

100 вопросов и ответов по инфекционным болезням у детей для подготовки к ГИА по специальности «Педиатрия»

Учебно-методическое пособие

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Уральский государственный медицинский университет

**100 ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГИА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»**

Учебно-методическое пособие

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора А. У. Сабитова

Рекомендовано ЦМС УГМУ для студентов вуза, обучающихся
по направлению подготовки 31.05.02 – Педиатрия

Екатеринбург
УГМУ
2024

УДК 616.9-053.2(075)

ББК 57.335.14я73

С81

Авторы: А. У. Сабитов, А. А. Шарова, Ю. Б. Хаманова, А. И. Ольховиков, Е. И. Краснова, П. Л. Кузнецов, О. А. Чеснакова, Д. А. Солдатов, Д. В. Данилушкин, К. Р. Муллағалиева

Рецензенты:

В. А. Анохин — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России;

А. К. Катарбаев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней НАО «КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова»

100 вопросов и ответов по инфекционным болезням у детей для подготовки к ГИА по специальности «Педиатрия» : учебно-методическое пособие / А. У. Сабитов, А. А. Шарова, Ю. Б. Хаманова [и др.] ; [под общ. ред. А. У. Сабитова] ; М-во здравоохранения РФ, Урал. гос. мед. ун-т. — Екатеринбург : УГМУ, 2024. — 120 с. — ISBN 978-5-00168-059-8. — Текст : непосредственный.

Учебно-методическое пособие предназначено для самостоятельной работы обучающихся по специальности 31.05.02 — Педиатрия. Представлено в форме «вопрос — ответ». Авторы учебного издания при формулировке вопросов и ответов на них опирались на действующие правовые документы: клинические рекомендации МЗ РФ, стандарты и протоколы лечения, санитарно-эпидемиологические правила.

Библиогр.: 56 назв. Табл. 3. Прил. 1.

УДК 616.9-053.2(075)

ББК 57.335.14я73

Учебное издание

Сабитов Алебай Усманович, **Шарова** Анна Алексеевна, **Хаманова** Юлия Борисовна и др.

100 вопросов и ответов по инфекционным болезням у детей для подготовки к ГИА по специальности «Педиатрия»

Подписано в печать 18.03.2024. Формат 60×84 1/16. Усл. печ. л. 6,97. Уч.-изд. л. 5,12. Гарнитура Newton. Тираж 50 экз.

Уральский государственный медицинский университет,
Редакционно-издательский отдел УГМУ,
620028, Екатеринбург, Репина, 3,
тел.: +7(343)214-85-65, e-mail: rio@usma.ru

Отпечатано в ООО «Издательство УМЦ УПИ»,
620049, Екатеринбург, ул. Гагарина, 35а, оф. 2,
тел.: +7(343)362-91-17, e-mail: 3629116@mail.ru

Оглавление

Введение	4
Список сокращений.....	5
Инфекции периода новорожденности.....	6
Нейроинфекции.....	11
Острые кишечные инфекции	18
Инфекции респираторного тракта.....	30
Вирусные гепатиты	45
Инфекционные экзантемы.....	50
Герпетические инфекции (ВПГ, ЭБВ, ВГЗ, ЦМВ, ВГ-6, ВГ-7)	56
Вакцинопрофилактика	68
ВИЧ-инфекция	72
Паразитные инвазии.....	77
Заключение.....	82
Приложение. Выдержки из санитарно-эпидемиологичес- ких правил СанПин 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиоло- гические требования по профилактике инфекционных бо- лезней» от 2021 г.....	83
Список использованной литературы	113
Авторы	120

Введение

Инфекционные болезни детей — актуальная проблема педиатрии. Это связано с высоким уровнем заболеваемости (с учетом острых респираторных вирусных инфекций) и их вкладом в показатели младенческой и детской смертности. Диагностика инфекционных заболеваний у детей, их лечение, организация противоэпидемических мероприятий в очаге, вакцинопрофилактика являются существенным разделом работы участкового врача-педиатра. Клиническая практика зачастую выходит за пределы учебников. Поэтому было создано это учебное пособие для студентов педиатрического факультета в дополнение к существующим учебникам по детским инфекционным болезням. Учебное пособие предназначено для самостоятельного изучения, составлено по разделам заболеваний в форме «вопрос-ответ». Цели пособия: углубление знаний по наиболее часто встречающимся заболеваниям, помощь в подготовке к итоговой государственной аттестации, первичной аккредитации и последующей профессиональной деятельности. При составлении данного учебного пособия были учтены действующие клинические рекомендации, санитарные нормы и правила.

Список сокращений

- АлАТ — аланиновая аминотрансфераза.
БГСА — бета гемолитический стрептококк группы А.
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека.
ВПГ — вирус простого герпеса.
ВГ-3 — вирус герпеса 3 типа.
ВГ-6 — вирус герпеса 6 типа.
ВГ-7 — вирус герпеса 7 типа.
ВЗВ — варицелла-зостер вирус.
ВЧГ — внутрочерепная гипертензия.
ГКС — глюкокортикостероиды.
ГФМИ — генерализованные формы менингококковой инфекции.
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.
ИФА — иммуноферментный анализ.
ИБ — иммунный блоттинг.
КОЕ — колониеобразующая единица.
КИНЭ — кишечные инфекции неустановленной этиологии.
ОКИ — острые кишечные инфекции.
ПКТ — прокальцитонин.
ПЦР — полимеразная цепная реакция.
ПТИ — протромбиновый индекс.
СРБ — С-реактивный белок.
ЦМВ — цитомегаловирус
ЦНС — центральная нервная система.
ШКГ — шкала комы Глазко.
ЭБВ — Эпштейн—Барра вирус.
ЭЭГ — электроэнцефалография.
CDS — Clinical Dehydration Scale.

Инфекции периода новорожденности

1. Назовите наиболее вероятную этиологию сепсиса у новорожденных.

Ответ

Стрептококки группы В.

2. Назовите возбудители лихорадки у ребенка первого месяца жизни.

Ответ

Стрептококки группы В, грамотрицательные микроорганизмы: E.coli (кишечная палочка), энтерококки, Listeria monocytogenes (листерия). Реже причиной лихорадки являются Str.pneumoniae (пневмококк), Haemophilus influenza (гемофильная палочка), Staph.aureus (золотистый стафилококк), грамотрицательные условно-патогенные бактерии, энтеровирусы.

3. Что означает аббревиатура TORCH?

Ответ

Аббревиатура обозначает комплекс возбудителей, способных вызывать внутриутробное инфицирование плода: Т — возбудитель токсоплазмоза (toxoplasma gondii), R — возбудитель краснухи (rubella virus), С — цитомегаловирус (cytomegalovirus), Н — вирус простого герпеса (herpes simplex virus).

4. Можно ли детям первого месяца жизни амбулаторно назначить антибиотики, принимаемые внутрь?

Ответ

Можно.

Комментарий

Амбулаторно можно назначить антибиотики, принимаемые внутрь, детям 1-го мес. жизни с повышенной температурой тела, у которых невысокий риск развития бактериальной инфекции. Для этого течение беременности должно быть неосложненным, срок гестации — более 38 недель, в периферической крови — нормальное количество лейкоцитов. Должны отсутствовать гипербилирубинемия в анамнезе, местные проявления бактериальной инфекции при осмотре и лейкоцитурия.

5. Какие инфекции передаются с грудным молоком?

Ответ

Через грудное молоко передаются вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция.

Комментарий

ВИЧ-инфекция — противопоказание для грудного вскармливания. ЦМВ-инфекция не является противопоказанием для грудного вскармливания, т. к. у доношенных детей постнатальное заражение не приводит к клинически выраженной инфекции.

6. Что такое неонатальный конъюнктивит?

Ответ

Неонатальный конъюнктивит — воспаление конъюнктивы на 1-м мес. жизни.

Комментарий

Типичные симптомы неонатального конъюнктивита: отек век, гиперемия конъюнктивы, выделения из глаз. Инфекционными агентами могут быть хламидия, гонококк, золотистый стафилококк, гемофильная палочка; энтерококки, энтеровирусы, герпесвирусы, аденовирусы. В анамнезе

у матери могут наблюдаться генитальные инфекции или инфекции, передающиеся половым путем.

Необходимое обследование младенца: взять мазок и провести окраску по Граму, посев, иммуноферментный анализ (ИФА) на хламидии, вирус простого герпеса (ВПГ).

7. Можно ли по клинике провести дифференциальную диагностику хламидийного и гонококкового конъюнктивитов у новорожденных?

Ответ

Можно по времени и характеру клинических проявлений

Комментарий

Для этого можно использовать дифференциально-диагностическую таблицу.

Признаки	Хламидийный	Гонококковый
Время появления	Первые 3 недели	1-2 сутки после рождения
Основные проявления	Вначале серозные, затем слизисто-гнойные выделения. Одностороннее или двустороннее поражение	Внезапное появление гнойных выделений, отек век
Течение и вероятные осложнения	Доброкачественное. Редко рубцы конъюнктивы. Может сопровождаться воспалением респираторного тракта	Возможно изъязвление, прободение роговицы. Септицемия, менингит, артрит
Лечение	Антибиотики макролиды внутрь	Цефалоспорины III поколения парентерально

8. Какие антибиотики показаны для лечения менингита у новорожденных?

Ответ

«Ампициллин» и «Цефотаксим». «Ампициллин» обладает активностью в отношении листерий.

9. У двухнедельного младенца появились лихорадка и судороги. Какое лечение нужно начать немедленно?

Ответ

Лечение нужно начать с эмпирической антибактериальной («Ампициллин» и «Цефотаксим») и противогерпетической терапий («Ацикловир» — внутривенно), т. к. это может быть дебютом герпетического энцефалита, вызванного вирусом простого герпеса, или бактериального менингита.

10. Опасна ли ветряная оспа для беременных?

Ответ

Существует реальная угроза для плода, степень которой зависит от срока беременности.

Комментарий

При заболевании ветряной оспой до 29-й недели беременности есть небольшой риск (5%) формирования пороков развития. Заболевание женщины за неделю до родов или в первые 2 сут. после чревато высоким риском развития тяжелой формы ветряной оспы у новорожденного.

11. Является ли вариантом нормы затянувшаяся (продолжительная) желтуха новорожденного?

Ответ

В отличие от транзиторной желтухи новорожденных (7–10 дней у доношенных, 10–14 дней у недоношенных) продолжительная желтуха является патологической.

Комментарий

Желтуха с непрямой гипербилирубинемией проявляется при инфекционных энтероколитах, кишечной непроходимости, пилоростенозе, наследственных и приобретенных гемолитических анемиях и аномалиях обмена веществ (гипотиреозе, галактоземии, фруктоземии).

Желтуха с прямой гипербилирубинемией характерна для гепатитов вирусной, бактериальной, паразитарной, грибковой или токсической этиологии, наследственных аномалий обмена веществ (галактоземия, гликогеновая болезнь, кистозный фиброз, синдромы Дубина — Джонса, Ротора,

Байлера и др.). Данный вид желтухи с разной степенью обесцвечивания стула характерен для полных и частичных, внутрипеченочных и внепеченочных атрезий желчных путей.

12. Чем опасны энтеровирусы для новорожденных?

Ответ

Энтеровирусы у новорожденных способны вызывать энцефаломиокардит и неонатальный сепсисоподобный синдром.

Комментарий

В 2023 г. во многих странах Европы зафиксированы случаи тяжелого неонатального сепсиса, вызванного эховирусом 11-го серотипа. Во Франции показатель летальности составил 1,6%. Источником инфекции могли быть матери, т. к. у прошедших тестирование рожениц в течение 3 дней до родов или во время родовой деятельности наблюдались симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в виде диареи или лихорадка.

Нейроинфекции

1. Существует ли взаимосвязь между возрастом и этиологией бактериальных менингитов?

Ответ

Да, существует. Среди детей первых 3-х мес. жизни, включая период новорожденности, наиболее частыми возбудителями менингитов являются стрептококки группы В, листерии, кишечная палочка и другие грамотрицательные кишечные бактерии. После трехмесячного возраста — гемофильная палочка, пневмококки, менингококки.

2. Назовите особенность начала генерализованных форм менингококковой инфекции (ГФМИ).

Ответ

Для ГФМИ характерен резкий подъем температуры до высоких цифр (38,5–40,0 °С и выше).

Комментарий

Может быть двугорбый характер температурной кривой: в 1-й подъем отмечается кратковременный эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, при 2-м подъеме температуры (через 2–6 час.) прием жаропонижающих средств часто не дает результатов.

3. Всегда ли менингококцемия начинается с появления геморрагической сыпи?

Ответ

Нет, не всегда.

Комментарий

Появлению геморрагических элементов предшествует розеолезная или розеолезно-папулезная сыпь (т. н. rash-сыпь). Ее элементы могут располагаться на различных участках тела и часто расцениваются как аллергические проявления.

4. Назовите антибактериальные препараты, рекомендованные в для стартовой терапии ГФМИ.

Ответ

Цефтриаксон или цефотаксим.

5. Назовите прямое показание для назначения глюкокортикоидов при ГФМИ.

Ответ

Развитие септического шока.

Комментарий

При развитии шока, резистентного к адренергическим и дофаминергическим средствам, и при развитии острой надпочечниковой недостаточности применяется гидрокортизон: детям младше 6 лет — 1–2 (мг/кг·сут). внутривенно, болюсно или в виде постоянной инфузии.

6. Существуют ли клинические особенности пневмококкового менингита в сравнении с менингококковым?

Ответ

Да, существуют.

Комментарий

При пневмококковом менингите чаще развиваются тяжелые формы болезни с поражением оболочек и вещества головного мозга, т. е. по типу менингоэнцефалита. Клинически это проявляется выраженными общемозговыми (угнетением сознания, генерализованными судорогами) и очаговыми симптомами.

7. Какие осложнения могут возникнуть при бактериальных менингитах?

Ответ

Осложнениями бактериальных менингитов являются субдуральный выпот, венитрикулит, синдром неадекватной продукции антитиуретического гормона, отек головного мозга, инфаркт мозга.

8. Есть ли при менингите показания для компьютерной томографии или магнитно-резонансной терапии головного мозга?

Ответ

Да, есть.

Комментарий

Показаниями для компьютерной томографии или магнитно-резонансной терапии головного мозга у больных менингитом являются:

- 1) судороги любого типа через 72 ч. и более после начала этиотропной терапии,
- 2) длительная лихорадка (более 1-й недели),
- 3) рецидив лихорадки или лейкоцитоза,
- 4) длительное угнетение сознания или резкое беспокойство,
- 5) быстрое увеличение окружности головы,
- 6) рецидив менингита после проведенной антибактериальной терапии.

9. Является ли геморрагическая сыпь указанием на определенную этиологию менингита?

Ответ

Нет, не является.

Комментарий

Геморрагическая сыпь при бактериальном менингите чаще всего указывает на менингококковую этиологию. Однако такая сыпь наблюдается при сепсисе, пневмококковом и гемофильном менингитах. Поэтому геморрагическая сыпь не является однозначным симптомом менингококкового сепсиса. Она сама по себе не является основанием для назначения антибиотиков, действующих только на менингококк.

10. Назовите неблагоприятные прогностические признаки при ГФМИ.

Ответ

Маркерами гипертоксической формы являются младенческий возраст, быстрое нарастание геморрагических высыпаний и их слияние, расположение геморрагической сыпи преимущественно на туловище и лице, низкое артериальное давление, плохо поддающееся коррекции гормонами, тромбоцитопения и отсутствие лейкоцитоза.

Комментарий

Указанные признаки свидетельствуют о развитии синдрома Уотерхауса — Фридериксена, летальность при котором — около 70%.

11. Зависит ли длительность антибактериальной терапии от этиологии менингита?

Ответ

Да, зависит.

Комментарий

Длительность антибактериальной терапии зависит от вида возбудителя и формы заболевания. При менингококковом менингите курс этиотропного лечения составляет 7 дней, пневмококковом — 10–14 дней, гемофильном — 7–10 дней, стрептококковом, листериозном — 14–21 день, кишечных и грамотрицательных менингитах — более 21-го дня.

12. Что означает термин асептический менингит?

Ответ

Этим термином объединены разновидности менингита, при которых воспаление мозговых оболочек носит серозный характер.

Комментарий

Число возбудителей, способных вызвать серозный менингит, достаточно велико, но в подавляющем большинстве это энтеровирусы (80–90%). Также среди причин выделяют герпесвирусы, респираторные вирусы и возбудители сифилиса, боррелиоза, эрлихиоза, хламидиоза, микоплазмоза и т. д.

13. Что следует понимать под синдромом Баннварга?

Ответ

Это одно из клинических проявлений нейроборрелиоза, которое характеризуется сочетанием серозного менингита и поражения лицевого нерва (чаще одностороннее).

14. Назовите противовирусные препараты для проведения этиотропной терапии энтеровирусных менингитов.

Ответ

Противовирусные химиопрепараты для лечения энтеровирусных менингитов отсутствуют.

Комментарий

За рубежом для этиотропной терапии энтеровирусных менингитов используют препарат «Плеконарил», который не зарегистрирован в РФ. В проект клинических рекомендаций по лечению энтеровирусных менингитов включены рекомбинатные интерфероны альфа.

15. Какова диагностическая значимость менингеальных симптомов: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского?

Ответ

Симптомы с большой вероятностью имеют диагностическое значение для диагностики менингитов. Выявление одного из них или всех вместе в сочетании с лихорадкой и общемозговыми симптомами является показанием для диагностической люмбальной пункции. Но их отсутствие не является основанием для исключения менингита, особенно у детей грудного возраста.

16. Какие симптомы имеют важное диагностическое значение при развитии бактериальных менингитов у детей первых месяцев жизни?

Ответ

Важными симптомами бактериального менингита у детей первых месяцев жизни являются температура, рвота, высокая степень напряжения и выбухания большого родничка, наличие гиперестезии, симптом подвешивания (Лессажа).

17. Существуют ли противопоказания для проведения спинномозговой пункции (СМП)?

Ответ

Да. Существуют.

Комментарий

Противопоказаниями для СМП являются нарушение уровня сознания (ШКГ менее 9 баллов), флюктуирующее сознание, брадикардия, артериальная гипертензия, судороги, нестабильная гемодинамика, неадекватная реакция зрачков на свет, септический шок, прогрессирующая геморрагическая сыпь, нарушения гемостаза, уровень тромбоцитов менее $100 \times 10^9/\text{л}$, локальная инфекция кожи и мягких тканей в зоне проведения спинно-мозговой пункции (СМП) и дыхательная недостаточность.

18. Какое инструментальное обследование рекомендуется провести до спинномозговой пункции?

Ответ

Для выявления признаков отека головного мозга и снижения риска возникновения дислокации головного мозга при спинномозговой пункции рекомендуется предварительное проведение офтальмоскопии с оценкой состояния глазного дна (застойные диски зрительных нервов, ступеванность границ при внутричерепной гипертензии), детям грудничкового возраста (при открытом большом родничке) с момента поступления показано проведение нейросонографии.

19. Какие показатели спинномозговой жидкости следует оценивать при подозрении на менингит?

Ответ

Следует оценивать прозрачность (прозрачная, мутная), цвет (бесцветная, ксантохромная, кровянистая), окраску мазка по Граму и его микроскопию. Проводят подсчеты нейтрофилов, лимфоцитов, эритроцитов, посев и пробу ликвора для проведения полимеразно-цепной реакции и латекс-агглютинации. Определяют белок и глюкозу.

20. Что такое бактериоррагия?

Ответ

Бактериоррагия — большое количество возбудителей в цереброспинальной жидкости. Встречается при гемофильном и пневмококковом менингитах.

21. Рекомендуется ли профилактический прием антибиотиков при контакте с больными бактериальным менингитом?

Ответ

Да, рекомендуется.

Комментарий

Согласно СПЗ.1.3542–18 «Профилактика менингококковой инфекции» для профилактики менингококковой инфекции применяются «Рифампицин» (старше 12 мес. по 10 мг/кг, до 1 г. — по 5 мг/кг, через каждые 12 ч. в течение 2-х дней) и «Цефтриаксон» (125 мг в/м, однократно).

22. Существует ли вакцинопрофилактика бактериальных и вирусных менингитов?

Ответ

Да, существует.

Комментарий

В рамках национального календаря проводится вакцинация от пневмококкового и гемофильного менингитов. В рамках «Регионального календаря профилактических прививок Свердловской области» — от клещевого вирусного энцефалита (существует менингеальная форма клещевого вирусного энцефалита) и менингококковой инфекции.

Острые кишечные инфекции

1. В чем особенность этиологической структуры острых кишечных инфекций (ОКИ)?

Ответ

Этиология представлена множеством возбудителей, частота встречаемости каждого из них зависит от конкретного региона.

Комментарий

Этиология ОКИ представлена:

1) вирусами: ротавирусы, норовирусы, энтеровирусы, астровирусы, аденовирусы, коронавирусы, цитомегаловирусы и др;

2) условно-патогенными микроорганизмами: клебсиеллы, протей, энтеробактер, ацинетобактер, цитробактер, алкалесценс, стафилококки, клостридии (в том числе *Cl. difficile* (возбудитель антибиотик-ассоциированной диареи)), серрации, грибки, синегнойная палочка, кишечная палочка с гемолитическими свойствами и др;

3) патогенными бактериями: шигеллы, сальмонеллы, патогенные кишечные палочки (энтероинвазивные, энтерогеморрагические, энтеротоксигенные, энтеропатогенные), йерсинии, кампилобактерии, холерный вибрион;

4) простейшими: амебы, криптоспоридии, балантидии, бластоцисты, лямблии и др.

Часто встречаются кишечные инфекции микст-этиологии (вирусно-бактериальные, бактериально-бактериальные, вирусно-вирусные). Но до 30–40% случаев ОКИ остаются нерасшифрованными (кишечные инфекции неустановленной этиологии, КИНЭ).

2. Назовите механизм и пути передачи возбудителей ОКИ.

Ответ

Преобладающий механизм передачи — фекально-оральный.
Пути передачи — пищевой, водный, контактно-бытовой.

Комментарий

Наибольшее значение имеют инфицированная вода и продукты, не подвергнутые термической обработке: молоко, мясо, салаты, фрукты, ягоды, морепродукты и др.

Контактно-бытовой путь инфицирования характерен для детей раннего возраста. Факторами передачи являются загрязненные игрушки, посуда, постельное белье, дверные ручки, телефонные трубки, клавиатура компьютера и др. предметы домашнего обихода.

3. Назовите факторы патогенности бактериальных возбудителей кишечных инфекций.

Ответ

Способность к колонизации, инвазии, образованию токсинов и изменчивость.

Комментарий

Наиболее изученными факторами патогенности являются:

1) адгезины — поверхностные структуры клеток микроорганизма и макроорганизма. Главным медиатором адгезии у семейства энтеробактерий (*Enterobacteriaceae*) являются фимбрии;

2) эндотоксины — термостабильные липополисахаридные комплексы, тесно связанные с бактериальной клеткой и соматическим антигеном. Выделяются только после гибели и разрушения бактерий. Эндотоксины вызывают поражение интрамурального нервного аппарата кишечника, эндотелию мелких сосудов и клеток центральной нервной системы (ЦНС);

3) энтеротоксины вызывают диарею через активацию аденилат-циклазной и гуанилатциклазной систем;

4) ферменты патогенности — протеазы, гиалуронидазы, нуклеазы, гемолизины, ферменты антиоксидантной системы защиты;

5) факторы, обеспечивающие защиту от фагоцитоза: капсула, экстрацеллюлярная слизь;

6) факторы, обеспечивающие лекарственную устойчивость и устойчивость к физико-химическому воздействию.

4. Какие механизмы диареи выделяют при ОКИ?

Ответ

Выделяют осмотические, секреторные и инвазивные диареи.

Комментарий

1) основное звено в патогенезе при осмотических диареях — дисахаридная недостаточность. Повреждение эпителия тонкой кишки приводит к потере способности адекватного переваривания углеводов. Из-за этого в просвете кишечника накапливаются сахароза и лактоза и формируется осмотический градиент жидкости. Это способствует гиперсекреции воды и электролитов и уменьшению их реабсорбции. Клинически характеризуется водянистой диареей. Энтеральные вирусы, энтеротоксигенные штаммы эшерихий, условно-патогенные бактерии вызывают прямое повреждение энтероцитов;

2) основной механизм секреторной диареи — гиперсекреция энтероцитами, обусловленная воздействием энтеротоксинов на мембрану энтероцитов с последующей активацией аденилатциклазной системы. Это способствует усилению секреции ионов калия, натрия, хлора, бикарбонатов и воды в просвете кишечника и уменьшению обратного их всасывания из него. Данный механизм диареи встречается при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза, эшерихиозе, обусловленном энтеропатогенными штаммами (O55, O75, O111, O142, O119 и др.), условно-патогенных кишечных инфекциях, протекающих по типу гастроэнтерита, холере;

3) при инвазивной диарее основными клетками-мишенями являются колоноциты, возможно повреждение и энтероцитов. Проникновение энтеробактерий в кишечник сопровождается продукцией факторов патогенности, обеспечивающих адгезию, колонизацию кишечника и инвазию в эпителиальные клетки кишечника. В результате развивается воспалительный процесс с деструкцией слизистой, образованием на ней эрозий слизистой и язв. Поврежденная слизистая приводит к повышенной эксудации воды, электролитов и продуктов воспаления. За счет продуктов воспаления и нарушенного пищеварения развивается гиперосмолярность. А из-за нее, усиления перистальтики и быстрой эвакуации химуса нарушается всасывание воды и солей. Такой механизм возможен при сальмонеллезе, шигеллезе, условно-патогенных кишечных инфекциях, иерсиниозе, кампилобактериозе. При шигеллезах, энтероинвазивном эшерихиозе происходит повреждение вегетативных отделов нервной системы кишечника. Что вызывает признаки спазма гладкой мускулатуры или ее пареза (приступообразные боли в животе, тенезмы, уплотнение сигмовидной кишки), зияние ануса, выпадение слизистой прямой кишки.

5. ОКИ с какой этиологией регистрируются чаще всего?

Ответ

Самые распространенные причины ОКИ — диареи вирусной природы, среди которых доминируют ротавирусные и норовирусные.

6. Можно ли по клиническим симптомам оценить степень обезвоживания при ОКИ?

Ответ

Да, можно.

Комментарий

Для оценки степени обезвоживания при ОКИ можно использовать шкалу клинической оценки степени дегидратации (Clinical Dehydration; Scale CDS) (0–8 баллов).

Характеристика	0	1	2
Внешний вид	Нормальный	Жажда, беспокойство, раздражительность	Сонный, вялый, слабый
Глаза	Нормальные	Слегка запавшие	Очень запавшие
Слизистые	Влажные	Липкие	Сухие
Слезы	Есть	Снижено	Отсутствуют

Балл	Внешний вид и самочувствие	Глаза	Слизистые	Слезы
0	Нормальные	Нормальные	Влажные	Есть
1	Жажда, беспокойство, раздражительность	Слегка запавшие	Липкие	Снижено
2	Сонный, вялый, слабый	Очень запавшие	Сухие	Отсутствуют

Примечание. По сумме баллов: 0 баллов — дегидратация отсутствует, от 1 до 4 баллов — легкая дегидратация, 5–8 баллов соответствуют дегидратации средней и тяжелой степени тяжести.

7. Какие термины используют при оценке уровня поражения кишечника?

Ответ

Наиболее распространены гастроэнтерит, энтерит, колит (гемоколит), энтероколит.

Комментарий

Гастроэнтерит — поражение желудка и тонкого кишечника, наиболее часто встречающееся при ОКИ вирусной этиологии, эшерихиозах, сальмонеллезе. Сопровождается болями в эпигастральной области или нелокализованными болями, тошнотой, повторной рвотой, явлениями метеоризма, жидким, обильным, водянистым или пенистым стулом с неперевааренными комочками пищи, желтого или желто-зеленого цвета, с кислым запахом и небольшим количеством прозрачной слизи.

Колит — воспалительное поражение толстого отдела кишечника при ОКИ инвазивного типа. Сопровождается постоянными или периодическими болями в районе толстого кишечника и жидким не обильным каловым стулом с неприятным запахом и примесями зелени, мутной слизи и крови.

Энтероколит — одновременное поражение тонкой и толстой кишок. Проявляется обильным жидким каловым стулом с примесью мутной слизи, иногда большого количества зелени и прожилок крови. Это характерно для сальмонеллеза и ОКИ, вызванных условно-патогенными микробами у детей раннего возраста.

8. Что такое дистальный колит?

Ответ

Дистальный колит — клинический синдром, характерный для шигеллезозов, проявляющийся схваткообразными или постоянными болями в левой подвздошной области, усиливающимися перед актом дефекации (тенезмы).

Сигмовидная кишка спазмирована, при пальпации болезненна, отмечаются явления сфинктерита, податливость или зияние ануса.

Стул жидкий, частый и скудный с большим количеством мутной слизи, нередко зеленого цвета, крови. При тяжелых формах теряет каловый характер и может состоять только из патологических примесей, так называемый «ректальный плевок».

9. Какие основные клинические признаки характерны для сальмонеллеза у детей?

Ответ

- 1) синдром инфекционного токсикоза,
- 2) длительная волнообразная лихорадка,
- 3) частая, нередко упорная рвота,
- 4) метеоризм,
- 5) болезненность и урчание в правой подвздошной области;
- 6) стул энтеритного или энтероколитного характера по типу «болотной тины»,
- 7) гепатолиенальный синдром.

10. Выделите принципиальное отличие патогенеза шигеллеза от патогенеза сальмонеллеза?

Ответ

При шигеллезе, в отличие от сальмонеллеза, отсутствует стадия бактериемии.

11. Чем можно объяснить многообразие клинических форм сальмонеллеза у детей?

Ответ

Разнообразие клинических форм сальмонеллеза объясняется тропностью сальмонелл к слизистой всех отделов ЖКТ и развитием бактериемии с поражением иммунокомпетентных систем и внутренних органов.

12. Какая форма сальмонеллеза чаще всего встречается у детей?

Ответ

Гастроинтестинальная.

Комментарий

Гастроинтестинальная форма сальмонеллеза регистрируется у 90% детей. Характеризуется острым началом, лихорадкой, тошнотой, повторной рвотой, вздутием, болезненностью живота при пальпации, энтеритным стулом от 3 до 20 раз и чаще, преобладанием общеинфекционных синдромов (токсикоз с эксикозом, нейротоксикоз), развитием гепатомегалии и лимфаденопатии на 5–7 день болезни.

13. Назовите опорно-диагностические признаки шигеллеза у детей?

Ответ

Острое начало заболевания, короткий лихорадочный период от 1 дня до 3 дней, клинические признаки дистального колита и интоксикации.

14. Назовите ведущие клинические проявления энтеропатогенных эшерихиозов?

Ответ

Чаще всего наблюдается у грудничков. Постепенное начало, нечастая, но упорная рвота, метеоризм, обильный водянистый стул ярко-желтого или белесого цвета, быстро развивающийся синдром дегидратации.

15. Назовите ведущие клинические проявления энтероинвазивного эшерихиоза?

Ответ

Острое начало, кратковременная лихорадка, схваткообразные боли в животе, спазмированная сигмовидная кишка, нечастый энтероколитный стул с примесью слизи, зелени и иногда прожилками крови.

16. Назовите ведущие клинические проявления энтеротоксигенного эшерихиоза?

Ответ

Острое начало, повторная рвота, водянистый стул, иногда по типу рисового отвара, отсутствие лихорадки, быстрое развитие дегидратации.

17. Назовите ведущие клинические проявления энтерогеморрагического эшерихиоза?

Ответ

Острое начало, энтеритный или энтероколитный стул, редкая рвота, развитие гемолитико-уремического синдрома.

18. Какие клинические проявления характерны для кишечного персинуоза?

Ответ

Острое начало заболевания, длительная фебрильная лихорадка, приступообразные боли в животе с преимущественной локализацией в правой подвздошной области, стул водянистый, с примесью слизи и крови, экзантема в виде мелкоточечной, пятнисто-папулезной или геморрагической сыпи, катаральные явления артралгии. Лимфаденопатия и гепатоспленомегалия в разгар болезни.

19. Есть ли у клебсиеллезной инфекции новорожденных особенности?

Ответ

Да, есть.

Комментарий

У новорожденных возможны эндогенный (омфалит, везикопустулез) и экзогенный (руки персонала или матери, инфицированное белье и др.) пути инфицирования. Заболевание характеризуется острым началом и бурным развитием диареи, преимущественно инвазивного характера. Стул имеет ярко-зеленый окрас. Его частота может достигать 10–20 раз в сут. Многократные срыгивания или рвота, вплоть до рвоты кофейной гущей или желчью. Быстро развивается токсикоз с эксикозом. Пациенты вялые, заторможенные, очень бледная кожа. Выраженный периоральный, периорбитальный, иногда тотальный цианоз. На коже может появляться геморрагическая сыпь. Нередко энтероколит приобретает некротический характер и может спровоцировать перфорации кишечника.

20. Назовите ведущие симптомы поражения ЖКТ при кампилобактериозе у детей.

Ответ

Диарея с частотой стула до 10–15 раз в сут. Стул энтероколитный, обильный, водянистый зеленого цвета, в половине случаев отмечается массивная примесь слизи.

При колитическом варианте испражнения быстро становятся скудными, в них появляются слизь и прожилки крови, а примерно у трети больных приобретают вид ректального плевка.

Диарея сопровождается болями в животе, иногда схваткообразными. Болевой синдром может продолжаться от нескольких до 10 часов или нескольких дней и может предшествовать диарее. При пальпации живота отмечается боль в околопупочной области, а также по ходу кишечника.

Гемоколит характерен для кампилобактериоза, вызванного *C. jejuni* (кампилобактер).

21. Назовите показания для амбулаторного лечения ОКИ.

Ответ

Легкие и стертые формы заболевания, среднетяжелые формы у детей старше 3 лет, все ОКИ в периоде реконвалесценции, наличие возможности в амбулаторных условиях обеспечить необходимые обследования, адекватные условия ухода, питание и лекарственную терапию.

22. Назовите показания для назначения антибиотиков при ОКИ.

Ответ

Инвазивная диарея при шигеллезе, сальмонеллезе, энтероинвазивном и энтерогеморрагическом эшерихиозе, иерсиниозе, кампилобактериозе и других условно-патогенных инфекциях. Тяжелые формы ОКИ бактериальной этиологии.

Комментарий

В клинической практике сразу после обращения пациента за медицинской помощью этиология ОКИ часто неизвестна. Косвенными признаками бактериальной этиологии являются:

- 1) наличие крови в стуле и проявления инфекционного токсикоза, отсутствие рвоты или ее многократность в начале заболевания (как при шигеллезе, так и кампилобактериозе);
- 2) бактериальная кишечная инфекция в окружении и пище пациент (например, куриные яйца при сальмонеллезе);
- 3) прием антибиотиков в течение последнего времени может указывать на инфекцию, вызванную клостридиями (*Clostridium difficile*);

- 4) лейкоцитоз более 20×10^9 , нейтрофилия;
- 5) воспалительные маркеры (значительное повышение СРБ, прокальцитонина);
- 6) наличие большого количества слизи, лейкоцитов и эритроцитов в копрограмме.

23. Назовите стартовые антибактериальные препараты при среднетяжелой (тяжелой) форме сальмонеллеза?

Ответ

К стартовым препаратам относятся нифуроксазид, азитромицин (10 мг/кг веса в сут. в течение 3–5 дней) или цефтриаксон 80 мг/кг 5–10 дней.

Комментарий

Подробнее можно ознакомиться в клинических рекомендациях МЗ РФ «Сальмонеллез у детей» 2021 г.

24. Возможно ли поражения других органов и систем организма при ротавирусной диарее?

Ответ

Да, возможно.

Внекишечными проявлениями ротавирусной инфекции могут быть энцефалопатия, миокардит, панкреатит, пневмония и гепатит.

25. В чем особенность диеты при ОКИ?

Ответ

Детям старше 1 г. рекомендуется «Стол № 4» (протертый, с исключением грубой клетчатки и дополнительным введением кисломолочных продуктов). При любой форме тяжести ОКИ отменяется молоко и каши на молоке на 1–2 мес.

26. Оправдано ли назначение детям антидиарейных средств при гастроэнтеритах?

Ответ

Нет, не оправдано.

Комментарий

По данным неконтролируемых и рандомизированных контролируемых исследований, лоперамид сокращает продолжительность диареи, но оказывает многочисленные побочные действия: некротический энтероколит, сонливость, запор, бред, угнетение дыхания, кому. Возможен летальный исход. Риск, связанный с его применением при гастроэнтеритах, не оправдан.

27. Опишите роль пробиотиков в лечении гастроэнтеритов.

Ответ

Пробиотики ускоряют выздоровление и сокращают продолжительность госпитализации. Препараты с доказанным эффектом должны содержать лактобактерии, бифидобактерии или сахаромицеты (*Bifidobacterium animalis subsp*, *Lactis*, *Lactobacillus acidophilus*, *S. boulandii*, *Lactobacillus GG.*) в количестве не менее 10^9 КОЕ. Противодиарейные микроорганизмы рекомендуется назначать в острую фазу и фазу реконвалесценции болезни.

28. Назовите особенности оральной регидратации у пациентов с ОКИ.

Ответ

Для оральной регидратации (ОР) используются гипоосмолярные растворы. Объем жидкости на 1-м этапе (первые 4–6 ч.) при эксикозе 1-й степени равен 50 мл/кг, при эксикозе 2-й степени — 100 мл/кг. Скорость введения жидкости — 5 мл/кг/ч.

На 2-м этапе ориентировочный объем глюкозо-солевого раствора для поддерживающей регидратации у детей в возрасте до 2-х лет составляет 100 мл/кг массы тела или 10 мл/кг после каждой дефекации.

Комментарий

Эффективность проведения ОР оценивается в течение первых 4–6 ч. после ее начала: исчезновение жажды, улучшение тургора тканей, увлажнение слизистых оболочек, увеличение диуреза, исчезновение признаков нарушения микроциркуляции.

Если признаков обезвоживания нет, можно переходить ко 2-му этапу поддерживающей ОР терапии.

Если признаки обезвоживания уменьшились, но еще сохраняются, то нужно продолжать давать раствор через рот в течение следующих 4–6 ч. в предыдущем объеме.

Если признаки обезвоживания нарастают, необходимо переходить на парентеральную регидратацию.

29. Какой из энтеросорбентов наиболее эффективен при вирусных диареях?

Ответ

Наибольшей эффективностью обладают препараты на основе диоктаэдрического смектита.

Комментарий

Назначаются детям до купирования диареи.

Инфекции респираторного тракта

1. Назовите факторы, определяющие медико-социальную значимость ОРВИ.

Ответ

ОРВИ обладает самыми высокими показателями заболеваемости и вносит значительный вклад в показатели детской и младенческой смертности. Она провоцирует обострения многих хронических заболеваний, особенно со стороны легких (бронхиальная астма). Также инфекция — причина существенных экономических потерь.

2. Какие факторы определяют высокие показатели заболеваемости ОРВИ?

Ответ

1) полиэтиологичность — более 200 разновидностей вирусов из 6 семейств, в том числе РНК-содержащие вирусы: Orthomyxoviridae, Paramyxoviridae, Coronaviridae, Picornaviridae; ДНК-содержащие вирусы: Parvoviridae, Adenoviridae);

2) изменчивость вирусов;

3) нестойкий типоспецифический иммунитет.

3. Какие методы лабораторной диагностики используются в клинической практике для определения этиологии острых респираторных вирусных инфекций?

Ответ

ПЦР-диагностика, иммунохроматография (мазок со слизистой носоглотки, мокрота, бронхо-альвеолярный лаваж).

4. Есть ли особенности лабораторных показателей при отдельных видах ОРВИ?

Ответ

Да, есть.

Комментарий

Лейкопения характерна для гриппа и энтеровирусных инфекций.

Лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать $15 \cdot 10^9/\text{л}$, наблюдается при РС-инфекции.

При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать $15\text{--}20 \cdot 10^9/\text{л}$ и выше, нейтрофилез — более $10 \cdot 10^9/\text{л}$.

5. Какой из респираторных вирусов представляет наибольшую угрозу для жизни недоношенных или родившихся с низкой массой тела детей?

Ответ

Респираторно-синцитиальный вирус.

6. Какой лекарственный препарат нужно назначить ребенку 2,5 лет при постановке диагноза «грипп, тяжелая токсико-катаральная форма»?

Ответ

Ингибитор нейроминидазы вируса гриппа — осельтамивир.

Комментарий

Другой ингибитор нейроминидады — занамивир можно назначать с 5 лет.

7. Назовите воспалительные заболевания верхних отделов респираторного тракта.

Ответ

В МКБ 10 выделены острый назофарингит (насморк) (МКБ 10-J00), острый фарингит (МКБ 10-J02), острый ларингит и трахеит (МКБ 10-J04), острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (МКБ10-J06).

8. Какие существуют показания для госпитализации ребенка с крупом?

Ответ

Госпитализации подлежат все дети со II и выше степенью стеноза гортани.

При I степени стеноза гортани госпитализация показана детям в следующих случаях: младенческий возраст, отсутствие эффекта от проводимой терапии, предшествующий прием кортикостероидов, недоношенность, коморбидная патология, наличие социальных показаний.

9. Показано ли назначение антибиотиков при крупе у детей?

Ответ

Нет, антибактериальные препараты не показаны.

Комментарий

Круп, как правило, имеет вирусную этиологию. Чаще всего круп вызван вирусами парагриппа и гриппа, иногда адено-синцитиальным, респираторно-синцитиальным вирусами или бокавирусом. Бактериальный ларингит с развитием крупа встречается крайне редко.

10. В каких клинических ситуациях необходимо рассмотреть возможность назначения антибактериального препарата при ОРВИ?

Ответ

Вопрос о необходимости назначения антибактериального препарата рассматривается при фебрильной лихорадке (температура — выше 38 °С) более 3 дней; клинических признаков пневмонии (фебрильная лихорадка более 3 дней, вялость, бледность, снижение аппетита, асимметрия физикальных данных, одышка без признаков острой бронхиальной обструкции); бактериальных осложнениях со стороны ЛОР-органов, подтвержденных оториноларингологом и данными анализа периферической крови; препаратом выбора являются антибиотики из группы пенициллинов. При микоплазменной этиологии заболевания или подозрение на нее применяются антибиотики из группы макролидов. Длительность курса лечения пеницинтинами при лей-

коцитозе более $15,0 \cdot 10^9$ в одном мкл со сдвигом лейкоцитарной формулы влево составляет 7–14 дней, для азитромицина — 3–5 дней.

11. Какие препараты являются первой линией патогенетической терапии крупа у детей?

Ответ

Первая линия терапии крупа — глюкокортикостероиды. Преимущество имеет ингаляционный глюкокортикостероид (ГКС) будесонид суспензия (МНН) (торговые названия: «Пульмикорт» и «Буденит Стери-Неб»). При небулайзерной терапии используется дозировка 2 мг однократно или однократный повтор 1 мг через 30 мин.

Комментарий

Эффект будесонида в форме суспензии для ингаляций обусловлен быстрым поступлением ГКС в дыхательные пути, его высокой местной противовоспалительной активностью, в т.ч. выраженным сосудосуживающим эффектом.

Улучшение наступает уже в течение 15–30 мин. после ингаляции, а максимальный эффект — через 3–6 ч.

В случае сохранения стеноза гортани II степени и выше используют системные ГКС из расчета 0,6 мг/кг дексаметазона парентерально однократно. Лечебный эффект системных ГКС наступает спустя 15–45 мин., эффект сохраняется в течение 4–8-ми ч. При возобновлении симптомов стеноза гортани введение ГКС повторяют в той же дозе. При необходимости стероидная терапия может быть продолжена в течение нескольких дней, но со 2-го дня дозу ГКС снижают.

12. Какие препараты, кроме ГКС, применяют при лечении крупа у детей?

Ответ

Кроме ГКС для лечения крупа можно применять другие препараты.

После ликвидации стеноза гортани для разжижения и удаления мокроты из дыхательных путей при сохраняющемся кашле, обструкции нижних дыхательных путей назначают адrenomиметики, бронхолитические и муколитические препараты внутрь или

в ингаляциях («Беродуал», «Амброксол», «Ацетицистеин», «Карбоцистеин» или комбинированные препараты: «Сальбутамол» + «Бромгексин» + «Гвайфенезин»). Детям старше 2-х лет возможно назначение «Фенспирида» в сиропе.

13. Какие существуют причины воспаления надгортанника (эпиглоттита) у детей?

Ответ

Инфекционные (гемофильная палочка, гемолитический стрептококк группы А, золотистый стафилококк, клебсиелла, стрептококки группы А, В и С), травма инородным телом, ожог дыхательных путей.

Комментарий

В большинстве случаев в России причиной эпиглоттита является гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae* типа В (HIB)) (около 90%). Во всех странах после внедрения вакцинации против гемофильной инфекции, случаи заболевания острым эпиглоттитом стали редкими и более легкими. Изменился спектр возбудителей, вызывающих эпиглоттит (гемолитический стрептококк группы А, золотистый стафилококк, клебсиелла и др.).

14. Назовите ведущие симптомы эпиглоттита.

Ответ

Острое или острейшее начало с подъемом температуры тела до 39–40°C, плохо поддающимся снижению, быстрое прогрессирование в течение нескольких часов, затрудненное дыхание (инспираторная одышка), нарушение глотания (дисфагия), слюноотечение, боль в горле при глотании, приглушенный, сдавленный, тихий голос (дисфония), кашель практически отсутствует или «нелающий».

15. Какие есть особенности у данных клинического объективного и лабораторного обследования при эпиглоттите?

Ответ

Во время осмотра больной беспокоен, находится в позе «тревоги» (сидит с вытянутой шеей, наклонившись вперед, с откры-

тым ртом, не может лежать на спине) и «задыхается». Характерны поза «принюхивания», подчелюстной и шейный лимфаденит.

При лабораторном обследовании выражены синдром системного воспалительного ответа, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, повышение СОЭ.

На боковом рентгенологическом снимке шеи — «след большого пальца» (проведение данного исследования необязательно).

При прямой ларингоскопии — надгортанник резко отечный, увеличенный в размере, шарообразной формы, вишневого цвета. При проведении прямой ларингоскопии берется мазок из зева (с надгортанника), в котором может быть обнаружена гемофильная палочка.

16. Какую помощь должен оказать врач на догоспитальном этапе, заподозрив у ребенка эпиглоттит?

Ответ

Необходимо избегать мероприятий, доставляющих ребенку беспокойство (венепункция, укладывание на спину и др.), или откладывать их. Т. к. они могут привести к внезапной остановке дыхания. Парентерально вводятся жаропонижающие средства и ингибиторозащищенные аминопенициллины или цефалоспорины III и IV поколений. По возможности дается увлажненный кислород. Врач вызывает реанимационную бригаду. Госпитализация обязательна. Пациент при транспортировке должен находиться в положении сидя.

17. Назовите наиболее частые возбудители острого тонзиллофарингита (ангины) у детей

Ответ

Наиболее частыми возбудителями острого тонзиллофарингита у детей являются вирусы: аденовирусы, вирус Эпштейна-барра и β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА).

Комментарий

Реже встречаются другие бактериальные возбудители: гонококки (*Neisseria gonorrhoeae*), дифтерийная палочка (*Corynebacterium diphtheriae*), микоплазма (*Mycoplasma pneumoniae*). В настоящее время

не доказана этиологическая роль пневмококков и гемофильной палочки при тонзиллофарингитах. Атипичная микрофлора не имеет большого клинического значения в этиологии бактериального тонзиллофарингита.

18. Существуют ли экспресс-тесты для определения этиологии тонзиллита?

Ответ

Существует экспресс-тест на стрептококк в виде тест-полосок.

19. Назовите клинические признаки тонзиллофарингита, вызываемого бета гемолитическим стрептококком группы А (БГСА-тонзиллофарингит)

Ответ

Дошкольный и школьный возраст. Острое начало заболевания: высокая лихорадка с 1-го дня, гнойный экссудат на миндалинах (при фарингите отсутствует), яркая гиперемия и отек язычка (*uvula*). Также для БГСА-тонзиллофарингита характерны регионарная лимфаденопатия, отсутствие кашля и ринита, длительность высокой лихорадки при отсутствии антибиотикотерапии около 5–7 дней.

20. Перечислите факторы, благодаря которым можно предположить, что у тонзиллофарингита вирусная природа.

Ответ

Возраст до 2–3-х лет, постепенное развитие заболевания, отсутствие высокой лихорадки, наличие везикулярной энантемы, отсутствие регионарной лимфаденопатии, нормализация температуры в течение 1–2 дней. Могут сопутствовать конъюнктивит, ринорея, осиплость, стридор, кашель и диарея.

21. Ведущий фактор, определяющий тактику терапии острого тонзиллофарингита?

Ответ

Терапия острого тонзиллофарингита определяется этиологией заболевания.

Комментарий

Вирусный тонзиллофарингит не имеет этиотропного лечения. Тонзиллофарингит, вызванный стрептококками группы А, является единственной формой заболевания, при которой показана системная антибактериальная терапия.

22. Назовите антибактериальные препараты первого выбора для стартовой терапии БГСА-тонзиллофарингита

Ответ

Препаратами первого выбора в лечении БГСА-тонзиллофарингита на амбулаторном являются пероральные антибиотики из группы пенициллинов, в частности, «Амоксициллин».

Комментарий

«Амоксициллин» назначается в суточной дозе 50 мг/кг в три приема независимо от употребления пищи. Показанием для антибиотиков группы макролидов является аллергия на пенициллины.

23. Какие антибиотики относятся к альтернативным (второго ряда) при лечении БГСА-тонзиллофарингита, когда их назначение противопоказано?

Ответ

Препаратами второго ряда при БГСА-тонзиллофарингите являются цефалоспорины I или II поколения («Цефалексин», «Цефуросима аксетил», «Цедекс»). Они противопоказаны детям с аллергическими реакциями немедленного типа на пенициллин.

Комментарий

У 15% пациентов с аллергией на пенициллин есть перекрестная аллергия к цефалоспоринам.

24. Какова длительность курса антибактериальных препаратов при БГСА-тонзиллофарингите?

Ответ

Курс лечения антибактериальными препаратами, применяющихся при БГСА-тонзиллофарингите, чаще всего составляет 10 дней.

Комментарий

Короткий курс антибиотикотерапии не обеспечивает «противоревматическую» защиту и приводит к частым рецидивам.

25. Назовите возбудители острого бронхита.

Ответ

Причинами острого бронхита могут быть вирусы гриппа и парагриппа, риновирусы, респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирусы, бокавирусы, энтеровирусы и некоторые бактерии (микоплазма, гемофильная палочка, стрептококк, палочка Борде — Жангу).

26. Какой вирус чаще всего является причиной острого бронхита?

Ответ

Респираторно-синцитиальный вирус.

27. Назовите основные клинические симптомы поражения нижних дыхательных путей атипичными возбудителями.

Ответ

Для инфекций, вызванных атипичными возбудителями, характерно подострое малосимптомное начало с нормальной или субфебрильной температурой, отсутствие интоксикации, конъюнктивит (приблизительно в половине случаев), сухой, навязчивый, коклюшеподобный кашель, обильные крепетирующие хрипы в легких.

28. Какие возбудители чаще вызывают поражение нижних дыхательных путей (трахеит, бронхит, бронхиолит)?

Ответ

Наиболее часто поражение нижних дыхательных путей вызывают вирусы.

Вирус гриппа — верхние и нижние дыхательные пути (ларингит, трахеит, бронхит); вирус парагриппа — ларингит, бронхит; респираторно-синцитиальный (РС) вирус — бронхиолит; адено-

вирус — бронхит, пневмония; реже энтеровирусы, цитомегаловирус; а также при кори — ларингит, бронхит, бронхопневмония, коклюш — бронхит, панбронхит.

29. Когда и какие антибактериальные препараты можно рекомендовать для лечения инфекций нижних дыхательных путей у детей?

Ответ

Антибактериальная терапия показана только при ОРВИ, осложненных бактериальной инфекцией. Т. е. должны быть бактериальные очаги, соответствующие гематологические сдвиги, клинически определяемые бронхит или пневмония, обусловленные бактериальной флорой.

Комментарий

В качестве антибактериальных препаратов первого выбора в амбулаторной практике используют aminopenicillins, в т. ч. «защищенные», цефалоспорины II–III поколения и макролиды.

«Амоксициллин» назначают чаще других антибиотиков. У него высокие биодоступность и эффективность. Сочетание «Амоксициллина» и клавуланата калия значительно повышает эффективность антибактериальной терапии, поскольку клавулановая кислота необратимо связывается с β -лактамазами.

У цефалоспоринов I поколения узкий спектр антимикробной активности. Поэтому при респираторных инфекциях они используются редко.

Цефалоспорины II поколения повышено активны в отношении грамотрицательных бактерий: *H. influenzae*, *M. catarrhalis* и бактерий кишечной группы (*E. coli*, *Klebsiella*, индолположительных *Proteus*).

Антимикробный спектр макролидов обуславливает их широкое применение при инфекциях нижних дыхательных путей. Они эффективны в 80–90 % случаев бронхита и внебольничных пневмоний. Макролиды используются для лечения инфекций дыхательных путей и коклюша у больных с непереносимостью β -лактамных антибиотиков

30. Какова типичная клиническая картина бронхиолита у детей?

Ответ

Для клинической картины бронхиолита характерно развитие бронхообструктивного синдрома: раздувание крыльев носа, ка-

шель, тахипноэ, периоральный цианоз, дистантные диффузные хрипы со свистом. Как правило, симптомы развиваются на фоне ОРВИ, интоксикация не выражена, могут наблюдаться симптомы дыхательной недостаточности.

31. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый бронхиолит?

Ответ

В дифференциальную диагностику бронхиолита необходимо включать острый обструктивный бронхит, бронхиальную астму, муковисцидоз, инородное тело дыхательных путей.

32. Существуют ли возрастные ограничения для заболевания COVID-19?

Ответ

Нет, не существует. COVID-19 может возникать в любом возрасте, начиная с периода новорожденности.

33. Передается ли инфекция COVID-19, вызываемая коронавирусом Sars-CoV2, через молоко матери?

Ответ

Нет, не передается.

Комментарий

Многочисленные исследования, проведенные в 2020 г. в разных странах, подтвердили безопасность грудного молока.

34. Какие клинические формы могут развиваться у детей при COVID-19?

Ответ

COVID-19 у детей может протекать в следующих вариантах:

- 1) острая респираторная вирусная инфекция;
- 2) гастро-интестинальная форма;
- 3) пневмония без дыхательной недостаточности;
- 4) пневмония с острой дыхательной недостаточностью (ОДН);

- 5) острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС);
- 6) мультисистемный воспалительный синдром (МВС) у детей,
- 7) гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз, синдром активации макрофагов, гемофагоцитарным синдромом (ГФС).

35. Какие препараты используют в качестве этиотропной терапии детей при COVID-19?

Ответ

Рекомбинантный интерферон-альфа, умифеновир.

36. Назовите особенности инфекционного процесса при коклюше.

Ответ

К особенностям коклюша можно отнести отсутствие фазы бактериемии, первичного инфекционного токсикоза с выраженной температурной реакцией и катаральных явлений, медленное, постепенное развитие заболевания.

Комментарий

Отсутствие выраженного первичного токсикоза объясняется тем, что коклюшная палочка (*B. pertussis*) при размножении и гибели образует малое количество коклюшного токсина (КТ). Несмотря на это, КТ оказывает выраженное влияние на дыхательную, сосудистую и нервную системы, вызывая спазм бронхов, повышение проницаемости сосудистой стенки и тонуса периферических сосудов. Возникающий генерализованный судиспастический спазм может приводить к развитию артериальной гипертензии, формированию венозного застоя в малом круге кровообращения.

37. Назовите клинические особенности коклюша у новорожденных детей.

Ответ

Коклюш у новорожденных характеризуется слабым, малозвучным кашлем, высокой частотой осложнений (апноэ, нарушение мозгового кровообращения, пневмония). Специфические антитела появляются в поздние сроки заболевания (4–6-я недели судорожного кашля).

38. Какие антибиотики рекомендуются для лечения коклюша?

Ответ

В спазматическом периоде эффективность антибиотиков невелика.

Препараты первой линии терапии являются макролиды: эритромицин, азитромицин, кларитромицин.

Триметоприм/сульфаметоксазол используется для пациентов старше 2-х мес., которым макролиды противопоказаны.

Комментарий

Пенициллины, такие как амоксициллин и ампициллин неэффективно действуют на *B. pertussis* в носоглотке. Цефалоспорины имеют различные степени активности против *B. pertussis*, при этом минимальная подавляющая концентрация чрезвычайно высока, что делает их клинически бесполезными.

39. Почему сохраняется заболеваемость коклюшем, несмотря на наличие различных вакцин?

Ответ

1) недостаточная вакцинация детского населения, особенно в развивающихся странах;

2) снижение поствакцинального иммунитета через 7–10 лет после введения АКДС вакцины и через 3–5 лет после введения бесклеточной вакцины;

3) снижение иммунитета у подростков может привести к заболеванию коклюшем в легкой форме. Они становятся источником болезни для братьев и сестер;

4) замена цельноклеточных вакцин против коклюша вакцинами с бесклеточным коклюшным компонентом;

5) наличие детей без иммунитета в возрасте до 2–3-х мес.

Комментарий

Замена цельноклеточных вакцин против коклюша вакцинами с бесклеточным коклюшным компонентом проводилась для уменьшения неблагоприятных последствий вакцины.

Но в настоящее время доказано, что степень и продолжительность защиты после применения вакцин с бесклеточным коклюшным компо-

нением намного ниже, чем после применения классических цельноклеточных вакцин.

В результате наблюдается рост заболеваемости коклюшем даже в странах со обязательной вакцинацией. Наличие детей без иммунитета в возрасте до 2–3-х мес. способствует сохранению заболеваемости данной инфекцией. Это явление связано с тем, что их матери или не болели коклюшем или не могли передать защитные антитела своим младенцам, а вакцинация в большинстве стран начинается с двухмесячного или трехмесячного возраста.

40. Назовите методы диагностики коклюша.

Ответ

К лабораторным методам диагностики относится общий анализ крови (лейкоцитоз с лимфоцитозом при нормальной СОЭ). «Золотым стандартом» диагностики коклюша является выделение культуры возбудителя. В настоящее время широкое распространение получил метод ПЦР для выявления ДНК возбудителя, а также определение специфических антител класса IgG, IgM и IgA методом ИФА.

Комментарий

Иммунный ответ направлен на различные антигены *B. pertussis*, но реакции на КТ и ФГА встречаются чаще. Диагностические методы основаны главным образом на определении антител классов IgM, IgG и IgA, поскольку после инфекции продуцируются антитела всех классов. Диагностическое значение уровня IgM-антител к очищенным коклюшным антигенам в ИФА рассматривается как иммунный ответ на прививку или заболевание.

41. Можно ли вакцинировать от коклюша взрослых?

Ответ

Да, можно.

Комментарий

В России зарегистрирована противокклюшная бесклеточная вакцина «Адасель», которую можно использовать для вакцинации взрослых, особенно в семьях, ожидающих рождения детей.

42. Какие этиотропные препараты используют в терапии микоплазменной инфекции

Ответ

Препаратами выбора для этиотропной терапии респираторного микоплазмоза у детей в первые 8 лет жизни являются макролиды. Для детей старше 8 лет и подростков кроме макролидов могут использоваться тетрациклины.

Вирусные гепатиты

1. Какие возбудители вирусных гепатитов обладают гепатотропностью?

Ответ

Первичной гепатотропностью, обусловленной наличием у возбудителей специфических рецепторов, взаимодействующих с мембраной гепатоцитов, обладают вирусы так называемого «гепатитного алфавита». Эти вирусы относятся к различным классам: ВГА к энтеровирусам, ВГВ — к гепаднавирусам, ВГС — к флави-вирусам, ВГД — это вирус-сателлит ВГВ, а ВГЕ — из класса калицивирусов.

2. Изменилась ли за последние годы этиологическая структура вирусных гепатитов у детей и заболеваемость ими? Чем это обусловлено?

Ответ

Да, изменилась.

Последние 15 лет благодаря комплексным мерам неспецифической и специфической профилактики до единичных случаев уменьшилось число больных острым ВГВ, вакцинация против которого включена в «Национальный календарь профилактических прививок».

Значительно снизилось число детей больных ВГА, вакцинация против которого включена в региональный календарь.

На их фоне преобладает заболеваемость ВГС, распространению которого способствуют особенности вируса: высокая скорость генетических мутаций, высокий удельный вес атипичных форм, бессимптомного носительства

Отмечен рост частоты регистрации гепатитов другой этиологии, в частности, герпетической.

3. Одинаковы ли механизмы поражения гепатоцитов при ВГ разной этиологии?

Ответ

Нет, не одинаковы.

Комментарий

Среди вирусов, вызывающих ВГ, есть возбудители, обладающие цитопатическим действием на гепатоциты после достижения определенной концентрации (ВГА, ВГД, ВГЕ). Некоторые вирусы, в частности ВГВ, не обладают цитопатическим действием, но индуцируют иммуноопосредованные механизмы цитолиза гепатоцитов, на мембране которых происходит экспрессия антигенов ВГВ. Гепатоцит становится мишенью для натуральных киллеров и сенсibilизированных Т-лимфоцитов супрессоров (СД+8).

4. В чем принципиальное отличие типичных форм от атипичных. Какие критерии формы тяжести?

Ответ

Главным отличием типичной формы от атипичной является наличие желтушного окрашивания кожи и слизистых. Критериями тяжести являются выраженность интоксикации, интенсивность желтухи, геморрагический синдром, появление энцефалопатии, снижение диуреза, уровень общего билирубина (легкая форма — до 85 мкмоль/л, тяжелая — более 200 мкмоль/л), ПТИ ниже нормы.

5. Есть ли клинические особенности у ВГ различной этиологии?

Ответ

Да, имеются.

Комментарий

При ВГА — преджелтушный и желтушный периоды. Начало болезни, как правило, острое сопровождается лихорадкой и симптомами интоксикации. Несмотря на обилие жалоб, объективная картина в преджелтушном периоде очень скудная. Желтуха развивается через несколько дней от начала болезни, быстро прогрессирует, а достигнув максимальных проявлений, постепенно проходит.

6. Одинаковы ли основные клиничко-лабораторные синдромы при острых ВГ разной этиологии?

Ответ

Да, одинаковы.

Комментарий

Несмотря на различную этиологию, эпидемиологию и патогенез, ВГ имеют сходные клиничко-лабораторные синдромы: цитолитический, экскреторно-билиарный (отражает желтушные формы), синдром холестаза и синдром мезенхимального воспаления.

Цитолитический синдром возникает из-за повышенной порозности мембран гепатоцитов и их органелл. Вызывает повышение в крови печеночных ферментов (диагностическое значение имеют АЛТ, АСТ).

Экскреторно-билиарный синдром возникает из-за дефицита энергии, вследствие которого образовавшийся прямой билирубин попадает в кровь, а не выводится из гепатоцита в систему желчных канальцев, т. к. не способен преодолеть градиент концентрации (в желчных канальцах концентрация билирубина выше, чем в гепатоците). В результате этого появляется желтуха, холеурия, ахолия. В биохимических анализах растет общий билирубин, в основном за счет прямой фракции.

Холестаз внутрпеченочный может развиваться из-за нарушения моторики желчевыделительных путей, воспаления, сопутствующего паразитарного поражения. При нем затягивается желтушный период, появляется лимонный оттенок кожи и зуд, в биохимических показателях повышается уровень ЩФ, холестерина, ГГТ.

При мезенхимальном воспалении увеличивается размер печени, рост тимоловой пробы.

7. При каких ВГ есть вероятность вертикальной передачи инфекции от матери плоду?

Ответ

Вертикальная передача свойственна для парентеральных ВГ, главным образом для ВГВ и ВГС. Риск повышается при наличии у беременной признаков активной репликации вирусов и в случаях сочетания с ВИЧ-инфекцией.

8. Изложите основные принципы лечения детей с острыми ВГ.

Ответ

Госпитализация больных. При легкой и средней тяжести заболевания проводится базисная терапия, включающая постельный режим в желтушный период и диету «Стол № 5» (печеночный), обильное питье. Медикаментозная терапия минимальная: симптоматические средства, холекинетики после пика желтухи. При тяжелых формах используются внутривенная инфузионная терапия для дезинтоксикации, коррекции электролитных и кислотно-основных нарушений, гормоны, антибиотики широкого спектра. При геморрагическом синдроме введение свежезамороженной плазмы СЖП.

9. Необходимо ли диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВГ и каковы его особенности?

Ответ

Да, необходимо.

Все реконвалесценты острых ВГ требуют диспансерного наблюдения у гастроэнтеролога или инфекциониста. Т. к. нормализация клинико-лабораторных показателей происходит быстрее восстановления морфологической структуры печени. Минимальный период реконвалесценции составляет 6 мес., может затягиваться до 1 г. Цель диспансерного наблюдения сведение к минимуму риска перехода в хроническое течение.

10. Проводится ли активная профилактика ВГ?

Ответ

Да, проводится.

Комментарий

В настоящее время активная профилактика путем вакцинации проводится только в отношении ВГВ. Ее начинают в период новорожденности. В зависимости от принадлежности ребенка к группе риска, существуют разные схемы вакцинации — четырехкратная или трехкратная. Вакцины против вирусного гепатита В являются рекомбинантными, содержат только HbsAg и не могут вызвать поражения гепатоцитов. В региональных календарях вакцинации отдельных субъектов РФ предусмотрено прививание против ВГА, которая проводится двукратно с двадцатимесячного возраста. Вакцина инактивированная.

Инфекционные экзантемы

1. При каких вирусных инфекциях появляется пятнисто-папулезной сыпь на фоне лихорадки?

Ответ

Корь, краснуха, ЭБВ-инфекция, ЦМВ-инфекция, инфекция, вызванная вирусом герпеса 6-го типа, энтеровирусная инфекция.

2. Какой характер сыпи отмечается при синдроме «рука-нога-рот»?

Ответ

Везикулярная сыпь на ладонной и подошвенной поверхностях.

Комментарий

Синдром сыпи «рука-нога-рот» (вирусная пузырьчатка полости рта и конечностей или везикулярный стоматит с экзантемой) — это клинический комплекс, вызванный энтеровирусами. Он состоит из сыпи на руках и ногах и во рту. Чаще дети болеют им летом и осенью. Сыпь в полости рта (на деснах, небе и языке) состоит из пустул и маленьких язв, которые могут возникать и вокруг рта. На теле сыпь появляется на руках (наиболее часто), ногах. Также могут быть боль в горле, раздражительность, слабость, апатия, снижение аппетита и лихорадка. Данный синдром вызывают различные энтеровирусы, в том числе несколько видов вирусов Коксаки (A16 (наиболее часто), A5, A9, A10, B1, B3) и энтеровирус 71. Сыпь на коже и слизистой рта появляется почти у 100 % дошкольников, у около 40 % детей школьного возраста и примерно у 10 % взрослых. Инкубационный период с момента заражения длится около 3–6 дней. Синдром «рука-нога-рот», как правило, протекает легко и обычно не требует лечения, его проявления проходят через 7–10 дней. Для снижения температуры можно принять нестероидный противовоспалительный препарат, но не следует давать аспирин, т.к. это повышает риск развития синдрома Рейе. Необходимо соблюдать правила личной гигиены.

3. Для какой инфекции характерна этапность появления сыпи?

Ответ

Для кори.

Комментарий

Период высыпания начинается, как правило, на 4–5-й день болезни. Он сопровождается новым более высоким подъемом температуры.

Сыпь — пятнисто-папулезной при неизменной коже. Ее первые элементы возникают за ушами, на спинке носа в виде мелких розовых пятен, число и размер которых быстро увеличивается. К концу 1-х сут. сыпь покрывает лицо, шею и ее отдельные элементов локализуется на груди и верхней части спины. На 2-е сут. сыпь распространяется на туловище и проксимальную часть верхних конечностей, а на 3-и сут. полностью покрывает верхние и нижние конечности. Сыпь может быть обильной, сливной или очень скудной в виде отдельных элементов.

4. При каких инфекционных экзантемах сыпь сочетается с поражением ЦНС?

Ответ

При менингококковой и энтеровирусной инфекциях, лептоспирозе поражение ЦНС проявляется в виде менингита и возникает на ранних сроках болезни, сопровождая основные симптомы.

При кори, краснухе, ветряной оспе поражение ЦНС проявляется в виде энцефалита, возникающего на 2-й неделе болезни, после исчезновения симптомов основного заболевания.

5. При каких заболеваниях на месте сыпи остается шелушение?

Ответ

При скарлатине, при псевдотуберкулезе (после угасания сыпи, чаще на 2-й неделе болезни) на кистях и стопах образуются пластинчатое шелушение, на туловище — отрубевидное шелушение.

При болезни Kawasaki шелушение возникает после угасания сыпи, чаще обильное пластинчатое.

6. После каких прививок на 6–10 день может появиться сыпь?

Ответ

После применения вакцин, содержащих живой ослабленный вирус, т. е. против кори, краснухи, ветряной оспы. Сыпь схожа с сыпью присущей той или иной инфекции.

7. Какие вирусы могут вызывать различный характер сыпи?

Ответ

Энтеровирусы.

Комментарий

Энтеровирусная экзантема характеризуется сыпью, появляющейся через 2–3 дня после снижения температуры. Сыпь может быть разнообразной: мелкоточечной, пятнистой, с мелкими кровоизлияниями, в виде везикул. Она появляется одновременно. Располагается на туловище, реже на голенях и стопах. Держится 2–3 дня, после чего бесследно исчезает.

8. При каких заболеваниях может встречаться энантема?

Ответ

Энантема может встречаться при кори, краснухе, ветряной оспе, внезапной экзантеме, скарлатине, ЭБВ, энтеровирусной инфекции, появляется в разгар болезни, одновременно с основными симптомами, но при кори энантема появляется еще до появления сыпи: в катаральном периоде болезни.

9. При каких экзантемных инфекциях встречается лимфаденопатия?

Ответ

При краснухе увеличиваются затылочные и заднешейные лимфоузлы. При ЭБВ — все группы лимфоузлов, преимущественно переднешейные и заднешейные. При скарлатине — подчелюстные. При болезни Kawasaki — шейные.

10. Какие инфекционные экзантемы при заболевании серонегативной женщины оказывают повреждающее действие на плод и могут проявляться в виде сыпи у новорожденного?

Ответ

Краснуха, сифилис, герпетические инфекции.

Комментарий

Краснуха — риск повреждающего действия на плод наиболее высок, если инфекция у матери развивается в течение первых 20 недель беременности, заболевание поражает 50 % младенцев, если мать инфицируется в первые 4 недели, и 2–6 % — при инфицировании в период с 3-го по 4-й мес. беременности. Классическая триада врожденной краснухи: врожденная катаракта, глухота, врожденные пороки сердца. Синдром также включает микроцефалию, микрофтальм и замедленное внутриутробное развитие плода.

В зависимости от срока сифилитической инфекции у ребенка различают следующие периоды врожденного сифилиса: сифилис плода, ранний врожденный сифилис (в нем выделяют сифилис грудного возраста и сифилис раннего детского возраста) и поздний врожденный сифилис (после 4 лет). Поражение плода сифилисом происходит на 5-м мес. беременности и сопровождается изменениями внутренних органов, а несколько позднее и костной системы. Ранним проявлением врожденного сифилиса у детей грудного возраста является сифилитическая пузырчатка. Высыпания локализуются на ладонях, подошвах, предплечьях и голенях. Пузыри величиной с горошину и вишню, вначале серозные, затем гнойные, иногда геморрагические, располагаются на инфильтрированном основании и окружены зоной специфического папулезного инфильтрата синюшно-красного цвета.

Диффузная инфильтрация Гохзингера с распространенными или ограниченными розеолезными, папулезными и пустулезными высыпаниями, подобные таковым во вторичном периоде сифилиса. Особенностью розеолы у детей грудного возраста является ее склонность к слиянию и шелушению. Папулезные сыпи имеют склонность к эрозированию и последующей пустулизации. Кожным сыпям часто предшествует повышение температуры тела.

Ветряная оспа опасна при беременности для женщин, которые в детстве не переболели ветрянкой. Вирус, вызывающий ветряную оспу может проникать через плаценту и оказывать повреждающее воздействие на ребенка. Считается, что вирус передается от матери, больной ветряной оспой, плоду в 25 % случаев. Влияние, которое способен оказать вирус на плод, зависит от срока беременности и тяжести инфекции у матери. В случае заболевания ветряной оспой матери в 1-м триместре беременности у ребенка возможно формирование врожденных пороков развития: атрофия конечностей, рудиментарные пальцы, атрофия коры голов-

ного мозга, формирование рубцов на коже. Кроме этого, у ребенка может возникнуть судорожный синдром, парезы и параличи. В случае заражения в более поздние сроки беременности, может наблюдаться многоводие, поражение печени, пороки развития конечностей, поражение головного мозга и его оболочек. Считается, что частота поражений плода после перенесенной в первые 20 недель беременности ветряной оспы составляет примерно 2%. При заболевании после 25 недель беременности описаны лишь единичные случаи пороков развития плода. Нужно помнить, что при своевременном обращении к врачу этот риск может быть снижен. Кроме того, опасной может быть ветряная оспа, развивающаяся у матери в сроки от 1-й недели до родов до 1-го мес. после родов. При этом есть большая опасность заразить новорожденного.

К клиническим проявлениям инфекционной эритемы на раннем сроке беременности относят спонтанный аборт, на позднем — неиммунная водянка плода как проявление тяжелой формы гемолитической анемии, внутриутробная гибель плода. Развивающийся у плода отечный синдром возникает вследствие сердечной недостаточности, обусловленной анемией. Неблагоприятный исход для плода наблюдается в 20–30% случаев. В 70–80% случаев при серологически подтвержденной инфекции у матери не отмечается повреждений плода, это можно объяснить нейтрализацией вируса антителами.

11. Что включает в себя классический симптомокомплекс врожденной краснухи?

Ответ

Симптомокомплекс врожденной краснухи включает пороки развития сердца, поражения глаз (помутнение роговицы, катаракты, хориоретинит, микрофтальм), поражение ЦНС (микроцефалия, глухота, умственная отсталость).

12. Что означает термин «звездчатая сыпь» при менингококковой инфекции?

Ответ

Термином «звездчатая сыпь» при менингококцемии обозначается ее хаотичное, беспорядочное расположение.

13. Что такое DRESS-синдром (drug reaction with eosnophilia and systemic symptoms)?

Ответ

Drug reaction with eosnophilia and systemic symptoms — синдром гиперчувствительности с эозинофилией на противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал, ломотриджил).

Комментарий

Клинические проявления: лихорадка выше 38 °С, пятнистая экзантема, увеличением лимфоузлов минимум в 2 областях, поражением внутренних органов (печень 80 %). При осмотре пациента с распространенной макулярной сыпью стоит уделить внимание медикаментозному анамнезу за последние 2 мес. с упором на препараты, которые наиболее часто вызывают DRESS-синдром.

Герпетические инфекции (ВПГ, ЭБВ, ВГЗ, ЦМВ, ВГ-6, ВГ-7)

1. Назовите источники и пути заражения ЦМВ-инфекцией

Ответ

ЦМВ-инфекция — строгий антропоноз. Источником ЦМВ-инфекции являются люди, больные манифестной или латентной формами инфекции, у которых вирус можно обнаружить в слюне, крови, мочи, фекалиях, носоглоточном и других секретах. Заражение происходит воздушно-капельным, контактным, парентеральным, половым, трансплацентарным путями.

Комментарий

Наибольшее значение в развитии приобретенной ЦМВ-инфекции у детей имеет воздушно-капельный путь передачи. Часто основным источником в семье являются дети, посещающие детские дошкольные учреждения. Инфицированные дети длительно выделяют вирус со слюной и мочой, поэтому риск семейной передачи инфекции возрастает при плохом соблюдении гигиены, низком уровне образования, тесном контакте с детьми. Кроме того, вирус ребенку может передаваться при вскармливании грудным молоком, если у матери наблюдается активная репликация вируса.

Врожденная ЦМВ-инфекция развивается при внутриутробном инфицировании плода, т.е. передача инфекции осуществляется трансплацентарным путем. При первичной инфекции у беременной заражение плода наступает в 30–40%, а по некоторым данным в 75% случаев. В то же время при вторичной инфекции (реактивация текущей ЦМВ-инфекции, инфицирование новым штаммом вируса) данный исход наблюдается только в 0,2–2,0% случаев.

2. Каковы основные свойства вирусов герпеса 6 и 7 типов (ВГ-6 и ВГ-7)?

Ответ

ВГ-6 и ВГ-7 — тесно связанные между собой герпесвирусы, вызывающие сходный спектр заболеваний. ВГ-6 состоит из линейной двухцепочечной ДНК длиной около 160 кд. Выделены два основных варианта вируса: А и В. ВГ-6 типа В связан с обычными клиническими проявлениями в детском возрасте. Вирус инфицирует преимущественно CD4+ Т-лимфоциты, однако обнаруживается также в моноцитах, макрофагах, клетках головного мозга и почек.

Геном ВГ-7 имеет длину около 145 кд, схож с геномом ВГ-6, а оба эти вируса ближе по строению к ЦМВ, чем к другим герпес-вирусам.

3. Как происходит передача вирусов ВГ-6 и ВГ-7?

Ответ

Инфицирование в раннем детском возрасте указывает на наибольшую вероятность того, что источником инфекции являются члены семьи.

Показатель частоты врожденной ВГ-6-инфекции достигает 1%, врожденной ВГ-7-инфекции не зарегистрировано. Выделение ВГ-6 и ВГ-7 из слюны здоровых взрослых доказывает, что основной путь передачи — слюна. ВГ-7 обнаруживается в грудном молоке. Оба вируса выделены из шейки матки, т. е. возможен перинатальный путь передачи.

4. Какие препараты следует назначить для противовирусной терапии инфекции, вызванной вирусом герпеса 6 типа?

Ответ

Схема предполагает монотерапию инозином пронабексом или терапию инозином пронабексом в комбинации с рекомбинантным интерфероном альфа-2b.

5. Что такое внезапная экзантема?

Ответ

Внезапная экзантема (розеола младенцев) является классическим клиническим проявлением ВГ-6-и ВГ-7-инфекции.

Комментарий

Обычно заболевают дети грудного и раннего возраста. Характерно острое начало с высокой постоянной лихорадкой, которая может сопровождаться судорогами. Лихорадка держится от 4 до 5 дней. На фоне ее снижения появляется генерализованная, представленная мелкими розовыми пятнышками сыпь.

Нарушаются общее самочувствие и состояние больных, которое часто не отличается от состояния пациентов с менингитом или тяжелым бактериальным сепсисом.

ВГ-7 может быть причиной 2-го эпизода внезапной экзантемы у детей с предшествующей ВГ-6-инфекцией. Часто наблюдаются субклинические формы инфекции, т. к. специфичные в отношении ВГ-6 клоны Т-клеток, взаимодействуют и с ВГ-7, предотвращая развитие клинически манифестной формы ВГ-7-инфекции у детей, перенесших заболевание, вызванное ВГ-6.

6. Какие герпесвирусы могут вызывать поражение ЦНС?

Ответ

Все герпесвирусы способны вызвать поражение ЦНС. Это может проявляться в развитии воспалительного процесса в виде менингита, энцефалита, менингоэнцефалита.

Комментарий

Менингиты не имеют клинических особенностей в зависимости от вида вируса. Энцефалиты могут иметь особенности в зависимости от вида возбудителя. Так ВПГ способен вызывать некротический энцефалит, вирус ветряной оспы — энцефалит с преимущественным поражением мозжечка (церебеллит).

7. Может ли инфекционный мононуклеоз сопровождаться экзантемой?

Ответ

Да, может.

Комментарий

Но экзантема не является главным признаком инфекционного мононуклеоза. При пятнисто-папулезной экзантеме, когда отсутствуют или не выражены главные признаки инфекционного мононуклеоза (полиаденопатия, поражение носоглоточных и ротоглоточных миндалин, гепатолиенальный синдром), в первую очередь нужно думать о тех инфекциях, при которых данный симптом является ведущим, т.е. корь, краснуха, внезапная экзантема.

8. Предложите вариант решения нижеописанной клинической ситуации и приведите аргументы в пользу вакцинации.

Ситуация

Вы — участковый педиатр. На профилактический прием мать привела девочку 5 лет, не болевшую ветряной оспой. Вы предложили провести ребенку вакцинацию против ветряной оспы. Мать возражает, мотивируя следующим:

1. Ветряная оспа — неопасная инфекция, а иммунитет после перенесенного заболевания более стойкий, чем после вакцинации, лучше переболеть.

2. Ветряная оспа у детей протекает легко, поэтому лучше переболеть ей в детстве, чем во взрослом возрасте. Вакцинация же не гарантирует, что заболевание не разовьется позднее, а на долю подростков и взрослых приходится значительная часть тяжелых форм и осложненного течения болезни.

3. Ребенок страдает атопическим дерматитом (в настоящий момент — период ремиссии), вакцинация приведет к обострению данного заболевания.

Ответ

Ветряная оспа у детей, действительно, чаще всего протекает благоприятно. Но не следует забывать: большая часть случаев осложненного течения и тяжелых форм инфекции, с развитием угрожающих жизни состояний, регистрируется у исходно здоровых детей. Наиболее типичными осложнениями ветряной оспы являются вторичные бактериальные поражения кожи, пневмонии и поражения ЦНС. Предугадать, каким будет течение ветряной оспы у дан-

ного конкретного пациента, невозможно. Факторами риска развития тяжелой формы ветряной оспы с поражением ЦНС в виде энцефалита (церебеллита) являются возраст пациентов (старше 3-х лет) и наличие атопической болезни. Таким образом, у Вашей дочери существуют сразу 2 фактора риска тяжелой формы болезни. Вакцинация не дает 100% защиты от заболевания, но защищает от тяжелых форм и осложнений ветряной оспы.

После перенесенного заболевания, действительно, формируется иммунитет, но вирус не покидает организм, а остается в нем пожизненно и может реактивироваться в виде опоясывающего лишая.

Исследования, проведенные в странах Европы, где универсальная массовая вакцинация против ветряной оспы введена около 20 лет назад, доказывают, что вакцинация не приводит к сдвигу заболеваемости на старшие возрасты.

Вакцинация против ветряной оспы не противопоказана детям с атопическим дерматитом. Напротив, исследованиями доказан благоприятный эффект вакцинации на течение атопического дерматита.

Ваша дочь — будущая мама. Вакцинируя, Вы защитите ее от заболевания ветряной оспой в периоде беременности, обеспечив защиту плода от повреждающего действия вируса и защиту новорожденного от заболевания ветряной оспой.

Итак, вакцинация против ветряной оспы является безопасной и эффективной, имеет не только прямой эффект (снижение риска заболевания, развития тяжелых и осложненных форм), но и отдаленные (предотвращение ветряной оспы у беременной, плода и новорожденного; профилактика опоясывающего лишая), поэтому я предлагаю ее Вашему ребенку.

9. Какие герпес-вирусы влияют на формирование популяции часто болеющих детей?

Ответ

Многочисленными исследованиями подтверждена роль ЭБВ и ЦМВ в формировании популяции часто болеющих детей.

10. При обследовании беременной в первом триместре обнаружены специфические иммуноглобулины класса G (IgG) к ЦМВ. Нужно ли предпринимать какие-либо диагностические и лечебные действия?

Ответ

Нет, не нужно, т. к. специфические IgG к ЦМВ не являются проявлением острой инфекции.

11. Требуется ли диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими инфекционный мононуклеоз? Если да, то как длительно?

Ответ

Дети, перенесшие инфекционный мононуклеоз, нуждаются в диспансерном наблюдении. Длительность диспансерного наблюдения должна быть не менее 1 г.

Комментарий

Необходимость диспансерного наблюдения обусловлена возможностью персистенции ЭБВ, приводящей к частым заболеваниям носоглотки, других органов дыхания, поражению печени.

12. Назовите симптомы наиболее часто встречающейся формы ветряночного энцефалита.

Ответ

Наиболее частой формой ветряночного энцефалита является ветряночный церебеллит (1 случай ветряной оспы из 4000 среди детей младше 15 лет). А церебральная форма ветряночного энцефалита развивается реже, в 0,01–0,02 % случаев ветряной оспы. Типичным для церебеллита являются постепенно нарастающие мозжечковые нарушения, часто сопровождающиеся общемозговыми и общеинфекционными симптомами.

Первыми признаками развивающегося поражения ЦНС являются интенсивная головная боль разлитого характера и повторная рвота. Во всех случаях заболевания развивается атаксия. У 80–85 % больных выявляются другие мозжечковые нарушения: скандированная речь, отличающаяся замедленностью, невня-

ностью, растянутостью звуков, и нистагм. Степень их выраженности может быть различной. При легкой степени мозжечковых нарушений отмечается пошатывание при ходьбе, дети ходят, широко расставив ноги, покачиваясь; может быть небольшая интенция в руках. При средней выраженности нарушений пациент не может самостоятельно передвигаться, появляется нистагм в крайних отведениях и скандированность речи. При тяжелой степени атаксии больные не могут не только стоять, но и сидеть, с трудом берут предметы в руки, также отмечается горизонтальный нистагм и скандированность речи, тремор в конечностях и туловище при попытке движения. Нарушение сознания для церебеллита не характерно. Выражена диффузная мышечная гипотония. В первые дни от появления неврологической симптоматики наблюдается угнетение глубоких рефлексов, иногда вплоть до арефлексии, при сохранении поверхностных рефлексов. В последующем появляются высокие глубокие рефлексы, нередко с клонусами стоп, анизорефлексией. Общезаразительный синдром встречается у большинства больных. У части больных определяются положительные менингеальные симптомы при отсутствии воспалительных изменений в ликворе. Положительные менингеальные симптомы в сочетании с воспалительными изменениями в цереброспинальной жидкости свидетельствуют о развитии менингоэнцефалита. При проведении эхоэнцефалографии (М-ЭХО) и электроэнцефалографии (ЭЭГ) специфических отклонений не выявляется. Прогноз заболевания благоприятный, выздоровление без остаточного неврологического дефицита обычно наступает через 2–4 недели.

13. Показано ли назначение противовирусной терапии при ветряной оспе?

Ответ

Да, независимо от тяжести болезни, показано раннее начало противовирусной терапии: в первые 48 ч. с момента появления сыпи.

Комментарий

Этиотропная терапия должна составлять основу медикаментозного лечения ветряной оспы. Согласно существующим Федеральным стандартам оказания медицинской помощи противовирусный препарат ацикловир назначается только при среднетяжелой, тяжелой формах и развитии осложнений, т. к. считается, что у иммунокомпетентных детей ветряная оспа протекает благоприятно, риск осложнений достаточно мал. Однако клинические наблюдения показывают, что осложнения могут развиваться при среднетяжелой и даже легкой формах. Для ветряной оспы характерен период массового высыпания, который наступает обычно не в 1-е сут., а на 3–5-й день от начала болезни. Неврологические проявления (симптомы энцефалита, церебеллита, менингита) возникают чаще всего на 4–7-й день от начала высыпаний и их появление не всегда коррелирует с выраженностью общеинфекционных симптомов (церебеллит может развиваться и у больного со скудными высыпаниями и отсутствием лихорадки), поэтому по начальным симптомам болезни предугадать развитие тяжелой формы ветряной оспы невозможно. В то же время Ацикловир эффективен лишь при назначении его в ранние сроки болезни, поэтому терапия препаратом при развившихся осложнениях запоздалая. Назначение же препарата в первые 24–48 ч. от начала высыпаний приводит к уменьшению продолжительности основных симптомов ветряной оспы, предотвращает развитие тяжелых форм и осложнений болезни, оптимизирует иммунный ответ. Таким образом, назначение «Ацикловира» рекомендовано детям с любой формой тяжести ветряной оспы в первые 48 ч. с момента появления высыпаний.

14. Какие жаропонижающие препараты можно назначать детям при ветряной оспе?

Ответ

При лихорадке у детей с ветряной оспой применяются препараты на основе парацетамола.

Комментарий

Аспириносодержащие препараты не используются при ветряной оспе из-за опасности развития синдрома Рея. Нестероидные противовоспалительные препараты на основе ибупрофена увеличивают риск развития бактериальных осложнений ветряной оспы, например некротизирующего фасциита.

15. Назовите основные клинические показания для обследования новорожденного на ЦМВ-инфекцию.

Ответ

На основании многочисленных клинических и лабораторных исследований определены следующие признаки врожденной ЦМВ-инфекции: петехии, тромбоцитопения и тромбоцитопеническая пурпура, анемия, гепатомегалия и спленомегалия, пневмония, желтуха при рождении, микроцефалия и гидроцефалия, энцефалиты, внутричерепные кальцификаты, необъяснимые неврологические нарушения, хориоретинит, нарушение слуха, гипербилирубинемия за счет повышения уровня прямого билирубина, повышение уровня аланиновой аминотрансферазы (АлАТ). Реже — задержка внутриутробного развития и недоношенность.

Обнаружение у новорожденного вышеперечисленных признаков является показанием для обследования его на ЦМВИ.

16. Назовите основные клинико-диагностические признаки инфекционного мононуклеоза.

Ответ

Симптомокомплекс, свойственный инфекционному мононуклеозу, может встречаться при целом ряде заболеваний: аденовирусной инфекции, листериозе, токсоплазмозе, цитомегаловирусной инфекции, ВИЧ-инфекции и др. Поэтому при проведении дифференциального диагноза необходимо учесть следующие опорно-диагностические критерии инфекционного мононуклеоза:

- 1) начало болезни чаще острое, реже — постепенное;
- 2) развитие тонзиллярного синдрома происходит на фоне лихорадки неправильного типа, которая нередко сохраняется в течение продолжительного времени (от 7 до 15 дней);
- 3) лакунарно-фолликулярный характер тонзиллита с налетом, легко снимающимся шпателем;
- 4) частое сочетание тонзиллита с назофарингитом, увеличение носоглоточной миндалины, приводящее к нарушению носового дыхания («храпящее» носовое дыхание);

- 5) преимущественно заднешейный лимфаденит;
- 6) гепатомегалия и спленомегалия;
- 7) лейкоцитоз с лимфоцитозом и моноцитозом, появление и нарастание содержания атипичных мононуклеаров на второй неделе болезни.

Решающую роль при проведении дифференциальной диагностики играет подтверждение диагноза с помощью специфических лабораторных методов.

17. Какие методы используются для лабораторной диагностики инфекционного мононуклеоза?

Ответ

Лабораторная диагностика инфекционного мононуклеоза проводится в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи детям при инфекционном мононуклеозе (Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 801 н).

При подозрении на инфекционный мононуклеоз проводится:

1) молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна — Барр (Epstein — Barr virus), цитомегаловирус (Cytomegalovirus);

2) определение антител класса IgM, IgG к цитомегаловирусу, определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна — Барр (IgM VCA), определение антител класса IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека;

3) бактериологическое исследование слизи с миндалин на палочку дифтерии, бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы;

4) общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом количества атипичных мононуклеаров, анализ крови биохимический.

Из инструментальных методов диагностики применяют ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), регистрацию электрокардиограммы.

18. Какие методы постэкспозиционной профилактики ветряной оспы Вам известны? Какие из них применяются в нашей стране?

Ответ

Постэкспозиционная профилактика (экстренная профилактика, профилактика после контакта с источником инфекции) может осуществляться несколькими способами: вакцинация, введение специфического иммуноглобулина, химиопрофилактика.

Основной способ экстренной профилактики — это введение живой ветряночной вакцины («Варилрикс», «Варивакс» или «Окавакс»). Все вакцины зарегистрированы на территории Российской Федерации.

Используется однократное введение одной дозы вакцины в течение первых 96 ч. после контакта (предпочтительно в течение первых 72-х ч.).

Для постэкспозиционной профилактики у лиц группы риска тяжелой формы ветряной оспы, которым противопоказана вакцинация от заболевания (беременные, новорожденные женщинами, заболевшими ветряной оспой за 5 дней до родов или в течение 2 дней после родов, недоношенные новорожденные, иммунокомпromетированные лица) применяется пассивная иммунизация (введение специфического Варицелла-Зостерного иммуноглобулина — «VZIG»). Иммуноглобулин должен вводиться как можно раньше, но допустимо введение в течение 10 дней после контакта. Восприимчивость к вирусу у получивших иммуноглобулин восстанавливается через 3—6 мес.

Однако в нашей стране специфический VZIG не зарегистрирован и не применяется, поэтому для лиц, которым противопоказана вакцинация, в качестве постэкспозиционной профилактики возможно применение человеческого иммуноглобулина.

Наконец, существуют исследования по применению для постэкспозиционной профилактики ветряной оспы ацикловира. Препарат назначается в возрастной дозе в первой половине инкубационного периода (до 10 дней после контакта) на 5—7 дней. Использование этого метода профилактики возможно для лиц, которым противопоказана вакцинация.

Однако следует понимать, что использование постэкспозиционной профилактики направлено только на предотвращение среднетяжелых и тяжелых форм болезни у групп риска и контроль над вспышечной заболеваемостью и не оказывает влияния на состояние популяционного иммунитета. Поэтому стратегией выбора должна быть не экстренная, а плановая универсальная массовая вакцинация всех восприимчивых детей, начиная с двенадцатимесячного возраста.

19. Необходимо ли назначение антибиотиков для лечения тонзиллита при инфекционном мононуклеозе?

Ответ

Исследования показали, что использование антибактериальной терапии при инфекционном мононуклеозе не только не оказывает клинического эффекта, но и вызывает стойкий дисбаланс в функционировании фагоцитарной системы. Положительный клинический эффект оказывает применение ингаляционного лекарственного препарата для местного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей и ЛОР-органов «Биопарокс». Однако, при выявлении стрептококковой этиологии налетов на миндалинах показана терапия антибактериальными препаратами системного действия, кроме аминопенициллинов.

Вакцинопрофилактика

1. Можно ли вводить вакцины одновременно?

Ответ

Да, можно.

Комментарий

Применяемые в рамках «Национального календаря профилактических прививок» вакцины можно вводить одновременно разными шприцами в разные участки тела. Одновременным считается введение неограниченного количества вакцин (исключая БЦЖ), положенных ребенку определенного возраста.

2. Кому противопоказаны живые вакцины?

Ответ

Пациентам с первичным иммунодефицитным состоянием, с иммуносупрессией, злокачественными новообразованиями и беременным.

3. Какой минимальный интервал допускается между двумя дозами одной и той же вакцины?

Ответ

Один месяц.

4. Что включает «Региональный календарь Свердловской области»?

Ответ

- 1) вакцинацию против ротавирусной инфекции в 2, 3, 4 и 5 мес.;
- 2) вакцинацию против менингококковой инфекции в 9 и 12 мес.;
- 3) вакцинацию против ветряной оспы в 12 мес. и 6 лет;

- 4) вакцинация против клещевого энцефалита в 15 и 21 мес., 2 г. 9 мес.;
- 5) вакцинацию против гепатита А в 20 и 26 мес.;
- 6) вторая ревакцинация против коклюша в 6–7 лет, третья ревакцинация против коклюша в 14 лет («Адасель»);
- 7) вакцинацию против ВПЧ (вируса папилломы человека) девочкам с 13 лет.

5. Возможна ли вакцинация беременных женщин?

Ответ

Да, возможна, но не всеми вакцинами.

Комментарий

Беременность является абсолютным противопоказанием к введению живых вакцин. Анатоксины, инаktivированные, рекомбинантные вакцины могут быть назначены женщинам во время беременности. Вакцинация против гриппа входит в «Национальный календарь профилактических прививок», поскольку беременные относятся к группе риска по развитию тяжелых и осложненных форм гриппа.

Беременным женщинам допустимо введение вакцин против гепатита А и В, бешенства, дифтерии и столбняка с целью постэкспозиционной профилактики, АДС–М (профилактика столбняка новорожденных в случае отсутствия у женщины сведений о прививках), ревакцинация против клещевого энцефалита (в случае возможного пребывания женщины в лесной зоне, например, в силу особенностей работы).

Нет указаний и данных о вакцинации женщин в первом триместре беременности. Плановые прививки против гриппа рекомендуют со второго триместра беременности, а вакцинацию по эпидемическим показаниям инаktivированными вакцинами можно проводить в любые сроки беременности.

6. Кто определяет и оформляет медицинский отвод от прививки?

Ответ

Необходимость медицинского отвода от прививки определяют и оформляет врач, отвечающий за вакцинацию (участковый педиатр, врач кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ), участковый терапевт, врач общей врачебной практики (ОВП).

Комментарий

Единоличное решение об отводе прививок врач может принять на срок не более 1 мес.

Для оформления более длительного медицинского отвода требуется заключение комиссии, состоящей из заведующего поликлиникой или отделением, участкового врача, специалиста, отвечающего за проведение профилактических прививок (иммунолога), эпидемиолога, фтизиатра (если речь идет об отводе от прививки БЦЖ).

Специалисты (невролог, хирург, эндокринолог и пр.) определяют стабильность состояния пациента и не могут назначать медицинский отвод от вакцинации. При необходимости длительного отвода профильный специалист может быть включен в состав комиссии.

7. Как осуществляется наблюдение за привитыми?

Ответ

Наблюдение за привитыми осуществляется в течение 30 мин. после прививки. Далее привитый должен наблюдаться патронажной сестрой первые 3 дня после введения инактивированной вакцины. Или после введения живых вакцины посещать медицинское учреждение на 5–6-й и 10–11-й день.

8. Оптимальные места инъекции при внутримышечном введении вакцин?

Ответ

Передненаружная область бедра или дельтовидная мышца.

Комментарий

Для детей от 0 до 3 лет оптимальным местом введения является передненаружная область бедра, для детей старше 3 лет — дельтовидная мышца (участок ниже акромиального отростка и выше подмышечной впадины). Иглу вводят под углом 90°.

9. Какие могут быть осложнения БЦЖ-вакцины?

Ответ

1) локальные поражения (подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы);

2) персистирующая и десиминированная БЦЖ-инфекция без летального исхода;

3) диссеминированная БЦЖ-инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом;

4) пост-БЦЖ-синдром (проявление заболевания, возникшего вскоре после вакцинации БЦЖ: узловатая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи).

10. Какой иммунологический эффект лежит в основе вакцинации?

Ответ

Вторичный иммунный ответ.

11. До какого возраста используется вакцина АКДС?

Ответ

До 3-х лет 11 мес. 29 дней.

12. Каким должен быть охват прививками детей, подлежащих вакцинации в сроки, определенные Национальным календарем прививок России, дающий возможность контроля за прививаемой инфекцией?

Ответ

Не менее 95%.

ВИЧ-инфекция

1. Контакт с какими биологическими жидкостями представляет наибольшую опасность заражением ВИЧ?

Ответ

Контакт с кровью и спермой.

Комментарий

Кровь и сперма содержат вирус в высоких концентрациях. При высушивании жидкостей вирус может сохраняться несколько часов и даже суток. В слюне, слезной жидкости, моче, ликворе концентрация вируса невысока, поэтому заражение маловероятно. Контактно-бытовым, воздушно-капельным путями, через укусы насекомых ВИЧ не передается.

2. Какова вероятность передачи ВИЧ при аварийной ситуации в медучреждении (укол иглой со следами крови, содержащей ВИЧ)?

Ответ

Согласно данным ООН (2007 г.), такая вероятность — 0,3%. При переливании инфицированной крови — 90–100%.

3. Каков риск передачи ВИЧ ребенку от инфицируемой матери вертикальным путем и в постнатальном периоде?

Ответ

Риск инфицирования составляет 30%.

Комментарий

Если ВИЧ-инфицированная женщина рождает естественным путем и применяет естественное вскармливание, риск достигает 30%. Если мать проводит профилактические мероприятия, включая химиопрофилактику во время беременности, родов и новорожденному в постнатальном периоде, роды проводят кесаревым сечением, женщина не вскармливает ребенка грудью, риск инфицирования составляет 1%.

4. Если используются только серологические методы (ИФА) для диагностики ВИЧ у ребенка инфицированной матери, в каком возрасте можно окончательно определить ВИЧ-статус ребенка?*Ответ*

В 18 месяцев.

Комментарий

Антитела к ВИЧ при инфицировании появляются через 3 мес. у 90–95% детей, еще у 5–9% в течение 6 мес. Однако в крови ребенка в первые месяцы жизни циркулируют материнские антитела. Поэтому положительные результаты теста ИФА, выявленные во время плановых обследований при рождении, в 9 и в 12–15 мес. не являются основанием для проведения подтверждающего теста — иммунного блотинга (ИБ). Обнаружение положительных результатов ИФА в 18 мес. и положительный ИБ позволяет окончательно установить диагноз ВИЧ-инфекции. Серологический метод является основным для постановки диагноза у детей старше 18 мес. подростков и взрослых.

5. Как осуществляется диагностика ВИЧ-инфекции у ребенка инфицированной матери?*Ответ*

Метод ПЦР позволяет выявить ДНК ВИЧ за 6 мес. до появления антител. Специфичность ПЦР — 99%. Чувствительность метода — 20–40% в первую неделю жизни, 100% в возрасте 2–3 мес.

Комментарий

Первое обязательное исследование необходимо провести в возрасте 1–2 мес. Положительный результат не является окончательным, но с большой долей вероятности (98%) указывает на ВИЧ-инфицирование. Повтор-

ное исследование должно быть проведено через 1 мес. ВИЧ-инфекция подтверждается при получении 2 и более положительных результатов ПЦР. Два и более отрицательных результата тестов, проведенных в 1–2-й мес. и 4–6-й мес. жизни, позволяют исключить диагноз ВИЧ-инфекции.

6. Какие клинические проявления часто регистрируются у детей при ВИЧ-инфекции?

Ответ

Длительная лихорадка, увеличение лимфоузлов, гепатомегалия, спленомегалия и частые ОРВИ.

Комментарий

Длительная, часто постоянная, лихорадка — основная жалоба при ВИЧ-инфекции у детей. Типичным проявлением является лимфаденопатия. Увеличиваются лимфоузлы шейных групп (заднешейные, подчелюстные, подмышечные, надключичные). Диагностически значимым является увеличение лимфоузлов на 3 месяца и более. Характерна длительная гепатомегалия, спленомегалия. Часто встречается паротит. Повторные ОРВИ, синуситы, средний отит, регистрируемые у детей с вышеперечисленными симптомами с скорее всего указывают на развитие клинической стадии ВИЧ-инфекции.

7. Какие основные гематологические изменения регистрируются в манифестные стадии ВИЧ-инфекции у детей?

Ответ

Анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

8. Какой лабораторный критерий является основным для определения уровня иммуносупрессии?

Ответ

Это показатель CD4+ лимфоцитов.

Комментарий

Количество CD4+ лимфоцитов зависит от возраста ребенка. У детей до года нет иммуносупрессии, если регистрируется отсутствие клиники и CD4+ лимфоцитов больше $1,5 \cdot 10^9/\text{л}$, у детей до 5 лет — CD4+ лимфоцитов больше $1,0 \cdot 10^9/\text{л}$, у детей старше 6 лет — CD4+ лимфоцитов больше $0,5 \cdot 10^9/\text{л}$.

9. Какова продолжительность жизни у ВИЧ-инфицированных детей без антиретровирусной терапии?

Ответ

Средняя продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного человека без лечения составляет 12 лет.

В литературе описаны случаи, когда продолжительность жизни достигала 20 лет. Однако дети, зараженные вертикальным путем, значительно быстрее переходят в терминальную стадию СПИДа. Средняя продолжительность их жизни составляет 4–5 лет, а в ряде случаев даже несколько месяцев, особенно при развитии в возрасте до года пневмоцистной пневмонии. Дети, заразившиеся другим путем (парентеральным, половым) без лечения могут прожить также до 10–12 лет. Поэтому на сегодняшний день у активной антиретровирусной терапии (ААРВТ) нет альтернативы. Раннее ее назначение (на острой (4) стадии ВИЧ-инфекции с выраженной иммуносупрессией даже без клинических проявлений) обеспечивает возможность вести нормальный образ жизни (посещать образовательные учреждения и пр.) и профилактику присоединения оппортунистических инфекций и других заболеваний. Одновременно назначается не менее 3 препаратов из разных групп.

10. Как осуществляется вакцинация детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин и ВИЧ-инфицированных детей?

Ответ

Согласно приказу № 1122 от 06.12.2021 «О календаре профилактических прививок РФ», дети от ВИЧ-инфицированных женщин прививаются по календарю.

При иммунизации таких детей учитывается ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, сопутствующие заболевания.

Детям, получившим трехэтапную химиопрофилактику (во время беременности, родов и постнатально), в роддоме проводят вакцинацию против туберкулеза вакциной БЦЖ-М. Детям с ВИЧ-инфекцией профилактика туберкулеза не проводится.

Вне зависимости от ВИЧ-статуса дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных женщин, прививаются от полиомиелита только инактивированной вакциной.

Вакцинация против кори, краснухи и паротита ВИЧ-инфицированных детей проводится при отсутствии или умеренной иммуносупрессии.

Рекомбинантные вакцины, анатоксины и инактивированные вакцины ставят при отсутствии выраженного (тяжелого) иммунодефицита.

При снятии подозрений на ВИЧ-инфекцию все вакцины вводятся без ограничений.

Паразитные инвазии

1. Какие категории детей подлежат профилактическому обследованию на лямблиоз?

Ответ

Профилактическому обследованию на лямблиоз подлежат следующие категории детей:

1) дети, посещающие дошкольные образовательные учреждения, и школьники младших классов должны проходить обследование один раз в год при формировании коллектива или после летнего перерыва;

2) дети и подростки, оформляющиеся в дошкольные и другие образовательные учреждения, приюты, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные лагеря, в детские отделения больниц;

3) дети всех возрастов обучающиеся в детских учреждениях закрытого типа и круглосуточного пребывания — при поступлении и 1 раз в год;

4) стационарные больные детских больниц по показаниям.

2. Какие препараты назначаются для стартовой этиотропной терапии лямблиоза у детей?

Ответ

Для стартовой этиотропной терапии лямблиоза у детей подходит одна из следующих схем:

1) «Нифурател» («Макмирор») назначается детям по 15 мг/кг 2 раза в день в течение 7 дней;

2) «Метронидазол» принимают по 500 мг 2 раза в день, дети до 12 лет — 15 мг/кг в сутки в 3 приема в течение 5–7 дней;

3) «Фуразолидон» назначают детям от 3-х лет по 10 мг/кг в сутки в 3–4 приема в течение 7–10 дней.

3. Через какое время проводится контроль эффективности лечения лямблиоза у детей?

Ответ

Контроль эффективности лечения лямблиоза проводится через 10–14 дней после окончания терапии. Критерием эффективности являются два отрицательных результата лабораторных исследований, проведенных с интервалом в 2–3 дня.

4. Назовите возбудителя и опорные клинические проявления энтеробиоза

Ответ

Энтеробиоз — контактный гельминтоз из группы нематодозов, вызываемый острицами (*Enterobius vermicularis*). Основными клиническими проявлениями энтеробиоза являются: зуд в перианальной области, преимущественно в ночное время, диспепсические расстройства в виде боли и урчания в животе, метеоризма, тошноты, рвоты, учащенного кашицеобразного стула иногда с примесью слизи, реже с кровью, тенезмов, возможен скрежет зубами во сне.

5. Назовите методы диагностики энтеробиоза у детей

Ответ

Клинические: наличие характерных симптомов заболевания, таких как упорный зуд в перианальной области, усиливающийся в ночное время.

Эпидемиологические: появление схожих симптомов у лиц, находящихся в близком контакте с ребенком.

Лабораторные: выявление яиц остриц в соскобе с перианальных складок, который производится в утренние часы до дефека-

ции деревянным шпателем, ватным тампоном или при помощи прозрачной липкой полиэтиленовой ленты; исследование необходимо проводить трехкратно с интервалом 7–10 дней.

Визуальные: обнаружение остриц на поверхности кала.

6. Каковы особенности организации лечения энтеробиоза у детей?

Ответ

1) Необходимость в проведении повторных курсов антигельминтной терапии через 2–3 недели в связи с повторяющимся самозаражением.

2) Необходимость в назначении антигельминтных препаратов лицам, из близкого окружения больного (членам семьи, воспитанникам закрытых детских учреждений).

Используется один из антигельминтных препаратов, таких как «Албендазол» — детям старше 2 лет 400 мг однократно, «Мебендазол» — детям старше 2 лет 100 мг однократно, «Пирантел» (250 мг) — детям 3–6 лет 1 таблетка однократно; 6–12 лет — 2 таблетки однократно; старше 12 лет — 3 таблетки однократно.

7. Назовите возбудителя и перечислите основные клинические проявления аскаридоза.

Ответ

Аскаридоз — геогельминтоз из группы нематодозов, возбудителем которого являются круглые черви — аскариды (*Ascaris lumbricoides*). Для ранней фазы аскаридоза характерны токсико-аллергические реакции, проявляющиеся в виде кожного зуда, кашля, высыпаний, иногда субфебрильной температуры, эозинофилии в крови. В поздней фазе преобладают диспепсические явления, характеризующиеся болью в животе, тошнотой, слюнотечением, потерей аппетита, вялостью, сонливостью.

8. Какие препараты используют для лечения аскаридоза у детей?

Ответ

Назначают следующие противогельминтные препараты: «Албендазол», «Мебендазол» или «Пирантел» для эрадикации гельминтов.

Комментарий

«Албендазол» назначают детям старше 6 лет в виде таблеток из расчета 10 мг/кг (от 200 до 300 мг) однократно с небольшим количеством легкоусвояемой пищи. «Мебендазол» назначают детям старше 3-х лет по 100 мг каждые 12 ч. в течение 3 дней.

«Пирантел» назначают вечером во время приема пищи или после него однократно в дозе 10 мг/кг в форме суспензии или в форме таблеток. В форме суспензии детям от 6 месяцев до 2 лет в дозе 2,5 мл (125 мг), от 2 до 6 лет в дозе 5 мл (250 мг). В форме таблеток детям от 3 до 6 лет в дозе 250 мг, от 6 до 12 лет в дозе 500 мг, детям старше 12 лет с массой тела до 75 кг в дозе 750 мг, более 75 кг в дозе 1000 мг.

9. Как проводится дезинвазии предметов обихода, игрушек, белья?

Ответ

Для дезинвазии постельного белья рекомендуется кипячение и проглаживание с обеих сторон. Шерстяные одеяла, ковры, матрацы, пледы, занавески обрабатываются с помощью пылесоса (с обработкой дезинвазионными средствами), подсушиваются и встряхиваются на солнце, проглаживаются горячим утюгом через ветошь. В районах с суровой зимой предметы обихода и белье выносятся в морозные дни на улицу, т. к. яйца остриц погибают при температуре минус 15 °С в течение 40–45 мин. Белье, игрушки и другие вещи подвергаются дезинвазии в дезинфекционной камере. Дезинвазия мягких игрушек и прочих предметов, имеющих шероховатую поверхность, обеспечивается обработкой с помощью пылесоса. Поверхности помещений, раковины, краны, ручки дверей, целлофановые и резиновые игрушки и прочее подвергаются дезинвазии орошением или протиранием средствами, разрешенными к применению.

10. Какие категории детей, подлежат обследованию на малярию?

Ответ

1) дети, прибывшие из эндемичных по малярии местностей или посетившие эндемичные страны в течение последних 3 лет, при повышении температуры или при любом из следующих симптомов на фоне температуры тела выше 37 °С: недомогание, головная

боль, увеличение печени, селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;

2) дети, с установленным диагнозом, лихорадящие в течение 5 дней;

3) дети, с установленным диагнозом, но с продолжающимися периодическими подъемами температуры, несмотря на проводимое специфическое лечение;

4) дети, проживающие в очаге малярии при любом повышении температуры.

11. Какие категории детей подлежат профилактическому осмотру на педикулез и чесотку?

Ответ

Профилактическому осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

1) дети, посещающие дошкольные образовательные организации — ежемесячно;

2) учащиеся общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций — 4 раза в год;

3) учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка — в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) дети, выезжающие на отдых в оздоровительные организации — до отъезда;

5) дети, находящиеся в детской оздоровительной организации — еженедельно;

6) дети, поступающие на стационарное лечение — при поступлении и далее 1 раз в 7 дней.

Заключение

Многообразие окружающего человека микромира, представленного вирусами, риккетсиями, бактериями, простейшими микроорганизмами, является одной из причин возникновения различных инфекционных и паразитарных заболеваний. Микромир динамичен: на смену одних его представителей приходят другие, которые становятся более приспособленными, т. к. вырабатывают механизмы резистентности к антибиотикам и противовирусным препаратам. На этом фоне снижается мотивация людей к вакцинации. Особенность современного времени заключается в появлении новых инфекций (коронавирусная инфекция) и в возвращении старых инфекций (корь, коклюш). Инфекционные болезни поражают людей различных возрастных групп, начиная с периода новорожденности. Из-за этого врачи первичного звена должны быть постоянно настороженны в отношении инфекционных заболеваний, т. к. их своевременная диагностика, изоляция больных и их лечение часто способствуют благоприятному исходу, а мероприятия в отношении контактных лиц снижают распространение инфекций. В приложении приведены выдержки из действующих санитарно-эпидемиологических правил по профилактике инфекционных болезней.

Приложение

ВЫДЕРЖКИ ИЗ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ САНПИН 3.3686–21 «САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ» ОТ 2021 Г.

Профилактика менингококковой инфекции

Мероприятия в очаге ГФМИ. В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ (в том числе, лица, проживающие в одной квартире с заболевшим, соседи по квартире или комнате общежития, обучающиеся и работники организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещал заболевший, иные лица на основании результатов эпидемиологического исследования).

При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ, медицинский работник, проводящий осмотр, организует их немедленную госпитализацию в медицинскую организацию инфекционного профиля.

После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ на основании предписания территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в очаге накладывается карантин сроком на 10 календарных дней.

Лицам, общавшимися с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник проводит экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний (прил. 33 к санитарным правилам).

В очаге лицам, общавшимся с больным ГФМИ, проводится экстренная специфическая профилактика актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора или крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка, экстренную иммунопрофилактику проводят без ее установления многокомпонентными вакцинами. Иммунизация контактных лиц проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины. Проведение химиопрофилактики не является противопоказанием для иммунизации.

В помещениях, в которых находятся лица из числа контактных с больным, дважды в день проводят влажную уборку помещений с применением моющих средств; исключают из обихода мягкие игрушки, игрушки из других материалов ежедневно в конце дня моют горячей водой с моющим средством, проводится проветривание (по 8–10 минут не менее четырех раз в день).

Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность, осуществляют после полного клинического выздоровления.

Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая

Инкубационный период при ветряной оспе составляет от 10 до 21 дня (в среднем 13–17 дней).

О каждом случае заболевания ветряной оспой или опоясывающим лишаем, а также при подозрении на указанные заболевания, медицинский персонал обязан в течение 2 ч. сообщить по телефону, затем в течение 12 ч. направить экстренное извещение в территориальное учреждение федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального госу-

дарственного санитарно-эпидемиологического надзора, по месту выявления больного (независимо от места проживания и временного пребывания больного). Передача сообщений и экстренных извещений может осуществляться с использованием электронных средств связи и специализированных информационных

Изоляция заболевшего ветряной оспой или опоясывающим лишаем завершается по истечении 5 календарных дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи.

Больные с легким течением заболевания изолируются на дому при наличии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства. Госпитализация в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с инфекционными заболеваниями в стационарных условиях, осуществляется по клиническим (тяжелые и среднетяжелые формы заболевания) и эпидемиологическим показаниям.

Эпидемиологическими показаниями для госпитализации являются: невозможность обеспечения изоляции на дому и организации соответствующего противоэпидемического режима; выявление больных в учреждениях с постоянным (круглосуточным) пребыванием детей и взрослых (в том числе в медицинских организациях); выявление больных, проживающих в общежитиях; выявление больных, имеющих неблагоприятные бытовые условия проживания.

Допуск реконвалесцента ветряной оспы или опоясывающего лишая в коллектив разрешается после его клинического выздоровления, но не ранее шестого дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи независимо от наличия вторичных случаев ветряной оспы в очаге. Допуск реконвалесцентов в коллектив разрешается только при наличии справки об отсутствии медицинских противопоказаний для посещения образовательных и иных организаций и осуществления отдельных видов деятельности или учебы от лечащего врача или фельдшера. Диспансерное наблюдение за переболевшими ветряной оспой лицами не проводится.

При наличии среди контактных лиц, не болевших ветряной оспой, не привитых или не получивших заверченный курс вакци-

нации против ветряной оспы, за ними устанавливается медицинское наблюдение сроком в 21 день с момента изоляции последнего заболевшего из очага ВЗВ инфекции.

В качестве меры экстренной профилактики ветряной оспы в отношении лиц, не болевших ветряной оспой и не привитых против нее, контактировавших с больными ветряной оспой или опоясывающим лишаем, используется активная иммунизация (вакцинация).

Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям (в возрасте от 12 мес.) и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72–96 ч. после вероятного контакта с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Для специфической профилактики ветряной оспы применяют живые аттенуированные вакцины.

В дошкольных образовательных организациях, в организациях с круглосуточным пребыванием детей в возрасте до 7 лет, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, на протяжении 21-го календарного дня с момента изоляции последнего заболевшего с диагнозом ветряной оспы администрацией и персоналом организуются и проводятся режимно-ограничительные и дезинфекционные мероприятия.

Для предупреждения врожденной патологии у новорожденных, в отношении беременных женщин, имевших контакт с заболевшим инфекцией, вызванной ВЗВ, медицинской организацией организуются следующие профилактические мероприятия:

- 1) при отсутствии у беременной женщины, контактировавшей с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем, клинических признаков этой инфекции, она подлежит медицинскому наблюдению и серологическому обследованию (первое исследование) до введения иммуноглобулина;
- 2) если при первом исследовании антитела IgG и IgM к вирусу ветряной оспы не обнаружены, беременной женщине необходимо ввести иммуноглобулин и через 10–14 дней повторить обследование на IgM (второе исследование) к ВЗВ для исключения факта инфицирования;

- 3) при отрицательном результате второго исследования на IgM к ВЗВ через 10–14 дней проводится следующее серологическое обследование (третье исследование). Если при третьем исследовании IgM не выявлены, то наблюдение прекращается, но женщина предупреждается о том, что она восприимчива (серонегативна) к ветряной оспе. Прививки против ветряной оспы таким женщинам проводятся после родов и окончания периода лактации.

Вакцинация против ветряной оспы в плановом порядке, в первую очередь показана ранее не болевшим, не привитым или не имеющим завершеного курса иммунизации (привитым однократно) против ветряной оспы детям и взрослым, относящимся к группе высокого риска тяжелого клинического течения и осложнений этой инфекции:

Вакцинация лиц, которым предстоит трансплантация органов, проводится за несколько недель до начала проведения терапии иммунодепрессантами.

Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита

При выявлении очага инфекции в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются вновь и отстраняются лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций или привитые до 21 календарного дня.

Больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) подлежат госпитализации в случаях: тяжелого клинического течения заболевания.

Независимо от формы течения заболевания подлежат госпитализации лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или

взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения (работники медицинских учреждений, общественного питания, торговли, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации) неболевшие и непривитые против этих инфекций.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

- 1) 5 календарных дней с момента появления сыпи при кори;
- 2) 7 календарных дней с момента появления сыпи при краснухе;
- 3) 9 календарных дней при эпидемическом паротите.

Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев заболевания в очаге.

Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение 1 г. жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию.

За лицами, общавшимися с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В очагах кори и эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этих инфекций по эпидемическим показаниям.

Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, без ограничения возраста, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица старше 6 лет, привитые против кори однократно.

Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 ч. с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые или не имеющие сведений о прививках против эпидемического паротита.

Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против кори или эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5-го календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный (далее — иммуноглобулин) в соответствии с инструкцией по его применению.

Контактные лица из очагов кори, краснухи или эпидемического паротита, не привитые и не болевшие указанными инфекциями ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения, указанного в Санитарных правилах.

Беременные женщины, находившиеся в очагах краснушной инфекции, подлежат медицинскому наблюдению и динамическому серологическому обследованию на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врожденных заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводится одновременно со взятием крови у первого больного в очаге.

В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской докумен-

тации, удостоверяемая подписями врача и беременной. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

В случае, если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10–14 календарных дней.

Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM-антитела и IgG-антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10–14 календарных дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением авидности IgG-антител. При подтверждении диагноза (положительные IgM-антитела к вирусу краснухи и низкий индекс авидности IgG) решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции

Обследованию на ЭВИ подлежат лица при наличии у них одного или нескольких из следующих клинических симптомов:

- 1) очаговая неврологическая симптоматика;
- 2) менингеальные симптомы;
- 3) сепсис новорожденных небактериальной природы;
- 4) ящуроподобный синдром (HFMD-экзантема полости рта и конечностей);
- 5) герпангина, афтозный стоматит;
- 6) миокардит;
- 7) геморрагический конъюнктивит;
- 8) увеит;
- 9) миалгия;

10) другие (в том числе респираторный синдром, гастроэнтерит, экзантема при возникновении групповой заболеваемости в детском организованном коллективе).

О каждом случае выявления ЭВИ (или подозрения на ЭВИ) медицинские работники организаций и частнопрактикующие медицинские работники в течение 2-х ч. сообщают по телефону и в течение 12 ч. направляют экстренное извещение установленной формы (№ 058/у) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания (далее — территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор).

Обязательной госпитализации подлежат больные ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание с неврологической симптоматикой (серозный менингит, менингоэнцефалит, вирусные энцефалиты, миелит), а также пациенты с увеитами, геморрагическими конъюнктивитами, миокардитами.

Обязательной изоляции подлежат больные всеми клиническими формами ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание — из организованных коллективов, а также проживающие в общежитиях.

Для исследования отбираются:

- 1) спинномозговая жидкость;
- 2) отделяемое конъюнктивы (мазок);
- 3) отделяемое говезикул;
- 4) кровь;
- 5) биоптаты органов (стерильные типы клинического материала);
- 6) мазок (смыв) из ротоглотки / носоглотки;
- 7) мазок отделяемого язв при герпангине;
- 8) образцы фекалий;
- 9) аутопсийный материал (нестерильные типы клинического материала).

Аутопсийный материал (ткани головного, спинного, продолговатого мозга и варолиева моста, печени, легких, миокарда, лимфоузлы, содержимое кишечника и ткань кишечной стенки, соскоб кожных высыпаний) отбирается при летальном исходе. Доставка клинического материала в лабораторию для исследований с целью установления этиологии возбудителя и его биологических свойств

проводится не позднее 72 ч. с момента отбора проб. Этиологическая расшифровка случаев ЭВИ должна быть проведена не позднее 7-го дня с момента поступления проб в лабораторию.

Медицинскому наблюдению подлежат:

- 1) контактные с больными ЭВИ в организованных коллективах детей, на предприятиях пищевой промышленности и, приравненных к ним, объектах водоснабжения;
- 2) контактные из домашних очагов: дети дошкольного возраста и взрослые из категории лиц, работающих в учреждениях, организациях, характер деятельности которых связан с производством, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, с воспитанием и обучением детей, обслуживанием больных, с коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

Медицинское наблюдение контактных осуществляется ежедневно с внесением результатов осмотра в соответствующие медицинские документы (листы наблюдений).

Длительность медицинского наблюдения за контактными в очаге с момента изоляции последнего заболевшего ЭВИ составляет 10 дней при регистрации легких форм ЭВИ (при отсутствии явных признаках поражения нервной системы): энтеровирусная лихорадка, эпидемическая миалгия, герпетическая ангина и другие; 20 дней при регистрации форм ЭВИ с поражением нервной системы.

После изоляции больного ЭВИ (или лица с подозрением на это заболевание) в детском организованном коллективе проводятся ограничительные мероприятия: в течение 10 дней при регистрации легких форм ЭВИ (без признаков поражения нервной системы); в течение 20 дней при регистрации форм ЭВИ с поражением нервной системы.

Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций

Госпитализации подлежат больные с признаками гриппа и ОРВИ:

- 1) с тяжелым или среднетяжелым течением заболевания;
- 2) посещающие детские организации с постоянным пребыванием детей;
- 3) проживающие в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды.

В очагах гриппа и ОРВИ в дошкольных образовательных организациях медицинский персонал ежедневно в течение 7 дней после изоляции последнего больного гриппом и ОРВИ проводит осмотры детей, общавшихся с больным гриппом и ОРВИ, с обязательной термометрией 2 раза в день и осмотром зева. Результаты обследования регистрируются в установленном порядке. Для персонала групп с установленным медицинским наблюдением обязательно соблюдение масочного режима со сменой масок каждые 3–4 часа работы. Персонал с признаками заболевания гриппа и ОРВИ не допускается к работе с детьми. В детский коллектив персонал допускается только после клинического выздоровления, но не ранее 7 дней с момента появления симптомов заболевания.

В случае возникновения очага заболевания гриппом или ОРВИ в родильных домах, в том числе с отдельным содержанием новорожденных и матерей, а также в отделениях новорожденных (II этапа выхаживания) больные дети и матери изолируются в индивидуальные боксы (изоляторы) с отдельным обслуживающим персоналом, а затем в детский инфекционный стационар. Новорожденным в очаге проводится экстренная неспецифическая профилактика.

Иммунопрофилактика против гриппа осуществляется в соответствии с нормативными документами.

Вакцинации против гриппа в предэпидемический период в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого

риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- 1) лица старше 60 лет, прежде всего проживающие в учреждениях социального обеспечения;
- 2) лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ (ожирение), болезнями системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), хроническими заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма), хроническими заболеваниями печени и почек;
- 3) беременные женщины (только инактивированными вакцинами);
- 4) лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;
- 5) дети старше 6 мес., дети, посещающие дошкольные образовательные организации или находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);
- 6) школьники;
- 7) медицинские работники;
- 8) работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;
- 9) воинские контингенты.

Для специфической профилактики гриппа используются живые, инактивированные, в том числе расщепленные и субъединичные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, приготовленные из эпидемически актуальных штаммов вируса (как правило, относящихся к подтипам А (H1N1), А (H3N2), В и рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения на основании анализа антигенных и генетических свойств циркулирующих вирусов), зарегистрированные на территории Российской Федерации.

Профилактика коклюша

Госпитализации подлежат по клиническим показаниям:

- 1) дети первых 6 мес. жизни;
- 2) дети старше 6 мес. с выраженной тяжестью течения болезни, измененным преморбидным состоянием, сопутствующими заболеваниями (перинатальная энцефалопатия, судорожный синдром, глубокая недоношенность, гипотрофия II–III степени, врожденный порок сердца, бронхиальная астма), одно временным протеканием коклюша и острых респираторных вирусных, а также других инфекций, осложнениями коклюшной инфекции (пневмония, энцефалопатия, энцефалит, под-кожная эмфизема, пневмоторакс);
- 3) взрослые с осложненным течением.

По эпидемическим показаниям:

- 1) дети из образовательных организаций с круглосуточным пребыванием детей, домов ребенка, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- 2) проживающие в общежитиях (по показаниям).

В первые 3 дня поступления больного в стационар, независимо от назначения антибиотиков, в сроки, не превышающие 3 недели от начала заболевания, проводят двукратное бактериологическое обследование на наличие возбудителя коклюша и (или) однократное молекулярно-генетическое исследование. В случаях поступления больного в стационар на 4-й или 5-й неделе проводят серологическое (ИФА) и молекулярно-генетическое исследования. Все больные коклюшем (дети и взрослые), выявленные в детских больницах, родильных домах, домах ребенка, дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подлежат изоляции сроком на 25 дней от начала заболевания.

Бактериологическое обследование переболевших коклюшем после лечения не проводят, кроме детей, госпитализированных из домов ребенка, общеобразовательных организаций с круглосуточным пребыванием детей, специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, при наличии 2 отрицательных результатов бактериологического исследования.

Общавшиеся с больным коклюшем дети в возрасте до 14 лет при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, подлежат отстранению от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического и (или) одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

В семейных (в семьях, где есть больные коклюшем) очагах за контактными детьми устанавливают медицинское наблюдение в течение 14 дней. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или с интервалом один день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования.

Взрослые, работающие в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства/работы, при наличии кашля подлежат отстранению от работы. Их допускают к работе после получения двух отрицательных результатов бактериологического (два дня подряд или с интервалом один день) или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

За лицами, общавшимися с больными коклюшем в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрыто-

го типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 дней с момента прекращения общения.

В дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях) при появлении вторичных случаев заболевания медицинское наблюдение осуществляется до 21 дня с момента изоляции последнего заболевшего.

Новорожденным в родильных домах, детям первых 3 мес. жизни и непривитым детям в возрасте до 1 г., имевшим контакт с больным коклюшем, вводится внутримышечно нормальный иммуноглобулин человека в соответствии с инструкцией к препарату.

Основным методом профилактики и защиты населения от коклюша является вакцинопрофилактика.

Иммунизация населения против коклюша проводится в рамках «Национального календаря профилактических прививок».

Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции

Обязательной госпитализации подлежат больные:

- 1) с тяжелыми и среднетяжелыми формами инфекции;
- 2) дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории, организации отдыха и оздоровления и другие);
- 3) из семей, где имеются дети в возрасте до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной;
- 4) при невозможности осуществления изоляции и надлежащего ухода за ними на дому;

- 5) из семей, где имеются лица, работающие в детских дошкольных образовательных организациях, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях при невозможности их изоляции от больного.

Выписка больного скарлатиной из стационара осуществляется после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания.

Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые 2 класса общеобразовательной организации, переболевшие скарлатиной, допускаются в эти организации через 12 дней после клинического выздоровления.

Больные ангинами из очага скарлатины, выявленные в течение 7 дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускаются в вышеперечисленные организации в течение 22 дней от начала заболевания.

За лицами, переболевшими скарлатиной и ангиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного мес. после выписки из стационара. Через 7–10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям — электрокардиограмма. Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы переболевшие лица снимаются с диспансерного учета.

При регистрации заболевания скарлатиной в дошкольной образовательной организации в группе, где выявлен больной, вводятся ограничительные мероприятия сроком на 7 дней с момента изоляции последнего больного.

Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые два класса общеобразовательной организации, ранее не болевшие скарлатиной и общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, не допускаются в эти организации в течение 7 дней с момента последнего общения с больным. Если больной не госпитализирован, дети, общавшиеся с ним, допускаются в детскую организацию после 17 дней от начала контакта и обязательного медицинского.

При регистрации случая скарлатины в общеобразовательной организации ограничительные мероприятия не проводятся.

При регистрации случая скарлатины среди учеников 1–3-х классов после изоляции больного ежедневно проводится медицинский осмотр (зев, кожные покровы и других) контактировавших с больными детей. При выявлении у детей острых респираторных поражений (ангина, фарингит и других) их отстраняют от занятий с уведомлением участкового врача. Детей, переболевших ангиной и фарингитом, ежедневно в течение 15 дней от начала болезни осматривают на наличие шелушения кожных покровов на ладонях для ретроспективного подтверждения скарлатины.

Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Профилактика дифтерии

Больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии должны быть госпитализированы в специализированные отделения инфекционных больниц.

В день поступления в стационар и затем в течение 2-х дней подряд независимо от назначения антибиотиков проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии.

У каждого привитого ребенка или взрослого, заболевшего дифтерией, в первые 5 дней от начала заболевания и до начала введения противодифтерийной сыворотки (ПДС) должна быть взята кровь для серологического исследования на наличие дифтерийных и столбнячных антител с целью верификации прививочного анамнеза.

Если кровь заболевшего не взята до начала лечения ПДС, наличие антител в ней определяется через 2–3 мес. после введения сыворотки.

Выписка больного дифтерией должна проводиться после полного клинического выздоровления и двукратного бактериологи-

ческого обследования на наличие возбудителя дифтерии с отрицательным результатом. Больного обследуют с интервалом 1–2 дня и не ранее 3 дней после отмены антибиотиков.

В день поступления носителя токсигенных коринебактерий дифтерии в стационар и затем в течение 2 дней подряд до назначения антибиотиков проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии. При получении 2 отрицательных результатов обследования носителя токсигенных коринебактерий дифтерии при поступлении в стационар, его выписывают и назначают лечение хронической патологии носоглотки и ротовой полости.

В случае положительного результата бактериологического обследования носителю токсигенных коринебактерий дифтерии назначают курс антибиотиков. Выписка носителя токсигенных коринебактерий дифтерии осуществляется после двукратного бактериологического обследования с отрицательным результатом. Обследование проводится с интервалом 1–2 дня и не ранее 3 дней после отмены антибиотиков.

За лицами, общавшимися с больным дифтерией, лицами с подозрением на это заболевание, носителями токсигенных коринебактерий дифтерии устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром зева и термометрией в течение 7 дней с момента изоляции источника

Лица из очага инфекции должны быть однократно обследованы бактериологически и осмотрены в течение первых 3 дней врачом-отоларингологом.

Заболевание дифтерией любой формы у непривитых детей и подростков расценивается как первая вакцинация, у получивших до заболевания одну прививку — как вторая вакцинация. Дальнейшие прививки проводятся согласно действующему календарю профилактических прививок.

Взрослые, переболевшие дифтерией в легкой форме, дополнительной прививке против дифтерии не подлежат. Ревакцинацию им следует провести через 10 лет.

Взрослые, перенесшие тяжелые формы дифтерии (токсические), должны быть привиты двукратно против дифтерии, но не ра-

нее 6 мес. после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

Профилактика вирусного гепатита В

Все переболевшие острыми формами гепатита В (ОГВ) и больные хроническими вирусными гепатитами (ХГВ) подлежат обязательному диспансерному наблюдению в ЛПУ по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре. Первый контрольный осмотр проводят не позднее чем через 1 мес. после выписки из стационара.

Лица, перенесшие ОГВ, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 6 мес. Клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 мес. после выписки из стационара.

Заключительная дезинфекция в очагах вирусного гепатита В (острых, латентных и хронических форм) проводится в случае госпитализации больного в стационар, его смерти, переезде на другое место жительства, выздоровлении.

Обработка проводится дезинфицирующими средствами, обладающими вирулицидным, активным в отношении ВГВ действием, и разрешенными к применению в установленном порядке.

В очагах ОГВ за лицами, общавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 6 мес. с момента госпитализации больного. Осмотр врачом проводится 1 раз в 2 мес. с определением активности АЛТ и выявлением HBsAg, анти-HBs.

Контактные лица в очагах ХГВ подлежат медицинскому осмотру и выявлению HBsAg и анти-HBs.

Ведущим мероприятием в профилактике гепатита В является вакцинопрофилактика; вакцинация населения против гепатита В проводится в соответствии с «Национальным календарем профилактических прививок».

Профилактика ротавирусной и норовирусной инфекции

Медицинская организация, выявившая больного или носителя возбудителей ОКИ (в том числе при изменении диагноза), обязана принять меры по изоляции больного и направить экстренное извещение в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Лица с симптомами ОКИ подлежат изоляции.

Госпитализация выявленных больных (больных с подозрением на ОКИ) и носителей возбудителей ОКИ осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и среднетяжелыми формами ОКИ у детей в возрасте до 2 лет и у детей с отягощенным преморбидным фоном, больные всех возрастов с наличием сопутствующих заболеваний, больные затяжными и хроническими (при обострении) формами болезни, больные ОКИ различными формами при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (выявления больного), больные ОКИ из числа декретированного контингента, больные ОКИ различных возрастов, находящиеся в учреждениях закрытого типа.

Обязательному лабораторному обследованию на ОКИ подлежат выявленные больные лица, общавшиеся с больными, лица из числа декретированного контингента.

Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах (контактные лица), проводится медицинскими работниками по месту жительства или по месту работы контактного лица.

За контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту, детьми, посещающими детские дошкольные организации и летние оздоровительные организации, медицинское наблюдение осуществляется не только по месту жительства, но и по месту работы (учебы, отдыха).

Длительность медицинского наблюдения составляет 7 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.

Лицам, подвергшимся риску заражения, может проводиться экстренная профилактика с назначением бактериофагов, иммуномодуляторов, противовирусных и антибактериальных средств в соответствии с инструкцией по применению препаратов.

При наличии вакцин против возбудителя инфекции может проводиться иммунизация лиц, подвергшихся риску заражения, или определенных контингентов из числа декретированных групп.

При оформлении лиц на стационарное лечение в больницы (отделения) психоневрологического (психосоматического) профиля, дома престарелых, интернаты для лиц с хроническими психическими заболеваниями и поражением центральной нервной системы, в другие типы закрытых организаций с круглосуточным пребыванием проводится однократное бактериологическое обследование на наличие микроорганизмов рода шигелл и сальмонелл (*Shigella* spp. и *Salmonella* spp). Однократное обследование проводится также при переводе больных в учреждения психоневрологического (психосоматического) профиля.

Однократному лабораторному обследованию с целью определения возбудителей острых кишечных инфекций бактериальной и вирусной этиологии в оздоровительных организациях для детей перед началом оздоровительного сезона (также при поступлении на работу в течение оздоровительного сезона) подлежат: сотрудники, поступающие на работу на пищеблоки и стрые кишеничные инфекции; сотрудники деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой, реализацией пищевых продуктов и питьевой воды; лица, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений

Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации

Обследованию на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат: дети, посещающие дошкольные образовательные организации, персонал дошкольных образовательных

организаций, учащиеся младших классов, дети, подростки, декретированные и приравненные к ним группы населения при диспансеризации и профилактических осмотрах; дети, подростки по эпидемическим показаниям; дети и подростки, оформляющиеся в организации, осуществляющие образовательную деятельность, организации для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации, в детские отделения больниц; дети всех возрастов детских организаций закрытого типа и круглогодичного пребывания, пациенты детских и взрослых поликлиник и больниц по клиническим показаниям, лица, общавшиеся с больными.

Обследованию на малярию подлежат:

- 1) лица, прибывшие из эндемичных по малярии местностей или посетившие эндемичные страны в течение последних трех лет, при повышении температуры, с любым из следующих симптомов на фоне температуры тела выше 37 °С: увеличение печени, селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;
- 2) лица с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение 5 дней.

В случае выявления больного с симптомами, соответствующими клинике трихинеллеза, врач (фельдшер) обязан собрать эпидемиологический анамнез и зарегистрировать данные в медицинской карте больного. При выявлении больного трихинеллезом или лиц с подозрением на заболевание руководитель медицинской организации обязан в течение 2 ч. сообщить об этом по телефону и, в течение 12 ч. направить экстренное извещение в территориальный орган Роспотребнадзора. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 ч. подает новое экстренное извещение на больного трихинеллезом в территориальный орган Роспотребнадзора.

Основными гельминтозами, передающимися через рыбу, ракообразных, моллюсков и продукты их переработки, являются опи-

сторхозы, дифиллоботриозы, анизакидоз, спарганоз, нанофиетоз, метагонимоз, парагонимоз.

Диагноз описторхоза устанавливается на основании выявления в фекалиях яиц описторхов методами седиментации или обнаружением яиц возбудителя при микроскопии дуоденального содержимого. В острой стадии описторхоза используют иммуноферментный анализ с целью выявления специфических антител класса М.

Возбудителем дифиллоботриоза человека являются лентецы: широкий (*Diphyllobotrium latum*) и дальневосточный (*D. Dendriticum*). Диагноз устанавливается на основании паразитологического исследования стробилы гельминта, обнаружения яиц дифиллоботриид в кале или материале из перианальных складок.

Рыба практически любых видов, пресноводные и морские ракообразные, а также земноводные и пресмыкающиеся являются потенциальными источниками заражения человека, редко встречающимися паразитогами (парагонимоз, нанофиетоз, анизакидоз, метагонимоз, спарганоз).

Наибольшее эпидемиологическое значение имеют виды рыб семейства карповых: язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ, зараженность которых личинками описторхисов достигает 60–100 %.

Мероприятия по профилактике эхинококкозов

Эхинококкозы человека вызываются паразитированием в тканях и органах личиночных стадий цестод рода эхинококков (*Echinococcus*), из которых наиболее значимыми являются, возбудитель эхинококкоза однокамерного, эхинококк однокамерный (*Echinococcus granulosus*) и, возбудитель альвеококкоза (эхинококкоза многокамерного), эхинококк многокамерный (*Echinococcus multilocularis*). Инвазия характеризуется длительным хроническим течением, тяжелыми органными и системными нарушениями, обширностью поражения внутренних органов и тканей, приводящими к инвалидности и даже к гибели больного. После заражения заболевание длительное время протекает бессимптомно.

Обязательными методами обследования больных с подозрением на эхинококкозы являются ультразвуковые и рентгенологические методы обследования, используют серологические методы с целью выявления специфических антител к возбудителям эхинококкозов.

Мероприятия по профилактике дирофиляриоза

Дирофиляриозы водят в группу филяриатозов и являются единственными в умеренном климате гельминтозами с трансмиссивным путем передачи. Возбудители: *Dirofilaria repens* (возбудитель подкожного дирофиляриоза), *Dirofilaria immitis* (возбудитель висцерально-го, плеврального дирофиляриоза). Окончательные хозяева дирофилярий — плотоядные животные семейств псовых, кошачьих, виверровых. Основными источниками инвазии для человека служат зараженные домашние собаки, редко кошки. Передача и распространение дирофиляриоза осуществляется комарами родов *Aedes*, *Culex* и *Anopheles*. Человек является факультативным хозяином. Диагноз устанавливают клинически при визуализации подвижного паразита под кожей больного или же при морфологическом исследовании биологического материала после оперативного удаления гельминта.

Мероприятия по профилактике геогельминтозов

Геогельминтозы представляют собой группа гельминтозов, у возбудителей которых созревание яиц проходит в почве. Заражение ими происходит при заглатывании инвазионных яиц окончательными хозяевами. Наиболее актуальными являются: аскаридоз (*Ascaris lumbricoides*), трихоцефалез (*Trichocephalus trichiurus*), токсокароз (*Toxocara canis*, *Toxocara cati*).

Диагноз устанавливают на основании выявления в кале методами флотации или седиментации яиц паразитов, а также по факту отхождения аскарид. Клинические проявления токсокароза неспецифичны и варьируют от бессимптомных и скрытых форм

до манифестных. Критериями диагноза являются данные лабораторных исследований: эозинофилия, лейкоцитоз, выявление специфических антител в серологических реакциях.

Мероприятия по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза

Группа контагиозных антропонозных гельминтозов. Возбудителем энтеробиоза является *Enterobius vermicularis*, гименолепидоза — *Hymenolepis nana*. Распространены повсеместно, особенно в регионах с сухим теплым климатом, неблагоприятными социально-экономическими условиями и низким уровнем санитарно-гигиенической культуры. Основным источником заражения является инвазированный человек, выделяющий инвазионные яйца паразитов. Заражение здорового человека происходит при заглатывании яиц гельминтов (фекально-оральный механизм передачи); факторами передачи являются руки, обсемененные яйцами гельминтов, предметы обихода, игрушки, продукты питания, объекты окружающей среды (почва, вода). Инвазия энтеробиоза и гименолепидоза характеризуется аллергическими, диспептическими явлениями, нередко протекает бессимптомно. Для энтеробиоза характерен перианальный зуд. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений, эпидемиологического анамнеза (выявление факта заболевания гельминтозом у членов семьи, других детей в школе или детском саду), обнаружения яиц остриц в материале из перианальных складок и яиц карликового цепня в фекалиях при исследовании методами седиментации, флотации.

Обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат:

- 1) воспитанники дошкольных образовательных организаций;
- 2) работники дошкольных образовательных организаций;
- 3) учащиеся младших классов (с 1-го по 4-й класс);
- 4) дети, подростки, декретированные группы населения по эпидемическим показаниям и при диспансеризации и профилактических осмотрах;

- 5) дети, при оформлении в дошкольные образовательные организации, организации для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;
- 6) амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
- 7) лица, контактировавшие с больным или паразитоносителем;
- 8) лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.

Дети, инвазированные острицами и карликовым цепнем, не допускаются в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

Контрольное обследование больных энтеробиозом проводят трехкратно с интервалом в 1–2 календарных дня. Первое контрольное обследование проводят через 6–7 календарных дней после окончания курса лечения. Первое контрольное обследование больных гименолепидозом проводят через две недели после лечения, а затем ежемесячно в течение 6 мес.

Мероприятия по профилактике кишечных протозоозов (лямблиоз, амебиаз, криптоспоридиоз, балантидиаз, бластоцистоз и другие)

Большинство кишечных протозойных заболеваний, за исключением балантидиаза и криптоспоридиоза, являются антропонозными инфекциями. Источник заражения кишечными простейшими возбудитель лямблиоза (*Lambliia intestinalis*) и возбудитель амебиаза (*Entamoeba histolytic*) — человек. Наибольшую эпидемическую опасность, в качестве источника инфекции, представляют больные хроническими формами протозоозов в период между рецидивами и здоровые носители. Балантидиаз — зоонозная инвазия, основным источником заражения которой являются свиньи.

В организме человека и животных возбудители кишечных протозоозов паразитируют в вегетативных формах. Попадая во внеш-

ную среду, они формируют цистные формы, способные сохранять жизнеспособность в течение нескольких недель, а иногда и нескольких месяцев.

Клинические проявления чаще всего сопровождаются диспептическими симптомами и варьируют от легких и бессимптомных форм (лямблиоз, криптоспоририоз) до тяжелых язвенно-некротических форм колита (амебиаз, балантидиаз). Диагноз устанавливают на основании обнаружения в фекалиях или биоптатах двенадцатиперстной или толстой кишок трофозоитов возбудителей методом нативного мазка или цист или ооцист простейших в окрашенных мазках или при исследовании методами седиментации.

Запрещается допуск в дошкольные образовательные организации детей, инвазированных кишечными протозоозами, на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

Требования к мероприятиям по профилактике заболеваний, вызванных членистоногими

Среди паразитов кожи человека эпидемиологическое значение имеют клещ *Sarcoptes scabiei* (возбудитель чесотки), возбудители педикулеза — головная вошь (*Pediculus humanus capitis*), платяная вошь (*Pediculus humanus corporis*) и лобковая вошь (*Phthyrus pubis*). Распространены повсеместно, клинически проявляются кожным зудом, расчесами в местах локализации паразитов. Диагноз устанавливают на основании паразитологического исследования материала из соскобов кожных покровов (при чесотке) или самих паразитов (при инвазии вшами).

Мероприятия по профилактике педикулеза и чесотки включают плановые осмотры населения на педикулез.

Осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

- 1) воспитанники дошкольных образовательных организаций — ежемесячно;
- 2) обучающиеся, по образовательным программам начального общего образования — ежемесячно;

- 3) обучающиеся по образовательным программам основного общего образования и среднего общего образования — после каждых каникул и ежемесячно выборочно 4–5-х классов;
- 4) студенты профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования — 4 раза в год;
- 5) воспитанники организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей — еженедельно;
- 6) дети, выезжающие на отдых в оздоровительные организации — до отъезда;
- 7) дети, находящиеся в детской оздоровительной организации — еженедельно;
- 8) больные, поступающие на стационарное лечение — при поступлении и далее 1 раз в 7 календарных дней;
- 9) лица, находящиеся в организациях системы социального обеспечения — 2 раза в мес.;
- 10) амбулаторные больные — при обращении;
- 11) работники организаций — при проведении диспансеризации и профилактических осмотров.

При поступлении детей в организованный детский коллектив проводится осмотр на педикулез и чесотку.

Детей, пораженных педикулезом, направляют для санации с отстранением от посещения организованного детского коллектива. Допуск детей в организованный детский коллектив после санации разрешается только при наличии медицинской справки об отсутствии педикулеза.

Учащихся общеобразовательных организаций при обнаружении педикулеза на время проведения лечения отстраняют от посещения организации. Допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность разрешается после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей медицинской справкой.

За лицами, контактировавшими с больным педикулезом, устанавливают медицинское наблюдение сроком на 1 мес. с проведе-

нием 1-го осмотра в 10 календарных дней с занесением результатов осмотра в журнал.

При обнаружении чесотки у детей, посещающих дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации, престарелых, инвалидов, лиц, проживающих в общежитиях, членов многодетных семей, мигрантов, лиц без определенного места жительства проводят обработку (в том числе нательного и постельного белья) по заявкам организаций и лиц. Дезинфекционные обработки проводят организации, имеющие лицензию на данный вид деятельности.

Лица, у которых выявлены лобковые вши, направляются в кожно-венерологический диспансер по месту жительства с целью подтверждения диагноза и проведения комплекса противоэпидемических мероприятий.

Детей дошкольного и школьного возраста при обнаружении чесотки отстраняют от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций на время проведения лечения. Допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность разрешается только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей медицинской справкой.

Мероприятия по профилактике демодекоза

Демодекоз представляет собой паразитарную инвазию, вызываемую паразитированием условно-патогенного клеща — железницы угревой (*Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*). Преимущественно клещ локализуется на лице: веки, кожа лица, область надбровных дуг, лоб, носогубные складки и подбородок, наружный слуховой проход. Диагноз устанавливают на основании обнаружения клеща и его яиц в соскобе с кожи лица или секрете сальных желез.

Профилактические мероприятия включают:

- 1) соблюдение общих гигиенических норм (парикмахерские, косметологические кабинеты, бани, сауны, бассейны, аквапарки и другие);

- 2) соблюдение правил личной гигиены при уходе за кожей лица и глазами;
- 3) обследование на демодекоз групп риска: работников медицинских организаций (сотрудники клинико-диагностических лабораторий, окулисты, дерматологи и другие), парикмахеров, косметологов.

Противоэпидемические мероприятия:

- 1) выявление больных или паразитоносителей при медицинских осмотрах, по эпидпоказаниям или при обращении в медицинские организации;
- 2) проведение обеззараживания от возбудителей демодекоза оборудования, материалов, рабочих поверхностей в парикмахерских, косметологических кабинетах и других;
- 3) контроль за обработкой оборудования, материалов, рабочих поверхностей в помещениях бань, саун, парикмахерских, косметологических кабинетов и других в соответствии с действующими требованиями.

Список использованной литературы

1. О внесении изменений в приложения № 1 и № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» : приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 апреля 2017 г. № 175 н. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
2. Свиной грипп: схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа А/Н1N1 : информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 августа 2009 г. № 24-0/10/1-5039. М. : Проспект, 2009. 16 с.
3. СанПиН «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая» от 5 февраля 2018 №3.1.3525-18 : утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 5 февраля 2018 г. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
4. СанПиН «Профилактика вирусного гепатита В» от 28 февраля 2008 №3.1.1.2341-08 // Российская газета, 2008. URL: <http://www.rg.ru/2008/04/05/gepatit-pravila-dok.html> (дата обращения : 12.02.2023).
5. СанПиН «Профилактика вирусного гепатита С» от 22 октября 2013 №3.1.3112-13 : утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 22 октября 2013 г. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

6. СанПиН «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций» от 18 ноября 2013 г. №3.1.2.3117-13 // Российская газета, 20014. URL: <http://www.rg.ru/2014/04/18/gripp-dok.html> (дата обращения : 12.02.2023).

7. СанПиН «Профилактика дифтерии» от 9 октября 2013 г. №3.1.2.3109-13 // Российская газета, 2014. URL: <http://www.rg.ru/2014/05/28/onishenko-dok.html> (дата обращения : 12.02.2023).

8. СанПиН «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» от 28 июля 2011 г. №3.1.2.952-11 // Российская газета, 2011. URL: <http://www.rg.ru/2011/12/09/kor-dok.html> (дата обращения : 12.02.2023).

9. СанПиН «Профилактика менингококковой инфекции» от 29 декабря 2006 г. №3.1.2.2512-09. : утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 5 декабря 2017 г. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

10. СанПиН «Профилактика острых кишечных инфекций» от 5 декабря 2017 №3.1.1.3108-13. : утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 5 декабря 2017 г. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

11. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным инфекционным мононуклеозом : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2013. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/a6816d03-b0d9-4d37-9b09-540f48e3ed43.pdf> (дата обращения : 12.02.2023).

12. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным энтеробиозом. : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2014. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/7776967b-05f3-4064-a999-f7cfa64e553b.pdf> (дата обращения : 12.09.2023).

13. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным токсокарозом : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2014. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/e79ef629-4307-491b-953a-4f83fc6ff964.pdf> (дата обращения : 12.02.2023).

14. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным аскаридозом : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2014. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/c6402c68-68be-436b-943f-968f21918e1a.pdf> (дата обращения : 12.09.2023).

15. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным сальмонеллезом : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2013. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/6501246b-27f5-4d17-964d-7dc4defb8b43.pdf> (дата обращения : 12.09.2023).

16. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным коклюшем : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2013. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/15a8a3b6-1802-4c93-8a5c-1aaaa2ea2fa6.pdf> (дата обращения : 12.09.2023).

17. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным скарлатиной : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2013. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/6023f9a9-0993-4e07-a4b8-742985c407c8.pdf> (дата обращения : 21.10.2023).

18. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным гриппом : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2013. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/cd4b4cf7-5848-45fa-a888-1d6b55f198bf.pdf> (дата обращения : 21.10.2023).

19. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным парагриппом : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2013. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/755fad9f-cf0a-424d-9235-4c6fdb461367.pdf> (дата обращения : 21.10.2023).

20. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным ротавирусной инфекцией : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/91e2802d-ed31-40a1-b32b-c888f12c196c.pdf> (дата обращения : 21.10.2023).

21. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным корью : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/eed9b132-1dc0-4adc-8833-092e5e36fa66.pdf> (дата обращения : 12.09.2023).

22. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит) : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf> (дата обращения : 12.09.2023).

23. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным острым вирусным гепатитом А : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/11f97f82-a8ba-49e6-baf1-18cf5f3d0240.pdf> (дата обращения : 21.10.2023).

24. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным менингококковой инфекцией : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2014. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/e3e1899f-a522-4aa4-acd2-f28dedca3bc0.pdf> (дата обращения : 21.10.2023).

25. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным ветряной оспой : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/34a0605d-16f6-4127-b4d3-676dd0f17dd7.pdf> (дата обращения : 12.02.2023).

26. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным цитомегаловирусной инфекцией : утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. URL: <http://niidi.ru/dotAsset/e16b678a-c3fc-4af2-ba33-0ea0a14e5d24.pdf> (дата обращения : 12.02.2023).

27. Клинические рекомендации Минздрава России. Менингококковая инфекция у детей, 2023 г. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/gesomend>, (дата обращения : 05.12.2023).

28. Клинические рекомендации Минздрава России. Сальмонеллез у детей, 2021 г. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> > recommend (дата обращения : 05.12.2023).

29. Клинические рекомендации Минздрава России. Ротавирусный гастроэнтерит у детей, 2023 г. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> > recommend (дата обращения : 05.12.2023).

30. Клинические рекомендации Минздрава России, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей, 2022 г. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> > recommend, (дата обращения : 05.12.2023).

31. Клинические рекомендации Минздрава России. Аскаридоз у детей, 2021 г. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru> > recommend (дата обращения : 05.12.2023).

32. Детские болезни : учебник / под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. URL: <http://www.studentlibrary.ru>. (дата обращения : 12.02.2023).

33. Воротынцева Н. В., Мазанкова Н. В. Острые кишечные инфекции у детей. М. : Медицина, 2001. 480 с.

34. Клинические рекомендации по диагностике и профилактике полиомиелита у детей / В. И. Гузева [и др.]. // Детская неврология, вып. 2 : клинические рекомендации. М. : МК, 2014. С. 281–300.

35. Экзантематозные инфекции у детей. Лекции для врачей интернов / В. Н. Дроздов [и др.]. М. : Медицинская книга, 2005. 217 с.

36. Антивирусные препараты в практике педиатра : справ. практикующего врача / Ф. И. Ершов, М. Г. Романцов, И. Ю. Мельникова. 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 340 с.

37. Исаков В.А. Воронин Е.Е., Фомин Ю. А. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей. СПб. : СпецЛит, 2006. 303 с.

38. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей / В.А. Исаков [и др.]. СПб. : СпецЛит, 2013. 670 с.

39. Инфекционные болезни у детей : учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / под ред. В. Н. Тимченко. 4-е изд., испр. и доп. СПб. : СпецЛит, 2012. 623 с.

40. Корь // Информационный бюллетень. 2015. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru> (дата обращения : 12.02.2023).
41. Герпетические инфекции у детей : учебное пособие / отв. ред. А. У. Сабитов; сост. Е. И. Краснова [и др.] Екатеринбург : ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, 2014. 114 с.
42. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин [и др.]. СПб. : СпецЛит, 2015. 398 с.
43. Иксодовые клещевые боррелиозы (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика) : методические рекомендации для врачей / Ю. В. Лобзин, А. Н. Усков [и др.]. М. : Росздрав, 2007. 46 с.
44. Руководство по инфекционным болезням. В 2 кн. 2. / под ред. Ю. В. Лобзина, К. В. Жданова. — 4-е изд., доп. и перераб. СПб. : Фолиант, 2011. 744 с.
45. Мелехина Е. В., Горелов А. В. Инфекция, вызванная вирусом герпеса 6 А/В у детей : руководство для врачей. М. : Династия, 2023. 223 с.
46. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) : руководство для врачей / Под ред. В. П. Сергиева, Ю. В. Лобзина, С. С. Козлова. СПб. : Фолиант, 2008. 592 с.
47. Нейроинфекции у детей: коллективная монография / под ред. Н. В. Скрипченко. СПб. : Тактик-Студио, 2015. 856 с.
48. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под редакцией Л. С. Страчунского [и др.]. М., 2002. 381 с.
49. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / В. И. Покровский [и др.]. 3-е изд., испр. и доп. М. : ГЭОТАР Медиа, 2013. 1008 с.
50. Рахманова А. Г., Воронин Е. Е., Фомин Ю. А. ВИЧ-инфекция у детей. СПб. : Питер, 2003. 448 с.
51. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей : учебно-методическое пособие / сост. А. У. Сабитов, Е. И. Краснова. Екатеринбург : УГМА, 2011. 57 с.

52. Лимфаденопатия и лимфаденит у детей: диагностика и лечение / М. С. Савенкова [и др.] // Трудный пациент. 2008. Т. 6, № 12. С. 5–9.

53. Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Руководство по клинической вакцинологии: руководство для врачей. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 592 с.

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

55. Скрипченко Н. В., Команцев В. Н. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей : руководство для врачей. М. : Медицина, 2006. 560 с.

56. Инфекционные болезни с поражением кожи : руководство / Ю. П. Финогеев [и др.]; под ред. Ю. В. Лобзина. СПб. : Фолиант, 2003. 240 с.



Авторы:

А. У. Сабитов — завкафедрой инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

А. А. Шарова — доцент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук.

Ю. Б. Хаманова — доцент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент.

А. И. Ольховиков — профессор кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Е. И. Краснова — доцент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент.

П. Л. Кузнецов — доцент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент.

О. А. Чеснакова — ассистент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук.

Д. А. Солдатов — ассистент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Д. В. Данилушкин — ассистент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

К. Р. Муллагалиева — ассистент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.