гиперкинезами. Масса тела новорожденного низкая. Некоторые поражения выявляются позже: дефект слуха,

ретинопатия, врожденная глаукома, пороки сердца. Течение поражений мозга нередко напоминает хронический менингоэнцефалит: сонливость, вялость, иногда возбуждение, судороги с последующим формированием микроцефалии. Реже обнаруживают тромбоцитопению с геморрагическими проявлениями, гемолитическую анемию, гепатит с желтухой, интерстициальную пневмонию, поражение костей конечностей и черепа.

8. С чем дифференцировать краснуху? С корью, энтеровирусной экзантемой, медикаментозной экзантемой.

Ветряная оспа

1. Этиология ветряной оспы. Variocella-Zoster, ДНК вирус из семьи Herpesviridae подсемейства 3-го типа.

2. Источник инфекции – больной ветряной оспой или опоясывающим герпесом. Больной заразен с последних 2 сут инкубационного периода и до 5-го дня с момента появления последней везикулы.

3. Патогенез заболевания. Входные ворота инфекции – слизистая оболочка верхних дыхательных путей. По лимфатическим путям вирус попадает в кровь с фиксацией в эпителиальных клетках кожи и слизистых оболочек, где появляются пузырьки с серозной жидкостью и высокой концентрацией вируса в ней (варцеллезная сыпь). Тропность вируса к нервной ткани проявляется поражением межпозвоночных ганглиев, коры мозга, подкорки и, особенно, коры мозжечка. Редко поражаются висцеральные органы – печень, легкие, ЖКТ. Основные морфологические изменения отмечаются в коже и слизистых оболочках. Формирование ветряночного волдырика начинается с поражения клеток шиповидного слоя эпидермиса. Клетки гиперплазируются, в них образуются внутриядерные и внутрицитоплазматические включения – многоядерные гигантские клетки с баллонной дистрофией и некрозом. Дерма при этом отечна, с умеренной лимфомоноцитарной инфильтрацией. Обратное развитие пузырьков начинается с резорбции экссудата (пузырьки западают) и образуется сухая корочка. Рубцовых изменений на коже нет, поскольку поражаются только поверхностные слои кожи.

4. Индекс контагиозности и иммунитет при ветряной оспе. Индекс контагиозности составляет 100 %. Иммунитет после перенесенной болезни стойкий. Вирус персистирует в организме в течение всей жизни и при снижении реактивности обуславливает развитие опоясывающего герпеса.

5. Характеристика ветряночной сыпи. Для ветряной оспы характерна полиморфная сыпь (пятно, папула, везикула, корочка, безпигментное пятно), что обусловлено толчкообразным подсыпанием новых элементов сыпи и их трансформацией.

6. Разновидность высыпаний у детей со сниженной реактивностью (иммунокомпромисных):

1) пустулезные, когда везикулы превращаются в пустулы и болезнь напоминает натуральную оспу;

2) буллезные, когда появятся большие волдыри (диаметром до 2–3 см) с серозным и мутных содержимым;

3) геморрагические с кровавистым содержимым пузырьков и петехиями на коже, которая бывает преимущественно у детей с геморрагическим диатезом, особенно с тромбоцитопенической пурпурой;

4) гангренозные, которые характеризуются омертвением кожи вокруг пузырьков и образованием трофических язв.

7. Классификация ветряной оспы.

Классификация клинических форм ветряной оспы

Тип	Тяжесть	Течение
Типичные формы	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое (без осложнений)
Атипичные формы: Стертая (рудиментарная); Пустулезная Геморрагическая; Гангренозная; Генерализованная (висцеральная)	Показатели тяжести: Гипертермия Значительная сыпь Геморрагический синдром Нейротоксикоз с судорожным синдромом или менингоэнцефалитическими реакциями, синдром крупа	С осложнениями: Стрепто- и стафилодермии, рожа, флегмона, абсцесс, энцефалит и др.

8. Осложнения ветряной оспы.

I. Со стороны нервной системы: энцефалиты, менингиты. Миелит. Полинейропатия. Неврит зрительного нерва и других черепно-мозговых нервов.

II. Со стороны крови и сосудов: острая тромбоцитопения, кровоизлияния.

III. Органы дыхания: ложный круп, пневмония.

IV. Кожа и слизистые: флегмона, абсцесс, импетиго, буллезная стрептодермия, рожа, лимфаденит, гнойный конъюнктивит, кератит, стоматит.

V. МПС: нефрит. Сепсис, артриты, остеомиелит

Опоясывающий герпес

1. Опоясывающий герпес. Что это? Это острое инфекционное заболевание, обусловлено вирусом ветряной оспы (Herpes Zoster), характеризуется общинфекционным синдромом, воспалением спинальных и черепно-мозговых ганглиев с везикулезной сыпью на коже по ходу нервов, которой предшествует зуд, парестезии, резкая жгучая боль в месте высыпаний.

2. Как объяснить появление опоясывающего герпеса у переболевших ветряной оспой? Гуморальные антитела, нарабатанные после перене-

сенной ветряной оспы, не могут элементарно внутриклеточно расположенный и интегрированный в геном клетки вирус. Кроме того, сам вирус создает состояние иммуносупрессии.

3. Клинические формы опоясывающего герпеса. 1. Спинальный герпес: шейный, грудной и пояснично-крестцовый. 2. Черепно-мозговой ганглионит (глазной и ушной). 3. Опоясывающий герпес с энцефалитом и менингитом.

4. Клиника опоясывающего герпеса: инкубационный период длится 7–14–21 день, иногда несколько лет (после ветряной оспы). Начало заболевания острое: лихорадка, головная боль, боль в мышцах и суставах, зуд кожи, жжение и боль по ходу пораженных нервов. Впоследствии на коже появляются сгруппированные везикулезные элементы сыпи на гиперемизированном основании. Через несколько дней содержимое везикул мутнеет, они подсыхают, образуются корочки, которые отпадают и остается легкая пигментация. Возможны повторные высыпания. Увеличиваются регионарные лимфоузлы.

5. Какой прогноз заболевания? В основном благоприятный.

6. Для кого опасны больные опоясывающим герпесом? Для детей, которые не болели ветряной оспой, но их контагиозность невысокая.

8. Лабораторная диагностика заболеваний, сопровождающихся экзантемой.

1. Клинический анализ крови (при бактериальных – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы крови влево, ускоренное СОЭ, эозинофилия; при вирусных экзантемах – лейкопения, лимфоцитоз).

2. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (на выделение бета-гемолитического стрептококка при скарлатине и иерсиний при псевдотуберкулезе); испражнения, моча и кровь (при псевдотуберкулезе).

3. Серологические методы: РА, РНГА, РСК, РПГА, РТГА (диагностические титры или нарастание титров в динамике в 4 и более раз).

4. Иммунологические методы. ИФА – выделение антител к возбудителям классов IgM и IgG.

5. Микроскопия мазков из элементов герпетических высыпаний, окрашенных по Морозову, выявление телец Араго (скопление вируса).

6. РФА позволяет обнаружить антиген вируса в мазках – отпечатках из содержимого везикул.

7. Обнаружение нуклеиновых кислот возбудителей с помощью ПЦР.

9. Принципы лечения больных с экзантемами. Постельный режим, диета, этиотропная терапия (антибактериальная при скарлатине и псевдотуберкулезе); патогенетическая – дезинтоксикация – обильное питье (при тяжелых формах – внутривенное введение глюкозосолевых растворов реосорбилакта и др.), десенсебилизирующая терапия; симпто-

матическая – жаропонижающие, противовоздушные; витаминотерапия; личная гигиена; благоприятные санитарно-гигиенические условия помещения, где находится больной. Уход за полостью рта с использованием местно антисептиков при скарлатине, кори и ветряной оспе.

10. Показания к госпитализации. Медицинские показания (больные тяжелыми и осложненными формами); эпидемические показания (проживающих в общежитиях, коммунальных квартирах, закрытых и круглосуточных детских учреждениях); социально-бытовые – невозможность создать полноценный уход за больным.

11. Сроки изоляции больных скарлатиной. 21 день от начала заболевания, при псевдотуберкулезе изоляция не проводится, при кори – на период болезни (до 4-го дня с момента сыпи или до 10-го дня при осложненных формах), при краснухе – на 5 дней, при ветряной оспе и опоясывающем герпесе – на весь период болезни плюс 5 дней с момента последнего элемента сыпи.

12. Мероприятия в очаге. Дети, которые были в контакте с больным скарлатиной, не посещают детские заведения в течение 7 дней с момента контакта, если больной выведен из очага инфекции, и 17 дней, если больной остается в очаге.

При псевдотуберкулезе важным является борьба с грызунами, надлежащее хранение овощей, фруктов и других продуктов питания, а также их приготовление и реализация. В очаге инфекции обеспечивают наблюдение в течение 3 нед, запрещается употребление сырых овощей без термической обработки. У контактных проводят бактериологическое исследование фекалий.

Дети при однократном контакте с коревым больным, не болевшие корью и не привитые в течение 7 дней, могут посещать детские заведения, а затем подлежат карантину до 17-го дня, а те, кто получил иммуноглобулин, – до 21-го дня контакта. В очаге инфекции ежедневно проводят профилактический осмотр и термометрию. Всех выявленных больных срочно изолируют.

Контактные с краснухой изоляции не подлежат, но на группу детского учреждения налагается карантин на 21 день.

Дети, больные опоясывающим герпесом, опасны для детей, которые не болели ветряной оспой, но контагиозность невысокая. Больных необходимо изолировать сроком до 5 дней после последнего высыпания. Контактные лица подлежат изоляции от 11-го до 21-го дня контакта (как и при ветряной оспе).

13. Правила выписки из стационара.

7.2. Преподаватель напоминает студентам о необходимости соблюдать противоэпидемические и санитарно-гигиенические правила при работе в инфекционной больнице. Распределяет среди студентов заранее подготовленных больных для курации (из расчета не менее 4 больных на группу).

7.3. Во время курации преподаватель контролирует правильность выполнения методики обследования больного и требований противоэпидемического режима.

7.4. Студент в присутствии группы сообщает о результатах курации, а преподаватель, активно вовлекая остальных студентов, акцентирует внимание на изложении диагностической информации, выделении основных симптомов заболевания. Студент зачитывает и оценивает результаты дополнительных методов исследования, после чего обосновывает диагноз в соответствии с существующей классификацией и назначает лечение.

Преподаватель демонстрирует больных краснухой и/или псевдотуберкулезом в целях совершенствования навыка по дифференциальной диагностике.

7.5. Преподаватель подводит итоги занятия. Зачитывает оценки и выставляет их в журнал, объявляет домашнее задание.

Основные тестовые вопросы для самоподготовки студента

Тестовые задания для определения начального уровня знаний

1. Возбудителем скарлатины является:
А. Бета-гемолитический стрептококк гр. А.
Б. Стафилококк.
В. Гемолитический стрептококк гр. В.
Г. Пневмококк.
2. Источником инфекции при скарлатине является:
А. Все ответы правильные.
Б. Больные стрептококковой ангиной.
В. Ранние реконвалесценты стрептококковой инфекции.
Г. Больные скарлатиной.
3. Пути передачи инфекции при скарлатине:
А. Воздушно-капельный. *В. Трансмиссивный.*
Б. Контактнo-бытовой. *Г. Парентеральный.*
4. Токсин возбудителя скарлатины имеет тропизм преимущественно к системам:
А. Симпатическому отделу вегетативной нервной системы.
Б. Лимфоидной.
В. Сердечно-сосудистой.
Г. Центральной нервной.
5. Самые частые осложнения скарлатины:
А. Все ответы верны. *Б. Нефрит.* *В. Миокардит.* *Г. Отит.*

6. Какое клиническое течение не типично для скарлатины:
А. Затяжное. В. Абортивное.
Б. С аллергическими волнами. Г. Без аллергических волн.
7. Наиболее часто скарлатину дифференцируют со следующими болезнями:
А. Псевдотуберкулез. В. Медикаментозная болезнь.
Б. Краснуха. Г. Все ответы верны.
8. Больные, которые перенесли скарлатину, допускаются в детские коллективы:
А. Не раньше 21-го дня от начала заболевания при условии клинического выздоровления.
Б. По окончании шелушения кожи.
В. Через 5 дней после нормализации температуры тела.
Г. После клинического выздоровления.
9. Карантин при контакте с больным скарлатиной устанавливается:
А. Детям дошкольного возраста и первых двух классов школы.
Б. Детям дошкольного возраста.
В. Детям до 3 лет.
Г. Карантинные мероприятия не проводятся.
10. Длительность карантина при скарлатине:
А. 10 дней Б. 7 дней. В. До 5 дней Г. 14 дней
11. Во время наблюдения за больным скарлатиной на дому целесообразно 1 раз в неделю проводить анализ:
А. Мочи.
Б. Крови.
В. Бактериологического исследования слизи из зева на стрептококк.
Г. Все ответы верны.
12. Общими симптомами для краснухи и скарлатины является:
А. Сыпь. В. Поражение ЦНС.
Б. Поражение почек. Г. Все ответы верны.
13. Минимальный инкубационный период при скарлатине:
А. 1 день. Б. 2 дня. В. 5 дней. Г. 7 дней.
14. Максимальный инкубационный период:
А. 7 дней. Б. 5 дней. В. 3 дня. Г. 14 дней.
15. После перенесенной скарлатины вырабатывается:
А. Стойкий антитоксический иммунитет.
Б. Стойкий антимикробный иммунитет.
В. Групповой антимикробный иммунитет.
Г. Стойкий типоспецифический антимикробный иммунитет.
16. Изоляция больного скарлатиной осуществляется:
А. До клинического выздоровления.
Б. До клинического выздоровления, но не ранее 10-го дня от начала заболевания.
В. До окончания шелушения кожи.
Г. До прекращения выделения стрептококка из зева.

17. Факторами передачи инфекции при скарлатине могут быть:
А. Все ответы верны. Б. Одежда. В. Посуда. Г. Игрушки.
18. Чем обусловлен токсический компонент патогенеза при скарлатине?
*А. Токсином Дика.
Б. Наслоением условно патогенной инфекции.
В. Продуктами деградации стрептококка.
Г. Правильного ответа нет.*
19. Чем обусловлен септический компонент патогенеза при скарлатине?
*А. Непосредственно самим стрептококком. В. Интоксикацией.
Б. Продуктами деградации стрептококка. Г. Все ответы верны.*
20. Чем обусловлен аллергический компонент патогенеза при скарлатине?
*А. Все ответы верны.
Б. Продуктами деградации тканей.
В. Термостабильной фракцией токсина Дика (типичный аллерген).
Г. Продуктами деградации стрептококка.*
21. Какие компоненты патогенеза при скарлатине выделяют?
*А. Септический, токсический, аллергический.
Б. Токсический, аллергический, скрытый.
В. Септический, токсический, катаральный.
Г. Септический, с ранними осложнениями.*
22. Чем обусловлен токсический компонент патогенеза при скарлатине?
*А. Термолabileй фракцией эритрогенного токсина.
Б. Проявлениями аллергии.
В. Наслоением вторичной инфекции.
Г. Появлением ранних осложнений.*
23. К атипичным формам скарлатины не относятся:
*А. Позднее поступление. В. Экстрафарингеальные.
Б. Гипертоксические. Г. Стертые.*
24. Сыпь при скарлатине практически не бывает на таких частях тела:
*А. Носогубном треугольнике. В. В складках кожи.
Б. Сгибательных поверхностях конечностей. Г. Туловище.*
25. Ангина при скарлатине может быть:
*А. Все ответы верны. В. Лакунарной.
Б. Фоликулярной. Г. Катаральной.*
26. Ангина при скарлатине может быть кроме:
*А. Односторонней язвенно-некротической. В. Фоликулярной.
Б. Некротической. Г. Катаральной.*
27. В периферической крови больного скарлатиной наблюдается:
*А. Все ответы верны. В. Сдвиг формулы влево.
Б. Нейтрофилез. Г. Лейкоцитоз.*

28. Пластинчатое шелушение кожи при скарлатине чаще начинается:
 А. На 2-й неделе болезни.
 Б. После снижения температуры тела.
 В. На 3-й неделе после начала болезни.
 Г. Сразу после исчезновения сыпи.
29. Характерные для скарлатины изменения в ротоглотке:
 А. Все ответы верны.
 Б. «Малиновый» язык.
 В. Сухость слизистых оболочек.
 Г. Яркая гиперемия мягкого неба, ангина.
30. Какие изменения в ротоглотке не характерны для скарлатины:
 А. Симптом Бельского–Филатова.
 Б. Лакунарная ангина.
 В. Енантема на мягком небе.
 Г. Яркая гиперемия мягкого неба.
31. Клинические проявления аллергического компонента патогенеза:
 А. Папулезная сыпь на 8–10-й день болезни, лимфополиадения.
 Б. Мелкоточечная сыпь на 1–2-й день болезни, зуд.
 В. Яркая отграниченная гиперемия мягкого неба.
 Г. Увеличение размеров паренхиматозных органов.
32. Какие изменения в ротоглотке не характерны для скарлатины:
 А. «Географический» язык.
 Б. Некротическая ангина.
 В. Плотные налеты на языке.
 Г. Сухость слизистых оболочек.
33. Характеристика сыпи при скарлатине:
 А. Мелкоточечная на розовом фоне.
 Б. Пятнасто-папулезная, сливная.
 В. Петехиальная на гиперемированной коже.
 Г. Полиморфная.
34. Сроки появления сыпи при скарлатине:
 А. 1–2-е сутки от начала заболевания.
 Б. На 3–4-е сутки от начала заболевания.
 В. В конце продромального периода.
 Г. В конце 2-й недели болезни.
35. Клинические проявления септического компонента патогенеза:
 А. Ангина, регионарный лимфаденит, лимфангит.
 Б. Отит, гайморит.
 В. Септикопиемия, септицемия.
 Г. Сыпь.
36. Возбудителем псевдотуберкулеза является:
 А. *Yersinia pseudotuberculosis*.
 Б. *Pseudomonas aeruginosa*.
 В. *Yersinia pestis*.
 Г. *Bacillus tuberculosis*.
37. Особенностями возбудителя псевдотуберкулеза является:
 А. Способность расти при низких температурах (1–4 °C).
 Б. Способность к самосохранению.
 В. Способность к оптимальному росту при температуре 37 °C.
 Г. Антагонизм с сопутствующей бактериальной флорой.

38. К какой группе инфекций относится псевдотуберкулез:
А. Антропонозная. В. Трансмиссивная.
Б. Инвазивная. Г. Зоонозная.
39. Источником инфекции при псевдотуберкулезе может быть:
А. Крупный рогатый скот. В. Дикие и домашние животные и птицы.
Б. Рыбы. Г. Попугаи, голуби.
40. Что является основным резервуаром инфекции при псевдотуберкулезе:
А. Грызуны, почва. В. Морские свинки.
Б. Куры. Г. Молочные изделия.
41. Проявлением аллергического компонента псевдотуберкулеза является:
А. Артралгии, сыпь. В. Выраженный токсикоз.
Б. Увеличение печени. Г. Микроабсцессы.
42. Какая сыпь не присуща псевдотуберкулезу:
А. Герпетическая. В. Пятнисто-папулезная.
Б. Мелкоточечная. Г. Эритематозная.
43. Сыпь при псевдотуберкулезе характеризуется:
А. Симптомом носков, перчаток, капюшона.
Б. Псевдополиморфизмом.
В. Появлением язв.
Г. Симптомом «белого пятна».
44. Какие клинические формы не характерны для псевдотуберкулеза:
А. Менингеальная. В. Артралгическая.
Б. Абдоминальная. Г. Скарлатиноподобная.
45. Основным в диагностике псевдотуберкулеза является:
А. Бактериологическое и серологическое исследование.
Б. Контакт с больными кишечными инфекциями.
В. Употребление сырых овощей в анамнезе.
Г. Наличие в анамнезе контакта с домашними животными.
46. В какие сроки проводят бактериологические исследования крови и слизи из зева при псевдотуберкулезе?
А. В течение первой недели болезни.
Б. В первые 2-е суток от начала болезни.
В. В течение всего периода болезни.
Г. В период ранней реконвалесценции.
47. Оптимальные сроки бактериологического исследования фекалий и мочи при псевдотуберкулезе:
А. До назначения антибактериальной терапии.
Б. В течение всего заболевания.
В. После отмены антибиотиков.
Г. В продроме болезни.

48. Диагностическим титром РА при псевдотуберкулезе является:
- А. Титр 1 : 160, выше.*
 - Б. Титр 1 : 4, в динамике 1 : 10.*
 - В. Рост титра антител в 4 раза и больше.*
 - Г. Титр 1 : 32, в динамике 1 : 16.*
49. С какими заболеваниями чаще всего проводится дифференциальная диагностика псевдотуберкулеза?
- А. Скарлатиной.*
 - В. Инфекционным мононуклеозом.*
 - Б. Ревматизмом.*
 - Г. Вирусным гепатитом.*
50. Этиопатогенетической терапией при псевдотуберкулезе является:
- А. Левомицетин, цефалоспорины III регенерации, гентамицин.*
 - Б. Пенициллин, троксевазин.*
 - В. Препараты йода, сульфаниламиды.*
 - Г. Нестероидные противовоспалительные средства.*
51. Сроки выписки больных из стационара при псевдотуберкулезе:
- А. На 7–10-й день нормальной температуры.*
 - Б. Не раньше 10 дней с момента госпитализации.*
 - В. На 3-й день нормальной температуры.*
 - Г. После отмены антибиотиков.*
52. С какими заболеваниями не проводится дифференциальная диагностика псевдотуберкулеза?
- А. Опоясывающий герпес.*
 - В. Инфекционный мононуклеоз.*
 - Б. Вирусный гепатит В.*
 - Г. Вирусный гепатит А.*
53. Какая клиническая форма псевдотуберкулеза не регистрируется?
- А. Менингеальная.*
 - В. Атипичная.*
 - Б. Желтушная.*
 - Г. Тифоподобная.*
54. Какой симптом не характерен для скарлатиноподобной формы псевдотуберкулеза?
- А. Конъюнктивит.*
 - Б. Симптом носков, перчаток, капюшона.*
 - В. Белый дермографизм.*
 - Г. «Малиновый» язык.*
55. К атипичным формам псевдотуберкулеза относятся:
- А. Катаральная, стертая, субклиническая.*
 - Б. Катаральная, желтушная, субклиническая.*
 - В. Септическая, стертая, митигированная.*
 - Г. Абдоминальная, стертая, субклиническая.*
56. Какие из клинических проявлений не характерны для псевдотуберкулеза?
- А. Лакунарная ангина.*
 - В. Боль в мышцах и суставах.*
 - Б. Диарея.*
 - Г. Боли в животе.*

57. Что является возбудителем кори?
А. Морбилловирус. В. Риккетсии.
Б. Герпесвирус. Г. Пикорнавирус.
58. Вирус кори относится к семейству:
А. Парамиксовирусов. В. Арбовирусов.
Б. Пикорнавирусов. Г. Тогавирусов.
59. Основное звено патогенеза кори:
А. Вирусемия. Б. Септицемия. В. Токсемия. Г. Аллергия.
60. Свойства вируса кори:
А. Все ответы верные. В. Летучесть.
Б. Чувствительность к УФО. Г. Термолабильность.
61. Какие антитела появляются в организме ребенка, инфицированного вирусом кори?
А. Все ответы верные. В. Антигеммаггулинирующие.
Б. Комплементсвязывающие. Г. Вируснейтрализующие.
62. Источником коревой инфекции является:
А. Больной корью. В. Реконвалесцент кори.
Б. Привитый коревой вакциной. Г. Здоровый вирусоноситель.
63. Пути передачи коревой инфекции:
А. Воздушно-капельный от больного корью. В. Трансмиссивный.
Б. Контактнo-бытовой. Г. Водный.
64. Инкубационный период при кори:
А. 7–17 дней. Б. 31–45 дней. В. 3–6 дней. Г. 18–30 дней.
65. В очагах инфекции при кори не следует проводить:
А. Дезинфекцию дез. средствами. В. Введение иммуноглобулина.
Б. Карантинные мероприятия. Г. Внеочередную вакцинацию.
66. В каком периоде кори больные заразны?
А. Все ответы верные. В. Три дня от начала высыпаний.
Б. В периоде высыпаний. Г. В катаральном.
67. В катаральном периоде кори патогномичным симптомом является?
А. Пятна Бельского–Филатова–Коплика. В. Конъюнктивит.
Б. Гиперемия слизистой оболочки зева. Г. Ангина.
68. Для кори не характерно:
А. Гепатоспленомегалия. В. Острое начало заболевания.
Б. Лихорадка. Г. Экзантема.
69. Какой вид имеет температурная кривая при кори?
А. Двугорбая. В. Волнообразная.
Б. Одногоорбая. Г. Все ответы верные.
70. Какая сыпь не является типичной для кори?
А. Мелкопятнистая. В. Сливная.
Б. Пятнисто-папулезная. Г. Геморрагическая.

71. Какие антитела отсутствуют у больного корью?
А. Антитоксические. В. Вируснейтрализующие.
Б. Гемагглютинирующие. Г. Правильного ответа нет.
72. В периферической крови при кори наблюдается:
А. Лейкопения с лимфоцитозом. В. Тромбоцитопения.
Б. Эозинофилия. Г. Нейтрофильный лейкоцитоз.
73. К неспецифическим осложнениям кори относится:
А. Отит. Б. Пневмония. В. Энцефалит. Г. Все ответы верные.
74. Что не относится к специфическим осложнениям кори?
А. Лимфаденит. В. Энцефалит.
Б. Подострый склерозирующий панэнцефалит. Г. Пневмония.
75. Какие клинические не характерны для катарального периода кори?
А. Экспираторная одышка. В. Кашель, сиплый голос.
Б. Конъюнктивит. Г. Стенотическое дыхание.
76. Где впервые появляется коревая сыпь?
А. За ушами. В. На нижних конечностях.
Б. На спине. Г. На верхних конечностях.
77. Отличительными признаками кори и медикаментозной экзантемы могут быть:
А. Зуд кожи.
Б. Этапность высыпания.
В. Появление сыпи после катарального периода.
Г. Пигментация после высыпания.
78. Какое обратное развитие коревой сыпи?
А. Пигментация. В. Рубцевание.
Б. Образование язв. Г. Исчезает бесследно.
79. Сроки появления пигментации коревой сыпи:
А. 3-й день. В. На 8–10-й день.
Б. 12-й день. Г. 5–7-й день после появления первого элемента сыпи.
80. Осложнение кори классифицируются по показателям:
А. Все ответы верные. В. Поражение органов и систем.
Б. Сроки развития. Г. Этиология.
81. Что является возбудителем ветряной оспы?
А. Variocella-Zoster. В. Poliovirus hominis.
Б. Cytomegalovirus hominis. Г. Virus herpes simplex.
82. Путем передачи вируса ветряной оспы является:
А. Капельный. В. Трансмиссивный.
Б. Фекально-оральный. Г. Парентеральный.
83. Какой индекс контагиозности при ветряной оспе?
А. 100 %. Б. 40 %. В. 60 %. Г. 20 %.
84. Какой иммунитет формируется после перенесенной ветряной оспы?
А. Стойкий. В. Типоспецифический.
Б. Неустойчивый. Г. Отсутствует.

85. Какой период не характерен для типичной ветряной оспы?
А. Катаральный. В. Продромальный.
Б. Инкубационный. Г. Высыпаний.
86. Какая продолжительность инкубационного периода при ветряной оспе?
А. 11–21 сут. Б. 1–3 сут. В. 4–10 сут. Г. 22 сут и более.
87. Что не характерно для продромального периода при ветряной оспе?
А. Гнойные наслоения на миндалинах. В. Синдром экзантемы (rash).
Б. Субфебрильная температура тела. Г. Слабая интоксикация.
88. Какая форма ветряной оспы является атипичной?
А. Все ответы верны. В. Гангренозная.
Б. Буллезная. Г. Рудиментарная.
89. Период высыпаний при ветряной оспе длится:
А. 2–5 сут. Б. 9–10 сут. В. 6–8 сут. Г. 11 сут и более.
90. Какая динамика развития элементов высыпаний при ветряной оспе?
А. Макула–папула–везикула–корочка.
Б. Папула–везикула–корочка–рубец.
В. Пустиула–везикула–корочка–макула.
Г. Везикула–некроз–рубец.
91. Какой из лабораторных методов используется для диагностики ветряной оспы?
А. Серологический. В. Копрологический.
Б. Бактериологический. Г. Метод гемокультуры.
92. Что обуславливает «ложный полиморфизм» сыпи при ветряной оспе?
А. Толчкообразные подсыпания.
Б. Развитие различных морфологических элементов.
В. Развитие осложнений.
Г. Поражение нервной системы.
93. Антибактериальная терапия при ветряной оспе назначается больным:
А. С гнойными осложнениями.
Б. Легкими формами.
В. С поражением слизистых оболочек.
Г. Раннего возраста.
94. Какой тип температурной кривой наблюдается при ветряной оспе?
А. Ремиттирующий. В. Неправильный.
Б. Гектический. Г. Интермиттирующий.
95. Диспансерное наблюдение после ветряной оспы проводится детям, которые перенесли:
А. Осложненные формы (энцефалиты и др.).
Б. Типичные формы.
В. Рудиментарную форму.
Г. Ветряную оспу на первом году жизни.

- 96.** Что является возбудителем опоясывающего герпеса?
А. Variocella-Zoster. В. Rotavirus.
Б. Cytomegalovirus hominis. Г. Rinovirus.
- 97.** Путем передачи вируса опоясывающего герпеса является:
А. Капельный. В. Трансмиссивный.
Б. Фекально-оральный. Г. Парентеральный.
- 98.** Укажите срок изоляции больного опоясывающим герпесом:
А. До 5-го дня с момента появления последнего элемента сыпи.
Б. До 10-го дня с момента появления последнего элемента сыпи.
В. До 15-го дня с момента появления последнего элемента сыпи.
Г. До 20-го дня с момента появления последнего элемента сыпи.
- 99.** Какая динамика развития элементов сыпи при опоясывающем герпесе?
А. Макула–папула–везикула–корочка.
Б. Папула–везикула–корочка–макула.
В. Пустула–везикула–корочка–макула.
Г. Везикула–некроз–рубец.
- 100.** При легкой форме ветряной оспы высыпаний не будет на коже:
А. Ладоней и ступней. В. Лица.
Б. Туловища. Г. Волосистой части головы.
- 101.** Клинические формы кори после гаммаглобулинпрофилактики:
А. Митигированная. В. Стертая.
Б. Абортивная. Г. Все ответы верные.
- 102.** Для подтверждения кори используют лабораторные методы за исключением:
А. Бактериологических. В. Серологических.
Б. Цитологических. Г. Вирусологических.
- 103.** Показания к госпитализации больным корью?
А. Все ответы верные. В. По эпидемическим показаниям.
Б. Больные раннего возраста. Г. Тяжелая, осложненная корь.
- 104.** Возбудителем краснухи являются:
А. Рубивирусы. В. Герпесвирусы.
Б. Цитомегаловирусы. Г. Коронавирусы.
- 105.** Какими реакциями можно подтвердить краснуху?
А. Все ответы верные. В. РСК.
Б. ИФА, ПЦР. Г. РН, РНГА.
- 106.** Источник инфекции при краснухе:
А. Все ответы верные. В. Вирусоноситель.
Б. Человек с врожденной краснухой. Г. Больные краснухой.
- 107.** Какая продолжительность выделения вируса врожденной краснухи?
А. 1,5–2 года после рождения. В. 3 мес.
Б. 21 день. Г. 1 мес.

108. От чего зависит частота и тяжесть поражения плода при инфицировании вирусом краснухи?

- А. Срока гестации.
Б. От течения беременности.
В. Количества беременностей.
Г. Все ответы верные.

109. На протяжении какого времени больные краснухой становятся заразными?

- А. 5-го дня от начала заболевания.
Б. 5 дней после окончания высыпаний.
В. В течение всего периода лихорадки.
Г. В периоде реконвалесценции.

110. Характеристика сыпи при краснухе:

- А. Мелкая пятнисто-папулезная. В. Геморрагическая.
Б. Везикулезная. Г. Все ответы верные.

111. Важным клиническим признаком краснухи кроме сыпи является:

- А. Увеличение затылочных лимфоузлов.
Б. Гипертермия.
В. Гепатоспленомегалия.
Г. Ангина с патологическим выпотом.

112. Важнейшее значение для диагностики краснухи имеет:

- А. Наличие в крови специфических антител класса Ig M.
Б. Отсутствие изменений СОЭ.
В. Нейтрофильный лейкоцитоз.
Г. Отсутствие клеток Тюрка в крови.

113. Какова продолжительность карантина в очаге краснухи?

- А. Карантин не проводится. В. 21 день.
Б. 14 дней. Г. 7 дней.

114. Не привитый контактный с краснухой ребенок может посещать закрытое детское учреждение на протяжении:

- А. 10 дней с момента контакта.
Б. Через неделю.
В. Сразу после осмотра врачом.
Г. Верного ответа нет.

115. Сроки изоляции контактных с больным краснухой:

- А. Контактных не изолируют.
Б. С 1-го по 10-й день.
В. С 21-го по 28-й день с момента контакта.
Г. С 11-го по 21-й день.

116. Для сыпи при краснухе характерно:

- А. Локализация на разгибательных поверхностях.
Б. Локализация на сгибательных поверхностях.
В. Этапность появления.
Г. Все ответы верные.

- 117.** Важным клиническим признаком краснухи, кроме сыпи является:
А. Увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов.
Б. Кашель.
В. Гепатоспленомегалия.
Г. Ангина с регионарным лимфаденитом.
- 118.** Краснуха у беременных характеризуется:
А. Все ответы верные.
Б. Типичными формами болезни.
В. Атипичными формами болезни.
Г. Инкубационным периодом 11–21 день.
- 119.** Дифференциальный диагноз краснухи проводят с такими болезнями:
А. Все ответы верные. *В. Инфекционный мононуклеоз.*
Б. Скарлатина. *Г. Корь.*
- 120.** Похожими признаками краснухи и медикаментозной экзантемы являются:
А. Увеличение лимфоузлов. *В. Отек подкожной клетчатки.*
Б. Зуд кожи. *Г. Пигментация после сыпи.*
- 121.** Терапия неосложненной краснухи:
А. Симптоматическая. *В. Противовирусные препараты.*
Б. Антибактериальная. *Г. Гормональная терапия.*
- 122.** Активную иммунизацию краснухи проводят:
А. Живой краснушной вакциной. *В. Убитой краснушной вакциной.*
Б. Краснушной сывороткой. *Г. Правильного ответа нет.*
- 123.** Плановую вакцинацию против краснухи начинают детям в возрасте:
А. 12 мес. *Б. 3 мес.* *В. 18 мес.* *Г. 6 лет.*
- 124.** Ревакцинацию против краснухи осуществляют детям в возрасте:
А. 6 лет. *В. Ревакцинацию не проводят.*
Б. 6 мес. *Г. Девушкам 14–15 лет.*
- 125.** Врожденная ветряная оспа развивается:
А. При инфицировании матери за 5–6 сут до родов.
Б. Все ответы верны.
В. При инфицировании матери за 6 мес до родов.
Г. При инфицировании матери в первые 4 мес беременности.
- 126.** Какая форма болезни чаще развивается у ребенка, который находится в инкубационном периоде ветряной оспы и получает иммуноглобулин:
А. Рудиментарная. *В. Буллезная.*
Б. Типичная. *Г. Геморрагическая.*
- 127.** Укажите срок изоляции больного ветряной оспой:
А. 5 сут с момента появления последнего элемента сыпи.
Б. 10 сут с момента появления последнего элемента сыпи.
В. 15 сут с момента появления последнего элемента сыпи.
Г. 20 сут с момента появления последнего элемента сыпи.

128. Какой срок изоляции контактных с больным ветряной оспой, которые не болели и не привиты?

- А. От 9 до 21 дня с момента контакта.*
- Б. От 11 до 25 дней с момента контакта.*
- В. От 1 до 9 дней с момента контакта.*
- Г. От 14 до 30 дней с момента контакта.*

129. Какая форма опоясывающего герпеса является атипичной:

- А. Все ответы верные.*
- Б. Буллёзная.*
- В. Гангренозная.*
- Г. Рудиментарная.*

130. Генерализованная форма опоясывающего герпеса чаще возникает у детей:

- А. С иммунодефицитным состоянием.*
- Б. С врожденными пороками сердца.*
- В. С врожденными пороками нервной системы.*
- Г. У больных кишечными инфекциями.*

131. Что не является специфическими осложнениями при опоясывающем герпесе:

- А. Отит.*
- Б. Менингоэнцефалит.*
- В. Глаукома.*
- Г. Миелит.*

132. При поражении вирусом опоясывающего герпеса гассерова узла высыпания локализуются на коже:

- А. По ходу ветвей тройничного нерва.*
- Б. Ладоней и стоп.*
- В. Ушной раковины и вокруг нее.*
- Г. Нижних конечностей.*

133. При поражении коленчатого узла вирусом опоясывающего герпеса высыпания локализуются на коже:

- А. Ушной раковины и вокруг нее.*
- Б. Ладоней и стоп.*
- В. По ходу ветвей тройничного нерва.*
- Г. Нижних конечностей.*

134. Какой возможен инкубационный период при опоясывающем герпесе после перенесенной ветряной оспы?

- А. Несколько лет.*
- Б. 7 нед.*
- В. 6 мес.*
- Г. 3 мес.*

135. Этиотропным препаратом при герпетической инфекции является:

- А. Ацикловир и его производные.*
- Б. Цифтриаксон.*
- В. Кордиамин.*
- Г. Гидрокортизон.*

136. Какое лечение назначается при легких формах ветряной оспы?

- А. Симптоматическая терапия.*
- Б. Этиотропная терапия.*
- В. Химиотерапия.*
- Г. Лечение не проводится.*

137. У детей, которые не болели ветряной оспой, при контакте с больным опоясывающим герпесом может развиваться:

- А. Ветряная оспа.*
- Б. Инфекционная эритема.*
- В. Стафилодермия.*
- Г. Стрептодермия.*

138. На какой срок устанавливается карантин в очаге опоясывающего герпеса:

- А. От 9 до 21 дня с момента контакта.*
- Б. 3 мес с момента контакта.*
- В. 10 сут с момента контакта.*
- Г. 7 сут с момента контакта.*

- 139.** Кого из больных ветряной оспой необходимо госпитализировать?
- А. Все ответы верные.*
 - Б. Детей с тяжелыми формами болезни.*
 - В. Детей с осложненным течением болезни.*
 - Г. Детей из учреждений закрытого типа.*
- 140.** Кого из больных опоясывающим герпесом нужно направить на госпитализацию?
- А. Все ответы верны.*
 - Б. Детей с осложненным течением болезни.*
 - В. Детей с неблагоприятным преморбидным фоном.*
 - Г. Детей с тяжелыми формами болезни.*
- 141.** Тяжелые формы ветряной оспы наблюдаются у:
- А. Все ответы верны.*
 - Б. Больных СПИДом.*
 - В. Новорожденных.*
 - Г. Онкобольных.*
- 142.** Антибактериальная терапия при опоясывающем герпесе назначается больным:
- А. С гнойными осложнениями.*
 - Б. Легкими формами.*
 - В. С поражением слизистых оболочек.*
 - Г. Раннего возраста.*
- 143.** Какой лабораторный метод применяется для диагностики опоясывающего герпеса?
- А. Серологический.*
 - Б. Бактериологический.*
 - В. Конфологический.*
 - Г. Метод гемокультуры.*
- 144.** Врожденная ветряная оспа развивается при инфицировании матери:
- А. За 5–6 нед до родов.*
 - Б. Непосредственно перед родами.*
 - В. В первые 4 мес беременности.*
 - Г. Все ответы верные.*

Ситуационные задачи заключительного контроля знаний

1. Ребенок шести лет болеет 5-й день. Заболевание началось остро: повышение температуры тела до 38,0 °С, кашель, светобоязнь, отек век, головная боль, снижение аппетита, однократная рвота.

Объективно: температура тела 38,8 °С, интоксикация, катаральные явления с проявлениями конъюнктивита. На коже лица, шеи яркая пятнисто-папулезная, сливная сыпь, на туловище – отдельные элементы сыпи розового цвета.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.

2. Изложите принципы лечения.

2. Девочка 13 лет, болеет вторую неделю. Заболевание началось остро, с повышения температуры до 38,6 °С, общего недомогания, катаральных проявлений, конъюнктивита. С третьего дня появилась сыпь, которая постепенно распространилась по всему телу. Вчера общее состояние больной ухудшилось: появилась головная боль, рвота, повысилась температура тела до 38,4 °С.

Объективно: общее состояние тяжелое. На коже лица, туловища, конечностей пятнистая сыпь коричневого цвета. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Обнаружены позитивные менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, верхний симптом Брудзинского, Кернига).

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

3. Девочке 10 мес из очага кори с профилактической целью был введен иммуноглобулин. Если ребенок заболеет, то в какой форме будет протекать заболевание?

4. Ребенок 4 лет, болен 4-й день. Повысилась температура тела до 39,0°С, насморк, сухой кашель, слезотечение, светобоязнь. На слизистых оболочках мягкого неба энантема, проявления конъюнктивита, склерита. На слизистых щек, напротив нижних коренных зубов мелкая, точечная белесоватая сыпь. Утром за ушами появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

5. Ребенок 5,5 лет, болеет 3-и сутки. Заболевание началось остро, температура тела повысилась до 39,1 °С.

Объективно: появился сухой, лающий кашель, светобоязнь, отек век, сиплый голос, затрудненное дыхание (инспираторная одышка). На слизистых оболочках мягкого неба энантема напротив нижних коренных зубов и на слизистых щек мелкая, точечная белесоватого цвета сыпь. В легких жесткое дыхание, сухие единичные хрипы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

6. Мальчик 9 лет, 5-й день болезни, температура тела 37,5 °С.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание сохранено, вялый. Лицо одутловатое. Катаральный конъюнктивит, на веках и ресницах гнойные корочки. За ушами, на коже лица – ярко-красная пятнисто-папулезная сыпь, местами элементы сливаются. На груди и спине отдельные пятнисто-папулезные элементы розового цвета. Слизистые зева ярко гиперемированы, на мягком небе – энантема. Ребенок не привит.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Изложите принципы лечения.

7. Ребенок болеет 3-й день, температура тела до 39–40,0 °С, назойливый, частый, глубокий, малопродуктивный кашель, светобоязнь, заложенность носа.

Объективно: конъюнктивит, слизистая оболочка рта рыхлая, геморрагическая энантема на мягком небе, слизистые зева гиперемированы, на деснах и щеках напротив малых коренных зубов мелкие пятна белесоватого цвета.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Изложите принципы лечения.

8. Мальчик шести лет заболел корью, в семье есть еще ребенок 8 мес.

1. Какое основное противоэпидемическое мероприятие нужно провести относительно контактного ребенка?

9. У больной 6 лет в течение 5 дней наблюдалось повышение температуры тела до 38,2–41 °С, катаральные явления, выраженная интоксикация, сыпь. Последние два дня состояние ухудшилось.

Во время осмотра: одышка с преимуществом экспираторного компонента, кашель сухой, надсадный, малопродуктивный, болезненность за грудиной. Конъюнктивит, лицо одутловатое, гиперемия ротоглотки. По всему телу макулопапулезная сыпь: на лице, шее, туловище – сливная, на дистальных поверхностях конечностей – единичные элементы макулопапулезной сыпи розового цвета. Перкуторно – в легких коробочный перкуторный звук, аускультативно – жесткое дыхание, выдох удлиннен, выслушиваются сухие, свистящие хрипы и единичные влажные. Частота дыхания – 36 за 1 мин, тоны сердца ясные, ЧСС – 124 за 1 мин. В анализе крови: лейкоцитов – $6,5 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле – лимфоцитоз, ускоренное СОЭ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

10. Ребенок 5,5 лет, болеет 7-е сутки. Заболевание началось остро, температура тела повысилась до 38,1 °С, кашель, светобоязнь, отек век. На 4-е сутки на коже лица появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая постепенно распространилась на всю кожу. При осмотре незначительные катаральные явления, кашель продуктивный, веки отечные, между ресниц корочки. По всему телу сливная пятнисто-папулезная сыпь: на конечностях – розовая, на туловище и особенно на лице – коричневая.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите принципы лечения.

11. Мальчику 7 лет. Заболел накануне вечером, когда температура тела повысилась до 37,3 °С, появилась сыпь на коже, которая к утру стала обильной.

Общее состояние удовлетворительное, на коже туловища, разгибательных поверхностях конечностей – мелкопятнистая сыпь розового цвета. Слизистая оболочка зева умеренно гиперемирована, умеренное серозно-

слизистое отделяемое из носа, увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите принципы лечения.

12. Осмотр участковым врачом ребенка 11 лет на дому. Заболел 6 дней тому назад. Участковым педиатром была диагностирована краснуха. С 3-го дня температура тела нормализовалась, с 4-го дня сыпь угасла. На 5-й день болезни опять повысилась температура тела до 39,0 °С, появилась головная боль, повторная рвота, которая не приносила облегчения. Выявлены положительные менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, верхний симптом Брудзинского, Кернига).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте лабораторное обследование больному.

13. Мальчику 12 лет. Заболел накануне вечером, когда температура тела повысилась до 38,8 °С, появилась боль в суставах, сыпь на коже, которая к утру усилилась.

Объективно: на коже туловища, разгибательных поверхностях конечностей – мелкопятнистая сыпь розового цвета. Слизистая оболочка зева гиперемирована, умеренное слизистое отделяемое из носа, увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите принципы лечения.

14. У трехлетней девочки повышена температура тела до 38,7 °С, сыпь по телу. Общее состояние ребенка средней тяжести, вялая, аппетит снижен. На коже обильная пятнисто-папулезная сыпь розового цвета, большей частью на спине, ягодицах, плечах. В ротовой полости умеренная гиперемия дужек, незначительное слизистое отделяемое из носа. Увеличены затылочные и заднешейные лимфоузлы.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

15. Женщина со сроком беременности 12 нед была в контакте с больным краснухой. Краснухой не болела, в детстве была привита.

1. Что может угрожать женщине и ее ребенку?
2. Какие обследования следует назначить для решения вопроса последующего сохранения беременности?

16. Ребенку 12 дней. Родился в срок от первой беременности. Масса тела при рождении 2 200 г, оценка по шкале Апгар – 7 баллов. Закричал сразу, к груди приложен на вторые сутки. У матери на 10-й неделе беременности была мелкопятнистая сыпь на коже разгибательных поверхностей рук,

груди и спине на фоне слабого катара верхних дыхательных путей. За медицинской помощью не обращалась.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Лицевая часть черепа доминирует над церебральной, большой родничок $1,0 \times 1,0$ см. Микрофтальмия, микроцефалия. Тоны сердца ритмичны, выслушивается грубый систолический шум. В крови тромбоцитопения, анемия.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование больного для подтверждения диагноза.

17. Ребенку 6 лет, болен третьи сутки. Температура тела $36,3^{\circ}\text{C}$. Затылочные лимфоузлы $0,5 \times 0,5$ см, безболезненные, эластичные, подвижные. На коже туловища, конечностей угасающая сыпь. Участковым врачом диагностирована краснуха. В семье еще двое детей в возрасте 3 и 9 лет.

1. Какие противоэпидемические мероприятия следует провести относительно контактных лиц?
2. Когда переболевший ребенок сможет быть допущен в детское заведение?

18. Девочка семи лет больна вторые сутки. Жалобы на повышение температуры тела до $38,9^{\circ}\text{C}$, недомогание, снижение аппетита, высыпания на коже.

Анамнез болезни: заболевание началось остро с повышения температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, нескольких элементов сыпи на коже в виде мелких пятен.

Объективно: общее состояние средней тяжести, девочка вялая, температура тела $39,0^{\circ}\text{C}$. Кожа обычного цвета. На лице, туловище, конечностях обильная сыпь, которая сопровождается зудом. Элементы сыпи в виде пятен, папул, везикул. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. На слизистой оболочке щек, неба и зева несколько пузырьковых элементов сыпи и поверхностных эрозий диаметром 3–4 мм. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные. Физиологические отправления в норме.

1. Поставьте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Сформулируйте принципы терапии.

19. Девочка пяти лет больна вторые сутки. Жалобы на повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, вялость, высыпания на коже.

Анамнез болезни. Заболевание началось остро, когда повысилась температура тела до $37,9^{\circ}\text{C}$, появилась вялость. Вечером мать заметила сыпь на коже, количество элементов к утру заметно увеличилось.

Эпидемиологический анамнез: контакт с отцом, больным опоясывающим герпесом.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Самочувствие хорошее. Кожа окрашена обычно. На лице, туловище, конечностях – высыпания в виде пятен, папул, везикул. Периферические

лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Язык чистый, влажный, слизистые зева розовые. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отсутствуют. Физиологические отправления в норме.

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте принципы терапии.

20. Мальчик 9 лет, болеет шестые сутки. Жалобы на головную боль, тошноту, повторную рвоту, повышение температуры тела до 39,8 °С.

Анамнез болезни: заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,5 °С, общего недомогания, затрудненного носового дыхания, снижения аппетита, появления высыпаний на коже. На вторые сутки диагностирована ветряная оспа типичная. На пятый день болезни общее состояние мальчика резко ухудшилось: появились головная боль, тошнота, повторная рвота, повышение температуры тела до 39,8 °С, судороги.

Объективно: общее состояние тяжелое, в сопоре. На коже лица, туловища, конечностей – полиморфная (пятна, папулы, пузырьки, корочки) сыпь. Язык обложен белым налетом, слизистые зева розовые. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Положительный симптом ригидности затылочных мышц и нижний симптом Брудзинского.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.

21. Мальчик 14 лет, болеет четвертые сутки. Жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 39,8 °С, мелкопузырчатые высыпания на коже лица и носа, слизистых правого глаза и боль в мимических мышцах.

Анамнез болезни: заболевание началось остро после переохлаждения и сопровождалось повышением температуры тела до 38,5 °С, общим недомоганием, зудом кожи и мышечными болями в правой половине лица, снижением аппетита. На третий день появились высыпания.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 37,8 °С. На коже лица мелкопузырчатая сыпь, преимущественно на коже лица и носа справа, слизистых правого глаза. Язык обложен белым налетом, слизистые полости рта и зева чистые, розовые. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, печень, селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отсутствуют. Физиологические отправления в норме.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте план обследования.

22. Двенадцатилетний ребенок болен четвертый день. Болезнь началась с повышения температуры до 38,5 ° С, головной боли, болей в мышцах, суставах, зуда кожи, жжения и боли по ходу межреберных нервов. Затем на коже туловища тела появились пятна розового цвета, на месте которых через сутки образовались группы пузырьков (везикул) размером до 0,5 см.

Эпиданамнез – в школьном коллективе зарегистрированы 2 случая заболевания ветряной оспой.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Изложите принципы лечения.

23. В приемном отделении больницы находится ребенок пяти лет, который заболел двое суток тому назад, когда повысилась температура до 39,2 °С, появились головная боль и везикулезная сыпь на коже волосистой части головы, туловища, конечностях. На следующий день количество элементов сыпи значительно увеличилось, сыпь появилась на слизистых оболочках ротовой полости, глаз, носа. Температура тела повысилась до 40,0 °С.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 39,9 °С. На коже головы, туловища, конечностей – везикулезная сыпь, отдельные элементы которой имеют гнойное содержимое. На слизистых оболочках полости рта, глаз, носа обилие пузырьков и афт. Конъюнктивы глаз гиперемированы с гнойным отделяемым. Язык влажный с белым налетом. Менингеальные знаки отрицательные.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите принципы лечения.

24. Вызов врача на дом. Девочка семи лет заболела двое суток тому назад, когда температура повысилась до 38,5°С, появились везикулезные высыпания, расположенные на коже головы, туловища, конечностей. Из анамнеза жизни известно, что ребенок страдает лейкозом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,8 °С. Кожа бледная с обилием везикулезной сыпи, элементы которой находятся в разной стадии своего развития. Язык влажный, на слизистых оболочках полости рта – везикулы и афты.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите тактику ведения больной.

25. Ребенок десяти лет болен опоясывающим герпесом, в связи с чем находится в инфекционном стационаре.

1. Какой срок изоляции больного?
2. Назначьте план обследования.

26. Девочка 8 лет, ученица школы-интерната, которая не болела ветряной оспой, была в контакте с отцом, больным опоясывающим герпесом.

1. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо предпринять в отношении этой девочки?

27. На прием к врачу обратился больной 12 лет, у которого 2 дня назад появились сильные боли в левой половине грудной клетки, общее недомогание, повышение температуры тела до 39,0 °С, головная боль.

Объективно: слева по ходу 5-го, 6-го межрёберных нервов на гиперемизированной коже наличие тесно сгруппированных пузырьковых высыпаний с прозрачным содержимым.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте план лечения больного.

28. Ребенку, который был в контакте с больным ветряной оспой, был введен противостолбнячный иммуноглобулин в связи с открытым переломом нижней конечности. На 17-е сутки после контакта на коже лица, туловища и конечностей появились розеолезно-папулезные высыпания с отдельными недоразвитыми, едва заметными пузырьками, температура тела была нормальной. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план лечения больного.

29. Мальчик 9 лет, болеет шестые сутки. Жалобы на головную боль, тошноту, повторную рвоту, повышение температуры тела до 39,8 °С, судороги.

Анамнез: заболевание началось остро с повышения температуры до 38,5 °С, общего недомогания, затрудненного носового дыхания, снижения аппетита, появления везикулезной сыпи. На вторые сутки участковым педиатром диагностирована типичная ветряная оспа. Со вчерашнего дня общее состояние мальчика резко ухудшилось, появилась головная боль, тошнота, повторная рвота. Ночь провел беспокойно. Утром появились судороги.

Объективно: общее состояние тяжелое, в сопоре, сознание помрачено. На коже лица, туловища, конечностей – полиморфная (пятна, папулы, пузырьки, корочки) сыпь, преимущественно с наличием корочек. Язык обложен белым налетом, слизистые зева розовые. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Положительный симптом ригидности затылочных мышц и нижний симптом Брудзинского. Физиологические отправления в норме.

Участковым педиатром диагностирована ветряная оспа типичная, тяжелая форма, осложненная менингоэнцефалитом.

1. Изложите тактику обследования больного.
2. Какой срок диспансерного наблюдения за ребенком.

30. Больной шести лет заболел остро с повышения температуры до 38,5 °С. Недомогание, боли в горле при глотании, аппетит снижен. К концу суток появилась мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи. Носо-

губный треугольник бледен, зев яркий, «пылающий», в лакунах миндалин белесовато-желтые налеты.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите принципы лечения.

31. Мальчик четырех лет заболел остро, температура тела повысилась до 38,2 °С, головная боль, боль в горле при глотании. На 2-й день появилась мелкоточечная сыпь на коже туловища, конечностей, лица (кроме носогубного треугольника). При осмотре ротоглотки обнаружена яркая гиперемия слизистых оболочек, гипертрофия миндалин 2-й степени с яркой гиперемией и гнойными налетами в лакунах. Шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

32. У мальчика семи лет участковым врачом была диагностирована скарлатина. На 10-й день после начала болезни общее состояние ребенка ухудшилось, температура тела 38,0 °С, пятнисто-папулезная сыпь по телу, зуд, увеличение периферических лимфоузлов.

1. Объясните появление отмеченных проявлений.
2. Какие дополнительные методы обследования подтверждают ваши предположения?

33. Ребенок пяти лет заболел остро: повысилась температура тела до 38,6 °С. Жалобы на боль в горле при глотании, однократную рвоту, сыпь.

Объективно: состояние средней тяжести, на щеках яркая гиперемия, губы яркие, сухие, кожа вокруг рта бледная. Мелкоточечная экзантема на гиперемизированном фоне кожи, особенно выразительная в подмышечных впадинах.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Какой препарат следует выбрать для этиотропной терапии?

34. Девочке 5 лет, болеет 2-е сутки. Температура тела 38,9 °С, вялость, снижение аппетита. На левом предплечье царапина размером до 7 см. На коже левой руки, плеча, особенно вокруг царапины, в локтевой и подмышечной ямках яркая мелкоточечная сыпь на розовом фоне кожи. Увеличенные и болезненные при пальпации локтевые и подмышечные лимфоузлы. Слизистые оболочки ротовой полости обычного цвета, влажные. Внутренние органы без особенностей. Брат больного ребенка находится на домашнем режиме по поводу ангины.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Изложите план лабораторных исследований для подтверждения диагноза.

35. Девочке 6 лет, болеет 2-е сутки. Температура тела 37,4 °С, вялость, снижение аппетита, отечность век. Мать заметила у девочки необычный цвет мочи – мясных помоев. Мочеотделения реже, чем обычно. Ребенок вял, адинамичен, кожа бледная. Катаральные проявления отсутствуют, легкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, симптом Пастернацкого положительн. Три недели тому назад девочка (по словам матери) перенесла ангину, которая сопровождалась аллергической сыпью.

1. Какое заболевание и какой этиологии перенесла девочка?
2. Связаны ли между собой эти два заболевания?

36. Девочке 6 лет, заболела остро, температура тела до 38,0 °С, боль в горле при глотании. На вторые сутки появилась сыпь на коже.

Объективно: Ребенок вялый, температура тела 38,1 °С. На коже бледно-розовая мелкоточечная сыпь со сгущением на шее, в локтевых, подмышечных и подколенных ямках. Язык обложен, в зеве тонзиллофарингит. Углоточные и переднешейные лимфоузлы величиной до 0,6–0,8 см, умеренно болезненны при пальпации.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Какой должна быть тактика врача касательно госпитализации?

37. Вызов врача на дом. Девочка восьми лет болеет двое суток. Жалобы на повышение температуры тела до 39,5 °С, недомогание, головную боль, повторную рвоту, боль в горле, сыпь.

Общее состояние тяжелое, сонливая, отвечает на вопрос однозначно, с опозданием, периодически бредит. Губы сухие, цианотичные. Мелкоточечная сыпь на гиперемизированной коже с цианотичным оттенком, позитивный симптом белого пятна. Язык густо обложен бело-серым налетом, на мягком небе энантема с геморрагиями. Миндалины гипертрофированы, на их поверхности и в лакунах белесоватые налеты. В легких везикулярное дыхание. ЧСС – 124/мин. АД – 120/85 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальные знаки отсутствуют. Физиологические испражнения в норме.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Выделите ведущий компонент патогенеза, который обусловил тяжесть заболевания.

38. Вызов на дом. Семья проживает в семейном общежитии. Мальчику 4 года, болеет вторые сутки. Температура тела до 38,7 °С, недомогание, головная боль, снижение аппетита, вялость, боль в горле.

При осмотре: щеки румяные, носогубной треугольник бледный. Мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи преимущественно на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в паховых областях. Подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах, слегка болезненны.

Язык обложен бело-серым налетом, отграниченная гиперемия мягкого неба, миндалины гипертрофированы, слизистая глотки гиперемирована с гипертрофированными фолликулами. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические испражнения в норме.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.

2. Определите тактику врача.

39. У ребенка шести лет мелкоточечная яркая сыпь, максимально выражена вокруг поврежденной ожогом кожи. Ожог 1–2-й степени с локализацией на латеральной поверхности правого бедра случился три дня тому назад.

Вчера температура тела повысилась до 38,7 °С, лихорадка, головная боль, зуд вокруг раны, появилась мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи на правом бедре, сгущение сыпи в правой подколенной ямке и в паху справа. Подколенные и паховые лимфоузлы с правой стороны увеличены, болезненны. Слизистые оболочки ротовой полости обычного цвета. У старшего ребенка субкомпенсированная форма хронического тонзиллита.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Изложите план лабораторных исследований

40. Девочке 8 лет, болеет неделю. Жалобы на боль в горле при глотании. На второй день болезни появилась сыпь на коже, которая бесследно исчезла через 2–3 дня. Мать не обращалась за медицинской помощью, лечила ребенка симптоматическими средствами и антибиотиками до нормализации температуры в течение 3 дней.

Самочувствие девочки было удовлетворительным, сыпь мать связала с аллергией. На 7–8 й день болезни на коже лица, шеи, туловища появилось отрубевидное шелушение, на ладонях и подошвах – крупнопластинчатое. В уголках рта заеды, слизистые оболочки полости рта окрашены обычно, язык чистый с отечными сосочками.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.

2. Изложите план исследований для подтверждения диагноза.

41. Мальчику 4 года. Заболел остро, два дня тому назад, когда температура тела повысилась до 39,5 °С. Появилась головная боль, вялость, боль в горле при глотании, была повторная рвота, ночью бредил. На вторые сутки появилась сыпь на коже, температура тела 39,0 °С.

Старший ребенок 11 лет болеет ангиной. При осмотре: мальчик вялый, сонлив, бредит, температура тела 39,7 °С. В зеве отграниченная гиперемия с цианотичным оттенком, миндалины гипертрофированы с гнойными налетами. Регионарные лимфоузлы увеличены до 2,5 см, болезненны. На сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища, внизу живота – яркая мелкоточечная сыпь. Носогубной треуголь-

ник спастически бледный, свободен от сыпи. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Менингеальные знаки отсутствуют.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Определите принципы лечения больного.

42. Подростку 13 лет болеет в течение 4 дней. Заболел остро, температура тела 39,8 °С, боль в суставах, мышцах, в поясничной области, сыпь. В течение последних 2 дней беспокоят боли в животе, испражнения жидкие с примесью слизи.

Объективно: общее состояние средней тяжести, вялый, аппетит снижен. Мелкоточечная, не обильная сыпь на туловище и пятнисто-папулезная вокруг коленных суставов. Движения в коленных суставах ограничены. Правый коленный сустав в объеме больше левого на 2 см. Язык суховат, обложен белым налетом. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации в правой подвздошной области, печень, селезенка не увеличены.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Определите принципы лечения больного.

43. В рацион семилетнего ребенка в течение длительного времени мать включала сырую морковь, свеклу и капусту. Когда у девочки на фоне лихорадки появились катаральные явления, недомогание, боли в мышцах, снижение аппетита, желтуха, мать обратилась за медицинской помощью. Участковым врачом диагностирована ОРВИ, а желтуха была расценена, как каротиновая. На фоне симптоматической терапии позитивной динамики не было, появились обесцвеченные испражнения, темная моча, повысилась температура тела до 38,7 °С, усилились симптомы интоксикации и боли в животе.

1. Поставьте диагноз, согласно классификации.
2. Изложите план лабораторных исследований.

44. Ребенку 10 лет, заболел остро. Жалобы на повышение температуры тела до 39,3 °С, лихорадку, головную боль, боль в мышцах, нарушение сна, боль во время глотания, иногда головокружение, тошнота, рвота, боль в животе.

Объективно: общее состояние тяжелое, сонливость, незначительные катаральные проявления, язык сосочковый, на коже мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне преимущественно на боковых поверхностях туловища, внутренних поверхностях бедра и голени, внизу живота, в кожных складках. Лицо одутловато, гиперемизировано, кисти и стопы розово-синюшные, отечные. Тоны сердца приглушены с наличием экстрасистол. Живот запавший, мягкий. Печень плотная, увеличена. Менингеальные знаки отрицательные, испражнения и мочеотделение в норме.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований.

45. Мальчику 9 лет, болеет третий день. Температура тела до 38,7°C, лихорадка, тошнота, рвота, боль в животе, жидкие испражнения до 4 раз в сутки.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, вялый, отказывается от еды. Отмечается гиперемия конъюнктив и инъекция сосудов склер. Язык обложен серовато-белым налетом. На коже туловища – мелкоточечная сыпь, вокруг локтевых и особенно коленных суставов – пятнисто-папулезная, которая сопровождается зудом. Движения в суставах не ограничены. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, урчание и болезненность по ходу кишечника. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, чувствительная на ощупь, селезенка не увеличена. Кал и моча обычного цвета.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план противоэпидемических мероприятий в очаге.

46. В семье трое детей, несколько дней подряд употребляли салат из сырой капусты и ели сырую морковь. У всех детей и одного взрослого появилась умеренная дисфункция ЖКТ, тошнота, боль в животе, преимущественно в правой подвздошной области, повысилась температура тела. У мальчика восьми лет отмечалась боль в суставах, у старшего (10-летнего) – желтушное окрашивание кожи и склер.

1. Какую болезнь следует подозревать?
2. Если это общий фактор и возбудитель, то как объяснить разнообразие клинических проявлений болезни?

47. Девочке 9 лет, болеет в течение недели. Температура тела 38,2–39,8 °C, головная боль, снижение аппетита, тошнота, периодически рвота, желтушное окрашивание кожи и склер, ощущения боли и тяжести в животе. Испражнения 2–3 раза в день, жидкие, с примесью слизи. В анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, ускоренное СОЭ.

Объективно: общее состояние средней тяжести, вялая, аппетит снижен. Кожа и склеры желтоватого цвета. Живот мягкий, урчание по ходу кишечника. Печень на 2 см ниже края реберной дуги по среднеключичной линии, плотная, болезненная на ощупь. Кал обесцвечен, моча темная.

1. Сформулируйте диагноз с учетом тяжести заболевания.
2. Изложите план лабораторных исследований

Эталоны ответов к ситуационным задачам

1

1. Корь типичная, средней тяжести, период высыпания.
2. Постельный режим в течение периода лихорадки, гигиенические мероприятия относительно ротовой полости и глаз. Сосудосуживающие капли в нос, муколитические препараты, витамины.

2

1. Корь типичная, тяжелая форма, период пигментации, осложненная менингитом.

2. Общеклинические методы (анализ крови и мочи, соскоб на энтеробиоз).

Анализ ликвора с клиническим, биохимическим и бактериологическим его исследованием

Вирусологические исследования крови и ликвора, выявление РНК вирусов в ПЦР.

Бактериологические посевы крови, слизи из носоглотки.

Серологические методы РНГА, РСК, РН, для определения специфических антител и роста их титра в динамике в 4 раза и более, ИФА для определения антител против кори класса IgM, нарастание титра низкоактивных IgG .

3

Возможно, ребенок не заболеет вообще, а если заболеет, то следует ожидать метигированную корь.

4

1. Корь типичная, средней тяжести, период высыпания.

2. Общеклинический анализ крови (лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия, тромбоцитопения).

Цитоскопия мазков-отпечатков из ротоглотки и выявление типичных для кори многоядерных гигантских клеток.

Серологические методы (РТГА, РПГА) – рост титра антител в четыре раза и более, выявление антител к вирусу кори, парагриппа, аденовируса, а также в ИФА антител против кори класса IgM, нарастание титра низкоактивных IgG.

5

1. Корь, средней тяжести, период продрома, осложненная развитием крупа.

2. Общеклинический анализ крови (лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия, тромбоцитопения.)

Цитоскопия мазков-отпечатков из ротоглотки и выявление типичных для кори многоядерных гигантских клеток.

Серологические методы (РТГА, РПГА, ИФА) – рост титра антител к вирусу кори, парагриппа, аденовируса в четыре раза и более. Выявление антител к вирусу кори класса IgM, а также нарастание титра низкоактивных IgG.

6

1. Корь типичная, легкая форма, период высыпания.

2. Постельный режим в течение периода лихорадки, гигиенические мероприятия относительно ротовой полости и глаз. Сосудосуживающие капли в нос, муколитические препараты, витамины.

7

1. Корь, средней тяжести, период продрома.
2. Постельный режим в течение периода лихорадки, гигиенические мероприятия относительно ротовой полости и глаз. Сосудосуживающие капли в нос, муколитические препараты, витамины.

8

1. Внутримышечно ввести 3 мл нормального человеческого иммуноглобулина.

9

1. Корь типичная, тяжелая форма, период высыпания, осложненная obstructивным трахеобронхитом.

2. Общеклинический анализ крови, мочи, соскоб на энтеробиоз.

Бактериологическое исследование слизи из носоглотки и мокроты.

Цитоскопия мазков-отпечатков из ротоглотки на выявление типичных для кори многоядерных гигантских клеток.

Серологические методы (РТГА, РПГА, ИФА) – рост титра антител в четыре раза и более, выявление антител к вирусу кори класса IgM, нарастание титра низкоактивных IgG.

Рентгенограмма органов грудной клетки.

10

1. Корь типичная, средней тяжести, период пигментации.
2. Режим домашний, гигиенические мероприятия относительно ротовой полости и глаз. Сосудосуживающие капли в нос, муколитические препараты, витамины.

11

1. Краснуха типичная, легкая форма, период высыпания.
2. Постельный режим в течение периода лихорадки, гигиенические мероприятия относительно ротовой полости и кожи. Витамины.

12

1. Краснуха типичная, тяжелая форма, осложненная менингитом.

2. Общеклинические методы (анализ крови и мочи, соскоб на энтеробиоз).

Анализ ликвора с клиническим, биохимическим и бактериологическим его исследованием.

Вирусологические исследования крови и ликвора, выявления РНК вирусов в ПЦР.

Бактериологические посевы крови, слизи из носоглотки.

Серологические методы РНГА, РСК, РН, ИФА, для определения специфических антител и роста их титра в динамике в 4 раза и более.

13

1. Краснуха типичная, средней тяжести, период высыпания.
2. Постельный режим в течение периода лихорадки, гигиенические мероприятия относительно ротовой полости и кожи. Жаропонижающие, обезболивающие средства и витамины.

14

1. Краснуха типичная, средней тяжести, период высыпания.
2. Общеклинический анализ крови, мочи.
Серологические методы (РТГА, РПГА) – рост титра антител в четыре раза и более, выявление антител к вирусу краснухи класса IgM, нарастание титра низкоактивных IgG.

15

У беременных при наличии контакта с больным краснухой проводят серологическое исследование. Рост титра краснушных антител в 4 раза и более с интервалом в 2 нед (РН, РСК, РТГА, РИФ), выявление антител класса IgM и низкоактивных класса IgG является подтверждением диагноза краснухи. Даже при отсутствии клинических проявлений это является абсолютным показанием к аборт, ведь существует большая угроза рождения ребенка с признаками врожденной краснухи.

16

1. Врожденная краснуха (расширенный синдром)
2. Иммуноферментный анализ крови: определение специфических антител класса Ig M.

Полимеразная цепная реакция для определения РНК вируса краснухи (кровь, спинномозговая жидкость, слюна, моча, кал).

Серологический метод (РПГА): стойкий позитивный результат.

17

1. Для детей, которые были в контакте с больным, изоляция не нужна, но на группу детского заведения, которую посещал больной, налагается карантин на 21 день.
2. Больной ребенок подлежит изоляции сроком на 5 дней со времени появления сыпи. При отсутствии осложнений ребенок допускается в детское учреждение.

18

1. Ветряная оспа, типичная, средней тяжести, период высыпаний.
2. Изоляция до 5-го дня с момента последнего высыпания. Режим домашний, постельный, с соблюдением санитарно-гигиенического режима (ежедневная смена одежды и белья). Обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого, полоскание рта антисептиками. Жаропонижающее и десенсибилизирующие средства.

19

1. Ветряная оспа, типичная, легкая форма, период высыпаний.
2. Изоляция до 5-го дня с момента последнего высыпания. Режим домашний, постельный, с соблюдением санитарно-гигиенического режима (ежедневная смена одежды и белья). Обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого, полоскание рта антисептиками. Жаропонижающее и десенсибилизирующие средства.

20

1. Ветряная оспа, типичная, тяжелая форма, осложненная менингоэнцефалитом.
2. Общий анализ крови, мочи. Исследование ликвора (бактериологическое, цитоз, биохимические показатели). Определение антител классов иммуноглобулинов М и G к вирусу герпеса III типа в сыворотке крови и ликворе методом ИФА. Исследование вирусной ДНК в ликворе, крови и содержимого везикул методом ПЦР (полимеразной цепной реакции). МРТ головного мозга. Электроэнцефалограмма и ультраволновое исследование головного мозга.

21

1. Опоясывающий герпес типичный, черепно-мозговая форма, средней тяжести, период высыпаний.
2. Общий анализ крови, мочи. Определение антител классов иммуноглобулинов М и G к вирусу опоясывающего герпеса в сыворотке крови методом ИФА. Исследование вирусной ДНК в крови методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

22

1. Опоясывающий герпес, типичный, спинальная форма средней тяжести, период высыпаний.
2. Изоляция до 5-го дня с момента последнего высыпания, постельный режим, соблюдение санитарно-гигиенического режима, обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого, жаропонижающие, десенсибилизирующие и обезболивающие средства.

23

1. Ветряная оспа, типичная, средней тяжести, осложненная везикулопустулезом и гнойным конъюнктивитом.
2. Изоляция до 5-го дня с момента последнего высыпания. Режим домашний, постельный, с соблюдением гигиены (ежедневная смена одежды и белья). Обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого, полоскание рта антисептиками. Антибиотики для парентерального введения. Жаропонижающие и десенсибилизирующие средства, бактерицидные глазные капли.

24

1. Ветряная оспа, типичная, средней тяжести, период высыпаний.
2. Госпитализация в инфекционный стационар. Изоляция в мельцеровский бокс до 5 сут с момента последнего высыпания. Назначение противовирусной терапии (ацикловир). Обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого, полоскание рта антисептиками. Жаропонижающее и десенсибилизирующие средства.

25

1. Изоляция сроком до 5 сут после последнего высыпания.
2. Общий анализ крови, мочи. Определение антител классов иммуноглобулинов М и G к вирусу опоясывающего герпеса в сыворотке крови методом ИФА. Исследование вирусной ДНК в крови методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

26

1. Изоляция с 9-го до 21-го дня контакта в условиях инфекционной больницы или дома.

27

1. Опоясывающий герпес, типичный, спинальная форма, средней тяжести, период высыпаний.
2. Режим домашний постельный с соблюдением гигиенического режима (ежедневная смена одежды и белья). Изоляция до 5-го дня с момента последнего высыпания. Обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого. Жаропонижающие, десенсибилизирующие и обезболивающие средства.

28

1. Ветряная оспа, атипичная (рудиментарная форма), период высыпаний.
2. Режим домашний, постельный, с соблюдением гигиенических норм (ежедневная смена одежды и белья). Изоляция до 5-го дня с момента последнего высыпания. Обработка везикул однопроцентным раствором бриллиантового зеленого.

29

1. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Изучение ликвора (плеоцитоз, белок, сахар, бактериологическое обследование). Выделение антител классов иммуноглобулинов М и G к вирусу Variocella–Zoster в сыворотке и ликворе (ИФА). Изучение методом ПЦР в крови и ликворе ДНК-вируса. МРТ, ЭЭГ, УЗИ головного мозга.
2. Два года.

30

1. Скарлатина типичная, легкая форма, период высыпания.
2. Постельный режим в течение острого периода. Диета: стол № 5 по Певзнеру.

Антибиотики: пенициллин или макролиды в течение 10 сут перорально.

Обильное питье, антигистаминные, жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен) и препараты, укрепляющие стенку сосудов (аскорутин, галаскорбин)

Средства местной санации: полоскание зева антисептическими растворами.

31

1. Скарлатина типичная, средней тяжести, период высыпания.
 2. Клинический анализ крови, мочи.
- Бактериологическое исследование слизи из ротоглотки (выделение бета-гемолитического стрептококка группы А).

Серологический метод: нарастание титра антистрептолизина О в динамике.

32

1. Скарлатина типичная, средней тяжести с аллергическим компонентом.
 2. Клинический анализ крови.
- Бактериологическое исследование слизи из ротоглотки (выделение бета-гемолитического стрептококка группы А).

33

1. Скарлатина типичная, средней тяжести, период высыпания.
2. Этиотропная терапия (антибиотики: пенициллин или макролиды в течение 10–14 дней).

34

1. Скарлатина атипичная, экстрабуккальная, средней тяжести.
2. Бактериологическое исследование отделяемого из раны на бета-гемолитический стрептококк группы А.

Серологический метод: нарастание титра антистрептолизина О в динамике.

35

1. Вероятнее всего девочка перенесла стрептококковую инфекцию, скарлатину.
2. Клинические проявления и сроки их появления указывают на осложнение перенесенной скарлатины – гломерулонефрит.

36

1. Скарлатина типичная, легкая форма, период высыпания.
2. Лечение на дому по протоколу, подать экстренное извещение в районную СЭС.

37

1. Скарлатина типичная, тяжелая токсическая форма, период высыпания.
2. Тяжесть обусловлена токсическим компонентом.

38

1. Скарлатина типичная, средней тяжести, период высыпания.
2. Ребенок подлежит госпитализации по эпидемическим показаниям.

39

1. Скарлатина атипичная, экстрафарингеальная (ожоговая) форма, средней тяжести.
2. Бактериологическое исследование из ожоговой поверхности на бета-гемолитический стрептококк группы А.
Серологический метод: нарастание титра антистрептолизина О в динамике.

40

1. Скарлатина типичная, легкая форма, период шелушения.
2. Бактериологическое исследование слизи из зева на бета-гемолитический стрептококк группы А.
Серологический метод: нарастание титра антистрептолизина О в динамике.

41

1. Скарлатина типичная, тяжелая токсико-септическая форма, период высыпания.
2. Этиотропная терапия (антибиотики: пенициллин или макролиды), 10–14 дней, парентерально.
Дезинтоксикационная терапия глюкозосолевыми растворами в/в, per os.
Антигистаминные, сосудистые препараты, симптоматические.
Средства местной санации: полоскание зева антисептическими растворами, тубус-кварц.

42

1. Псевдотуберкулез типичный, артралгическая, среднетяжелая форма.
2. Больной подлежит госпитализации.
Этиотропная терапия проводится антибиотиками (хлорамфиникол или цефалоспорины 3–4-й регенерации).
Внутривенное введение глюкозосолевых растворов.
Антигистаминные, нестероидные противовоспалительные и симптоматические препараты.

43

1. Псевдотуберкулез типичный, желтушная, среднетяжелая форма.
2. Общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево, эозинофилия, ускоренное СОЭ).

Бактериологическое исследование фекалий, мочи, крови.

Серологические методы: РА, РНГА на иерсинии (на 3–4-й неделе и в динамике болезни). Диагностическим является титр 1 : 200 и выше. ИФА – определение специфических антител класса IgM.

44

1. Псевдотуберкулез типичный, скарлатиноподобная, тяжелая форма.
2. Общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево, эозинофилия, ускоренное СОЭ).

Бактериологическое исследование фекалий, мочи, крови.

Серологические методы: РА, РНГА на иерсинии (на 3–4-й неделе и в динамике болезни). Диагностическим является титр 1 : 200 и выше. ИФА – определение антител класса IgM.

45

1. Псевдотуберкулез типичный, скарлатиноподобная, среднетяжелая форма.

2. Бактериологическое обследование фекалий у контактных.

Запрещается употребление в пищу сырых овощей без термической обработки.

46

1. Псевдотуберкулез.
2. В классификации псевдотуберкулеза различают несколько клинических форм, среди которых – абдоминальная, артралгическая, желтушная.

47

1. Псевдотуберкулез типичный, желтушная форма.
2. Общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево, эозинофилия, ускоренное СОЭ).

Биохимические пробы печени.

Маркеры вирусных гепатитов

Бактериологическое исследование фекалий, мочи, крови.

Серологические методы: РА, РНГА на иерсинии (на 3–4-й неделе и в динамике болезни). Диагностическим является титр 1 : 200 и выше. ИФА – определение антител класса IgM.

Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Дитячі хвороби / за ред. В. М. Сідельникова, В. В. Бережного. – Київ : Здоров'я, 1999. – 734 с.
2. Інфекційні хвороби у дітей / під ред. С. О. Крамарєва. – Київ : Моріон, 2003. – 480 с.
3. Майданник В. Г. Педиатрия : учебник / В. Г. Майданник. – 2-е издание, испр. и доп. – Харьков : Фолио, 2002. – 1125 с.
4. Інфекційні хвороби у дітей / А. М. Михайлова, Л. О. Трішкова, С. О. Крамарєв, О. М. Кочеткова. – Київ : Здоров'я, 2000. – 418 с.
6. Nelson textbook of Pediatrics / by Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson and Bonita F. Stanton. – 18th ed. – SAUNDERS, 2007.

Дополнительная

1. Запорожан В. Н. ВИЧ-инфекция и СПИД / В. Н. Запорожан, Н. Л. Аряев. – Киев : Здоровья, 1994. – 623 с.
2. Майданник В. Г. Справочник современных лекарственных средств / В. Г. Майданник, И. В. Майданник. – Москва : АСТ; Харьков : Фолио, 2005. – 1024 с.
3. Неотложные состояния в педиатрии / под ред. В. М. Сидельникова. – Киев : Здоровье, 1994. – 601с.
4. Учайкин В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В. Ф. Учайкин. – Москва : ГЭОТАР Медицина, 2002. – 809 с.
5. Богадельников И. В. Дифференциальный диагноз важнейших инфекционных заболеваний у детей / И. В. Богадельников. – Симферополь, 1999. – 528 с.
6. Богадельников И. В. Справочник по инфекционным болезням у детей (для участковых педиатров, врачей санаторно-оздоровительных учреждений, семейных и школьных врачей и бригад скорой медицинской помощи) / И. В. Богадельников. – Симферополь : Таврия, 2001. – 414 с.
7. Principles and practice of pediatric infections diseases / ed. by Sarah S. Long, Larry K. Pickering, Charles G. Prober. – 2nd ed. – Churchill Livingstone, 1997. – 1821 p.

Інформаційні ресурси

1. Синдром эксикоза у дітей: причини, клініка, лічення : електронний посібник / О. М. Ольховська. – № 33864, зареєстровано 24.06.2010 в Державному департаменті інтелектуальної власності Міністерства освіти і науки України.
2. <http://www.torrentino.com/torrents/598791>

3. <http://www.booksmed.com/infekcionnye-bolezni/2435-detskie-infekcionnye-bolezni-kuzmenko-uchebnik.html>
4. http://www.e-reading.me/bookreader.php/99110/Muradova_-_Detskie_infekcionnye_zabolevaniya._Konspekt_lekciii.html
5. <http://meduniver.com/Medical/Book/9.html>
6. <http://www.booksmed.com/pediatrica/2474-neotlozhnye-sostoyaniya-u-detey-petrushina.html>

Учебное издание

ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ

***Методические рекомендации
для преподавателей по подготовке к проведению
практического занятия со студентами V курса***

Составители Кузнецов Сергей Владимирович
 Татаркина Алла Николаевна
 Копейченко Татьяна Сергеевна
 Ольховская Ольга Николаевна
 Жаркова Татьяна Сергеевна
 Кучеренко Елена Олеговна
 Гришина Ирина Ярославовна

Ответственный за выпуск

С. В. Кузнецов



Редактор М. В. Тарасенко
Корректор Е. Ю. Лавриненко
Компьютерная верстка Е. Ю. Лавриненко

Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 3,0. Зак. № 16-33300.

**Редакционно-издательский отдел
ХНМУ, пр. Науки, 4, г. Харьков, 61022
izdatknmu@mail.ua**

Свидетельство о внесении субъекта издательского дела в Государственный реестр издателей, изготовителей и распространителей издательской продукции серии ДК № 3242 от 18.07.2008 г.

ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Методические рекомендации
для преподавателей
по подготовке к проведению
практического занятия
со студентами V курса*