

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU***

**CATEDRA BOLI INFECȚIOASE**

**FACULTATEA DE EDUCAȚIE CONTINUĂ  
ÎN MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**BOLI INFECȚIOASE LA COPII**

**GHID**

**PENTRU STUDENȚI ȘI REZIDENȚI**

**Chișinău 2015**

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU***

**CATEDRA BOLI INFECȚIOASE  
FACULTATEA DE EDUCAȚIE CONTINUĂ  
ÎN MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**BOLI INFECȚIOASE LA COPII**

Ghid pentru studenți și rezidenți

**sub redacția d.m. Galina Rusu**

**Chișinău 2015**

**Examinat și aprobat de către Consiliul Metodic Central al USMF  
„Nicolae Testemițanu”; proces verbal nr. 3 din 18.02.2015**

**Autori:**

Galina Rusu, dr.med., conferențiar universitar, Om Emerit din RM, director  
Clinică Boli infecțioase la copii

Xenia Galetchi, dr.med., conferențiar universitar

Parascovia Popovici, dr.med., conferențiar universitar

Ludmila Serbenco, dr.med., conferențiar universitar;

Tatiana Alexeev, conferențiar universitar;

Ludmila Bîrcă, dr.med., conferențiar-cercetător;

Nadejda Sencu, asistent universitar;

Tatiana Juravliov, asistent universitar;

Svetlana Borisova, laborant-șef

**Recenzenți:**

Gheorghe Pțăcintă, dr.med., conferențiar universitar, șef catedră Boli  
infecțioase FECMF

Elena Mihnevici, dr.med., conferențiar universitar, Catedra Boli infecțioase,  
tropicale și parazitologie medicală

**Redactor:** Lidia Serghienco-Ciobanu

**Machitare computerizată:** Iulia Don

## Cuprins

Cuvânt introductiv.....	5
Reguli de comportare a studenților la patul bolnavului cu boală infecțioasă.....	6
Difteria.....	7
Scarlatina.....	10
Rujeola.....	14
Rubeola.....	18
Infecția herpetică.....	20
Varicela și Herpes zoster.....	24
Mononucleoza infecțioasă.....	28
Oreionul.....	32
Tusea convulsivă.....	36
Gripa și IRA.....	39
Infecția meningococică.....	47
Infecția enterovirală (Koxackie și ECHO).....	52
Poliomielita.....	56
Shigelloza.....	61
Salmoneloza.....	67
Escherichioza.....	71
Infecțiile intestinale acute (bolile diareice acute) cauzate de stafilococi, enterobacterii condiționat patogene, virusuri. Dismicrobismul intestinal.....	75
Hepatite virale acute la copii.....	78
<b>Anexe</b>	
Anexe 1. Calendarul imunizărilor în Republica Moldova (aa. 2015-2020)....	85
Anexa 2. Schema pentru autoinstruire în cadrul lecțiilor practice pe tema: „Boli infecțioase cu exantem la copii”.....	87
Anexa 3. Schema pentru autoinstruire pe tema: „Difteria, mononucleoza infecțioasă, oreionul”.....	91
Anexa 4. Schema pentru autoinstruire pe tema: „Infecția meningococică” ....	94
Anexa 5. Schema pentru autoinstruire pe tema: „Infecții gastrointestinale acute (shigelloza, salmoneloza, escherichioza)”.....	98
Anexa 6. Schema pentru autoinstruire pe tema: „Hepatite virale acute”.....	101
Anexa 7. Clasificarea familiei enterobacteriaceae (Bergey,1984).....	105
Anexa 8. Clasificarea intoxicațiilor alimentare .....	106
Anexa 9. Schema tratamentului diareilor (OMS,UNICEF).....	107
Anexa 10. Manopere.....	115
Bibliografie.....	116

## CUVÂNT INTRODUCATIV

Spre regret, copiii, începând cu vârsta cea mai fragedă, sunt predispuși diferitor infecții, dintre care cele mai frecvente sunt infecțiile intestinale acute și infecțiile respiratorii acute. Deși morbiditatea cauzată de boli infecțioase și mortalitatea prin ele au tendință spre micșorare, ponderea lor rămâne substanțială. De exemplu, din 10 adresări la medicii de familie 7-8 revin copiilor bolnavi cu boli infecțioase.

Actualmente majoritatea copiilor bolnavi de boli contagioase acute sunt tratați la domiciliu. Medicul de familie e obligat să diagnosticheze boala la timp, să aplice tratamentul necesar, măsurile antiepidemice în focar, să planifice și să realizeze imunizarea.

Programul de studii pentru studenții facultăților Medicină și Sănătate publică include studierea bolilor infecțioase la copii în raport cu vârsta acestora, severitatea bolilor, complicațiile, starea premorbidă. Pe parcursul anului de studii ei vor obține cunoștințe necesare în acest domeniu pentru activitatea cotidiană în calitate de medic.

Cunoștințele teoretice în domeniul bolilor infecțioase la copii și al epidemiologiei particulare se acumulează pe parcursul practicii individuale, însușirii materiei corespunzătoare din manual, studierii literaturii suplimentare, precum și pe parcursul prelegerilor.

Practica medicală, cât și manoperele necesare unui medic în domeniul bolilor infecțioase la copii se însușesc în timpul lecțiilor practice care se efectuează în baza spitalului corespunzător și a policlinicii.

O însemnătate deosebită în însușirea materiei au dezbaterile clinice. În cadrul lecțiilor practice și prelegerilor se atrage atenția asupra problemelor cu privire de deontologie, etică, particularitățile activității profesionale a medicilor în depistarea copiilor bolnavi cu boli infecțioase acute.

Elaborările metodice prezente sunt destinate studenților facultăților Medicină și Sănătate publică, drept ajutor în lucrul individual de sine stătător. Ele includ:

- Motivarea temei
- Întrebări pentru autoinstruire (în domeniul cunoștințelor fundamentale și cu privire la tema lecției)
- Clasificarea formelor clinice ale bolilor infecțioase la copii
- Probleme clinice
- Calendarul imunizărilor în Republica Moldova (aa. 2011-2015)
- Scheme pentru autoinstruire
- Manopere
- Bibliografie

## **REGULI DE COMPORTARE A STUDENȚILOR LA PATUL BOLNAVULUI CU BOALĂ INFECȚIOASĂ**

Personalul și studenții, lucrând în spitale sau secții de boli infecțioase, contactează permanent cu bolnavi contagioși și eliminările lor, cu obiecte infectate, se supun contaminării prin aer, mâini, piele, alimente, apă etc. Pericolul contaminării este nu numai personal, ci se răsfrânge și asupra membrilor familiei și altor bolnavi internați în secție. De aceea, atât personalul, cât și studenții sunt obligați să respecte următoarele reguli ale regimului igienic și antiepidemic:

- din momentul soșirii la serviciu hainele și încălțăminte se recomandă a fi schimbate cu uniformă specială (halat, mască, ciupici);
- hainele și uniforma e necesar să fie păstrate în vestiare;
- unghiile mâinilor trebuie să fie tăiate scurt, halatul și boneta schimbate regulat de 1-2 ori pe săptămână; mâinile după fiecare contact cu bolnavul sau cu eliminările lui, cu lenjeria și vesela acestuia se dezinfectează, se spală cu săpun;
- spălarea și dezinfectarea mâinilor este strict obligatorie înainte de a lua masa și la expirarea orelor de serviciu.

Pentru asistența bolnavilor în secțiile de boli infecțioase aerogene și în timpul epidemiilor de gripă este necesar a purta măști din 4 straturi de tifon sau de unică folosință care se schimbă la fiecare 4 ore. Studenții și personalul cu simptome de gripă și IRA nu se admit la serviciu. În caz de îmbolnăvire cu o infecție acută a membrilor familiei lucrătorilor spitalului este necesar de a informa șeful de secție.

În caz de transfer al unui bolnav dintr-o secție în alta, personalul care îl însoțește (studentul, infirmiera, sora medicală) e obligat să-și pună al doilea halat, care după transferarea bolnavului trebuie să fie dezinfectat.

La intrare în salon, boxă unde se află bolnavul cu scarlatină, difterie, salmoneloză, studenții și personalul sunt obligați să îmbrace mască și al doilea halat, iar la ieșire să le scoată și să le lase în antiboxă.

Personalul care asistă bolnavii cu difterie, infecție meningococică se examinează în scopul evidențierii stării de purtător al acestor infecții. Personalului și studenților le este interzis:

- să se așeze pe patul bolnavului și să intre în secție fără uniformă;
- să iasă în uniformă în afara secției (spitalului), să îmbrace hainele peste uniformă sau să o ia acasă;
- să intre în cantină și să ia masa în uniformă;
- să se folosească de tacâmurile și toaleta bolnavilor;
- să ia masa în saloane, coridoare și laborator;
- să treacă dintr-o secție în alta sau dintr-un salon în altul fără necesitate.

# DIFTERIA

## I. Motivarea temei

Difteria în prezent se întâlnește rar, decurge mai ușor, aceasta datorându-se vaccinărilor. Însă pot fi cazuri sporadice la copiii nevaccinați sau vaccinați incorect, ce se manifestă prin forme localizate, rareori forme răspândite și toxice, cu complicații din partea sistemului nervos central, cardiovascular, decese fiind probabile.

Cele expuse confirmă necesitatea pentru studenți de a acumula cunoștințe în diagnosticarea precoce a bolii, tratamentul specific al bolii și profilaxia acesteia.

## II. Întrebări pentru autoinstruire

### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Agentul difteriei: caracteristici morfologice, culturale, biochimice, toxigenitatea, virulența, tipurile de bacili, relațiile dintre tipurile de bacili și tabloul clinic.
2. Ce metode serologice sunt folosite în diagnosticul difteriei, în diverse perioade ale bolii?
3. Verigile de bază ale procesului epidemic. Sursele de infecție, modul de transmitere, susceptibilitatea.
4. Care sunt simptomele anginelor:  
a) catarale; b) lacunare; c) foliculare; d) membranoase; e) ulceronecrotice?
5. Cum se poate aprecia toxigenitatea bacililor difterici?

În procesul pregătirii către lecție e necesar de a acorda atenție deosebită:

- specificului difteriei contemporane;
- înregistrării formelor tipice de boală, inclusiv la copiii vaccinați;
- prezenței procesului inflamator specific în difterie în funcție de localizare;
- succeselor obținute în combaterea difteriei, argumentării lor.

### b. Cu privire la tema lecției:

1. Rezistența agentului difteriei în mediul ambiant, căile de răspândire.
2. Epidemiologia difteriei contemporane.
3. Care sunt principiile de bază ale clasificării clinice?
4. Clasificarea difteriei faringoamigdalene.
5. Numiți semnele inflamației fibrinoase.
6. Ce organe sau sisteme sunt lezate în caz de difterie toxică?
7. Tabloul clinic al difteriei faringoamigdalene.
8. Semnele clinice de bază ale difteriei laringiene.
9. Tabloul clinic al difteriei faringoamigdalene la persoanele vaccinate.

10. Complicațiile difteriei.
11. Clinica miocarditei difterice.
12. Complicațiile toxice nervoase.
13. Metodele de diagnostic al difteriei faringiene.
14. Diagnosticul diferențial.
15. Principiile de tratament.
16. Tratamentul difteriei cu ser antidifteric.
17. Tratamentul formelor netoxice.
18. Principiile de tratament al formelor toxice de difterie faringoamigdaliană.

### **III. Clasificarea formelor clinice ale difteriei:**

#### ***Forme clinice frecvente:***

1. Difteria faringoamigdaliană
2. Difteria laringiană
3. Difteria nazală

#### ***Forme clinice rare* (nu se înregistrează în prezent):**

1. Difteria ochilor
2. Difteria urechilor
3. Difteria cavității bucale
4. Difteria organelor sexuale
5. Difteria pielii, plăgilor

### **Clasificarea difteriei faringoamigdaliene:**

1. Localizată (membranoasă, insulară, catarală).
2. Răspândită
3. Subtoxică
4. Toxică de gradul I, II, III
5. Hipertoxică
6. Hemoragică
7. Gangrenoasă
8. Asociată (istmul faringian + ochii, nasul, laringele s.a.)

### **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 12 ani, s-a îmbolnăvit acut: temperatura 39,0°C, se marchează tumefiere în regiunea foselor retromandibulare din ambele părți. Obiectiv: adinamie, paliditatea tegumentelor, edemul cervical până la clavicule. Istmul faringian hiperemiat, edemațiat. Pe amigdale membrane albe-cenușii cu plasarea pe mucoasele plicilor anterioare ale istmului faringian. Voce răgușită, miros neplăcut din gură. Din partea organelor interne – fără modificări.



1. Stabiliți diagnosticul.
2. Enumerați semnele clinice ce confirmă diagnosticul presupus.
3. Ce explorări de laborator sunt necesare pentru confirmarea diagnosticului?
4. Principii de tratament.
5. Ce complicații pot surveni?
6. În ce termene se poate externa bolnavul?

**Problema 2.** Copil în vârstă de 10 ani, s-a îmbolnăvit acut: temperatura 37,5°C, acuză dureri moderate în istmul faringian la deglutiție. A doua zi de boală: temperatura 37,8°C, istmul faringian puțin hiperemiat, amigdalele mărite, pe suprafața lor se marchează apariția unor membrane fibrinoase groase ce se detașează cu greu. După detașarea lor forțată suprafața amigdalelor sângerează. Membranele nu se deformează în urma fricțiunilor între două lame. Sunt măriți ganglionii limfatici submandibulari. Alte semne patologice nu se depistează.

1. Stabiliți diagnosticul.
2. Ce simptome clinice pot confirma diagnosticul?
3. Ce explorări de laborator pot confirma diagnosticul?
4. Indicați tratamentul.
5. În ce termene poate fi externat bolnavul?
6. Ce măsuri de combatere trebuie efectuate în focar?

**Problema 3.** Copil în vârstă de 4 ani, s-a îmbolnăvit acut, au apărut dureri în gât, a fost spitalizat în secția IRVA cu diagnosticul "Angină". Obiectiv: s-a depistat o hiperemie moderată faringiană, amigdalele tumefiate cu depuneri insulare fibrinoase, dense, netede ce proeminează pe suprafața amigdalelor. Nodulii limfatici puțin măriți, nedureroși, mobili. Copilul e adinamic, se constată paliditatea tegumentelor, temperatura 37,8°C. Din partea organelor interne – fara modificări.

1. Stabiliți diagnosticul.
2. Enumerați simptomele clinice ce confirmă diagnosticul.
3. Elaborați planul de investigații.
4. Indicați tratamentul.
5. Ce măsuri antiepidemice sunt necesare în secția de IRVA?

**Problema 4.** Copil în vârstă de 4 ani, s-a îmbolnăvit brusc: temperatura 39,0°C, cefalee, acuză dureri la deglutiție. La medic s-a adresat a 2-a zi. Obiectiv: copilul este palid, adinamic. Nodulii limfatici submandibulari măriți, sensibili la palpare, miros neplăcut din cavitatea bucală, edem cervical. Istmul faringian moderat hiperemiat, amigdalele puțin edemațiate, acoperite cu membrane fibrinoase groase care se extind și pe uvulă, pilieri, peretele posterior al faringelui. Membranele sunt albicioase, dure, cu greu se detașează. Din partea organelor interne simptome patologice, cu excepția de atenuare a zgomotelor cardiace, nu s-au evidențiat.

1. Stabiliți diagnosticul.
2. Enumerați simptomele clinice ce confirmă diagnosticul.
3. Elaborați planul de investigații.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 1 an și 6 luni, s-a îmbolnăvit brusc cu febră, tuse seacă, voce răgușită. Treptat tusea a devenit lătrătoare, mai frecventă, copilul a devenit agitat, plângăreț afonie. La examenul fizic a fost observat tiraj intercostal, cianoză periorală. Frecvența respirației 56/min, frecvența contracțiilor cardiace 100/min. Respirație nazală liberă. În pulmoni respirație aspră, raluri unice. Zgomotele cordului ritmice, clare. Ficatul, splina în normă. Micțiunile, scaunele normale. Din anamneză: vaccinat BCG, HVB-1. Periodic face IRA (3 episoade), diaree (1). A fost în contact cu o persoană (adult) bolnavă de angină (5-6 zile în urmă).

1. Stabiliți diagnosticul preliminar.
2. Elaborați programul de investigații.
3. Indicați tratamentul.

## SCARLATINA

### I. Motivarea temei

Scarlatina este o boală infecțioasă răspândită la copii. Folosirea pe larg a antibioticelor în tratamentul acestei maladii a contribuit la reducerea maximă a complicațiilor atât precoce, cât și tardive, la apariția frecventă a formelor ușoare și fruste.

Toate acestea confirmă necesitatea medicului de familie de a cunoaște tabloul clinic al formelor tipice și atipice de scarlatină, de a spori calitatea tratamentului și de a facilita supravegherea convalescențelor după scarlatină.

### II. Intrebări pentru autoinstruire

#### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Particularitățile agentului patogen al scarlatinei.
2. Diagnosticul de laborator al scarlatinei.
3. Care sunt modificările patomorfologice principale ce au loc în organe și în țesuturile bolnavilor cu scarlatină și cu alte infecții streptococice?

#### b. Cu privire la tema lecției:

1. Semnalați succesele de bază în studierea scarlatinei și rolul savanților în acest domeniu.
2. Argumentarea etiologiei streptococice a scarlatinei.
3. Numiți particularitățile epidemiologice ale scarlatinei (sursa de infecție, căile de transmitere, receptivitatea, imunitatea etc.)

4. Patogenia scarlatinei, acțiunea factorilor toxic, alergic și septic.
5. Particularitățile imunității în scarlatină (imunitatea antitoxică și antibacteriană).
6. Care sunt manifestările clinice ale scarlatinei determinate de acțiunea factorului toxic al agentului patogen?
7. Numiți principalele manifestări ale factorului alergic în scarlatină.
8. Care sunt manifestările clinice determinate de factorul septic?
9. Numiți durata perioadei de incubație și a carantinei în scarlatină?
10. Care sunt simptomele de bază în scarlatina?
11. Caracterizați exantemul în scarlatină.
12. Numiți alte modificări cutanate caracteristice scarlatinei în diferite perioade ale bolii.
13. Modificările istmului faringian în scarlatină.
14. Modificările cardiovasculare în scarlatină.
15. Clasificarea scarlatinei.
16. Criteriile de gravitate ale scarlatinei.
17. Caracterizați formele atipice în scarlatină.
18. Numiți variantele de evoluție ale scarlatinei.
19. Numiți cauzele evoluției ondulate ale scarlatinei.
20. Ce complicații apar în scarlatină?
21. Diagnosticul diferențial în scarlatină.
22. Alcătuiți tabele de diagnostic diferențial în scarlatină
23. Numiți principiile de tratament ale scarlatinei. Indicațiile de spitalizare. Tratamentul scarlatinei la domiciliu.
24. Enumerați măsurile anti-epidemice în focarul de scarlatină.

### **III. Clasificarea formelor clinice ale scarlatinei (dupa A.Coltâpin)**

#### ***În funcție de tipul bolii:***

- **Tipice**
- **Atipice:**
  - frustă
  - scarlatină rudimentară
  - scarlatină fără erupții
  - amigdalită streptococică
  - extrafaringiană

#### **Maligne:**

- hipertoxică
- hemoragică.

**În funcție de gradul de severitate a bolii:**

- ușoară
- medie
- severe:
  - toxică
  - septică
  - toxico-septică

**Criteria de severitate a bolii:**

**•Generale:**

- ✓ Sindromul neurotoxic
- ✓ Sindromul metabólico-vegetativ (simpaticopareză precoce)
- ✓ Sindromul hemoragic
- ✓ Manifestările septice precoce

**•Locale:**

- ✓ Amigdalita pultacee cu depuneri abundente în orofaringe
- ✓ Adenoflegmonul
- ✓ Erupții hemoragice, epistaxis, etc.

**În funcție de caracterul evoluției bolii:**

- abortive
- cu acutizări și recidive
- fără complicații și fără unde alergice
- cu unde alergice
- cu complicații:
  - toxice
  - septice
  - alergice.

**IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 ani, frecventează grădinița de copii, s-a îmbolnăvit la domiciliu (apartament separat, alți copii în familie nu sunt): temperatura 38,0°C, dureri în gât, o vomă, a două zi au apărut erupții. Medicul constată erupția cu eritem difuz, mai intensă în pliurile de flexiune. Obraji rumeni, paloarea triunghiului nazolabial, dermografismul pal, în orofaringe – un roșu intens delimitat, limba saburală.

1. Stabiliți diagnosticul clinic.
2. În baza căror simptome clinice puteți stabili diagnosticul?

3. Ce investigații suplimentare se vor efectua pentru confirmarea diagnosticului?
4. Unde se poate trata bolnavul: la domiciliu sau la spital?
5. Indicați tratamentul.
6. Ce analize se fac preventiv externării?
7. Când copilul va putea frecventa grădinița de copii?

**Problema 2.** Copil în vârstă de 5,5 ani, frecventează grădinița de copii. A fost internat la a doua zi de boală. Debutul bolii e marcat prin creșterea temperaturii până la 39,0°C, acuze – dureri în gât, cefalee. În 24 de ore a vomitat de 3 ori.

*La internare:* starea copilului e gravă. Somnolent, inhibat, temperatura 39,0°C, obraji rumeni. Triunghiul nazolabial palid. Pe pielea triunghiului inginal și a extremităților, predominant pe suprafețele de flexiune, erupții punctiforme roze. Afară de acestea, sunt erupții peteșiale, fundalul pielii este hiperemiat. Dermografismul este alb discontinuu. În faringe se marchează o hiperemie delimitată de un roșu intens, amigdalele curate. Limba cu depuneri abundente, se descuamează la vârf și margini. Alte organe – fără schimbări.

1. Stabiliți diagnosticul clinic.
2. În baza căror simptome clinice ați stabilit diagnosticul?
3. Numiți indicii de gravitate a bolii.
4. Prescrieți tratamentul.
5. Ce măsuri antiepidemice se recomandă spre aplicare în grădinița de copii?

**Problema 3.** Copil în vârstă de 8 ani, s-a îmbolnăvit acut, temperatura a crescut până la 40,0°C, a vomitat de nenumărate ori. Noaptea a dormit rău, delira.

*La internare:* temperatura 40,0°C, confuzie mentală, pielea cianotică, îndeosebi în părțile distale. Pe piele se marchează erupții punctiforme abundente ce se contopesc cu fundalul cianotic al pielii. În faringe hiperemie delimitată cu nuanță cianotică. Buzele uscate, limba cu depuneri alb-gâlbui abundente. Pulsul 160/min, zgomotele cardiace asurzite, P/A 110/70 mmHg. Abdomenul indolor. Urina de culoare galbenă-întunecată. Semne meningiene absente.

1. Stabiliți diagnosticul clinic conform clasificării maladiei.
2. Indicați tratamentul la etapa prespitalicească.
3. Tratamentul de spital.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 9 luni. Boală a debutat cu febră 37,8°C, neliniște, apetit scăzut. A două zi au apărut erupții punctiforme pe trunchi, extremități, predominant în părțile flexorii. În orofaringe o hiperemie moderată, limba saburală. Ganglionii limfatici periferici mărunți. Din partea organelor interne – fără modificări. La a 5-a zi a bolii au apărut eliminări purulente din urechea dreaptă.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul clinic.
2. Enumerați particularitățile acestui caz.

### 3. Prescrieți tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 7 ani. A fost transferat în spitalul de boli infecțioase pentru copii din secția de chirurgie a spitalului de copii, unde i-a fost efectuată apendectomia. Peste 2 zile după operație plaga operatorie a devenit hiperemiată, inflamată, iar în jurul ei au apărut erupții maculo-papuloase mici, care s-au răspândit moderat pe trunchi. Ganglionii limfatici inghinali pe dreapta – 1,0 x 1,5 cm, dureroși. Din partea altor organe modificări nu se percepeau.

1. Stabiliți diagnosticul și indicați forma clinică a bolii.
2. Enumerați particularitățile acestui caz.
3. Indicați tratamentul.

## RUJEOLA

### I. Motivarea temei

Până în prezent rujeola continuă să rămână o infecție răspândită pe toate continentele, fiind o problemă importantă a sănătății publice. Pe parcursul mai multor secole este considerată o infecție extrem de contagioasă, pe care o suportă fiecare copil. Cea mai eficientă măsură de prevenire a rujeolei s-a dovedit a fi vaccinarea, care este realizată în majoritatea statelor și acoperirea vaccinală în medie la nivel global constituie 80%. OMS a declarat posibilitatea eliminării rujeolei în teritorii mari la atingerea acoperirii vaccinale la un nivel de 95%. Totuși, în condițiile imunizărilor sistematice anual în lume sunt înregistrate mii de cazuri de rujeolă, cu aproximativ 250 de mii de decese, sute de mii de complicații grave, majoritatea dintre ele în statele slab dezvoltate. În prezent situația epidemiologică privind rujeola rămâne a fi tensionată în lume, sunt declarate cazuri de boală în mai multe țări europene. Din cauza mirgării intense a populației, prezintă un risc de import și răspândire a acestei infecții în teritoriul Republicii Moldova. Astfel, este inevitabilă cunoașterea de către fiecare medic a tabloului clinic al rujeolei, diagnosticului ei contemporan, aplicării terapiei raționale, inclusiv la domiciliu, și măsurilor antiepidemice în focar, (Ordinul MS RM nr. 37 din 23 ianuarie 2006 Chișinău „Cu privire la strategiile de eliminare a rujeolei și rubeolei și măsurile de supraveghere a acestor infecții”).

### II. Întrebări pentru autoinstruire

#### 1. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Particularitățile agentului cauzal al rujeolei.
2. Ce erupții exsudative cunoașteți?
3. Particularitățile modificărilor morfopatologice ale pulmonilor și ale sistemului nervos central în rujeolă.

## **2. Cu privire la tema lecției:**

1. Rujeola la etapa actuală în lume și în Republica Moldova.
2. Sursa de infecție, căile de transmitere, receptivitatea. Particularitățile imunității postinfecțioase.
3. Durata perioadei de incubație.
4. Organele și sistemele care pot fi afectate în rujeolă.
5. Perioadele bolii și durata lor.
6. Datele clinice în perioada prodromală (catarală).
7. Manifestările clinice în perioada de stare (eruptivă).
8. Exantemul în rujeolă (ziua de apariție a bolii, cum apare, caracterul erupției de bază, evoluția).
9. Particularitățile clinice, epidemiologice și de evoluție ale rujeolei mitigate.
10. Investigațiile paraclinice în rujeolă la etapa actuală.
11. Principiile de tratament al rujeolei.
12. Criteriile de externare a pacienților cu rujeolă.
13. Diagnosticul diferențial în perioada prodromală a rujeolei cu gripa și alte IRA.
14. Diagnosticul diferențial al rujeolei cu rubeola, scarlatina și dermatita alergică.
15. Enumerați măsurile antiepidemice în focar.

## **III. Clasificarea formelor clinice ale rujeolei**

### **În funcție de tipul bolii:**

- Tipice
- Atipice:
  - frustă
  - mitigată
  - bronșică (dispneică)
  - toxică
  - hemoragică

### **În funcție de gradul de severitate a bolii:**

- ușoară
- medie
- severă

### **Criterii de severitate a bolii:**

#### **▪ Generale:**

- Afectarea SNC (semne de intoxicație generală, vome repetate, halucinații, dereglări de conștiență)
- Sindromul de crup – laringotraheită stenoizantă

➤ Sindromul bronhoobstructiv

▪ **Locale:**

- Numărul de elemente eruptive și mărimea lor
- Caracterul erupțiilor (hemoragice, cu nuanță cianotică)

*În funcție de caracterul evoluției bolii:*

- fără complicații
- cu complicații.

**IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 ani, bolnav de 5 zile cu febră, rinită cu eliminări nazale seroase abundente. Tuse uscată, chinuitoare, devenind apoi productivă. În ziua a patra de la debutul bolii a apărut o erupție maculopapuloasă pe față, gât. A doua zi erupția s-a extins pe torace. La a 5<sup>a</sup> zi de boală starea generală a copilului gravă, febră până la 39,2°C, dispnee. Fața edemațiată, pleoapele păstoase, conjunctivele hiperemiate. Secreții mucopurulente din nas, tusea productivă. Pe față, trunchi – exantem maculopapulos abundent, confluent, catifelat la palpare, de culoare roșie, pe fundalul nemodificat al tegumentelor. Mucoasa bucală hiperemiată, edemată, limba saburală. Pe vălul palatin, peretele posterior al faringelui se observă câteva elemente hemoragice, gingiile edemațiate, hiperemiate. În pulmoni respirație aspră, raluri uscate și umede de diferit calibru. Din partea aparatului cardiovascular și digestiv schimbări marcate nu sunt. Semne meningiene negative. Din datele epidemiologice se cunoaște, că copilul nu este vaccinat. Frecventează grădinița, unde cu 2 săptămâni în urmă a mai fost un copil cu date clinice asemănătoare, care s-a tratat la domiciliu.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul prezumtiv.
2. Indicați planul de investigații.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Indicați tratamentul.
5. Ce măsuri anti-epidemice sunt necesare în focar?

**Problema 2.** La medic s-a adresat o mamă cu copil în vârstă de 2 ani, care este bolnav de trei zile. După examinarea copilului, a fost stabilit diagnosticul de rujeolă forma tipică. Copilul a fost spitalizat.

1. În baza căror date a fost posibil de a stabili diagnosticul?
2. Care investigații pot confirma diagnosticul clinic?
3. Cu care boli este necesar de a efectua diagnosticul diferențial?
4. Care sunt criteriile de spitalizare?

**Problema 3.** Copil în vârstă de 10 ani, bolnav de 4 zile, cu temperatura corpului până la 38°C, tuse ușoară, secreții nazale seroase, discrete. La a 3<sup>a</sup> zi de boală pe



tegumente a apărut erupție maculopapuloasă mărunță, roz-pală, redusă numeric, nu confluează. Ganglionii limfatici submandibulari, cervicali puțin măriți. În pulmoni respirație aspră, raluri uscate. Abdomenul moale, indolor. Ficatul se deplasează sub rebordul costal cu 2 cm. Din anamneză se cunoaște că copilul a fost în contact cu un bolnav de hepatită virală A cu o lună în urmă și a primit gamma-globulină. Alte date epidemiologice nu se cunosc.

1. Ce diagnostic suspectați? Ce date anamnestice ar putea ajuta la stabilirea diagnosticului?
2. Efectați diagnosticul diferențial.
3. Indicați planul de investigații.
4. Indicați tratamentul. Conduita corectă a acestui caz.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 14 ani, cu diagnosticul „infecție adenovirală”, se tratează la medicul de familie timp de 3 zile. La a 4-a zi de boală a apărut o erupție maculopapuloasă pe față. Medicul stabilește dermatită alergică la ampicilină. A fost anulată ampicilina, s-a indicat suprastin și dietă hipoalergică. Pe parcursul următoarelor 3-4 zile se menține febra până la 38°C, semnele catarale mai puțin pronunțate, erupțiile au apărut pe tot corpul. La a 7-a zi a bolii copilul acuză cefalee, subfebrilitate – 37,5°C, vertij, vomă repetată. Pe parcursul zilei copilul devine somnolent, au apărut convulsii generalizate. Cu ambulanța a fost transportat la spital. Din anamneză se cunoaște, că copilul a fost la bunici în vacanța de iarnă, unde se afla un copil cu semne catarale și erupții pe corp, care s-a vindecat în 10 zile. A suportat varicelă la 10 ani. Vaccinat după calendar.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Care date suplimentare vă pot ajuta la confirmarea diagnosticului?
3. Indicați planul de investigații.
4. Indicați asistența urgentă la etapa prespitalicească.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 8 luni, bolnav de 3 zile cu semne catarale pronunțate manifestate prin tuse chinuitoare, uscată, rinită. Copilul este febril pe parcursul zilelor până la 38-39°C, capricios, refuză alimentația. Mama s-a adresat la medic din prima zi a bolii. A fost stabilit diagnosticul de IRA. S-a indicat tratament cu antipiretice, interferon, antitusive, antibiotic per os. Starea copilului s-a agravat, la a 4-a zi a bolii febra persistă, au apărut respirație zgomotoasă, vomă, scaun lichid de 2 ori fără incluziuni patologice, erupții maculopapuloase pe față, gât. Copilul a fost spitalizat.

La examinare tegumentele palide, marmorate, cu macule confluențe pe față, gât, umeri, cu ten cianotic, cianoză periorală. Dispnee inspiratorie în stare de repaus, tiraj vădit intercostal. Flotația aripilor nazale. Auscultativ – raluri umede, uscate, crepitație la inspir. Zgomotele cardiace atenuate, tahicardie, tahipnee. Abdomenul moale puțin balonat. Ficatul la rebordul costal, splina nu se palpează. Semne meningiene absente. Anamneza vieții fără particularități. În familie mai este

un copil, care a fost bolnav cu 2 săptămâni în urmă. Vaccinat conform vârstei.

1. Stabiliți diagnosticul. Ce date anamnestice și clinice trebuie concretizate?
2. Diagnosticul diferențial.
3. Apreciați severitatea bolii.
4. Indicați planul de investigații al pacientului dat.
5. Indicați tratamentul cu dozele preparatelor.

## **RUBEOLA**

### **I. Motivarea temei**

Rubeola este o boală infecțioasă foarte contagioasă răspândită global, frecvent întâlnită la copii. Boala evoluează cu semne clinice, care deseori o pot confunda cu alte maladii (rujeola, scarlatina, mononucleoza infecțioasă, erupții alergice etc.). Importanța actuală este că virusul rubeolic are o proprietate teratogenă de a produce embriopatii în cazul infecției intrauterine. Toate acestea creează necesitatea cunoașterii tabloului clinic și a metodelor noi de diagnostic pentru diagnosticarea precoce a rubeolei conform cerințelor OMS.

### **II. Întrebări pentru autoinstruire**

#### ***a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:***

1. Particularitățile agentului cauzal.
2. Ce reacții serologice se folosesc în diagnosticul rubeolei?

#### ***b. Cu privire la tema lecției:***

1. Caracteristica agentului cauzal al rubeolei.
2. Tropismul virusului rubeolic.
3. Sindroamele de bază în rubeola dobândită.
4. Caracteristica exantemului în rubeolă (ziua bolii de apariție, cum apare, caracterul erupției de bază, evoluția).
5. Diagnosticul diferențial al rubeolei dobândite.
6. Complicațiile în rubeola dobândită și termenul apariției lor.
7. Diagnosticul confirmat al rubeolei la etapa actuală.
8. Tratamentul rubeolei și supravegherea pacientului.
9. Profilaxia rubeolei.
10. Rubeola la gravide și rubeola congenitală.
11. Cele mai frecvente și importante anomalii congenitale în rubeolă descrise de Gregg.
12. Diagnosticul diferențial în rubeola congenitală.

### III. Probleme clinice

**Problema 1.** Copil de 5 ani, frecventează grădinița, bolnav de 3 zile. Debutul bolii acut, cu subfebrilitate, rinită ușoară, tuse neînsemnată. La examinare, medicul de familie a observat pe fundalul intact al tegumentelor erupții maculoase mici, roze, răspândite mai mult pe spate, fese și suprafețele extensorii ale membrelor. Ganglionii limfatici occipitali și laterocervicali măriți în volum, mobili, neaderenți, nedureroși, alte grupe cu dimensiuni mai mici. Mucoasa orofaringiană cu o hiperemie difuză ușoară. Alte organe și sisteme fără modificări patologice.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Diagnosticul diferențial.
3. Elaborați planul de investigații. Ce rezultate așteptați pentru confirmarea diagnosticului?
4. Tratamentul.

**Problema 2.** Copil de 9 ani, cu 10 zile în urmă a suportat o infecție respiratorie acută cu semne catarale ușoare și erupții cutanate punctiforme roze, fără prurit, care au apărut toate într-o zi, neabundente. Boala a evoluat fără febră. După 4 zile de boală copilul a mers la școală. Peste 5 zile, dimineața copilul acuză cefalee, a vomitat de 2 ori, pe parcursul zilei a avut 2 scaune lichide fără incluziuni patologice, febră 39°C. Seara a avut convulsii generalizate. Cu ambulanța a fost transportat la spital.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar, argumentați.
2. Numiți ce date anamnestice și clinice sunt necesare pentru un diagnostic corect.
3. Cu ce maladii în primul rând trebuie efectuat diagnosticul diferențial?
4. Elaborați planul de investigații.
5. Asistența urgentă la etapa prespitalicească (preparate și doze).
6. Indicați planul de tratament în spital.

**Problema 3.** Medicul de familie a examinat un copil de 7 ani și a stabilit diagnosticul „Rubeolă”. Mama copilului este în primul trimestru al sarcinii. Nu se cunosc date dacă a suportat boala. Nu a fost vaccinată contra rubeolei.

1. Argumentați în baza căror date a fost posibil diagnosticul de rubeolă?
2. Indicați investigațiile necesare pentru confirmarea diagnosticului.
3. Care va fi tactica corectă a medicului în cazul dat, atât pentru pacient, cât și pentru mamă?
4. profilaxia specifică a rubeolei (vaccinul, termenele de imunizare conform Programului Național de imunizări).

# INFECȚIA HERPETICĂ

## I. Motivarea temei

În patologia infecțioasă la om, virusurilor herpetice li se atribuie un rol important în legătură cu raspândirea lor largă în populație, datorită susceptibilității către persistența pe viață în organism și capacității de desfășurare a formelor acute, cronice și latente de boală. În marea majoritate a cazurilor infectarea cu VHS tip 1 se produce în copilărie: către vârsta de 5 ani la 50% dintre copii s-au depistat în sânge anticorpi către virusul herpetic, către vârsta de 14 ani se evidențiază la 80% dintre copii, iar la adulți în 90-98% din cazuri.

Afecțiunile cu VHS tip 2 apar mai frecvent în perioada postpubertară, predominant pe cale sexuală, infectarea acestora în populație constituind 14-19%. Totodată, se știe că VHS tip 1 și tip 2 pot dezvolta diferite forme clinice ale bolii care se desfășoară, de regulă, pe fundalul de imunosupresii. În ultimii ani se observă o creștere constantă a numărului de pacienți adesea cu forme recidivante de VHS cu diferită localizare (orofaringiană, herpes labial, infecție herpetică a tractului urogenital, oftalmoherpes, herpes cutanat, encefalită herpetică și altele). În comparație cu anul 1980, către sfârșitul mileniului, numărul bolnavilor cu infecție herpetică a crescut în SUA cu 13-40%, iar în țările europene cu 7-16%.

## II. Intrebări pentru autoinstruire

### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Caracteristica virusurilor din familia Herpes viridae. Principalele proprietăți ale virusurilor Herpes simplex tip 1 și tip 2.
2. Metode de laborator în diagnosticul infecției cu VHS.
3. Modificările patomorfologice ale organelor și țesuturilor în diverse forme ale infecției herpetice la copii.
4. Principalele preparate antivirale utilizate în tratamentul infecției herpetice la copii.

### b. Cu privire la tema lecției:

1. Sursa de infecție, căile de transmitere, susceptibilitatea, imunitatea în infecția herpetică.
2. Sensul fenomenului „latență virală” în infecția herpetică.
3. Principalele aspecte de patogeneză a infecției herpetice, în funcție de forma clinică.
4. Formele clinice ale infecției cu virusul Herpes simplex tip 1.
5. Principalele simptome clinice în gingivostomatita herpetică.
6. Manifestările cutanate în infecția herpetică.
7. Tabloul clinic al encefalitei herpetice la copii, metodele de diagnostic de laborator.
8. Principalele manifestări clinice ale herpesului neonatal. Herpesul generalizat

la copii, criteriile de diagnostic de laborator.

9. Metodele de diagnostic de laborator în infecția herpetică în funcție de formă clinică (infecție mucocutanată, encefalită herpetică, herpes neonatal, herpes generalizat) și durata bolii.
10. Diagnosticul diferențial dintre gingivo-stomatita herpetică, herpangină, stomatita candidozică, stomatita aftoasă, varicelă (formați un tabel).
11. Principiile și etapele terapiei infecției herpetice în funcție de formele clinice și severitatea bolii.
12. Profilaxia infecției herpetice.

### **III. Clasificarea infecției herpetice**

#### ***În funcție de etiologie:***

- Infecția herpetică cu VHS tip 1
- Infecția herpetică cu VHS tip 2

#### ***În funcție de evoluția clinică:***

- Primoinfecție herpetică
- Recurență (reactivare) herpetică
- Infecție herpetică latentă

#### ***În funcție de localizarea procesului:***

- IH cu manifestări mucocutanate
- IH cu manifestări urogenitale
- IH cu afectarea căilor respiratorii superioare (IRA)
- IH cu manifestări oftalmice (oftalmoherpes)
- IH cu manifestări neurologice (encefalită, meningoencefalită)
- IH cu afectări viscerale (hepatită, esofagită, colită)
- IH generalizată (diseminată și viscerală)
- IH neonatală

### **IH cu manifestări mucocutanate**

#### ***Forme clinice în funcție de teren:***

- gingivostomatită herpetică
- herpes labial
- herpes perioronazal
- herpes temporal
- herpes gluteal
- rinita herpetică

#### ***Forme rare:***

- eczema herpetică Kapoși-Juliusberg (sinonime: pustuloză varioliformă, sindromul Kapoși)
- eritemul polimorf asociat herpesului

- panarițiul herpetic și herpesul palmar
- herpesul gladiatorum (herpesul luptătorilor)

***În funcție de tipul bolii:***

- Tipice
- Atipice:
  - hemoragică
  - hemoragico-necrotică
  - zosteriformă
  - edematoasă
  - abortivă
  - diseminată
  - migrantă

***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- usoare
- medii
- severe

***Criterii a bolii de severitate:***

- severitatea intoxicației
- afecțiuni neurologice severe (encefalita, meningoencefalita)
- erupție herpetică multiplă, masivă
- infecție herpetică generalizată.

**IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 luni, s-a îmbolnăvit acut, a devenit galeș, refuză hrana, a apărut hipersalivație. Noaptea a dormit neliniștit, periodic plângea, temperatura 38-39°C. Dimineața a fost solicitat medicul de familie care a stabilit starea copilului de gravitate medie, copilul neliniștit, pielea curată, pe mucoasa obrazilor, palatului dur, pe gingii grupe mici de vezicule, multe din ele sparte cu eroziuni și afte unice acoperite cu depozit galben. Ganglionii limfatici cervicali măriți în volum, dureroși la palpare. Din partea organelor fără modificări patologice. Se cunoaște că cu o săptămână în urmă mama a avut erupție herpetică pe buze.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. Determinați tratamentul.
3. Recomandați mamei cum să îngrijească corect copilul în această perioadă.

**Problema 2.** Copil de 8 luni, s-a îmbolnăvit acut, temperatura rapid a atins 39°C, galeș, apetitul scăzut, de 2 ori a fost scaun lichid. Cu o săptămână până la boală s-au manifestat semne catarale, temperatura nu au măsurat-o, bunica a suportat o erupție herpetică pe buze. La a 2<sup>a</sup> zi de boală, pe fundal de hipertermie s-au manifestat convulsii tonico-clonice generalizate cu durată de 1-3 minute. Copilul a fost internat în spitalul de boli infecțioase secția reanimare. A 4<sup>a</sup> zi pe fundal de subfebrilitate din nou au fost convulsii tonico-clonice, apoi în epistatus, cu pierderea conștienței, au apărut hiperkineze polimorfe. Simptomele meningiene au apărut mai târziu. La a 4<sup>a</sup> zi de boală în analiza generală de sânge: leucocitoză cu neutrofilie, limfopenie semnificativă. Analiză LCR: fără culoare, transparent, pleiocitoză – 600/cm<sup>3</sup> (toate limfocite), eritrocite unice, proteine 0,66‰, glucoza și clorizii în normă. Prin metoda PCR din LCR s-a depistat antigenul VHS tip 1. Anticorpii specifici (clasa IgM și IgG) nu s-au depistat. La computer tomografie la a 5<sup>a</sup> zi de boală – câteva focare de intensitate scăzută preponderent în lobii temporali și frontali.

1. Stabiliți diagnosticul clinic. Argumentați.
2. efectuați diagnosticul diferențial cu neuroinfecții de altă etiologie.
3. Indicați tratament antiviral și patogenetic.

**Problema 3.** Un copil de 16 ani, care a fost internat în secția de boli somatice, a fost diagnosticat cu Herpes zoster.

1. În bază căror semne clinice s-a stabilit diagnosticul?
2. Este posibil de a trata bolnavul în secția dată?
3. Dacă nu, unde ar trebuie să fie izolat?
4. Indicați tratamentul.
5. Cum se va proceda cu copiii care au fost în contact și se găsesc în staționar?

**Problema 4.** Copil în vârstă de 2 ani, suferă de eczemă. Acutizarea s-a manifestat prin prurit intens, leziuni de grataj, zemuirea tegumentelor. Pe fundalul terapiei de desensibilizare, utilizării unguentelor hormonale s-a constatat o ameliorare. Dar la a 3-a zi de boală starea s-a agravat, t° a atins 39,0°C, neliniște, somnul este dereglat, pofta de mâncare diminuată, s-a intensificat pruritul. Pe tegumente au apărut erupții veziculoase și copilul a fost spitalizat.

*La internare:* stare generală gravă. Febra înaltă, neliniștit, somn dereglat, refuză alimentația, prurit intens. Pe tegumentele feței, trunchiului, feselor, mai puțin pe membre – zone eritematoase mari, leziuni de grataj. Pe față pe fundalul tegumentului afectat se determină erupții veziculoase, mici, grupate, cu conținut galben. Respirație aspră, raluri nu se auscultă. Zgomotele cardiace sonore. FCC-160/min Mucoasa orofaringiană fără modificări. Abdomenul ușor balonat, indolor la palpare. Ficatul cu 2 cm sub rebordul costal, splina nu se palpează. Scaun nu a avut.

*Hemoleucograma:* Hb – 118 g/l, eritr. –  $3 \cdot 10^{12}/l$ , leuc. –  $18 \cdot 10^9/l$ , neseqm. –

15%, segm. – 54%, eozin. – 3%, limfoc. – 20%, monocite – 8%, VSH – 43 mm/h.

1. Stabiliți diagnosticul clinic.
2. Care teste de laborator vor confirma etiologia diagnosticului?
3. Cu ce maladii trebuie efectuat diagnosticul diferențial?
4. Explicați modificările hemoleucogramei.
5. Consultația căror specialiști este necesară pentru a stabili tactica tratamentului?
6. Indicați tratamentul etiotrop: general, local.

## **VARICELA (VĂRSATUL DE VÂNT) ȘI HERPESUL ZOSTER (ZONA ZOSTER)**

### **I. Motivarea temei**

Varicela și Herpes zoster fac parte din grupul de infecții herpetice cărora li se atribuie o receptivitate absolută, ceea ce determină și mai mult rata înaltă de îmbolnăvire.

Receptivitatea la varicelă este mai mare la copiii în vârstă de la 3 luni până la 7 ani. Copiii care frecventează diferite instituții se îmbolnăvesc mai frecvent. Continuă și până acum semnificația importantă a varicelei ca boală nosocomială.

În majoritatea cazurilor varicela decurge lent. De regulă, prezintă pericol pentru nou- născuți, prematuri, imunocompromiși și, în special, pentru cei cu neoplazii, leucemii, care primesc preparate hormonale, citostatice, radioterapie, copii cu imunodeficiență. La acești copii varicela decurge grav, uneori în forme hemoragice și generalizate cu implicarea organelor interne. Letalitatea în cele din urmă ajunge până la 10%.

Herpes zoster apare sporadic la copii de vârstă mai mare și la adulți (cu status imun compromis), care anterior au suportat varicelă. Mai frecvent se afectează zonele de tegument corespunzătoare inervației intercostale sau pe traectul unei rădăcini nervoase. Erupția este frecvent unilaterală, formată din aglomerări de vezicule pe traectul unei ramuri nervoase senzitive.

Și varicela, și Herpes zoster pot fi însoțite de apariția encefalitei și meningoencefalitei.

### **II. Întrebări pentru autoinstruire**

#### ***a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:***

1. Proprietățile de bază ale virusului varicelozosterian.
2. Sursele de infecție și importanța lor epidemică.
3. Modificările patomorfologice în organele și sistemele afectate în varicelă și Herpes zoster.
4. Simptomele clinice și diagnostice de bază ale varicelei și Herpesului zoster. Descrieți exantemul și enantemul în varicelă, în Herpesul zoster
5. Caracteristica clinică și morfologică a erupției: macule, papule, vezicule,



pustule, crustă.

6. Metodele serologice și virusologice de diagnostic ale varicelei și Herpesului zoster.

**b. Cu privire la tema lecției:**

1. Caracteristica virusului varicelo-zosterian.
2. Particularitățile epidemiologice în varicelă și Herpesul zoster.
3. Perioadele bolii și durata lor.
4. Formele clinice ale varicelei.
5. Tabloul clinic al varicelei și Herpesului zoster.
6. Exantemul în varicelă și Herpesul zoster.
7. Particularitățile varicelei la sugari.
8. Particularitățile varicelei la adolescenți, adulți și gravide.
9. Criteriile de gravitate ale varicelei și Herpesului zoster.
10. Complicațiile și sechelele varicelei și Herpesului zoster.
11. Diagnosticul varicelei și Herpesului zoster.
12. Diagnosticul diferențial al varicelei și Herpesului zoster. Alcătuiți tabele de diagnostic diferențial.
13. Criteriile de spitalizare a bolnavilor cu varicelă și Herpes zoster.
14. Principiile de tratament ale varicelei și Herpesului zoster:
  - în cazul evoluției fără complicații: numiți preparatele antivirale care se folosesc în terapia etiotropă a varicelei;
  - în cazul complicațiilor: nespecifice (prin suprainfecții bacteriene) și specifice (prin invazia virusului varicelo-zosterian).
15. Evoluția și prognosticul varicelei și Herpesului zoster.
16. Criteriile de externare din spital a pacienților cu varicelă și Herpes zoster.

**III. Clasificarea varicelei**

Nr	Forme clinice	Gravitatea bolii	Evoluția
1.	<b>Tipică</b>		
2.	<b>Atipice:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rudimentară</li><li>✓ Gangrenoasă</li><li>✓ Hemoragică</li><li>✓ Buloasă</li><li>✓ Generalizată (viscerală)</li></ul>	Ușoară Medie Severă	Cu complicații Fără complicații

### ***Criterii de severitate a bolii:***

#### **•Generale:**

- ✓ Afectarea SNC (semne de intoxicație generală, vome repetate, halucinații, dereglări de conștiință, convulsii)
- ✓ Sindromul de crup – laringotraheită stenoizantă

#### **•Locale:**

- ✓ Numărul elementelor eruptive și dimensiunile lor.

### **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil de 3 ani, frecventează grădinița. S-a îmbolnăvit acut cu febră (37,2°C) și apariția de erupții maculo-papuloase și veziculoase pe fundalul neschimbat al tegumentelor. A doua zi numărul erupțiilor a sporit, t – 37,8°C. Mai multe erupții pe partea piloasă a capului. Pe mucoasa bucală se observă 2 vezicule.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Indicați tratamentul.
4. Unde se poate trata bolnavul: la domiciliu sau în spital?
5. Ce măsuri antiepidemice sunt necesare în focar (la domiciliu, în grădiniță)?

**Problema 2.** La un copil de 4 ani, din secția cardiologie, s-a ridicat temperatura până la 37,5°C. Medicul de gardă a observat pe partea piloasă a capului, pe trunchi, extremități câteva macule (de 3-4 mm în diametru) de culoare roz, cu centrul puțin proeminent. Până în prezent copilul n-a suportat boli infecțioase.

1. Ce afecțiuni se poate presupune?
2. În baza căror date diagnosticul poate fi confirmat?
3. Indicați tratamentul.
4. Indicați măsurile antiepidemice în focar.

**Problema 3.** Dumneavoastră, fiind medic de familie, sunteți invitat la domiciliu la un copil bolnav în vârstă de 5 ani, care frecventează grădinița de copii. Aflați că copilul este bolnav de 2 zile. Boala a început acut, cu t - 37,2° C și apariția pe piele a erupțiilor maculo-papuloase și veziculelor unice. În ziua următoare t -38,2°C, numărul erupțiilor a crescut, a apărut pruritul. În familie mai este un copil care frecventează grădinița de copii.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Indicați tratamentul.
3. Ce măsuri antiepidemice sunt necesare în focar (la domiciliu, la grădiniță)?

După 3 zile starea copilului s-a agravat: t° - 39,5°C, frisoane, slăbiciune, cefalee, a apărut roșeața pielii și dureri mari în regiunea gambei drepte. Ați fost iarăși

invitat la domiciliu. La examinare ați observat pe pielea feței, pe trunchi, pe partea piloasă a capului un număr mare de elemente eruptive: macule, papule, vezicule, unele dintre ele cu conținut clar, altele – turbure, vezicule lezate și cruste. Pe gamba dreaptă ați observați un sector (4,0 x 6,0 cm) de piele cu o roșată aprinsă, fierbinte și foarte dureroasă la palpare. Nodulii limfatici inghinali (1,0 x 1,5 cm) sensibili, duri-elastici. Schimbări de organe – absente.

1. Prin ce explicați agravarea stării copilului?
2. Indicați tratamentul.
3. Când copilul va putea fi admis la grădiniță?

**Problema 4.** Copil de 5 ani, frecventează grădinița unde se înregistrează cazuri de varicelă. S-a îmbolnăvit acut, temperatura – 37,2°C, pe trunchi au apărut unele vezicule. Următoarele câteva zile s-au marcat prin subfebrilitate, stare generală satisfăcătoare, pe tegumente au apărut vezicule noi. Începând cu a 4-a zi de boală, starea generală satisfăcătoare, temperatura s-a normalizat, pe tegumente elementele au început să se usuce, formând cruste. În ziua a 8-a a bolii starea copilului s-a agravat: vomă repetată, slăbiciune, somnolență, ataxie, tremor. S-a apelat la medic și a fost spitalizat.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Ce cercetări trebuie aplicate pentru confirmarea diagnosticului?
3. Indicați tratamentul.
4. Măsurile antiepidemice în focar.

**Problema 5.** Copil de 10 ani, s-a aflat în SBIC cu diagnosticul „Hepatitis virală”, începând cu 30.09. Pe data de 17.10. temperatura s-a ridicat până la 39,0° C, au apărut prurit, înțepături, dureri, hiperemie în regiunea intercostală inferioară stângă. A doua zi starea generală s-a agravat și mai mult: t° – 39,5°C, au apărut cefalee, slăbiciuni, pe locul afectat pielea s-a înroșit și mai mult, au apărut vezicule mici în grupuri cu dimensiunile 0,3-0,5 mm și conținut transparent.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Formați planul de investigații.
3. este necesar să efectuați diagnosticul diferențial, cu ce bolii?
4. Indicați tratamentul.
5. Ce măsuri antiepidemice se recomandă să se aplice în secție?

**Problema 6.** Copil în vârstă de 3 ani, se internează în a 2-a zi a bolii cu acuze: t° – 39,0°C, cefalee, slăbiciuni, dureri și erupții pe cutia toracică partea anterioară și posterioară.

Copilul e din a treia graviditate, născute în termen, m = 3000 gr. Alergie nu a avut.

Contact cu bolnavi infecțioși nu a avut. În familie toți sunt sănătoși.

S-a îmbolnăvit acut, cu durere, apoi erupții pe torace. A doua zi – mai multe

elemente eruptive, durere locală violentă, senzație de arsură.

La internare: starea generală de gravitate medie. Conștiența clară. Poziția activă. Tegumentele de culoare obișnuită. Pe torace și spate, pe traectul nervilor intercostali o zonă de hiperemie delimitată cu erupții veziculoase și câteva bule mici, durere la palpare. Istmul faringian hiperemiat ușor. Amigdalele fără schimbări patologice. Respirația pulmonară aspră, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace sonore, ritmice. Abdomenul moale, indolor. Ficatul și splina nu sunt mărite. Semne meningiene absente.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Indicați tratamentul.

## MONONUCLEOZA INFECȚIOASĂ

### I. Motivarea temei

Mononucleoza infecțioasă (MI) se înregistrează în toate țările lumii. În ultimii ani interesul savanților și medicilor practicieni a crescut considerabil, fiind cauzat de creșterea morbidității, în special în țările în curs de dezvoltare.

Mononucleoza infecțioasă este o infecție virală acută caracterizată printr-un proces limfoproliferativ benign generalizat și este însoțită de febră, limfadenopatie generalizată, amigdalită, hepatosplenomegalie cu modificări caracteristice în hemoleucogramă. În deosebi este dificil diagnosticul mononucleozei infecțioase la copii de vârstă fragedă în formele ușoare și în forma atipică a bolii.

### II. Întrebări pentru autoinstruire

#### *a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:*

1. Tabloul clinic al anginei foliculare, lacunare.
2. Tabloul clinic al mononucleozei infecțioase la adulți.
3. Tabloul clinic al limfadenitei cervicale.
4. Denumiți semnele clinice și de laborator ale leucemiei acute.
5. Care este diagnosticul clinic și de laborator al limfogranulomatozei?

#### *b. Cu privire la tema lecției:*

1. Etiologia mononucleozei infecțioase.
2. Sursele de infecție și valoarea lor epidemică, căile de transmitere, receptivitatea.
3. Prin ce se poate explica polimorfismul formelor clinice ale mononucleozei infecțioase?
4. Simptomele principale și secundare ale mononucleozei infecțioase la copii.
5. Particularitățile curbei termice în mononucleoza infecțioasă la copii.
6. Caracterizați afectarea sistemului limfatic.

7. Caracterul afectării nazofaringelui în mononucleoză la copii.
8. Simptomele afectării ficatului.
9. Riscul splenomegaliei.
10. Criteriile de severitate în MI.
11. Complicațiile MI.
12. Criteriile hematologice de diagnostic ale mononucleozei infecțioase.
13. Reacțiile serologice și importanța lor în diagnosticul mononucleozei infecțioase.
14. De ce boli este necesar a diferenția mononucleoza infecțioasă la copii?
15. Principiile de tratament ale mononucleozei infecțioase.

### III. Clasificarea MI

#### *În funcție de tipul bolii:*

- Tipice: ciclică, autolimitantă
- Atipice:
  - ✓ frustă
  - ✓ asimptomatică (inaparentă)
  - ✓ viscerală

#### *In funcție de gradul de severitate a bolii:*

- ușoară
- medie
- gravă

#### *Criterii de severitate a bolii:*

##### ▪ Clinice:

- ✓ gradul de manifestare a sindromului toxic
- ✓ febra persistentă (peste 3 săptămâni)
- ✓ gradul de hipertrofie a ganglionilor limfatici
- ✓ caracterul amigdalitei și durata prezenței depunerilor purulente pe amigdale
- ✓ gradul afectării hepatice (hepatomegalia, sindromul de citoliză, icterul)
- ✓ splenomegalia

##### ▪ Paraclinice:

###### - hematologice:

- ✓ leucopenie ( $<4 \cdot 10^9/l$ ) sau leucocitoză evidentă
- ✓ trombocitopenie ( $<50 \cdot 10^3/l$ )
- ✓ prezența limfocitelor atipice ( $> 25\%$ )

###### - biochimice:

- ✓ creșterea nivelului ALAT și ASAT peste 3-4 ori
- ✓ nivelul scăzut al protrombinei

- ✓ nivelul ridicat al bilirubinei totale și fracțiilor ei
- ✓ nivelul ridicat al  $\beta$ -lipoproteinelor, fosfatazei alcaline,  $\gamma$ GTP

- **serologice:**

- ✓ absența anti-EA IgG sau anti-VCA IgM în perioada acută a bolii
- ✓ persistența în perioada de convalescență a anti-EA IgG și anti-VCA IgM în absența anti-EBNA IgG;
- ✓ prezența ADN-EBV în LCR.

**În funcție de durata și caracterul evoluției bolii:**

- acută
- trenantă
- ciclică autolimitantă
- cu complicații
- cu suprainfecții.

**IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 7 ani, s-a îmbolnăvit acut cu o săptămână în urmă: febră 38,0°C, dureri în faringe, respirație nazală îngreunată, mărirea ganglionilor limfatici cervicali. În următoarele zile temperatura s-a menținut majoră (38,5-39,0°C), respiră cu gura întredeschisă, fața edematoasă, ganglionii limfatici submaxilari și cervicali posteriori tumefiați. Istmul faringian hiperemiat, amigdalele hiperemiate, hipertrofiate gr.II, cu depuneri insulare galbene-albicioase. Ficatul cu 3 cm sub rebordul costal drept, nedureros, neted. Splina cu 4 cm sub rebordul costal.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Care devieri ale hemoleucogramei pot confirma diagnosticul?
3. Ce metode virusologice și serologice trebuie indicate pentru a confirma diagnosticul. Markerii serologici ai mononucleozei infecțioase.
4. Cu care maladii trebuie efectuat diagnosticul diferențial?
5. Principiile de tratament.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 9 ani s-a îmbolnăvit acut cu ridicarea temperaturii până la 38,0°C, au apărut dureri în gât, nas înfundat, tumefierea ganglionilor limfatici periferici. A avut o vomă. La inspecție sunt măriți ganglionii limfatici periferici, mai ales cei cervicali posteriori, însă se palpează și cei cervicali anteriori, submaxilari, axilari, inghinali. Ficatul mărit cu 4 cm, splina - cu 3 cm. Istmul faringian hiperemiat, amigdalele hiperemiate, hipertrofiate gr.II, cu depuneri în lacune de culoare gălbuie.

1. Stabiliți diagnosticul prezumtiv, argumentați.
2. Alcătuiți planul de investigații pentru confirmarea etiologică a diagnosticului.

3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 8 luni s-a îmbolnăvit acut cu ridicarea temperaturii până la 39,0°C. Se internează la a 5<sup>-a</sup> zi de boală. Sunt evidente semne catarale (rinită, tuse), respiră cu gura deschisă. Istmul faringian hiperemiat, amigdalele hipertrofiate. Respirația nazală îngreunată, copilul neliniștit. Se evidențiază dispnee, cianoza triunghiului nazolabial, fața edemațiată. Ganglionii limfatici cervicali sunt măriți. În pulmoni respirație aspră, raluri uscate și conductibile. Ficatul mărit cu 4 cm, splina – cu 2,5 cm.

1. Stabiliți diagnosticul prezumtiv, argumentați.
2. Formați lista de maladii pentru diagnosticul diferențial.
3. Indicați tratamentul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 8 ani, s-a îmbolnăvit acut: dureri în gât, subfebrilitate. A continuat să frecventeze școala. La a 3<sup>-a</sup> zi a bolii mama a observat edemul cervical. Medicul de familie a stabilit diagnosticul “parotidită epidemică” și a indicat comprese calde uscate la nivelul gâtului, lichide suficiente. Însă starea copilului s-a agravat, temperatura către a 5<sup>-a</sup> zi a atins 38,5°C, s-au intensificat durerile în gât, respirația nazală a devenit îngreunată, a apărut sforăit în timpul somnului. La consultul repetat, medicul de familie a depistat depuneri albicioase-surii pe amigdale și încă o serie de semne care au permis diagnosticul prezumtiv de mononucleoză infecțioasă.

1. Enumerați care alte simptome, în afara celor menționate, sunt caracteristice mononucleozei infecțioase și trebuiau să fie evidențiate de medic.
2. Enumerați metodele de laborator pentru argumentarea diagnosticului.
3. Cu care maladii este necesar de a efectua diagnosticul diferențial?
4. Unde trebuie să se trateze copilul? Acasă? În spital? Indicați tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 8 ani, a fost trimis pentru spitalizare cu diagnosticul ”Hepatită virală”. Este bolnav de 8 zile: febră (37,8-38,0°C), respirație nazală dificilă, dureri în gât la deglutiție și în timpul când întoarce capul spre dreapta sau stânga. Ganglionii limfatici, îndeosebi cei cervicali posteriori, măriți în volum în formă de lăntișor, vizibili, cu dimensiuni de până la 1,5 cm în diametru. Pe amigdale depuneri de puroi alb-gălbui. Ficatul mai jos de rebordul costal cu 2 cm, splina – cu 3 cm. La analiza biochimică a sângelui s-a apreciat o hipertransaminazemie moderată. Anamneza epidemiologică fără particulatăți.

1. Stabiliți diagnosticul prezumtiv, argumentați.
2. În ce secție trebuie spitalizat pacientul respectiv?
3. Care investigații sunt necesare pentru confirmarea diagnosticului?
4. Indicați tratamentul.

# OREIONUL

## I. Motivarea temei

În practica de toate zilele medicul se întâlnește destul de frecvent cu oreionul. Multiplele forme clinice ale oreionului determină afectarea diferitor organe și sisteme. Așa cum maladia există sub diferite forme clinice, diagnosticul ei nu este întotdeauna atât de simplu. E dificilă stabilirea diagnosticului oreionului atunci, când sunt afectate izolat sistemul nervos central sau diferite glande (submaxilare, pancreasul, testiculele) și în cazul formelor fruste, ușoare.

Consecințele diagnosticului tardiv în oreion conduc la schimbări patologice ale SNC, atrofia testiculelor.

## II. Întrebări pentru autoinstruire

### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Particularitățile agentului cauzal.
2. Modificările morfopatologice în afecțiunea glandelor endocrine și meningelor.
3. Materialele colectate la bolnavul de oreion pentru analiza virusologică și serologică.
4. Termenul minimal și maximal al perioadei de incubație.
5. Sursa de infecție, căile de transmitere a bolii.
6. Indicele de receptivitate, imunitatea în oreion.
7. Anatomia glandelor salivare, parotidiene, submaxilare, sublinguale.
8. Tabloul clinic în parotidita purulentă.
9. Tabloul clinic în limfadenita cervicală.
10. Prin ce simptome clinice se manifestă afectarea meningelor?
11. Caracteristica LCR în funcție de etiologia meningitei.
12. Tabloul clinic în pancreatita acută.
13. Tabloul clinic al orhitei.

### b. Cu privire la tema lecției:

1. Organele ce se afectează în oreion.
2. Tabloul clinic și frecvența afectării glandelor salivare.
3. Tabloul clinic și frecvența afectării testiculelor și glandelor mamare.
4. Tabloul clinic și datele de laborator în pancreatită.
5. Tabloul clinic și datele de laborator în oreion cu afectarea SNC.
6. Particularitățile clinice ale oreionului la adulți.
7. Formele clinice în oreion (conform tipului, gravității și evoluției).
8. Enumerați complicațiile în oreion.
9. Diagnosticul de laborator al infecției urliene: virusologic, serologic.  
Semnificația diagnostică a analizei generale a sângelui, analizei urinei, LCR.
10. Principiile de tratament în diferite forme clinice.
11. Profilaxia specifică și nespecifică a oreionului.



12. Diagnosticul diferențial dintre oreion, parotidita purulentă, difteria toxică, limfadenita cervicală, meningita tuberculoasă.

### III. Clasificarea formelor clinice ale oreionului

#### *În funcție de tipul bolii:*

##### **Tipice:**

- glandulară: cu afectarea numai a țesutului glandular (parotidită, submaxilită, pancreatită, orhită)
- cu afectarea SNC (meningită, meningoencefalită seroasă)
- neuroglandulară (sau mixtă): cu afectarea glandelor salivare și SNC, și cu afectarea altor organe glandulare (parotidită, pancreatită, orhită, meningită seroasă)

##### **Atipice:**

- frustă
- asimptomatică

#### *În funcție de gradul de severitate a bolii:*

- ușoară
- medie
- severă

#### *Criterii de evaluare a gradului de severitate:*

##### • **Generale:**

- afectarea SNC (simptome de intoxicație, de afectare a meningelor și a țesutului encefalic)
- durata și limita maximă a febrei

##### • **Locale:**

- Implicarea în procesul patologic nu numai a glandelor salivare, dar și a altor organe glandulare (pancreasul, gonadele etc.)
- gradul de tumefiere a glandelor parotide:
  - **Gradul I** – tumefierea glandelor parotide se apreciază numai prin palpate
  - **Gradul II** – tumefierea glandelor parotide se determină nu numai prin palpate, ci și vizual
  - **Gradul III** – tumefierea glandelor parotide este însoțită de edem cervical

#### *În funcție de caracterul evoluției bolii:*

- ciclică, fără complicații
- cu complicații.

#### IV. Probleme clinice

**Problema 1.** Copil în vârstă de 7 ani, s-a îmbolnăvit acut: febră până la 38,0°C, slăbiciune, dureri retromandibulare la masticăție. La a 2<sup>a</sup> zi de boală a apărut o tumefacție la nivelul glandei parotide pe stânga, iar peste o zi – din partea dreaptă. La examinare medicul a observat tumefacția glandelor salivare parotide, elastice, sensibile la palpare, pielea deasupra lucioasă, neinfiltrată, destinsă, de culoare normală. Simptomul Moursou pozitiv. Alte modificări nu s-au depistat.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul clinic.
2. Ce localizări ale infecției mai pot fi?
3. De ce alte maladii se va diferenția?
4. Poate fi tratat copilul la domiciliu?
5. Indicați tratamentul.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 12 ani, internat în spital la a 5<sup>a</sup> zi de boală cu acuze la febră 39,0°C, cefalee, slăbiciune, dureri retromandibulare la masticăție. La a 2<sup>a</sup> zi de boală s-a observat o tumefiere a glandei parotide din dreapta. Febra s-a menținut toate zilele: 38-39,5,0°C. La a 4<sup>a</sup> zi de boală au apărut dureri în regiunea inghinală și mărirea în dimensiuni a testiculului stâng.

La examinare se observă o tumefiere a glandei parotide din dreapta, gradul I, de consistență păstoasă, sensibilă la palpare, pielea deasupra de culoare normală. Testiculul stâng mărit în dimensiuni, cu edem, congestie și temperatură locală, sensibil la palpare. Respirația nazală liberă, eliminări absente. În plămâni respirație veziculară, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace ritmice, sonore. Abdomenul moale, indolor. Ficatul și splina nu sunt mărite. Semnele meningiene negative.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul preliminar.
2. Ce investigații se vor efectua pentru confirmarea diagnosticului?
3. De ce maladii este necesar de a diferenția?
4. Formulați diagnosticul clinic conform clasificării formelor clinice în oreion.
5. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 5 ani, internat în spital la a 7<sup>a</sup> zi de boală cu acuze la febră 39,0°C, cefalee, slăbiciune, vome repetate.

Din anamneza bolii se cunoaște că maladia a debutat cu febră 38,0°C, slăbiciune. La a 2-a zi s-a observat o tumefiere a glandei parotide din dreapta, la a 3<sup>a</sup> zi – și din stânga, dureri la masticăție. A fost inițiat tratamentul la domiciliu, dar starea s-a agravat și copilul a fost spitalizat.

La internare: starea copilului gravă, somnolent, palid. Glandele parotide tumefiate bilateral (gradul I), pielea deasupra neschimbată. Respirația nazală liberă, eliminări absente. În pulmonii respirație aspră, raluri nu se percep.

Zgomotele cardiace atenuate. Abdomenul moale, indolor. Ficatul și splina nu sunt mărite. Semnele meningiene: redoarea cefei, semnele Kernig, Brudzinski pozitive. A fost efectuată puncția lombară.

LCR clar, hipertensiv, pleiocitoza – 470/mm<sup>3</sup>, neutrofile – 12%, limfocite – 78%, proteinorahie – 0,066‰, glucoza și clorizii în normă.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. Ce investigații se vor efectua pentru confirmarea diagnosticului etiologic.
3. De ce maladii este necesar de a diferenția?
4. Prescrieți tratamentul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 10 ani, s-a îmbolnăvit acut – febră până la 39,0°C, slăbiciune, cefalee, vome repetate. De urgență a fost spitalizat.

La internare starea copilului gravă, conștiința clară. Sunt prezente fotofobie și fonofobie. Mucoasa bucală este de culoare roză, lucioasă, pe amigdale depunerile lipsesc. Respirația nazală liberă, eliminări absente. Ganglionii limfatici nu sunt măriți. În pulmoni – respirație veziculară, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace ritmice, atenuate. Abdomenul moale, indolor. Ficatul și splina nu sunt mărite. Semnele meningiene: redoarea cefei, semnul Kernig pozitive. S-a efectuat puncția lombară.

Din anamneza epidemiologică se cunoaște că la liceu sunt cazuri de oreion.

LCR: clar, hipertensiv, pleiocitoza - 325/mm<sup>3</sup>, neutrofile - 10%, limfocite - 90%, proteinorahie - 0,033‰, glucoza și clorizii în normă.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. În baza căror date puteți confirma diagnosticul etiologic?
3. Ce localizări ale infecției mai pot fi?
4. Unde poate fi tratat copilul?
5. Indicați tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 5 ani s-a îmbolnăvit acut: temperatura 37,5°C, slăbiciune, dureri retromandibulare la masticăție. În a 2<sup>a</sup> zi a bolii a apărut tumefacție la nivelul glandelor parotide pe stânga, peste o zi – și pe dreapta, și a glandelor submaxilare. Medicul de familie a indicat tratament simptomatic. În a 7<sup>a</sup> zi a bolii starea generală a copilului s-a agravat: febră (39,5°C), cefalee, vome repetate, dureri în abdomen. De urgență a fost spitalizat.

La examinare starea generală gravă. S-a observat tumefacția glandelor salivare parotide și submaxilare de gr.I, elastice, nedureroase, cu pielea de culoare normală. Mucoasa bucală uscată, simptomul Moursou pozitiv bilateral. Istmul faringian fără schimbări patologice. Respirația nazală liberă, eliminări absente. În pulmoni – respirație veziculară, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace ritmice, sonore. Abdomenul moale, dureros în epigastru și în hipocondrul stâng. Ficatul și splina nu sunt mărite. Scaunul absent timp de 3 zile. Semnul meningian Brudzinski superior pozitiv.

Se cunoaște că copilul frecventează grădinița, unde ultimele 3 săptămâni s-au

înregistrat cazuri de oreion.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul preliminar.
2. Numiți investigațiile paraclinice necesare, inclusiv pentru confirmarea diagnosticului etiologic.
3. Indicați tratamentul.
4. Măsurile antiepidemice în focar.

## TUSEA CONVULSIVĂ

### I. Motivarea temei

Tusea convulsivă este o boală infecțioasă destul de răspândită și severă la copiii, mai cu seamă la cei până la 1 an.

Vaccinarea copiilor contra acestei maladii a redus considerabil morbiditatea, însă continuă a fi o boală gravă la sugari, care poate evolua cu complicații severe și adesea necesită terapie intensivă, uneori chiar reanimare. Concomitent cu formele tipice ale bolii (ușor de diagnosticat), actualmente se întâlnesc frecvent forme ușoare, atipice, fruste, diagnosticul cărora este dificil. În plan epidemiologic acești pacienți răspândesc ușor tusea convulsivă.

Din aceste considerente, medicul de familie trebuie să dispună de cunoștințe perfecte în ceea ce privește diagnosticul atât al formelor tipice cât și al celor atipice pentru a indica tratamentul corect și precoce.

### II. Intrebări pentru autoinstruire

#### *a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:*

1. Particularitățile B.pertussis
2. Sursa de infecție și căile de transmitere.
3. Metodele de recoltare a materialului pentru investigațiile bacteriologice, mediile nutritive.
4. Investigațiile serologice.
5. Particularitățile afecțiunilor pulmonare.
6. Mecanismul accesului de tuse spastică.
7. Particularitățile dominantei Uhtomski în patogenia tusei convulsive.
8. Mecanismul hipoxiei în tusea convulsivă.

#### *b. Cu privire la tema lecției:*

1. Numiți sursa de infecție, căile de transmitere, receptivitatea, particularitățile imunității în tusea convulsivă.
2. Numiți perioadele bolii și durata lor.
3. Tabloul clinic al perioadei catarale în tusea convulsivă.
4. Caracterizați accesul de tuse spasmodică.
5. Descrieți aspectul bolnavului în timpul accesului de tuse spasmodică.
6. Numiți indicii de severitate a tusei convulsive.
7. Clasificarea formelor clinice în tusea convulsivă.
8. Complicațiile tusei convulsive.

9. Investigațiile de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului în tusea convulsivă.
10. Diferențierea tusei convulsive în perioada catarală și spasmodică.
11. Particularitățile tusei convulsive la sugari.
12. Particularitățile tusei convulsive la vaccinați.
13. Particularitățile clinice ale tusei convulsive provocate de B.parapertussis.
14. Principiile de tratament ale tusei convulsive, terapia cu antibiotice.
15. Măsurile antiepidemice în focarul tusei convulsive.
16. Profilaxia tusei convulsive.

### **III. Clasificarea formelor clinice ale tusei convulsive**

#### ***În funcție de tipul bolii:***

- Tipice
- Atipice:
  - frustă
  - asimptomatică
  - abortivă

#### ***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă

#### ***Criterii de evaluare a gradului de severitate a bolii:***

- Frecvența acceselor de tuse în 24 de ore:
  - ✓ forma ușoară – 10-15, 3-5 reprize
  - ✓ forma medie – 15-25, 10 reprize
  - ✓ forma severă – 25-30 și mai mult, peste 10 reprize
- Prezența cianozei și a edemului faciesului în timpul accesului de tuse și în pauze
- Apariția cianozei faciesului în timpul tusei în prima săptămână a bolii (perioada prodromală)
- Intensitatea dereglărilor respiratorii
- Frecvența și durata apneei
- Intensitatea dereglărilor cardiovasculare
- Prezența encefalopatiei
- Prezența complicațiilor
- Starea generală gravă în afara acceselor de tuse
- Vome după accesul de tuse sau în afara lui
- Modificări hematologice severe

### **În funcție de evoluția bolii:**

- ciclică, fără complicații
- cu complicații.

## **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 ani, are tuse umedă sub formă de accese, temperatura 37,5°C. A avut convulsii de scurtă durată, nu-și recunoaște mama, a vomitat.

*La inspecție:* starea copilului gravă, stupeoare, paliditate. Fontanela anterioară bombată, tensionată, rigiditatea cefei puțin pronunțată, simptomul Brudzinski pozitiv. Pulsul 100/min, P/A 130/70 mmHg, respirația 46/min. Organele interne – fără patologii evidente.

1. Ce concluzie putem trage în cazul dat? Diagnosticul preliminar.
2. Indicați investigațiile de laborator necesare pentru diagnostic.
3. Întocmiți planul de tratament.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 1 an, 12 kg, spitalizat la a 10<sup>a</sup> zi de boală cu următoarele acuze: tuse sub formă de accese până la 15-20 în 24 de ore, vomitări, temperatura 37- 37,8°C. În debut tusea era uscată, treptat înteinându-se și realizându-se preponderent noaptea, temperatura normală. În ultimele 5 zile suportă tuse spasmodică șuierătoare. În orofaringe se marchează acumulări de spută vâscoasă. Ultimele 2 zile vomită de 3-4 ori pe zi la sfârșitul accesului de tuse. Au solicitat medicul la a 3<sup>a</sup> zi de boală, care i-a prescris copilului expectorante, sinapisme pe spate, penicilină intramuscular.

*Din anamneză:* copilul s-a aflat în contact cu un bolnav de 13 ani cu tuse frecventă și durabilă. Până acum a făcut de 2 ori infecții respiratorii, este vaccinat cu DTP la 8 luni (o doză).

*La internare:* starea copilului gravă, palid, edem palpebral, hemoragii în sclerele ambilor ochi, mai pronunțate pe dreapta. Dispnee, respirația 60/min. Pulsul 160/min, P/A 110/70 mmHg. În pulmoni respirație aspră, din ambele părți raluri umede. Zgomotele cardiace ritmice, asurzite. Abdomenul moale, indolor. Ficatul mărit cu 1,5 cm, elastic. Scaunul și micțiunile normale.

1. Stabiliți diagnosticul preventiv, argumentați.
2. Indicați investigațiile de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului.
3. Numiți bolile în raport cu care e necesară diferențierea acestei boli.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 3 luni, spitalizat la a 7<sup>a</sup> zi de boală cu următoarele acuze: inapetență, tuse frecventă sub formă de crize (de 14 ori în 24 de ore) cu înroșirea feței și acumularea de spută vâscoasă în faringe, temperatura 36,8°C. În ajun a avut apnee cu cianoza feței.

*La internare:* stare gravă, galeș, cianoză circumorală. Fontanela anterioară bombată, tensionată. Auscultativ respirație aspră, percutor sunetul timpanic, FR 40/min. Zgomotele cardiace ritmice 140/min, P/A 100/60 mmHg. Abdomenul moale, ficatul depășește rebordul costal cu 1,5 cm, splina – cu 0,5 cm. Scaunul normal de 1-2 ori în 24 de ore.

*Din anamneză:* copilul de la I sarcină, I naștere, fără particularități, s-a născut cu masa 3600 gr. Alimentat la sân. N-a fost bolnav. În familie mai este un copil de 4 ani care frecventează grădinița și la care tusea uscată se menține mai mult de 2 săptămâni.

1. Stabiliți diagnosticul preventiv, argumentați.
2. Indicați investigațiile de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului.
3. Numiți maladiile cu care trebuie efectuat diagnosticul diferențial.
4. Indicați tratamentul acestui bolnav.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 4 ani. Boală a debutat cu tuse uscată, frecventă, însă starea generală nu suferea, copilul avea un comportament adecvat, temperatura 37,2-37,5°C. Mama a administrat antitusive timp de 7-10 zile, însă tusea progresează. Peste 12 zile de la debut tusea a devenit mai frecventă, au apărut și accese de tuse spasmodică,  $t^{\circ} = 36,5^{\circ}\text{C}$ . Medicul de familie a stabilit diagnosticul de bronșită și a prescris ampicilină pentru 7 zile. Ulterior accesele au devenit mai frecvente, în special noaptea, uneori se terminau cu vomă. În primul an de viață copilul a fost vaccinat DTP 1, 2, 3 și nu a fost revaccinat.

1. Stabiliți diagnosticul prezumtiv, argumentați.
2. Indicați investigațiile de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului.
3. Indicați tratamentul.
4. Numiți particularitățile clinice ale tusei convulsive la cei vaccinați.

## **GRIPA ȘI ALTE INFECȚII RESPIRATORII ACUTE LA COPII**

### **I. Motivarea temei**

Gripa și alte infecții respiratorii acute (IRA) sunt cele mai răspândite boli la copii. Pentru ele sunt comune epidemiologia, patogenia, complicațiile posibile. Afectând concomitent un număr mare de oameni, gripa și alte IRA aduc daună sănătății, pagube enorme productivității, pierderi economice. Măsurile profilactice antiepidemice aplicate în colectivitățile de copii sunt puțin eficiente.

Manifestările clinice ale gripei la copii sunt mult mai variate decât la adulți, diagnosticul fiind dificil. Aceste boli sunt periculoase îndeosebi pentru sugari, în organismul cărora pe parcursul bolii scade rezistența generală, ceea ce conduce

deseori la complicații, suprainfecții, ce pot cauza și decesul. Diagnosticul precoce al gripei și IRA, măsurile antiepidemice, tratamentul la domiciliu sau în spital continuă a fi actuale.

## **II. Întrebări pentru autoinstruire**

### ***a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:***

1. Date contemporane despre virusurile gripale, ale IRA, particularitățile lor, variabilitatea.
2. Particularitățile epidemiologice ale gripei și IRA.
3. Care sunt cauzele îmbolnăvirilor repetate de gripă și IRA?
4. Rolul imunității nespecifice-interferonilor (IFN) și celulelor narutale killer (NKC) în infecțiile respiratorii virale.
5. Particularitățile imunității specifice (IgA, M G și limfocitele T) în infecțiile respiratorii virale?
6. Modificările morfopatologice ale SNC în gripă la copil.

### ***b. Cu privire la tema lecției:***

1. Copiii la ce vârstă suportă mai frecvent gripa și IRA?
2. Prin ce se explică incidentă mare a gripei și IRA în instituțiile preșcolare și școlare?
3. Sursele de infecție în gripă și IRA.
4. Cauzele izbucnirilor epidemice și ale pandemiilor de gripă.
5. Care este deosebirea dintre imunitatea postvirală în IRA și în varicelă?
6. Care segmente ale căilor respiratorii se vor afecta preponderent în gripă și în IRA?
7. Ce modificări au loc în organele respiratorii în gripă și în IRA?
8. Sindroamele clinice în gripă și în IRA?
9. Laringotraheită stenoizantă (sindromul de crup) în gripă și în IRA, tabloul clinic și fazele evoluției.
10. Tabloul clinic în gripa cu sindrom de neurotoxicoză. Asistența urgentă la etapa prespital.
11. Durata febrei la bolnavii cu gripă, paragripă, infecție adenovirală.
12. De ce la bolnavii cu gripă și paragripă apare sindromul de crup?
13. De ce la bolnavii cu IRA apar convulsii?
14. De ce la bolnavii cu gripă apar hemoragii?
15. Formele clinice ale conjunctivitei în infecția adenovirală.
16. Cauzele și manifestările clinice ale sindromului abdominal în unele IRA.
17. Sindromul bronhoobstructiv în infecția cu virusul sincițial respirator – tabloul clinic și tratamentul.
18. Enumerați complicațiile gripei și ale altor IRA.
19. Ce materiale de la bolnavii cu gripa și IRA pot fi examinate pentru confirmarea etiologică a diagnosticului? În ce termene?
20. În ce termene și ce rezultate se pot obține prin examenul serologic?
21. Ce medicamente pot fi indicate copilului bolnav de gripă, IRA?



22. Care sunt indicațiile de spitalizare a copilului bolnav cu gripă, IRA?
23. Tratamentul bolnavilor cu gripă și IRA, forme grave (neurotoxicoză, hiperpirexie, convulsii).
24. Tratamentul bolnavilor cu gripă și IRA, forme ușoare și medii la domiciliu.
25. Profilaxia gripei și IRA.
26. Modul de administrare a interferonului cu scop de tratament și profilaxie în gripă și în alte IRA.

### **III. Clasificarea IRA**

#### ***În funcție de etiologie:***

1. Gripă
2. Paragripă
3. Adenoviroză
4. Infecția cu virusul respirator sincițial
5. Rinoviroză
6. Reoviroză
7. Enteroviroză
8. Infecția cu coronavirusuri
9. Micoplasmoză
10. Infecții respiratorii acute de etiologie bacteriană (pneumococ, streptococ, Haemophilus influenzae)
11. Infecții respiratorii mixte (virus-virale, virus-bacteriene, virus-micoplasme)

#### ***În funcție de tipul bolii:***

Tipice (cu sindroamele caracterisice manifeste)

Atipice:

- frustă
- subclinică (inaparentă)

#### ***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă

#### ***Criteriile de severitate a bolii:***

- intensitatea sindromului toxic
- gradul insuficienței respiratorii
- intensitatea manifestărilor locale

#### ***În funcție de caracterul evoluției:***

- comuna (fără complicații)
- ondulantă
- cu complicații.

## **IV. Clasificarea gripei**

### ***În funcție de etiologie:***

- gripa A, A<sub>0</sub>, A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>
- gripa B
- gripa C

### ***În funcție de tipul bolii:***

- Tipică (cu sindroamele toxic și cataral manifeste)
- Atipice:
  - ✓ frustă
  - ✓ subclinică (inaparentă)
  - ✓ hipertoxică (fulgeratoare)

### ***Sindroamele clinice de bază:***

- neurotoxic (encefalopatie toxiinfecțioasă)
- cataral respirator
- de crup
- astmatic (bronhoobstructiv)
- abdominal
- hemoragic
- cu modificări primare pulmonare segmentare

### ***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă
- hipertoxică (fulminantă)

### ***Criterii de severitate:***

- gradul de intensitate a neurotoxicozei
- gradul de stenoză laringiană
- gradul de insuficiență respiratorie
- gradul de afectare poliorganică

### ***În funcție de caracterul evoluției:***

- comună (fără complicații)
- cu complicații (pneumonie, otită, encefalită, meningită seroasă, miocardită, neurită, poliradiculoneuropatie, laringotraheită purulentă)

## **V. Clasificarea paragripei**

### ***În funcție de tipul bolii:***

- Tipică
- Atipică

***Sindroame clinice de bază:***

- catar respirator superior
- laringită acută subglotică
- de crup (laringotraheită stenoizantă subcordală acută)
- astmatic (bronhoobstructiv)
- pneumonie

***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă

***În funcție de caracterul evoluției bolii:***

- fără complicații
- cu complicații (pneumonie, otită, sinuzită, laringotraheită, angină, laringotraheită stenoizantă bacteriană).

**VI. Clasificarea infecției adenovirale**

***În funcție de tipul bolii:***

- Tipice (cu conjunctivită)
- Atipice (fără conjunctivită)

***Sindroame clinice realizate de adenovirusuri:***

1. Neurotoxic (encefalopatie toxiinfecțioasă)
2. Catar al căilor respiratorii superioare
3. Rinofaringoconjunctivită
4. Conjunctivită și cheratoconjunctivită
5. Conjunctivită pseudomembranoasă
6. Febră faringoconjunctivală
7. Faringoamigdalită

**Alte sindroame:**

1. Laringită stenoizantă (crup viral)
2. Bronhoobstructiv
3. Abdominal sau diareic
4. Pneumonie interstițială descuamativă adenovirală

***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă

***În funcție de caracterul evoluției a bolii:***

- fără complicații
- cu complicații.

**VII. Clasificarea infecției cu virusul respirator sincițial**

***În funcție de tipul bolii:***

- Tipice
- Atipice

***Sindrome clinice:***

1. Rinofaringită acută
2. Bronhoobstructiv (astmatiform)
3. Bronșiolită acută
4. Pneumonie virală
5. Laringita stenoizantă (crup viral)
6. Diareic

***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă

***În funcție de caracterul evoluției bolii:***

- fără complicații
- cu complicații

**VIII. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 ani, s-a îmbolnăvit brusc (la 12<sup>00</sup> ziua), cu febră 39,6°C, adinamie, cefalee. Peste 3 ore – vomă, starea generală gravă, pierde cunoștința, apar convulsii. Cu ambulanța este transportat în secția de terapie intensivă a spitalului de boli infecțioase. Tata și fratele bolnavului suportă gripă.

*La internare:* starea foarte gravă, inconștient, temperatura 40,0°C, pielea palidă, fără erupții, cianoza buzelor. Periodic apar convulsii (1-2). Secrețiile nazale lipsesc, sclerele injectate, istmul faringian hiperemiat, dispnee pronunțată (56 respirații). În pulmoni respirație aspră, din ambele părți – raluri umede buloase mici. Zgomotele cardiace ritmice, atenuate, tahicardie. FCC – 145/min, P/A - 75/50 mmHg. Semnele meningiene: se determină rigiditatea mușchilor occipitali și simptomul Kernig.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul clinic. Evidențiați sindroamele dominante.
2. De ce boli e necesar de a diferenția maladia? Alcătuiți lista de boli pentru

diferențiere.

3. Asistența urgentă la etapa prespitalicească.
4. Ce investigații sunt necesare pentru confirmarea diagnosticului?
5. Planul de tratament.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 11 luni, internat în spitalul de boli infecțioase pentru copii la 2<sup>a</sup> zi a bolii cu acuzele mamei la neliniște, febră (37,5-38,0°C), dispnee, tuse lătrătoare, regușeală. În familie mai sunt bolnavi cu boli respiratorii.

*La internare:* starea gravă, agitat. Temperatura 38,7°C, paliditate pronunțată, cianoză nazolabială. Respirație zgomotoasă, auzită la distanță (59'). În istmul faringian hiperemie difuză. Se observă tirajul părților moi ale cutiei toracice (suprasternale, supraclaviculare, intercostale) la inspir, FR – 45/min, tahicardie (FCC – 150/min). Voce răgușită. În pulmoni raluri multiple umede și uscate. Zgomotele cardiace atenuate, ritmice. Abdomenul moale, ficatul cu 2 cm sub rebordul costal. Semnele meningiene absente.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați, evidențiați sindromul clinic de bază.
2. Elaborați planul examinărilor de laborator și instrumentale, consultațiilor specialiștilor.
3. De ce boli se va diferenția?
4. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 10 ani, s-a internat în prima zi a bolii cu acuze la cefalee pronunțată, adinamie, mialgii, vome repetate, hemoragii nazale, insomnie, tuse uscată. În familie sunt bolnavi cu boli respiratorii.

*La internare:* starea generală gravă, temperatura 40,0°C, conștiența clară, însă periodic are halucinații, e adinamic, somnolent. Buzele uscate, obraji congestionați. Istmul faringian hiperemiat, granulația palatului moale și a faringelui posterior. Limba saburală, nasul înfundat, sclerele injectate, pielea palidă, hiperestezie. Numărul de respirații 36/min. În pulmoni respirație aspră, raluri nu se percep, sunetul percutor timpanic. Zgomotele cardiace atenuate. Pulsul 160/min, P/A - 100/60 mmHg. Abdomenul moale, dureros difuz, ficatul cu 1 cm sub rebordul costal, splina nu se palpează. Micțiunea liberă în cantități mici. Urina de culoare galbenă-întunecată. Semne meningiene absente.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. Formați lista de maladii pentru diferențiere.
3. Indicați examenele de laborator pentru confirmarea diagnosticului.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 2,5 ani. Bolnav de 3 zile. Debutul bolii acut: febră (37,5-38,0°C), rinită, tuse productivă, edem și hiperemia pleoapelor ochiului stâng. A frecventat grădinița de copii. Starea de gravitate medie, fața edemațiată, conjunctiva hiperemiată, granulată, puțin edemată. Istmul faringian și amigdalele

hiperemiate, pe faringele posterior hiperemia și tumefierea foliculilor limfatici. Nodulii limfatici puțin măriți. În pulmoni respirație aspră, raluri umede. Ficatul cu 2,5 cm, splina cu 1,5 cm sub rebordul costal. A avut scaune lichide fără incluziuni patologice de 4 ori pe zi.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul preliminar.
2. De ce boli e necesar de a-l diferențiat?
3. Formați planul de investigații.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 8 ani. Bolnav de 2 zile. Temperatura 37,5°-38°C, apatie, tuse uscată, lătrătoare, eliminări din nas neînsemnate, voce răgușită. În ajun a frecventat școala.

Rinoscopia prezintă hiperemie și edem al mucoasei nazale. În istmul faringian hiperemie difuză. Radiologic în pulmoni desen vascular accentuat pronunțat, focare lipsesc. Prin examenul imunofluorescent s-a depistat antigenul paragrupal.

1. Stabilit diagnosticul clinic.
2. În baza căror date clinice și de laborator ați stabilit diagnosticul?
3. De ce boli trebuie diferențiat?
4. Indicați tratamentul.

**Problema 6.** Copil în vârstă de 3 luni, a fost internat în secția de terapie intensivă în stare foarte gravă având tuse spastică, tahipnee, geamăt, dispnee expiratorie, febră. Bolnav de 3 zile. Boală a debutat cu semne respiratorii, subfebrilitate (37,4°C), tuse, vomă. Astazi starea s-a agravat.

*La inspecția generală:* starea copilului foarte gravă, nelinistit, tuse frecventă, paliditate pronunțată a tegumentelor, acrocianoză. Dispnee expiratorie, expirul șuierător, febră 38,0°C, inapetență. Auscultativ zgomotele cordului ritmice, asurzite, tahicardie 140/min. În pulmoni se percep raluri subcrepitante la expir și inspir, murmurul vezicular diminuat. Frecvența respirației 70/min. Abdomenul balonat. Ficatul cu 3,0 cm sub rebordul costal, splina – cu 1,0 cm. Scaun lichid de 2 ori. Semne meningiene absente.

1. Formulați și argumentați diagnosticul preliminar.
2. Diagnosticul diferențial.
3. Numiți investigațiile paraclinice necesare, rezultatele așteptate.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 7.** Copil în vârstă de 1,5 ani. S-a îmbolnăvit acut cu febră de 37,5°C, tuse frecventă uscată. Peste 6 zile au apărut accese de tuse cu hiperemia feței, până la 30-35 în 24 de ore cu o durată de câteva minute, hemoragii nazale și conjunctivale, tremor al mâinutelor și convulsii de scurtă durată.

*Date obiective:* starea generală a pacientului severă. Se observă paliditate și edem palpebral, hemoragii conjunctivale la ambii ochi. În pulmoni respirație aspră,

raluri multiple. uscate și umede. Zgomotele cordului puțin asurzite, Ps – 140/min, T/A - 130/70 mmHg. Abdomenul moale, ficatul cu 1,5-2,0 cm sub rebordul costal. Splina nu se palpează. Mictiunile în normă.

Date anamnestice: până la moment a suportat convulsii febrile de 2 ori la  $t^{\circ}$  - 39,5°C, a suportat meningită purulentă la vârsta de 7 luni. Nu este vaccinat cu DTP.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Elaborați planul de investigații pentru confirmarea diagnosticului etiologic.
3. Notați modificările hemoleucogramei posibile în această maladie.
4. Care sunt particularitățile acestui caz?
5. Indicați tratamentul.

## INFECȚIA MENINGOCOCICĂ

### I. Motivarea temei

În ultimii ani se remarcă morbiditatea redusă prin infecție meningococică. Însă medicul de familie sau de spital este obligat să stabilească diagnosticul precoce, să acorde asistență de urgență, inclusiv la etapa prespitalicească. Prognosticul bolii e mai grav cu atât cu cât mai mult timp expiră de la debutul bolii până la inițierea tratamentului. Îndeosebi de periculoase pentru viața copilului sunt formele severe, fulgerătoare. Studiarea acestei teme e necesară pentru ca studenții să cunoască identificarea precoce a bolnavilor cu infecție meningococică și acordarea asistenței de urgență.

### II. Întrebări pentru autoinstruire

#### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale

1. Principalele proprietăți ale meningococului.
2. Modificările morfologice principale ale vaselor sanguine, pielii, glandelor suprarenale, măduvei spinării, creierului.
3. Sursele de infecție.
4. Căile de transmitere, susceptibilitatea conform vârstei, caracterului sezonier, formelor de răspândire epidemică.
5. Patogenia.
6. Agenții patogeni și sindroamele principale în meningitele bacteriene acute.

#### b. Cu privire la tema lecției

1. Copiii de ce vârstă îndeosebi sunt afectați de această infecție?
2. Culegerea anamnezei la bolnavii cu suspiciune la meningită meningococică.
3. Formele clinice ale infecției meningococice.
4. Caracteristica clinico-patogenică a meningococemiei.

5. Particularitățile infecției meningococice la sugari și la nou-născuți.
6. Tabloul clinic al șocului toxiinfecțios în formele fulgerătoare ale infecției meningococice. Gradul de șoc, patogenia.
7. Tabloul clinic și tratamentul rinofaringitei meningococice.
8. Sindromul edemului cerebral acut, patogenia, tabloul clinic.
9. Sindromul hipotensiunii cerebrale, patogenia, tabloul clinic.
10. Metode paraclinice de diagnostic în formele localizate și generalizate ale infecției meningococice.
11. Precizați modificările hemoleucogramei și ale analizei lichidului cefalorahidian în meningita meningococică.
12. Ce materiale patologice pot servi pentru cultivarea meningococilor în meningita meningococică și în meningocemie?
13. Cu ce boli se face diagnosticul diferențial al meningitei meningococice, meningocemiei?
14. Principalele complicații în infecția meningococică.
15. Principiile de tratament ale infecției meningococice în funcție de forma clinică a bolii.
16. Asistența medicală urgentă în formele fulgerătoare ale infecției meningococice (șoc toxiinfecțios gr I, II, III și edemul cerebral acut).
17. Ce măsuri antiepidemice se aplică în focare în scopul profilaxiei infecției meningococice?

### III. Clasificarea infecției meningococice la copii

#### *Conform particularităților clinice:*

##### **Forme localizate:**

- purtător de meningococ
- nazofaringită acută

##### **Forme generalizate:**

- *frecvente:*
  - meningocemie
  - meningită, meningoencefalită
  - forme mixte (meningocemie + meningită, meningoencefalită)
- *rar întâlnite ca forme separate:*
  - endocardită meningococică
  - artrită meningococică (sinovită, poliartrită)
  - pneumonie meningococică
  - iridociclită meningococică

#### ***În funcție de tipul bolii:***

##### Tipice:

- meningocemie
- meningită



- meningoencefalită
- meningită + meningococemie

Atipice:

- forme localizate
- forme rare ale infecției meningococice generalizate

***În funcție de gradul de severitate:***

- ușoară
- medie
- severă
- fulminantă (fulgerătoare)

***În funcție de durata bolii:***

- fulgerătoare
- acută (de la 1,5-2 luni)
- trenantă (până la 3 luni)
- cronică (meningococemie – mai mult de 3 luni, la adulți)

***În funcție de caracterul evoluției bolii:***

- fără complicații, ciclică
- cu acutizări și recidive
- cu complicații și boli intercurente.

Remarcă: În diagnosticul definitiv se semnalează forma clinică, severitatea bolii, durata (acută sau cronică).

Exemple de formulare a diagnosticului de bază:

1. Infecție meningococică, meningită, meningococemie, forma fulgerătoare.
2. Infecție meningococică, nazofaringită acută, forma medie.
3. Infecție meningococică, meningită, meningococemie, artrită, iridociclită, forma gravă.

#### **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 1 an și 6 luni, internat în secție la a 2<sup>a</sup> zi de boală. S-a îmbolnăvit acut: febra 39,4°C, a devenit agitat, noaptea a dormit rău, noaptea și dimineața a vomitat de 4 ori. Astăzi, pe fundal de febră, au apărut convulsii de un caracter efemer. De urgență a fost internat în spital.

*Din anamneză:* sora mai mare, care frecventează grădinița de copii, a avut contact cu un bolnav cu infecție meningococică, două zile în urmă la ea, din nazofaringe, a fost depistat meningococ.

Până în prezent copilul nu a suportat nici o maladie.

*Obiectiv:* starea copilului gravă, somnolent, pielea palidă, respirația nazală

îngreunată, FR 44/min, în pulmoni raluri nu se percep. Zgomotele cardiace sunt asurzite, accelerate. Ficatul și splina nu sunt mărite. Stare de inhibiție, hiperestezie cutanată, semnele Kernig, Brudzinski pozitive. Rigiditatea mușchilor occipitali pronunțată. Hemoleucograma: Hb – 110 gr/l, hem. –  $4,5 \cdot 10^{12}/l$ , leuc. –  $25,0 \cdot 10^9/l$ , ne-segm. – 15%, segm. – 55%, eoz. – 0%, limf. – 25%, mon. – 5%, VSH – 45mm/h. LCR tulbure, hipertensiv, pleiocitoza –  $15000/cm^3$ , neutrofile – 99%, limfocite – 1%, proteine – 9,9‰.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Indicați examinările necesare în scopul precizării etiologiei bolii.
3. Alcătuiți planul de tratament al acestui bolnav.
4. Ce măsuri profilactice sunt necesare în focar?

**Problema 2.** Copil în vârstă de 3 luni, s-a îmbolnăvit acut ieri la orele 20<sup>00</sup>: febră 38,5° C, moliciune, inapetență, adinamie, periodic agitație. Astăzi la orele 6<sup>00</sup> au apărut convulsii, mama a observat erupții pe piele, acestea ivindu-se ”văzând cu ochii”. Cu ambulanța a fost transportat la spital.

*La internare:* starea copilului extrem de gravă, inconștient, convulsiile periodice se repetă. Pielea palidă, pe fese, membrele inferioare – erupții hemoragice abundente stelate de 3-5 cm în diametru, în centrul celor mai mari se marchează necroză superficială. Erupții mici unice se semnalează pe gât și obraji, la palpare sunt dure, puțin proeminente. Fontanela anterioară bombată. Frecvența respirației – 60/min. În pulmoni raluri nu se percep. Zgomotele cordului asurzite, FCC – 160/min, PA – 40 mmHg. Ficatul se palpează cu 3,5 cm sub rebordul costal. Splina nu se palpează. Scaunele lichide, fără incluziuni patologice. Nu a urinat timp de 6 ore.

*Investigații paraclinice:* Hemoleucograma: Hb – 120 g/l, hem. –  $5,0 \cdot 10^9/l$ , leuc. –  $17,0 \cdot 10^9/l$ , ne-segm. – 20%, segm. – 55%, limf. – 20%, mon. – 5%, eoz. – 0%, granulația toxică a neutrofilelor, VSH – 36 mm/h. Analiza LCR: tulbure, de culoare albă, pleiocitoza –  $1200/cm^3$ , neutrofile – 85%, limfocite – 15%, proteine – 1,65‰.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Fiind în locul medicului, ce măsuri urgente ați fi luat înainte de a transporta pacientul? Ce antibiotic ați indica bolnavului: penicilină, chloramfenicol succinat, ampicilină?
3. Indicați tratamentul din spital.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 4 ani, expediat la spital direct din gradinița de copii. S-a îmbolnăvit cu 4 ore în urmă: temperatură – 39,5°C, cefalee, agitație, periodic vomă ce nu conduce la ameliorare, fotofobia și hiperestezia pronunțate. Reflexele osteo-tendinoase exagerate. Semnele meningiene pozitive.

1. Ce boală puteți suspecta? Indicați asistența urgentă.
2. Elaborați planul de investigații.

3. Tratamentul în condiții de spital.
4. Indicați măsurile antiepidemice în focar în cazul IM.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 6 ani, frecventează grădinița. Cu 2 zile în urmă s-a îmbolnăvit: febră 38,5-39,0°C, senzație de disconfort, apoi dureri în gât, nas înfundat, tuse seacă rară. A doua zi a fost invitat medicul de familie, care a observat la pacient hiperemie a mucoasei faringiene pe care se scurgeau secreții mucopurulente din nas. Starea copilului ușor s-a agravat: inapetență, cefalee, hiperestezie, hipodinamie, apatie.

*Din anamneză:* antecedente patologice nu relatează. Cu 6 zile în urmă a fost în contact cu un copil, care după o zi a fost spitalizat cu suspecție la infecție meningococică.

*Obiectiv:* Starea grav-medie, conștient, apatic. Tegumente ușor palide, fără erupții. Mucoasa faringiană hiperemiată difuz, granulată, amigdalele ușor hipertrofiate (gr. I), fără depuneri. Din nas secreții mucopurulente. Ganglionii limfatici periferici, cordul, pulmonii fără modificări. Ficatul și splina nu se palpează. Micțiunile, scaunele în normă. Se remarcă redoarea cefei, alte semne meningiene sunt absente.

*Investigații paraclinice:* Hemoleucograma: Hb – 120 g/l, hem.– $3,8 \cdot 10^{12}/l$ , leuc.– $13,0 \cdot 10^9/l$ , nesegm. – 5%, segm. – 68%, limf. – 21%, mon. – 6%, eoz. – 0%, VSH – 16 mm/h. Analiza LCR: presiunea normală, fără culoare, clar, proteina - 0,33 ‰, pleiocitoza - 6 celule, toate limfocite.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Elaborați planul de investigații suplimentare.
3. Indicați tratamentul.
4. Numiți măsurile profilactice în focar.

**Problema 5.** Copil de 10 luni, prima zi a bolii: febră, neliniște, vome (3 ori), refuz de hrană. A fost în contact cu frățiorul care suportă o infecție respiratorie (a 5-a zi de boală). Spre sfârșitul zilei febra a progresat (38,5°C), mama i-a administrat paracetamol după care temperatura a scăzut până la 37,8° C, dar pe tegumente au apărut erupții de tip rozeole și macule mici. Medicul de familie a stabilit diagnosticul „Infecție respiratorie acută. Dermatită alergică la paracetamol” și i-a indicat tratamentul respectiv. Anterior copilul nu suportase boli, dar avea alergii la unele alimente. Peste noapte starea copilului nu s-a ameliorat: persistă febra, somnul a fost neliniștit. Dimineța fiind solicitată Ambulanța, copilul a fost spitalizat.

*La internare:*  $t^{\circ}$  – 39,5°C, conștient, adinamie, hiperestezie cutanată, FCC – 92/min, TA – 100/60 mmHg. Pe pielea membrilor inferioare, pe fese – erupții hemoragice multiple cu marginile neregulate, de culoare roșie, de 2-3 mm – 5-10 mm în diametru. Din spusele mamei, elementele eruptive menționate anterior au dispărut. Din partea organelor interne fără modificări. Semnele meningiene negative.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial
3. Elaborați planul de investigații.
4. Indicați tratamentul.

## INFECȚII ENTEROVIRALE (IE) NEPOLIOMIELITICE

### I. Motivarea temei

Enterovirozele reprezintă un grup de boli infecțioase acute determinate de virusurile Coxsackie și ECHO. Aceste maladii sunt răspândite pe întregul glob, mai ales în Europa și în America de Nord, declanșând îmbolnăviri sporadice și epidemii. În Republica Moldova ultima epidemie a avut loc în anul 1999. IE afectează toate grupele de vârstă, dar mai frecvent copiii cu vârstă cuprinsă între 3 și 10 ani și, fiind destul de contagioase, se răspândesc ușor în colectivități de copii. Această infecție se manifestă prin diverse forme clinice, de la forme fruste, inaparente, ușoare până la forme asociate, grave, hipertoxice cu prognostic rezervat. Polimorfismul variat al manifestărilor clinice poate duce în unele cazuri la erori de diagnostic, fiind confundate cu alte maladii. Diagnosticul precoce, conduita terapeutică și supravegherea bolnavului cu IE necesită cunoștințe profunde în patologia dată.

### II. Întrebări pentru autoinstruire:

#### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Ce virusuri provoacă IE?
2. Sursa de infecție și căile de transmitere în IE.
3. Colectarea materialului pentru examinarea virusologică și serologică a IE.
4. Numiți formele clinice ale IE.
5. Caracteristica LCR în normă și în meningitele seroase (aseptice).

#### b. Cu privire la tema lecției:

1. Ce reguli se respectă în salonul bolnavilor cu IE?
2. Particularitățile epidemiologice ale IE.
3. Sindroamele clinice în IE.
4. Manifestările clinice ale meningitei enterovirale.
5. Diagnosticul diferențial al meningitei enterovirale.
6. Diagnosticul diferențial al mialgiei enterovirale.
7. Diagnosticul diferențial al sindromului „gură, mână, picior” în IE.
8. Semnele clinice în herpangină.
9. Semnele clinice în forma paralică a IE.
10. Semnele clinice ale encefalomiocarditei enterovirale la nou-născuți.

11. Metodele de diagnostic etiologic în IE.
12. Evoluția diverselor forme clinice în IE.
13. Criteriile de spitalizare a pacienților cu IE.
14. Tratamentul meningitei enterovirale.
15. Principiile de tratament la domiciliu al pacienților cu IE.
16. Supravegherea postexternare a pacienților după IE cu afectarea SNC.
17. Măsurile anti-epidemice în focar de IE.

### **III. Clasificarea formelor clinice ale IE**

#### **A. Cu afectarea preponderentă a SNC:**

- forma paralică (spinală, bulbospinală, pontină)
- meningită seroasă (aseptică) acută
- encefalită, meningoencefalită

#### **B. Cu afectarea preponderentă a mucoaselor și a pielii:**

- herpangină
- exantem enteroviral
- stomatită veziculoasă
- gingivo-stomatită herpetică (boala „gură, mână, picior”)
- conjunctivită acută hemoragică
- forma catarală (rinită acută, laringită, laringotraheobronșită, pneumonii)

#### **C. Cu afectarea preponderentă a mușchilor:**

- mialgie epidemică (pleurodinia)
- miocardită
- encefalomiocardita nou-născutului

#### **D. Alte forme:**

- febră nediferențiată (boala minoră)
- diaree acută
- hepatită
- mezadenită
- pancreatită
- orhită, orhoepididimită
- glomerulonefrită etc.

#### ***În funcție de tipul bolii:***

##### **Tipice:**

- Forme separate conform sindromului clinic de bază
- Forme asociate (două sau mai multe sindroame clinice)

### **Atipice:**

- frustă
- inaparentă
- hipertoxică

### **În funcție de gradul de severitate a bolii:**

- ușoară
- medie
- severă

### **În funcție de durata bolii:**

- abortivă
- acută
- trenantă
- cronică.

## **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 8 luni, bolnav de 3 zile, a fost trimis la spital de medicul de familie cu diagnosticul: ”Gastroenterită acută. IRVA. Dermatită alergică”

Anamneza pacientului – fără particularități. De la vârsta de 2 luni a fost alimentat artificial. S-a îmbolnăvit acut: febră – 39,5°C, convulsii de scurtă durată, vome repetate și scaune lichide, apoase fără incluziuni patologice, de 4–5 ori pe zi, sete pronunțată. La internare: starea generală gravă, adinamie, tegumente palide cu exantem maculo-papulos pe față, torace, abdomen neabundent, roz-pal. Semne catarale nazofaringiene slab pronunțate, tuse, rinită. În pulmonii respirație aspră, raluri absente. Zgomotele cardiace atenuate, ritmice, tahicardie. Mucoasa bucală uscată, roză. Istmul faringian cu hiperemie difuză, pe pilieri se observă două vezicule, depuneri purulente absente. Abdomenul ușor balonat, indolor. Ficatul depășește rebordul costal drept cu 3 cm, elastic, neted, nedureros. Splina nu este mărită. Semne meningiene – negative.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar și argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Elaborați planul de investigații.
4. Indicați asistența urgentă la etapa prespitalicescă.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 13 ani, bolnav de 2 zile cu febră 38-39°C, vomă, scaune lichide de 3-4 ori, pe zi, apoase. Nu s-au adresat la medic. Mama i-a administrat paracetamol și subtyl. Starea copilului fără ameliorare, voma se repetă, febra persistă, au apărut dureri abdominale și toracie, care se repetă periodic. A fost chemat medicul de familie.

*La examinare:* tegumente palide, curate, respirația superficială, copilul este

neliniștit. Mucoasa faringiană cu hiperemie difuză, amigdalele hipertrofiate gr.I, hiperemiate, fără depuneri purulente. Datele obiective pe alte organe fără particularități. Semnele meningiene: Kernig și Brudzinski superior și inferior slab pozitive. Din anamneză se cunoaște, că copilul se află la evidența neurologului cu sindrom hipertensiv.

Fratele mai mare, cu o săptămână în urmă, a suportat herpangină.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar, argumentați.
2. Numiți criteriile de severitate.
3. Cu care maladii este necesar de a efectua diagnosticul diferențial?
4. Indicați planul de investigații. Ce rezultate de laborator așteptați?

**Problema 3.** Copil în vârstă de 5 luni, internat în secția de infecții gastrointestinale cu diagnosticul: „Dizenterie. IRA. Diateză exsudativă.”

*Anamneza vieții* – fără particularități deosebite. Alimentat artificial de la 4 luni. Cu 6 zile în urmă au fost în vizită la rude, unde se afla un copil de 6 ani cu semne respiratorii. Boala a debutat acut cu febră 38,0°C, vomă repetată, scaune apoase de 2-3 ori pe zi, refuză alimentația.

*La examinare:* copilul este adinamic, cu tegumentele palide, sclerele injectate, cianoză nazolabială. Semnele catarale (rinită, tuse) slab pronunțate. Mucoasa faringoamigdaliană hiperemiată difuz, cu granulație fină pe stâlpii amigdalieni, vălul palatin și peretele posterior al faringelui. În plămâni respirație aspră, raluri absente. Zgomotele cardiace ritmice, atenuate, tahicardie. Ficatul cu 4 cm sub rebordul costal drept. Scaunele lichide, peste 3 zile au devenit consistente, apoi normale. Din materiile fecale la examenul virusologic s-a depistat virusul Cocksackie A. Reacția de hemaglutinare constată o creștere (în seruri perechi) a titrului de anticorpi la enterovirusul Cocksackie A.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați, indicați forma clinică, gravitatea bolii.
2. Diagnosticul diferențial.
3. Numiți care investigații paraclinice mai sunt necesare în cazul dat?
4. Elaborați planul de tratament cu indicarea dozei preparatelor medicamentoase.

**Problema 4.** Copil de 6 ani, s-a adresat la medic la a 2<sup>a</sup> zi a bolii. Acuze: febră până la 39,0°C, durere la deglutiție, inapetență, a vomitat o dată. Cu 6 zile în urmă s-a scăldat în lac. Nu a fost bolnav până la moment. Vaccinat conform calendarului de imunizări. Frecventează grădinița. Contact cu persoane bolnave nu a avut. La examenul obiectiv: tegumente roz-pale cu o ușoară hiperemie a feței, fără erupții. Mucoasa orofaringelui hiperemiată. Pe amigdale, vălul palatin se observă vezicule mici cu arie de hiperemie în jur în număr de până la 6 și 2 eroziuni. Ganglionii limfatici submandibulari sensibili la palpare, ușor măriți. În pulmonii și cord fără schimbări patologice. Abdomenul indolor. Semnele meningiene negative.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar, argumentați.

2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Elaborați planul de investigații, tratament.
4. Supravegherea medicală a pacientului la domiciliu.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 5 ani, cu diagnosticul „Herpangină”, s-a tratat la domiciliu după recomandările medicului de familie timp de 5 zile. La a 6<sup>a</sup> zi a apărut febră 39,0°C, cefalee. Pe parcursul zilei a vomitat de 2 ori și a avut 2 scaune semilichide cu puține mucozități. Mama a anunțat medicul de familie.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Fiind medic de familie, cum ați proceda (privind asistența urgentă, spitalizarea)?
3. Elaborați planul de investigații și rezultatele așteptate.
4. Tratamentul și supravegherea pacientului.

**Problema 6.** Copil în vârstă de 8 ani, s-a dezvoltat conform vârstei. A suportat rujeolă și varicelă la vârsta de 3 și 5 ani. Spitalizat la a 3<sup>a</sup> zi a bolii cu diagnosticul „Gripă”. S-a îmbolnăvit acut: febră, cefalee, vomă, dureri la deglutiție. La examinare: tegumente hiperemiate, sclerită, hiperemie și granulație a mucoasei peretelui posterior al faringelui, palatului moale. Pe arcurile palatine se observă 3 vezicule și 2 eroziuni. Semnele meningiene pozitive. La puncția lombară lichidul curgea cu presiune, transparent. Analiza LCR: reacția Pandi (+), pleiocitoză limfocitară, clorurorahie și glucorahie normale. În urma puncției lombare durerile de cap și vomă au dispărut. La a 5-a zi de boală: temperatura corpului normală, semnele meningiene negative.

1. Stabiliți diagnosticul, indicați forma clinică a bolii, argumentați.
2. Indicați planul de investigații.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Indicați tratamentul.
5. Termenul de externare și supravegherea postexternare la medicul de familie.

## **POLIOMIELITA**

### **I.Motivarea temei**

Enterovirusurile sunt răspândite pe glob și circulă în toate țările, producând îmbolnăviri sporadice și epidemii. Sunt rezistente în mediu, supraviețuind în apă 110 zile, în carne, brânză – 6 luni, pe suprafețe - 70 de zile.

Vaccinarea în masă contra poliomielitei cu aplicarea vaccinurilor inactivate și cu virus viu atenuat a schimbat brusc situația epidemiologică a poliomielitei în lume, inclusiv în țara noastră. Însă, deși mediul în prezent e destul de favorabil, în unele țări continuă să se înregistreze cazuri sporadice și izbucnici epidemice de poliomielită acută, adesea printre copiii nevaccinați (Tagichistan, 2000). În



Republica Moldova, ultima izbucnire de poliomielită s-a înregistrat în 1982, în urma căreia au avut de suferit peste 90 de copii. Ultimul caz de poliomielită provocată de virusul polio sălbatic în RM a fost înregistrat în 1998. În 2002 OMS a certificat RM ca țară liberă de poliomielită – infecția a fost eradicată. În mediu nu mai cerculă virusul polio sălbatic.

Din cauza simptomelor clinice variate ale poliomielitei, diagnosticul acestei infecții nu întotdeauna e simplu, pot fi comise erori în stabilirea acesteia. Uneori poliomielita poate fi greșit interpretată ca o infecție intestinală sau o boală respiratorie acută. În cazul unui diagnostic tardiv și tratament incorect vor apărea paralizii persistente cu semne de atrofie musculară, deformații ce duc la invaliditate pe viață. Depistarea precoce a bolnavilor joacă un rol important nu numai în scopul reducerii consecințelor grave, dar și pentru profilaxia acestei infecții.

## **II. Întrebări pentru autoinstruire**

### ***a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:***

1. Ce virusuri provoacă poliomielita?
2. Ce material se transmite în laborator pentru examinarea virusologică și serologică?
3. Principiile examinării virusologice.
4. Principiile examinării serologice.
5. Anatomia măduvei spinării.
6. Manifestările clinice în afectarea nervilor cranieni.
7. Simptomele clinice ale meningitei.
8. Componenta lichidului cefalorahidian în corespundere cu caracterul inflamației meningelor.
9. Care este localizarea și prin ce se exprimă principalele modificări patomorfologice în poliomielită?

### ***b. Cu privire la tema lecției:***

1. Definiția bolii.
2. Particularitățile epidemiologice ale acestei infecții.
3. Durata incubăției (maximală și minimală).
4. Sursa de infecție și căile de transmitere.
5. Receptivitatea în corespundere cu vârsta.
6. Caracterizați elementele principale în patogenia poliomielitei.
7. Clasificarea poliomielitei.
8. Simptomele clinice ale formelor inaparente și abortive ale poliomielitei.
9. Simptomele clinice ale poliomielitei paralitice, forma spinală, după fazele bolii.
10. Simptomele clinice ale formelor bulbare și pontine ale poliomielitei.
11. Semnalați manifestările clinice și criteriile de diagnostic al poliomielitei vaccinasociate.

12. Indicii clinici și de laborator în forma meningiană.
13. Enumerați principalele complicații în poliomielită.
14. Semnalati maladiile de diferențiere a poliomielitei.
15. Numiți metodele de diagnostic de laborator ale poliomielitei.
16. Indicați principiile de tratament ale poliomielitei.
17. Semnalati criteriile de externare și recomandările necesare în tratamentul ulterior.
18. Enumerați măsurile antiepidemice în focare de poliomielită.
19. Profilaxia specifică și nespecifică a poliomielitei.

### III. Clasificarea clinică a poliomielitei

#### *În funcție de tipul bolii:*

**Tipice:** (cu afectarea sistemului nervos):

- neparalitice (meningiană) – 1%
- paralitice (1%)

**Atipice:**

- infecția inaparentă (90-95%)
- forma abortivă (infecția rămâne la boala minoră – 4-8%)

#### **Clasificarea poliomielitei paralitice (OMS 1998)**

##### *Forme clinice:*

1. Spinală (cervicală, toracică, lombară).
2. Bulbară (afecțiuni ale motoneuronilor din trunchiul cerebral (perechii de nervi cranieni III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII)).
3. Encefalitică.
4. Pontină (afecțiunea separată a ganglionilor n. facialis (perechea VII) în zona pontină).
5. Asociate: bulbo-spinală, ponto-spinală (afecțiunea nervilor cranieni și a măduvei spinării).

### IV. Probleme clinice

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 luni, s-a îmbolnăvit pe 27.01.1998 acut, cu febră (38°C) 2 zile, hiperexcitabilitate psihomotorie. Pe 2.02 a apărut hipochinezie în piciorușul drept, hipotonie musculară.

A fost spitalizat cu diagnosticul: "Poliomielită encefalopatie perinatală".

*Din anamneză:* Contact cu bolnavi asemănători nu a avut. Pe 16.01.1998 a fost vaccinat (VPO<sub>1</sub> și DTP<sub>1</sub>). Copil de la prima sarcină, prima naștere fiziologică, la termen, masa 3300,0. A suportat IRA la vârsta de 3 luni.

La internare (17.02.1998 – ziua a 20<sup>a</sup> a bolii): activ, nu se sprijină pe piciorul drept. Hipotonie musculară. Areflexie patelară pe dreapta. Hipotrofia piciorului

drept (proximală). Dereglări de sensibilitate absente. Dereglări bulbare, semne meningiene, dereglări din partea organelor pelviene absente.

- Hemoleucograma (18.02.1998): Hb – 101 g/l, hem –  $4,1 \cdot 10^{12}/l$ ; IC – 0,76; leuc. –  $11,7 \cdot 10^9$ , nesegm. – 2%, segm. – 39%, eoz. – 1%, limf. – 49%, mon. – 9%, VSH – 12 mm/h.
- Analiza virusologică a materiilor fecale (06.03.1998) – negativă.
- Analiza serologică: în primele zile: tip I–1:32; tip II–1:256; tip III–1:128; după 2 săptămâni: tip I–1:32; tip II–1:256; tip III–1:128.
- Neurolog: pareză flască a piciorului drept.
- ENMG – (la moment și la trei săptămâni de boală: semne de afectare a coarnelor anterioare ale măduvei spinale.
- Ro-grafia coloanei vertebrale – normală.
- Tomografia computerizată a măduvei spinale – normală.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Indicați tratamentul.
3. Prognosticul?

**Problema 2.** Copil în vârstă de 1 an și 2 luni, s-ă îmbolnăvit pe 5.10.1993 acut cu febră, dureri în membre (difuz), hiperexcitabilitate psihomotorie, achinezie în picioare, hipochinezie în maini. La momentul spitalizării (a 2<sup>a</sup> zi a bolii) copilul nu se sprijinea pe picioare, nu mișca mâinile. Hipotonie musculară și hiporeflexie în mâini, atonie și areflexie în picioare. Dereglări de sensibilitate, semne bulbare, semne meningiene absente. Dereglări vegetative: paloarea pielii, hiperhidroză la membre

*Din anamneză:* copil de la a II-a sarcină cu dificultăți, masa corpului la naștere – 3800 gr. A suportat: luxație congenitală de șold, enterocolită, encefalopatie perinatală posthipoxică, sindrom de insuficiență piramidală. Contact cu bolnavi nu a avut. Vaccinat VPO pe 28.09.1993.

Hemoleucograma normală. Analiza virusologica a materiilor fecale negativă. Reacția serologică în primele zile de boală: tip I–1:128; tip II–1:64; tip III –1:16. După 2 săptămâni: tip I–1:128; tip II–:256; tip III–1:16.

După 3 luni – sechele.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 2 ani, s-a îmbolnăvit acut: febră (37,5-38°C), cefalee, tuse, nas înfundat, inapetentă, diaree. Medicul a stabilit IRA și a indicat tratament simptomatic la domiciliu. Starea s-a ameliorat, t° s-a normalizat. După 4-5 zile iarăși au apărut febră (38,5-39°C), vomă, cefalee, hiperexcitabilitate psihomotorie, mialgii. Copilul nu se sprijinea pe piciorușe. A fost internat în spitalul raional cu diagnosticul: „Mielopoliradiculopatie cu triplegie flască. Encefalopatie și mielopatie perinatale hipoxic traumatic. Bronhopneumonie

bilaterală, IR gr.I.”

Copil de la prima sarcină, naștere fiziologică, m - 4500 gr., talia – 53 cm, în asfixie. Nevaccinat. A suportat 2 crize convulsive fără febră.

*Obiectiv:* perimetrul craniului 42 cm, fontanela anterioară 1,5 x 1,5 cm, tensionată. Achinezie în mâna și picorul drept, hipochinezie în mâna și piciorul stâng. Hiporeflexie difuză D>S. Redoarea cefei. Hiperhidroză difuză. Dereglări de sensibilitate, bulbare, din partea organelor pelviene absente.

- Hemoleucograma (18.02.1998): Hb – 116 g/l, hem. –  $3,7 \cdot 10^{12}$  /l; Ht – 0,37; leuc. –  $7,5 \cdot 10^9$ , nesegm. – 2%, segm. – 28%, eoz. – 2%, limf. – 62%, mon – 6%, VSH – 13mm/h.
- Analiza virusologică a materiilor fecale: s-a eliminat virus polio tip III.
- Analiza serologică în primele zile de pareze: : tip I -1:128; tip II -1:64; tip III -1:64
- După 2 săptămâni: tip I -1:128; tip II – 1:64; tip III-1:256.
- Analiza LCR: incolor, transparent, proteina 0,66‰, pleiocitoza – 30/mm<sup>3</sup>, limfocite.

După 3 luni: mișcările s-au restabilit în mâini și în piciorul stâng în volum deplin, în piciorul drept nu au apărut.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați
2. Elaborați planul de investigații suplimentare
3. Indicați tratamentul. Prognosticul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 13 luni, s-a îmbolnăvit pe 03.07.91. Debutul bolii insidios, febră 38-39,0°C (2 zile), dureri în membre din a două zi. Refuză mersul, schiopătează. Hipochinezie și hipotonie musculară în piciorul stâng. Reflexele patelar și așil abolite pe stânga. Piciorul stâng rece și marmorat. Dereglări de trofică a membrelor: 1 cm pe gambă și șold pe stânga. Dereglări de sensibilitate, bulbare, pelviene, pseudobulbare absente. Dereglări vegetative: paloarea pielii, piciorul stâng rece și marmorat. Semne meningiene absente.

*Din anamneză:* copil de la a II-a sarcină, a două naștere la termen, masa corpului la naștere– 4000,0. Nevaccinat. A suportat: encefalopatie perinatală , IRA repetate, encefalopatie toxiinfecțioasă cu sindrom epileptic, otită acută, bronhopneumonie de focar pe dreapta. A fost în contact cu fratele în vârstă de 3 ani vaccinat cu vaccinul VPO pe 17.06.91.

- Hemoleucograma: Hb–108,3 g/l, hem. –  $3,5 \cdot 10^{12}$ /l; IC – 0,9; leuc. –  $10 \cdot 10^9$ /l, nesegm. – 1,5%, segm. – 31,5%, eoz. – 2%, limf. – 62%, mon. – 3%, VSH – 8 mm/h.
  - Analiza virusologică a materiilor fecale: 08.07.91 – negativ; 09.07.91 – depistat virusul polio „sălbatic” tip I; 10.07.91 – negativ.
  - Reacțiile serologice în primele zile de boală: tip I–1:256; tip–II 1:16; tip III–1:4, după 2 săptămâni: tip I >1:256; tip II–1:16; tip III–1:16.
  - Analiza LCR: proteina 0,33‰, limfocite-4, glucoza, clorizii în normă.
  - ENMG – semne de lezare a motoneuronilor.
- Evoluția bolii – sechele după trei luni.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Indicați tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 4 luni, s-a îmbolnăvit pe 4.XI.1998, debutul bolii acut, cu febră (38,6°C) și neliniște. La a 3-a zi au apărut dureri în piciorușe și mâini, hiperexcitație psihomotorie. Febra a durat 3 zile. Se spitalizează pe 9.XI.98.

*Date obiective:* hipochinezie (a apărut la a treia zi dimineața) în membre, mai accentuată în picioare. Hipotonie totală a membrilor, mai pronunțată în picioare. Hiporeflexie în mâini, areflexie în picioare. Hipotrofie ușoară în picioare (0,5 cm), sectoarele proximale. Dereglări de sensibilitate absente. Dereglări vegetative: pielea marmorată, rece, sudorație pronunțată. Dereglări bulbare, semne meningiene absente.

*Date anamnestice:* copil de la prima sarcină, naștere în asfixie. Diagnostic neurologic: „Encefalopatie perinatală cu sindrom hipertensiv și convulsiv”.

Pe 15.X.98 a fost vaccinat: DTP<sub>1</sub> și VPO<sub>1</sub>, pe 4.XI.98 copilul nu se sprijinea pe picioare, t° – 39,0°C. Din 9.XI.98 până la 13.XI.98 s-a tratat în spitalul raional. De pe 13.XI până pe 15.XII – în SCBI ”Toma Ciorbă”; din 15.XII până pe 30.XII – în secția psihoneurologie – vârstă vragedă a ICȘOSMC.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar, argumentați.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Elaborați planul de investigații și tratament.

## **SHIGELLOZA (DIZENTERIA BACTERIANĂ)**

### **I. Motivarea temei**

În patologia bolilor intestinale la copii, shigelloza ocupă un loc important, afectează copii de diferite vârste, se caracterizează prin contagiozitate și răspândire sporită, mai ales în colectivități pentru copii, dând naștere unor focare de infecție.

Shigelloza se caracterizează printr-o structură etiologică complicată, are multe căi de răspândire, este posibilă evoluția acută, trenantă și cronică. Problema diagnosticului precoce, tratamentului eficace, măsurilor de profilaxie, atât în staționar, cât și în condițiile casnice, determină importanța studiului acestei maladii.

### **II. Întrebări pentru autoinstruire**

#### **a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:**

1. Clasificarea contemporană a genului *Shigella*.
2. Ce specii din genul *Shigella* sunt cele mai frecvente?
3. Sursele de infecție în shigelloză.

4. Căile de transmitere a shigellozei. Care din ele predomină la momentul actual? Care este calea principală de transmitere prin *Shigella flexneri* și *Shigella sonnei*?
5. Tabloul clinic al shigellozei la adulți.
6. Principiile de tratament și profilaxie în shigelloză.

***b. Cu privire la tema lecției:***

1. Particularitățile epidemiologice ale shigellozei la etapa actuală.
2. Particularitățile epidemiologice ale shigellozei în funcție de vârsta copilului.
3. Numiți sursa de infecție în shigelloză la sugari.
4. Numiți și caracterizați principalele faze în patogenia shigellozei.
5. Caracterizați sindromul toxic în shigelloză.
6. Caracterizați sindromul diareic în shigelloză.
7. Ce însemnătate are calea de transmitere a infecției în evoluția bolii?
8. Caracterizați scaunele în shigelloza tipică.
9. Clasificarea formelor clinice ale shigellozei.
10. Numiți criteriile de severitate în shigelloză.
11. Descrieți tabloul clinic în shigelloză:
  - a) forma ușoară;
  - b) forma medie;
  - c) forma severă.
12. Tabloul clinic al formelor toxice ale shigellozei.
13. Formele atipice ale shigellozei, tabloul clinic.
14. Particularitățile shigellozei la sugari și nou-născuți.
15. Variantele posibile de evoluție ale shigellozei la copii și motivele acestora.
16. Enumerați cele mai frecvente complicații.
17. Particularitățile shigellozei cronice la copii.
18. Diagnosticul diferențial al shigellozei la copii.
19. Testele de diagnostic aplicate în shigelloză în:
  - prima săptămână a bolii;
  - a doua săptămână a bolii.
20. Principiile de tratament în shigelloza la copii în funcție de forma clinică a bolii.
21. Criteriile de spitalizare a copiilor cu shigelloză.
22. Criterii de externare din staționar a pacienților cu shigelloză.
23. Regulile de admitere a convalescenților în colectivități de copii.
24. Măsurile anti-epidemice aplicate în focarul de shigelloză.
25. Supravegherea persoanelor de contact cu shigelloză.
26. Profilaxia shigellozei în colectivități de copii.
27. Metodele de diagnostic ce se aplică în scopul diferențierii shigellozei de alte

boli diareice acute.

28. În ce cazuri se tratează copiii bolnavi cu shigeloză la domiciliu? Tratamentul shigelozei la domiciliu?

29. Corecția biocenozei intestinului la copii mici.

### III. Clasificarea formelor clinice în shigeloză

#### *În funcție de tipul bolii:*

- **Tipică**
- **Atipice:**
  - ✓ asimptomatică (*inaparentă*)
  - ✓ frustă
  - ✓ tip toxiinfecție alimentară
  - ✓ dispeptică (*la sugari*)
  - ✓ hipertoxică

#### *În funcție de gradul de severitate a bolii:*

- ușoară
- medie
- severe:
  - ✓ cu predominarea sindromului toxic
  - ✓ cu predominarea colitei
  - ✓ mixtă

#### *Criteriile de evaluare a gradului de severitate:*

##### **Generale:**

- sindrom neurotoxic
- dereglări metabolice
- dereglări cardiovasculare
- sindromul de deshidratare

##### **Locale:**

- aspectul scaunelor (fără mase fecale, cu mucozități și sânge)
- dureri abdominale permanente, tenesme
- prolaps rectal, anus beant, anus rezilent
- frecvența scaunelor în 24 de ore:
  - ✓ forma ușoară - până la 10 ori/zi;
  - ✓ forma medie - până la 10-20 de ori/zi;
  - ✓ forma severă - mai mult de 20 de ori/zi.

#### *În funcție de durata bolii:*

- abortivă (*2 zile*)
- acută (*1 lună*)

- trenantă (2-3 luni)
- cronică (*mai mult de 3 luni*):
  - ✓ continuă
  - ✓ recidivantă

***În funcție de caracterul evoluției bolii:***

- fără complicații
- cu complicații
- cu acutizări (exacerbări).

#### **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil în vârstă de 3 ani și 8 luni, este internat în spital în prima zi de boală cu acuze la febră 39,8°C, vome repetate, halucinații, convulsii, pierderea cunoștinței, scaune lichide de culoare verzuie, cu mucozități și striuri de sânge de 15 ori/zi.

Se cunoaște că copilul nu frecventează colectivitatea, de el îngrijește mama. Condiții de trai bune. Igiena se respectă parțial. În alimentație a folosit struguri nespalați.

*Obiectiv:* starea generală foarte gravă. Este flasc, adinamic. Convulsii tonico-clonice generalizate s-au repetat în secția de internare. Ochii sunt înfundați. Tegumentele palide, marmorate, reci, fără erupții. Plica cutanată revine la normal până la 2 secunde. Respirația pulmonară veziculară, raluri nu sunt. Zgomotele cardiace atenuate. Pulsul este frecvent, filiform. Limba umedă saburală. Abdomenul moale, dureros în etajul inferior. Micțiunile libere. Semne meningiene: redoarea cefei.

Din a 2<sup>a</sup> zi au apărut tenesme, chemări false, colonul sigmoidian spasmă, dureros.

1. Stabiliți diagnosticul preventiv, argumentați.
2. Elaborați planul de investigații.

*Rezultatele investigațiilor:*

- Analiza generală a sângelui: leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stânga, VSH – 28 mm/h.
- Analiza generală a urinei: fără particularități.
- Coprocitograma: consistența lichidă, culoarea verzuie, mucosități – multe, leucocite – 60-80 c/v, eritrocite – 20-25 c/v.
- Coprocultura: s-a depistat *Sh.sonnei*.

În dinamică după tratament semnele de intoxicație au dispărut în a 5-a zi de boală, scaunul a fost terciiform cu mucozități, din ziua a 10-a – scaunul normal.



Coprocultura de control – negativă.

3. Stabiliți diagnosticul de bază, argumentați.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 4 ani și 2 luni din focar de dizenterie. În coprocultură s-a depistat *Sh.sonnei*.

Se cunoaște că 10 zile în urmă copilul a avut scaun terciform de 3 ori în zi fără incluziuni patologice. Febră n-a fost. Starea generală a fost satisfăcătoare. Tratament n-a primit. Scaunul normal, fără amestec patologic. Analiza generală a sângelui și a urinei fără particularități. Examenul serologic: RHA1 cu diagnosticul *Sh.sonnei* la a 8<sup>a</sup> și a 16<sup>a</sup> zi de boală 1:200 și 1:400 respectiv.

1. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
2. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 4 ani, a fost internat în spital la a 3<sup>a</sup> zi de boală cu acuze la febră 38,5°C, slăbiciune generală, apetit scăzut, vome repetate, dureri abdominale, scaune lichide de 15 ori/zi, verzui, sărace, cu mucozități și striuri de sânge, tenezme, chemari false.

Tegumentele palide, fără erupții. Limba umedă, saburală. Plica cutanată revine rapid la normal. Ochii nu sunt înfundați istmul faringian nemodificat. Respirația pulmonară veziculară, raluri nu sunt. Zgomotele cardiace frecvente, asurzite. Abdomenul moale, dureros pe traiectul intestinului gros. Ficatul și splina nu sunt mărite. Se apreciază gurgușment în abdomen și spasm sigmoidian pronunțat. Scaunul lichid, sărac, cu mucozități și striuri de sânge. Micțiunile libere. Semnele meningiene negative.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar, argumentați.
2. Elaborați planul de investigații.
3. Indicați tratamentul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 5 ani, a fost internat în spital în prima zi de boală. Din anamneză: infecții intestinale acute nu a suportat. S-a îmbolnăvit acut cu febră 39,0°C, dureri abdominale, vome de 3 ori, scaune frecvente, fără număr, cu mucozități și striuri de sânge. Internat în spital în stare gravă: palid, moleșit, febril (39,8°C), scaune frecvente, tenesme. Limba umeda saburală. Abdomenul moale, cu dureri difuze. Micțiunile libere. Semnele meningiene negative.

1. Stabiliți diagnosticul preventiv, argumentați.

În spital starea generală cu dinamică pozitivă: la a 4<sup>a</sup> zi – temperatura normală, scaunul terciform cu mucozități, la a 10<sup>a</sup> zi de boală – scaunul normal.

*Rezultatele examinărilor:*

- Coprocultura: s-a depistat Sh. Sonnei și Salm. enteritidis
- Examen serologic: la a 10-a zi de boală RA cu diagnosticul Sh.sonnei – 1:400 și cu diagnosticul Salm.enteritidis – 1:200.

2. Stabiliți diagnosticul, argumentați.
3. Indicați tratamentul.

**Problema 5.** La copil de 4 ani boala a demarat brusc cu febră ( $\approx 40^{\circ}\text{C}$ ), vome repetate, scaune diareice până la 20 de ori în 24 de ore, cu mult mucus și striuri de sânge, afecaloide, însoțite de tenesme violente. La febră maximă a pierdut conștiința, au apărut convulsii tonico-clonice.

*La internare:* starea generală a copilului gravă: adinamie, apatie, somnolență, tegumentele palide, pământii, uscate. Zgomotele cordului atenuate, tahicardie. Abdomenul excavat, dureros la palpare, mai ales pe traiectul colonului descendent și sigmoidian. Anus beant. Semne meningiene negative.

1. Stabiliți diagnosticul, indicați forma clinică a bolii. Explicați cauza tulburărilor nervoase.
2. Indicați asistența medicală urgentă necesară la etapa prespitalicească.
3. Elaborați planul investigațiilor de laborator.
4. Indicați tratamentul.

**Problem 6.** Copil în vârstă de 2 ani, s-a internat în spital în prima zi de boală cu diagnosticul „Gastroenterocolită acută.” Boala a debutat brusc cu febră  $39,7^{\circ}\text{C}$ , frisoane, grețuri, vome repetate, dureri abdominale, scaune lichide (până la 16 ori în 24 de ore), inițial fără incluziuni patologice, apoi cu mucus și striuri sangvinolente. Copilul a devenit pasiv, apatic, gemea. S-a observat paliditatea tegumentelor, cu ușoară cianoză. Trăsăturile feței accentuate, aspectul feței suferinde, pielea fierbinte. Zgomotele cordului atenuate. Limba uscată, cu depuneri alb-surii. Abdomenul moale, puțin excavat, dureros la palpare. Colonul sigmoidian spasmă, anus rezilent.

1. Stabiliți diagnosticul preventiv, argumentați.
2. De ce boli este necesar de a diferenția maladia în cazul de față?
3. Elaborați planul investigațiilor de laborator.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 7.** În urma însămânțărilor materiilor fecale la un copil de 5 ani a fost izolată Sh. sonnei. La momentul examinării acuze nu prezenta. Starea bolnavului satisfăcătoare. Temperatura corpului normală. Pofta de mâncare păstrată. Abdomenul moale, indolor. Colonul sigmoidian nu este spasmă. Scaunul de două ori, format, fără incluziuni patologice. În grădiniță, unde merge copilul dat sunt cazuri de dizenterie.

1. Stabiliți diagnosticul, indicați forma clinică a bolii, argumentați.

2. Elaborați planul investigațiilor de laborator.
3. Indicați tratamentul.

## SALMONELOZA LA COPII

### I. Motivarea temei

În patologia copilului mic salmoneloza ocupă un loc important, deoarece se întâlnește frecvent. Salmonelozele se caracterizează printr-o structură etiologică foarte complexă, multiple căi de contaminare și variate forme clinice: inaparente, fără manifestări clinice, localizate și generalizate, foarte grave, cu evoluție îndelungată, mai ales la copiii mici, la care deseori pot provoca decesul.

E de datoria fiecărui medic să cunoască profund această boală, particularitățile ei la copii mici, profilaxia salmonelozelor nosocomiale.

### II. Intrebări pentru autoinstruire

#### a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:

1. Enumerați cele mai importante serotipuri de salmonele.
2. Care serotipuri sunt mai frecvent depistate în prezent în RM.?
3. Numiți sursele de infecție în salmoneloză.
4. Numiți căile de transmitere a salmonelozelor la sugari și la copii mai mari?
5. Simptomele clinice ce caracterizează formele gastrointestinale (gastroenterita acută și enterocolita acută).

#### b. Cu privire la tema lecției:

1. Enumerați particularitățile epidemiologice ale salmonelozei la etapa actuală în funcție de vârstă. Care este sursa de infecție la copii de până la un an, după un an?
2. Caracterizați fazele principale în patogenia infecției localizate (forma gastrointestinală) și generalizate.
3. Ce forme clinice de salmoneloză sunt posibile la sugari?
4. la ce vârstă e mai frecventă septicemia cu salmonele? Care sunt manifestările ei clinice?
5. Enumerați simptomele caracteristice salmonelozei cu gastroenterită.
6. Numiți simptomele caracteristice salmonelozei în forma enterocolitică.
7. Enumerați simptomele afectării SNC în salmoneloze.
8. Enumerați sursele de infecție, căile de transmitere și particularitățile salmonelozei la nou-născuți.
9. Ce importanță are calea de transmitere a infecției asupra evoluției bolii?
10. Caracterizați scaunele în salmoneloză.
11. Enumerați investigațiile ce permit identificarea agentului patogen.
12. Ce teste de diagnostic pot fi aplicate: în primele 3 zile de boală, în următoarele 7-10 zile?

13. Enumerați metodele de diagnostic ce permit diferențierea salmonelozei, shigelozei, escherichiozei.
14. Ce măsuri de profilaxie se efectuează în focar?
15. Numiți măsurile de combatere a acestei maladii în colectivități și spitale de copii.
16. De ce boli este necesar a diferenția salmoneloza la copii în vârstă până la un an?
17. Caracterizați următoarele investigații de laborator:
  - analiza generală a sângelui, a urinei, coprocultura lor în stabilirea diagnosticului salmonelozei, bolilor concomitente și complicațiilor;
  - însămânțarea maselor fecale, urinei, maselor vomitante, bilei, sângelui, lichidului cefalorahidian, resturilor de alimente;
  - metodele serologice (RHAI,RA);
  - coprocitograma.
18. Enumerați complicațiile specifice și nespecifice ale salmonelozei.

### **III. Clasificarea formelor clinice ale salmonelozei**

#### ***În funcție de tip:***

##### **➤ Tipice:**

- ***Forme gastrointestinale:***
  - gastritică
  - gastroenteritică
  - gastroenterocolitică
- ***Forme generalizate:***
  - forma septică
  - forma tifoidică
- ***Purtători de salmonele:***
  - convalescenți: a) temporari, b) cronici
  - sănătoși.

##### **➤ Atipice:**

- fruste
- inaparente

#### ***În funcție de gradul de severitate a bolii***

- ușoară
- medie
- severă

#### ***Criteriile de evaluare a gradului de severitate:***

- Intensitatea simptomelor de intoxicație generală

- Gradul de afectare a sistemului gastrointestinal
- Intensitatea sindromului de deshidratare

**În funcție de durata bolii:**

- abortivă (7 zile)
- acută (1-1,5 luni)
- trenantă (1,5-3 luni)
- cronică (portaj)

Exemplu de formulare a diagnosticului: Salmoneloză typhimurium, forma gastroenterocolitică, severă. Deshidratare moderată (complicație).

#### IV. Probleme clinice

**Problema 1.** Copil în vârstă de 12 ani, internat în spital în prima zi a bolii. Aproximativ peste 6 ore după ce a consumat pârjoale au apărut: febră (39,0°C), cefalee, amețeli, vome abundente ce s-au repetat de 7 ori, dureri în epigastriu. Frecvența scaunului – de 2 ori, ultima dată lichid, fetid, verzui. Examinând copilul, se observă că este foarte pasiv, palid, limba e saburală. Zgomotele cordului sunt asurzite, pulsul frecvent 118/min, slab, presiunea arterială scăzută (80/40 mmHg). Abdomenul ușor balonat, garguimente la palparea colonului descendent.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul preliminar, indicați gravitatea bolii.
2. Ce examene paraclinice trebuie efectuate pentru a confirma diagnosticul?
3. De ce boli e necesar a diferenția maladia în cauză?
4. Tratamentul (inclusiv la etapa prespitalicească).

**Problema 2.** Copil în vârstă de 3 luni, s-a îmbolnăvit brusc: temperatura s-a ridicat până la 39°C, a vomitat abundent de 10 ori, scaune apoase de 12 ori în 24 de ore, de culoare verde, cu mucus și sânge.

*La inspecție:* copilul este apatic, palid. Cianoză a triunghiului nazolabial, elasticitatea pielii scăzută, ochii înfundați, mucoasa bucală uscată, limba saburală. Abdomenul balonat, garguimente la palpate. Colonul sigmoid spasmă, dureros. Cu o săptămână în urmă copilul s-a aflat în contact cu un bolnav de salmoneloză la spitalul de boli de copii.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar, argumentați.
2. Ce investigații de laborator trebuie efectuate?
3. Prescrieți tratamentul.
4. Ce măsuri antiepidemice se recomandă de efectuat în focar?

**Problema 3.** Copil în vârstă de 6 luni, internat în spital în prima zi de boală cu scaune diareice foarte apoase, nedigerate, cu mucus și sânge de 5 ori pe zi, temperatura 37,2°C, vome de 3 ori.

*La inspecție:* starea copilului de gravitate medie, pielea curată, tegumentele de

culoare roz. În pulmoni și în sistemul cardiovascular schimbări nu se marchează. Abdomenul nebalonat, sensibil la palpate în fosa iliacă stângă, colonul sigmoid dur, dureros. Anusul închis. Scaunele au fost apoase, de culoare verde, cu mucus și sânge.

*Din anamneză:* copilul seara, în ajun, a consumat ou crud cu terci de hrișcă.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. De ce boli trebuie diferențiat?
3. Ce analize de laborator pot confirma diagnosticul?
4. Indicați tratamentul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 5 luni, internat în spitalul de boli de copii cu diagnosticul de IRA, bronhopneumonie. A primit tratamentul respectiv în urma căruia starea s-a ameliorat. În ziua a 8<sup>a</sup> i s-a ridicat temperatura (38°C), a vomitat de 2 ori, iar spre seară au apărut scaune diareice cu mucus și striuri de sânge, care noaptea s-au repetat de 8 ori (sânge nu era în fiecare porție). Copilul a devenit neliniștit, a încetat să mănânce. În salon se mai aflau încă 3 copii în vârstă de până la 1 an.

1. Stabiliți diagnosticul, indicând forma clinică și gravitatea bolii.
2. Ce date de laborator sunt necesare pentru confirmarea diagnosticului?
3. Indicați tratamentul.
4. Ce măsuri antiepidemice se recomandă de a efectua în focar?

**Problema 5.** Copil în vârstă de 1 an și 5 luni. S-a adresat la secția de internare cu acuze la vome repetate (10 ori), febră 38°C, neliniște, dureri abdominale, inapetență, scaune lichide abundente, verzuie cu mucozități. Bolnav a două zi, după ce a consumat brânză cu smântână, ciocolată. La inspecția generală s-a determinat starea gravă. Copilul neliniștit, febră 38,5°C. Tegumentele palide, ochii înfundați, limba saburală. Zgomotele cordului ritmice, atenuate. FCC – 140/min, tensiunea arterială 80/53 mmHg. Abdomenul ușor balonat, garguisme la palpate. Plica cutanată revine până la 2 sec. Scaune de 8 ori, lichide, spumoase, de culoare verzuie, cu mucozități și striuri de sânge (în unele porții).

1. Argumentați diagnosticul clinic și indicați criteriile de gravitate.
2. Elaborați planul de investigații.
3. Diagnosticul diferențial
4. Determinați tratamentul.

**Problema 6.** Copil în vârstă de 10 luni internat în secția de terapie intensivă în stare gravă cu acuzele mamei la febră (37,5-38,0°C), anorexie, vome (12 ori), dureri în abdomen, scaune lichide, apoase, neabundente, de culoare galben-verzuie, cu mucus. Bolnav a 3<sup>a</sup> zi. S-a tratat la medicul de familie cu rehidron și stopdiar.

Copilul a fost alimentat cu iaurt și oua fierte moi.

La examenul general s-a determinat stare gravă, febră, adinamie, ochii

înfundați. Tegumentele și mucoasele palide, cianotice. Plica cutanată revine până la 2 sec. la normal. Tensiunea arterială –70/50 mmHg, pulsul 160/min. Zgomotele cordului asurzite, ritmice. În pulmoni respirație aspră. Abdomenul balonat cu garguimente. Ficatul se palpează cu 1,5 - 2,0 cm mai jos de rebordul costal. Se palpează colonul spasmă. Scaunul în cantități mici, cu miros fetid de culoare galben-verzuie, cu mucozități.

Rezultatul coproculturii – s-a depistat *Salmonella typhimurium*.

1. Formulați și argumentați diagnosticul.
2. Ce investigații suplimentare sunt necesare?
3. De ce boli trebuie diferențiat?
4. indicați tratamentul.

## ESCHERICHIOZA

### I. Motivarea temei

Escherichiozele sunt boli infecțioase acute provocate de escherichii diareegene. Frecvent evoluează cu manifestări clinice de gastroenterită sau enterocolită și sindrom toxic. Mai rar se întâlnesc forme generalizate septice și cu localizări extraintestinale (meningită, pielonefrită, pneumonii etc.). Escherichiozele dețin un loc important în șirul de boli diareice acute, îndeosebi la sugari și copiii mici. Escherichiile patogene pot determina, în funcție de proprietățile patogenice ale variatelor tulpini, multiple forme clinice – de la forme ușoare până la foarte grave cu deshidratare severă și prognostic rezervat. Pentru stabilirea corectă și precoce a diagnosticului, conduita terapeutică și a profilaxiei, fiecare medic are nevoie de cunoștințe profunde ale acestei boli.

### I. Întrebări pentru autoinstruire

#### *a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:*

1. Clasificarea agenților patogeni care provoacă escherichioza. Numiți principiile de clasificare.
2. Enumerați cele mai răspândite tulpini de *Esch. coli* enterotoxigene (ETEC), *Esch. coli* enteroinvazive (EIEC), *Esch. coli* enteropatogene (EPEC), *Esch. coli* enterohemoragice (EHEC) și *Esch. coli* enteroadezive (EAEC).
3. Căile de transmitere în diareea acută cu *Esch. coli*.
4. Numiți sursele de infecții.
5. Caracterizați mecanismul de transmitere a bolii cu *Esch. coli*.
6. Enumerați factorii ce favorizează declanșarea diaree acute cu *Esch. coli* la copii mici.

#### *b. Cu privire la tema lecției:*

1. Durata perioadei de incubație în escherichioze?

2. Enumerați organele și sistemele ce se afectează mai frecvent.
3. Tabloul clinic al escherichiozei cu EPEC.
4. Tabloul clinic al escherichiozei cu EIEC.
5. Tabloul clinic al escherichiozei cu ETEC și EHEC.
6. Formele clinice ale escherichiozelor.
7. Semnele clinice în deshidratarea moderată și severă.
8. Semnele clinice ce indică hipopotasemia.
9. Particularitățile evoluției acestei boli la nou-născuți și sugari.
10. Metodele de laborator pentru confirmarea diagnosticului (bacteriologice, serologice etc.).
11. Diagnosticul diferențial al escherichiozelor la sugar.
12. Clasificarea formelor clinice ale escherichiozelor.
13. Criteriile de severitate a bolii.
14. Criteriile de spitalizare a copiilor cu escherichioze.
15. Principiile de tratament al escherichiozelor la domiciliu.
16. Tratamentul escherichiozelor de staționar.
17. Criteriile de externare și supravegherea postexternare a pacienților cu escherichioze.

## II. Clasificarea escherichiozelor conform agentului cauzal

### Clasificarea escherichiilor diareegene

Categoria escherichiilor	Variante
<b>Enteropatogene (EPEC)</b>	(I) - O <sub>55</sub> , O <sub>86</sub> , O <sub>111</sub> , O <sub>119</sub> , O <sub>125</sub> , O <sub>126</sub> , O <sub>128ab</sub> , O <sub>142</sub> , (II) - O <sub>18</sub> , O <sub>44</sub> , O <sub>112</sub> , O <sub>114</sub>
<b>Enteroinvazive (EIEC)</b>	O <sub>28ac</sub> , O <sub>29</sub> , O <sub>124</sub> , O <sub>136</sub> , O <sub>143</sub> , O <sub>144</sub> , O <sub>152</sub> , O <sub>164</sub> , O <sub>167</sub> .
<b>Enterotoxigene (ETEC)</b>	O <sub>6</sub> , O <sub>8</sub> , O <sub>15</sub> , O <sub>20</sub> , O <sub>25</sub> , O <sub>27</sub> , O <sub>63</sub> , O <sub>78</sub> , O <sub>80</sub> , O <sub>85</sub> , O <sub>115</sub> , O <sub>128ac</sub> , O <sub>139</sub> , O <sub>148</sub> , O <sub>153</sub> , O <sub>159</sub> , O <sub>167</sub>
<b>Enterohemoragice (EHEC)</b>	O <sub>157</sub> , O <sub>126</sub> , O <sub>145</sub>
<b>Enteroagregative (EAEC)</b>	O <sub>156</sub>

### Clasificarea formelor clinice ale escherichiozelor

#### Conform sindromului clinic:

- gastrointestinale (gastroenterită, gastroenterocolită, enterocolită)
- generalizate (septică, tifoidică, meningită, pielonefrită, pneumonie)

#### În funcție de gradul de severitate a bolii:

- ușoară
- medie
- severă



## ***Criteriile de evaluare a gradului de severitate:***

### **Generale:**

- neurotoxicoză
- dereglări metabolice
- cardiovasculare
- deshidratare severă
- forme generalizate

### **Locale:**

a) frecvența scaunelor în 24 de ore:

- 5-10 – forma ușoară
- 10-20 – forma medie
- >20 – forma severă

b) caracterul scaunelor (cu mucus, sânge, apoase)

c) pneumatoză intestinală

d) dureri abdominale permanente

### **În funcție de caracterul evoluției bolii:**

- fără complicații
- cu complicații
- cu acutizări.

## **IV. Probleme clinice**

**Problema 1.** Copil de 5 luni, cu scaune lichide, apoase, spumoase, nedigerate, de culoare galben-aprinsă cu o frecvență de până la 6-7 ori pe zi. Copilul face o subfebrilitate până la 37,8°C, a vomitat de 2 ori, capricios, refuză alimentația, bea cu sete. La examenul obiectiv: tegumente palide, limba saburală, ochii înfundați, abdomenul balonat, plica cutanată revine până la 2 sec.

1. Stabiliți diagnosticul și argumentați.
2. Indicați investigațiile de laborator.
3. Indicați tratamentul, specificați alimentația.

**Problema 2.** Copil de 8 luni, s-a îmbolnăvit acut cu vome de 3 ori, scaune lichide, apoase până la 10 ori, fără mucus, de culoare galbenă, temperatura 37,5°C.

*La examinare:* tegumente palide, erupții absente, ochii înfundați, plica cutanată revine mai mult de 2 secunde. În familie mai este un copil de 3 ani, care frecventează grădinița și cu 3 zile în urmă a avut scaune semilichide de 2-3 ori pe zi, fără alterarea stării generale.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar. Apreciați gradul de deshidratare.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.

3. Unde veți trata copilul?
4. Indicați planul de investigații și de tratament.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 1 an și 3 luni, s-a îmbolnăvit brusc cu: febră – 39°C, vomă de 2 ori, scaune lichide apoase de 7-10 ori pe zi, la început abundente, apoi afecaloide, cu mucus și striuri de sânge în ultimele 2 scaune.

*La examinare:* copil apatic, adinamic, periodic neliniștit, acuză dureri în abdomen. Tegumente palide cu desen marmorat, buze uscate, limba saburală intens, plica cutanată revine până la 2 sec. Abdomenul puțin balonat, sensibil la palpate pe traiectul intestinului sigmoid. Ficatul se palpează cu 2 cm mai jos de rebordul costal. În ajunul bolii a mâncat fructe și legume ne spălate pe care mama le-a adus de la piață.

1. Stabiliți diagnosticul preventiv, argumentați. Numiți criteriile de severitate.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Asistența urgentă la etapa prespitalicească (preparate și doze).
4. Elaborați planul de investigații și tratament în spital.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 4 ani, internat în stare gravă cu diagnosticul "Dizenterie". Din coprocultură a fost depistată Esch.coli O<sub>124</sub>. Copilul frecventează grădinița de copii. Ultima zi a fost la grădiniță în ziua îmbolnăvirii.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul clinic.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Indicați tratamentul.
4. Numiți criteriile de externare a pacientului.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 3 ani, s-a îmbolnăvit acut cu vome repetate (3-4 ori), periodic grețuri, refuză alimentația, cere de băut apă în permanență. Pe parcursul zilei au apărut scaune lichide, apoase de culoare alb-gălbuie nedigerat, fără incluziuni patologice până la 10 ori/24 de ore. Copilul este neliniștit, periodic acuză dureri în abdomen, afebril. La examenul obiectiv: tegumente palide, uscate, apatic, plica cutanată revine până la 2 secunde, abdomenul suplu, sensibil în zona epigastrică, din partea altor organe fără schimbări patologice.

1. Stabiliți diagnosticul cel mai probabil. Precizați gradul de deshidratare.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Apreciați criteriile de severitate a bolii.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 6.** Copil în vârstă de 1 an. Boala a debutat acut cu vome de 2 ori, scaune lichide de 5-6 ori pe zi, periodic neliniștit. Mama a administrat (fără a consulta medicul) linex, paracetamol. Starea copilului la a 2<sup>a</sup> zi a bolii cu agravare. Au apărut dureri pronunțate în abdomen, febră 39°C, copilul a devenit somnolent, scaune sărace cu sânge. Periodic are tremor al mânuțelor. A fost adus la spital în

stare foarte gravă. La examinare: inhibat, paliditate și acrocianoză, ochii înfundați, puls filiform, TA - 60/45 mmHg, nu s-a urinat de 6 ore.

1. Indicați-i asistența urgentă la etapa prespitalicească.
2. Stabiliți diagnosticul preliminar. Ce date anamnestice, clinice obiective vă pot ajuta la stabilirea diagnosticului?
3. Cu ce maladii trebuie efectuat diagnosticul diferențial?
4. Elaborați planul de investigații.
5. Indicați tratamentul.

## **Infecțiile intestinale acute (bolile diareice acute) cauzate de Stafilococi, Enterobacterii condiționat patogene, Virusuri. Dismicrobismul intestinal**

### **I. Motivarea temei**

În ultimii ani tot mai frecvent infecțiile intestinale acute la copii sunt provocate de diverse specii de enterobacterii condiționat patogene (klebsiela, proteus, stafilococ etc.). Aceste boli sunt periculoase mai ales pentru copiii mici prin severitatea și complicațiile care pot fi întâlnite. Studiarea acestor maladii este necesară pentru depistare și stabilirea diagnosticului precoce, diferențierea de alte boli și inițierea tratamentului corect.

## **II. Întrebări pentru autoinstruire**

### **a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:**

#### **I. Infecții intestinale acute cu stafilococi**

1. Rolul stafilococilor în etiologia BDA.
2. Sursele de infecție.
3. Căile și mecanismul de transmitere a bolii.

#### **II. Infecții intestinale acute cu enterobacterii condiționat patogene (ECP)**

1. Care enterobacterii condiționat patogene se întâlnesc mai frecvent în BDA?
2. Căile de contaminare cu ECP posibile.
3. Mecanismul declanșării formelor clinice secundare (endogene) de BDA provocate de ECP?
4. Definiția dismicrobismului intestinal.
5. Metodele de diagnostic al dismicrobismului intestinal.
6. Criteriile de diagnostic al diareilor acute cu ECP.

#### **III. Diareile virale**

1. Care virusuri pot provoca BDA la copii?
2. Sursele și căile de transmitere a infecției rotavirale la copii.

**b. Cu privire la tema lecției:**

**I. Infecții intestinale acute cu stafilococi**

1. Nivelul tractului gastrointestinal afectat mai frecvent de stafilococi.
2. Formele clinice ale enterocolitei stafilococice la copii.
3. Particularitățile clinice ale toxiinfecției alimentare cu stafilococi.
4. Enterocolita stafilococică primară la copii de vârstă fragedă, tabloul clinic, diagnosticul.
5. Enterocolita stafilococică secundară, manifestări clinice.
6. Particularitățile clinice și de diagnostic ale enterocolitei stafilococice primare la copii.
7. Date (anamnestice, clinice și de laborator), în baza cărora se stabilește diagnosticul de infecție intestinală acută cu stafilococi: a) primară; b) secundară.
8. Diagnosticul diferențial.
9. Principiile de tratament în infecțiile intestinale acute cu stafilococi.
10. Profilaxia, criteriile de externare din staționar.

**II. Infecții intestinale acute cu ECP**

11. Tabloul clinic al infecțiilor primare și secundare provocate de ECP.
12. Particularitățile acestor infecții la nou-născuți.
13. Criterii de diagnostic (anamnestice, clinice și de laborator).
14. Tratamentul.
15. Dismicrobismul intestinal, cauzele apariției, clasificare, tabloul clinic, tratamentul.

**III. Diareile virale**

16. Infecția rotavirală (etiologie, epidemiologie, patogenie).
17. Enumerați infecțiile virale, care pot evolua cu sindrom gastrointestinal.
18. Particularitățile clinico-evolutive ale infecției rotavirale.
19. Diagnosticul de laborator.
20. Tratamentul.
21. Metodele de profilaxie ale infecției rotavirale.

**IV. Campilobacterioza**

1. Etiologie, epidemiologie, tabloul clinic, complicațiile, tratamentul.

**III. Clasificarea formelor clinice ale infecției intestinale acute cu stafilococi**

**Forme clinice:**

1. *Toxiinfecții alimentare cu stafilococi.*
2. *Enterocolite stafilococice:*

- primare
- secundare:
  - a) septicemia cu stafilococi
  - b) dismicrobismul intestinal

***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă

***În funcție de caracterul evoluției bolii:***

- fără complicații
- cu complicații
- cu acutizări și recăderi.

**Criteriile de apreciere a rolului etiologic al ECP în diareea acută la copii:**

1. Tabloul clinic cu manifestări gastrointestinale (enterită, gastroenterită, enterocolită).
2. Date epidemiologice: contactul cu bolnavi asemănători la domiciliu, în instituții medicale, în colectivități; contagiozitatea bolnavului pentru cei din jur, îmbolnăvirea unui grup de copii care au consumat aceleași alimente, nerespectarea regulilor de păstrare a alimentelor ușor alterabile (lapte, produse lactate, carne, ouă etc.).
3. Izolarea de ECP în cantități mari (peste  $10^5$ /1gr materii fecale) din masele fecale în lipsa germenilor obligatoriu patogeni (Schigella, Salmonella, Escherichia). Izolarea de ECP din urină, sânge, focare puroioase.
4. Creșterea titrului de anticorpi specifici în reacția de autoaglutinare spre a 6-a – a 8<sup>a</sup> zi a bolii și apoi scăderea lor bruscă.

**IV. Probleme clinice**

***Problema 1.*** Copil în vârstă de 10 ani, s-a îmbolnăvit brusc cu vome repetate, dureri în epigastru, febră, scaune lichide cu mucus. La secția de internare: copilul adinamic, tegumentele palide, fața hiperemiată, hipotonie musculară, limba saburală, abdomenul moale, suplu, sensibil la palpare în zona epigastrică și paraombilical. În clasă mai sunt cazuri similare.

1. Stabiliți diagnosticul preliminar.
2. Care sunt datele anamnestice necesare pentru diagnostic?
3. Planul de investigații.
4. Indicați tratamentul.

***Problema 2.*** Copil în vârstă de 11 luni, bolnav de pneumonie, primește tratament cu cefotaxim. La a 7<sup>a</sup> zi a apărut scaun lichid cu mucus de 8 ori pe zi, dureri abdominale. A vomitat o dată. Starea generală a copilului s-a agravat: respirație accelerată, tegumente palide, acrocianoză. Radiologic – pneumonie distructivă în

lobul inferior al plămânului stâng. Coprocultura la flora intestinală – Staf.aureus, germeni patogeni nu se determină. Cu 2 luni în urmă copilul a suportat otită purulentă acută.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. Unde se va trata copilul în continuare?
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 8 luni, s-a îmbolnăvit acut, cu tabloul clinic de enterocolită acută. Mama copilului de două zile are diaree. Din coprocultură la flora intestinală a fost depistat Enterobacter cloacae. Până la moment copilul nu a fost bolnav.

1. Formulați diagnosticul clinic.
2. Unde veți trata copilul?
3. Indicați tratamentul.

**Problema 4.** Copil de 3 luni, bolnav de salmoneloză (Salm.typhimurium), forma enterocolitică, a fost tratat cu amoxicilină. Starea generală satisfăcătoare, scaunul normal. În coprocultura de control după antibioterapie s-a depistat Citrobacter freundii și Proteus vulgaris, salmonele nu s-au izolat. Numărul de bacili acidolactici  $-10^3$  CFU/ml materii fecale.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. Ce recomandări în plan de tratament aveți?

**Problema 5.** Copil în vârstă de 6 luni, cu subfebrilitate, rinită, tuse productivă, lacrimație. La examinare: tegumente palide, curate, rinită, conjunctivită, mucoasa faringiană hiperemiată difuz cu granulație, limba saburală. Abdomenul balonat, ficatul se palpează sub rebordul costal cu 3 cm. La a 2-a zi de boală a apărut scaun lichid, apos, fără incluziuni patologice de 5 ori pe zi. A vomitat o dată. Copilul este agitat, bea cu sete lichide, plica cutanată se reface până la 2 secunde.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul.
2. Efectuați diagnosticul diferențial.
3. Indicați planul de investigații.
4. Indicați tratamentul.

## HEPATITE VIRALE ACUTE LA COPII

### I. Motivarea temei

Hepatita virală acută este o boală infecțioasă specifică omului și reprezintă o problemă importantă de sănătate publică. Sursa de infecție în hepatită virală sunt bolnavii cu forme icterice și anicterice, persoanele cu infecții asimptomatice,

bolnavii cu hepatită cronică, ciroză hepatică și purtătorii de virusuri B, C, D. Orice caz de hepatită virală este potențial sever, în perioada inițială a bolii evoluția hepatitei fiind practic imprevizibilă.

Toate hepatitele virale: A, B, C, D, E etc. sunt determinate de virusuri hepatice diferite, se prezintă printr-un tablou clinic foarte asemănător, greu de diferențiat prin mijloace clinice. Ele nu se imunizează reciproc și diferă una de alta prin evoluție și prognostic. Mult mai nefavorabil evoluează hepatitele virale B și D la sugari și copii mici, la care letalitatea e sporită și riscul de a rămâne purtător cronic de Ag HBs este cu atât mai mare, cu cât vârsta acestora este mai mică.

## **II. Intrebări pentru autoinstruire**

### **a. În domeniul cunoștințelor fundamentale:**

1. Numiți agenții cauzali ai hepatitelor virale. Caracterizați fiecare virus hepatotrop.
2. Indicați modul și căile de transmitere a hepatitei virale.
3. Descrieți particularitățile epidemiologice ale hepatitelor virale enterale și parenterale.
4. Metabolismul bilirubinei în normă și în hepatita virală.
5. Care sunt modificările morfopatologice în ficat la copii în hepatitele virale A, B, C?
6. Numiți particularitățile clinice ale hepatitei virale.
7. Ce manifestări clinice și de laborator determină gradul de severitate a bolii?
8. Ce informație primește medicul palpând ficatul la bolnavul cu hepatită?
9. Caracterizați ficatul copilului sănătos și în hepatita virală.
10. Metodele contemporane de diagnostic și de tratament ale bolnavilor cu hepatită virală.

### **b. Cu privire la tema lecției:**

1. Care sunt căile de transmitere a hepatitelor virale?
2. Enumerați perioadele clinice ale hepatitei virale.
3. Care este durata perioadelor de incubație și preicterică a hepatitelor virale A, B, C, D, E?
4. Enumerați principalele manifestări clinice și testele de laborator în baza cărora se poate stabili diagnosticul de hepatită virală acută A sau B în perioada preicterică.
5. Care este durata febrei în hepatitele virale?
6. Enumerați principalele manifestări clinice ale hepatitei virale acute în perioada de stare a bolii?
7. Numiți manifestările clinice ale hepatitei virale (forma tipică).
8. Care sunt criteriile clinice și paraclinice de severitate ale hepatitei virale acute?
9. Indicați consecințele și sechelele hepatitei virale în funcție de factorul etiologic.

10. Enumerați formele atipice ale HV.
11. Prin ce simptome clinice forma tipică a HV diferă de cea anicterică?
12. Diagnosticul formei fruste a hepatitei virale.
13. Enumerații complicațiile hepatitelor virale.
14. Diagnosticul diferențial al hepatitelor virale A, B, C, D, E în diverse perioade ale bolii.
15. Ce teste biochimice se aplică în diagnosticul hepatitei virale?
16. Ce teste biochimice indică sindromul de citoliza hepatică, de inflamație mezenchimală, de colestază și sindromul hepatopriv.
17. Simptomele clinice și modificările urinei și scaunelor în hepatita virală.
18. Ce metode de tratament se utilizează obligatoriu în hepatita virală acută?
19. Care sunt principiile de tratament ale hepatitei virale acute în formele severe și fulminantă?
20. Metodele de combatere a hepatitelor virale A, B, C, D, E. Profilaxia specifică.

### **III. Clasificarea formelor clinice ale hepatitei virale acute**

*Conform etiologiei* : A, B, C, D, E, F, G, TTV, SEN-virus

#### ***În funcție de tipul bolii:***

- Tipice (icterice)
- Atipice:
  - anicterice
  - fruste
  - inaparente

#### ***În funcție de gradul de severitate a bolii:***

- ușoară
- medie
- severă
- malignă

#### ***În funcție de durată bolii:***

- acută (3 luni)
- trenantă (3-6 luni)
- cronică (peste 6 luni)

#### ***În funcție de caracterul de evoluție a bolii:***

- benignă (ciclică)
- cu complicații: hepatobiliare sau cu maladii intercurrente
- cu acutizări (exacerbări) și recidive (recăderi).



#### IV. Clasificarea hepatitei cronice (1994)

##### *Conform criteriilor etiopatogenice:*

- hepatită cronică virală B, C, D, asocieri (B+C și B, C+ D) etc.
- hepatită cronică virală neprecizată
- hepatită cronică criptogenă
- hepatită cronică autoimună
- hepatită cronică drog-indusă (medicamentoasă)

##### *În funcție de gradul de activitate:*

- minimă (gradul I)
- moderată (gradul II)
- maximă (gradul III)

Poate fi și neactivă.

##### *În funcție de gradul modificărilor morfologice:*

0. fără fibroză
1. fibroză periportală minimă
2. fibroză moderată cu septuri portoportale
3. fibroză accentuată cu septuri portocentrale
4. ciroză hepatică

##### *În funcție de faza procesului viral:*

- faza replicativă
- fază integrativă.

#### IV. Probleme clinice

**Problema 1.** Copil în vârstă de 5 ani, frecventează grădinița unde o lună în urmă a fost înregistrat un caz de hepatită virală. S-a îmbolnăvit acut: temperatura 37,8°C, cefalee. Peste 2 zile temperatura s-a normalizat, în schimb se mențineau slăbiciunea, pofta de mâncare scăzută, acuzele la dureri în epigastru.

A fost spitalizat în a 7-a zi a bolii. Starea generală satisfăcătoare. Ficatul mărit, se palpează cu 3 cm sub rebordul costal. Tegumentele și sclerele moderat icterice. În următoarele zile starea generală rămâne satisfăcătoare. Începând cu a 8-a zi de boală icterul a cedat.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Ce teste de laborator pot confirma diagnosticul? Descrieți rezultatele așteptate.
3. Profilul serologic al hepatitei virale A.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 2.** Copil în vârstă de 2 ani, spitalizat la a 5-a zi a bolii. Cu cinci zile în urmă avea slăbiciuni, a scăzut pofta de mâncare. Starea generală s-a agravat și

copilul este spitalizat cu acuze la vome repetate, apatie, icter al sclerelor, urină hipercromă.

*La internare:* starea generală medie, vomă, apatie. Icterul tegumentelor și sclerelor este pronunțat. Ficatul mărit cu 3,0 cm, splina - cu 1,0 cm. Icterul a progresat către a 7<sup>a</sup> zi, pe când simptomele de intoxicație au cedat. Analiza biochimică a sângelui: bilirubina comună – 107,2 mcmmol/l, bilirubina conjugată - 85,2 mcmmol/l, neconjugată - 22,0 mcmmol/l, ALAT – 205 U/l, ASAT - 102 U/l, testul cu timol – 16 U.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Ce date epidemiologice sunt necesare pentru precizarea etiologiei bolii?
3. Indicați gradul de severitate a bolii.
4. Elaborați planul de tratament.

**Problema 3.** Copil în vârstă de 4 ani, a fost spitalizat la a 4<sup>a</sup> zi a bolii. Boala a demarat acut cu febră 39°C, care a persistat 3 zile. Copilul acuză cefalee, greață, hiporexie, vome repetate. La a 4<sup>a</sup> zi a bolii a apărut icterul tegumentelor și al sclerelor.

*La internare* și în primele 3 zile de aflare în spital copilul era pasiv și refuza hrana. Icterul tegumentelor și sclerelor cu icter pronunțat, febră 37,5°C, vomă repetată, dureri abdominale, hepatomegalie – cu 3 cm sub rebordul costal. Bilirubina comună – 127 mcmmol/l.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul clinic.
2. Planul examinărilor. Profilul serologic.
3. Diagnosticul diferențial în perioada preicterică.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 4.** Copil în vârstă de 8 ani, internat în clinică în a 2<sup>a</sup> săptămână a bolii. Boala a demarat treptat, cu slăbiciune, inapetență. Peste 2 zile au apărut dureri abdominale, greață, vome repetate, urină hipercromă. Cu 3 luni până la îmbolnăvire copilul a fost operat de apendicită acută.

*La internare:* temperatura 37,3°C, starea generală afectată moderat, apatic, refuză hrană, vomă. Culoarea tegumentelor, sclerelor nemodificată. Abdomenul moale, nedureros. Ficatul cu 2,0-3,0 cm sub rebordul costal, dur. Splina cu 1,5 cm. Urina hipercromă. Analiza biochimică a sângelui: bilirubina comună–21,0 mcmmol/l, ALAT – 440 U/l, ASAT – 202 U/l, testul cu timol – 7 U. S-a determinat AgHBs.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Profilul serologic.
3. Diagnosticul diferențial
4. Indicați tratamentul.

**Problema 5.** Copil în vârstă de 4 luni, s-a îmbolnăvit acut când mama a observat

scaune lichide nedigerate, albicioase, de 4 ori pe zi. A apărut icterul sclerelor, intensitatea căruia progresa rapid.

Sarcina și travaliul la mamă au decurs normal. Născut cu masa corpului – 3600 gr. În a 4<sup>a</sup> zi a apărut icterul, care în a 8<sup>a</sup> zi a dispărut. Crește și se dezvoltă conform vârstei, n-a fost bolnav. În familie este încă un copil, de 4 ani, care la vârsta de 3 luni a suportat hepatită virală (forma gravă). Pacientul este vaccinat incomplet.

În spital: starea copilului gravă, conștiența clară, se alăptează satisfăcător, vomită de 1-2 ori pe zi, are erupții hemoragice pe membrele inferioare. Ficatul e mărit cu 2-3 cm, dureros, splina – la rebordul costal.

1. Stabiliți și argumentați diagnosticul clinic.
2. Ce date anamnestice mai sunt necesare?
3. Alcătuiți programul examenelor de laborator și indicați rezultatele așteptate.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 6.** Copil în vârstă de 5 luni, internat în secția de terapie intensivă în stare foarte gravă, cu acuze la neliniște, țipăt continuu, inapetență, urină hipercromă, icter, scaune lichide.

*Anamneză boli:* bolnav de 4 zile, debutul bolii cu regurgitații, neliniște, capricios. Două zile în urmă a apărut urina hipercromă, astăzi – icterul sclerelor și al pielii. Starea brusc s-a agravat, copilul doarme puțin, țipă permanent, mănâncă rău, sau are scaune lichide de 2-3 ori pe zi cu mucozități.

*Anamneză vieții:* născut de la prima sarcină, prematur – 2500 gr., la mamă grupa sanguină II, Rh negativ, tatăl copilului are grupa III, Rh pozitiv.

Copilul a avut icter pronunțat de la naștere, care a durat 1,5 luni. Se află la evidență la neurolog. Vaccinat nu a fost. Este alimentat artificial.

*Anamneza epidemiologică:* născut prin cezariană, prematur la 7 luni. În maternitate s-au efectuat hemotransfuzii de 2 ori și perfuzii endovenoase.

*Datele obiective:* starea generală foarte gravă, febră 38,5°C, FCC – 160/min, FR – 60/min, masa corpului – 5300 gr. Obnubilare, reacționează la stimuli fizici – fixează privirea, refuză alimentația. Tegumentele și sclerele cu icter pronunțat. Respirația ritmică, raluri nu se percep. Zgomotele cordului ritmice, asurzite.

Abdomenul moale, balonat. Ficatul e mărit cu 1,5 -2,0 cm, elastic, sensibil la palpare, splina - cu 1,5 cm, semidură. Scaunele terciforme, acolice. Micțiunile rare, urina hipercromă.

Bilirubina comună – 198 mcmol/l, ALAT – 533 U/l, ASAT – 310 U/l, β lipoproteidele – 44g/l, testul cu timol – 2 U, protrombina – 28%.

1. Stabiliți diagnosticul clinic și argumentați.
2. Utilizând criteriile de severitate, determinați forma clinică a bolii.
3. Elaborați planul de investigații suplimentare.
4. Indicați tratamentul.

**Problema 7.** Copil în vârstă de 3 luni, masa corpului – 5200 gr, internat în spital în stare gravă la a 3-a zi a bolii, cu acuze la: vome (de 3 ori – ultima de tip „zaț de cafea”), icterul tegumentelor, inapetență, febră 38°C.

*Din anamneză vieții:* s-a constatat că copilul a avut boala hemolitică a nou-născutului, în legătură cu care a primit transfuzii de sânge. Copilul nu a fost vaccinat.

*La examenul fizic:* somnolent, periodic neliniștit. Pielea, sclerele și mucoasa bucală moderat icterice, sunt câteva peteșii pe torace. În pulmoni respirație veziculară. Zgomotele cordului asurzite, FCC – 156/min, FR – 42/min. Abdomenul moale, moderat balonat. La palpate ficatul e mărit cu 6 cm, elastic, dureros, splina - cu 2 cm. Scaunele lichide, verzui, cu mucozități. Urina hipercromă.

*Analiza biochimică a sângelui:* ALAT – 580 U/l, ASAT – 420 U/l, Bilirubina – 142 mcmol/l. Testul cu timol – 4,0 U. Markerii serologici: AgHBs(+), HBeAg(+), anti-HBcor IgM(+).

Spre seara: febră 39,6°C, au apărut hemoragii la locul injecțiilor. Prin sonda nazogastrică – eliminării hemoragice. A apărut miros de ”ficat crud”. Obnubilare, slab reacționează la stimuli fizici. Papilele miotice, fotoreacția absentă. Hipertonie musculară. Dimensiunile ficatului s-au micșorat (cu 2 cm sub rebordul costal), marginea moale. Abdomenul balonat. Scaunul nu a fost.

1. Stabiliți diagnosticul clinic, argumentați.
2. Precizați forma clinică a bolii.
3. Ce investigații suplimentare necesită în mod urgent?
4. Determinați tratamentul.

**Anexa 1.**

**CALENDARUL VACCINĂRILOR OBLIGATORII ÎN RM PENTRU ANII 2016-2020**

Vârsta efectuării vaccinării	Imunizarea împotriva									Note
	Hepatitei virale B-HepB	Tuber- culozei-BCG	Polio-mielitei-VPO	Infecției cu rotavirus-RV	Infecției-Hib	Infecției cu pneumococi-PC	Difteriei, Tetanosului, tusei convulsive-DTP	Difteriei, Tetanosului DT/Td	Rujeolei, Oreionului, Rubeolei-ROR	
<b>24 ore</b>	HepB-0									În matern.
<b>2-5 zile</b>		BCG								În matern.
<b>2 luni</b>	HepB-1		VPO-1	<b>RV-1</b>	Hib-1	<b>PC-1</b>	DTP-1			Concomitent în ac.zi: i/m HepB+DTP+Hib în componența vaccinului pentavalent, PC și VPI separat cu diferite seringi și în diferite locuri anatomice; VPO și RV picături în gură
<b>4 luni</b>	HepB-2		VPO-2	<b>RV-2</b>	Hib-2	<b>PC-2</b>	DTP-2			
<b>6 luni</b>	HepB-3		VPO-3 VPI		Hib-3		DTP-3			

<b>12 luni</b>						<b>PC-3</b>			<b>ROR-1</b>	Separat cu diferite seringi și în diferite locuri anatomice
<b>22-24 luni</b>			VPO-4				DTP-4			Concomitent, peste 16-18 luni după vaccinare
<b>6-7 ani</b>			VPO-5					DT	<b>ROR-2</b>	VPO-5 și DT– concomitent primăvara ROR-2 – toamna (în cl.I)
<b>15-16 ani</b>								Td	<b>ROR-3**</b>	Concomitent (cl.9), separat cu diferite seringi și în diferite locuri anatomice
<b>Adulții: la 20, 30, 40, 50 și 60 ani</b>								Td		Imunizarea la atingerea vârstei indicate

1. Vaccinările opționale recomandate în mod individual, inclusiv contra plată: contra Papilomavirusului uman – fetele de la vârsta de 12 ani 2 doze cu interval de 6 luni între ele; gripei – de la vârsta de 6 luni anual; hepatitei virale A - de la vârsta de 1 an 1 doză persoanele nevaccinate; infecției meningococice – vaccinuri mono- sau polivalente ne conjugate – de la vârsta de 2 ani, conjugate – de la vârsta de 2 luni; varicelei – de la vârsta de 9 luni pentru persoane care n-au suportat infecția; tusei convulsive cu component pertusis acelular – membrii familiilor și îngrijitorilor bebelușilor.
2. Vaccinarea împotriva altor boli infecțioase (holera, tularemia, febra tifoidă, bruceloza etc.) va fi efectuată grupelor de populație cu risc sporit de infectare, în funcție de situația epidemiologică și în conformitate cu deciziile Ministerului Sănătății.
3. Imunizarea împotriva febrei galbene, encefalitei acariene, pestei va fi aplicată persoanelor care pleacă în regiunile endemice în mod individual, inclusiv contra plată.

<b>Anexa 2. Schema pentru autoinstruire în cadrul lecțiilor practice pe tema: „Boli infecțioase cu exantem la copii”</b>			
	<b>Etapele acțiunilor și simptomele apriori</b>	<b>Metode de executare</b>	<b>Întrebări pentru autocontrol</b>
<b>I.</b>	<b>Acuze:</b> febră, tuse, erupții, rinită, conjunctivită, dereglări de somn, adinamie, dureri în gât, vomă, dureri abdominale, artralгии și edem cervical	Interogarea părinților, bolnavului	Ce acuze sunt caracteristice pentru: - rujeolă; - scarlatină; - varicelă, rubeolă; - pseudotuberculoză; - infecția cu HSV; - infecția enterovirală.
<b>II.</b>	<b>Anamneza bolii:</b> a. Debutul b. Caracterul curbei termice c. Semnele catarale d. Erupțiile, caracterul lor e. Localizarea f. Etapele de apariție g. Perioada h. Prezența erupțiilor pe partea piloasă a capului i. Prezența descuamării sau pigmentației j. Artralgie, dureri abdominale	Interogarea bolnavului, părinților, date din istoria bolii	Ce simptome sunt caracteristice în debutul rujeolei, în perioada de stare a rujeolei, în rubeolă, scarlatină, pseudotuberculoză, varicelă?
<b>III.</b>	<b>Anamneza epidemiologică:</b> a. prezența bolilor asemănătoare în familie, la grădiniță, școală b. ieșiri în afara orașului	Interogarea bolnavului, rudelor, date epidemiologice	Enumerați sursele de infecție, mecanismul de contaminare în rujeolă, varicelă, rubeolă, pseudotuberculoză. Indicați

	c.prezența rozătoarelor, a legumelor, fructelor neprelucrate termic d. imunizarea împotriva rujeolei e.contactul cu bolnavii care au sindrom cataral, angine		perioada de incubare, de contagiozitate în aceste boli.
IV.	<b>Anamneza vieții, bolile suportate. Evoluția gravidității, nașterilor, perioadei neonatale, bolile suportate în primul an de viață, inclusiv cele infecțioase (a le enumera, la ce vârstă)</b>	Interogarea părinților	
V.	<b>Vaccinări:</b> care, în ce termene, reacțiile	Interogarea părinților, date din fișa de ambulatoriu	
VI.	<b>Boli alergice și ereditare:</b> a. reacții la alimente b. reacții la medicamente c. boli alergice suportate de pacient și părinții săi	Interogarea părinților	
VII.	<b>Date obiective:</b> 1. Pielea: culoarea, umiditatea, prurit 2. Erupecțiile și descrierea lor (macule, papule, punctiforme, rozeole, vezicule, hemoragice, peteșii, descumare furfuracee, sau în lambouri, pete pigmentate, cruste) 3. Localizarea: a. pe față, trunchi, membre, partea piloasă, pe fese, sectoare eritematoase s.a. b. mucoasele: faringele – hiperemie	Inspeccia, palparea  Inspeccia, palparea s.a. Inspeccia, auscultatia, percuția, aprecierea TA	– Descrieți caracterul erupțiilor în rujeolă, rubeolă, scarlatină, pseudotuberculoză, varicelă. – Descrieți manifestările din partea mucoaselor în rujeolă, rubeolă, scarlatină, pseudotuberculoză, varicelă. – Descrieți schimbările nodulilor limfatici în



	<p>difuză, delimitată, localizată; amigdalele mărite, ce fel de depuneri; limba – saburală, „zmeurie”; mucoasele obrazilor hiperemiate, s.Belschi-Filatov-Koplic; s.Mursou; gingivită; conjunctivită, rinită s.a.</p> <p>c. nodulii limfatici – care grupe, dimensiunile, dureroși, aderenți între ei sau nu, reacția tesuturilor adiacente, a pielii</p> <p>d. sistemul osteoarticular: prezenta deformațiilor, amplitudinea mișcărilor în articulații, algii, edeme, manifestări din partea pielii</p> <p>e. sistemul nervos: nervii cranieni, reflexele, pareze, paralizii, semne meningiene</p> <p>f. sistemul cardiovascular: pulsul, presiunea arterială, limitele cordului, zgomotele cardiace, suflue cardiac</p> <p>g. sistemul respirator: FR, caracterul respirației, datele fizicale (sunetul pulmonar, prezența ralurilor, caracteristica lor, localizarea)</p> <p>h. sistemul digestiv: limba–depuneri, papilele, abdomenul, ficatul, splina, intestinul, sigmoidul, scaunele</p> <p>i. sistemul urinar:s.Pasternațki, diureza, algii la urinare s.a.</p>	<p>Inspeția, auscultația, percuția</p> <p>Inspeția, palpația Inspeția, percuția s.a.</p>	<p>rubeolă, scarlatină, pseudotuberculoză.</p> <p>– Caracterizați manifestările posibile din partea sistemelor nervos, cardiovascular, respirator în rubeolă, scarlatină, pseudotuberculoză, varicelă, inf.cu Herpes simplex etc.</p>
--	---	---	---

VIII.	<p><b>Planul de investigații:</b>  sumarul urinei, hemograma, radiografia, însămânțări de pe mucoasele faringiene, ale eliminărilor purulente, materiilor fecale, explorări serologice, virusologice s.a.</p>	Date de laborator, instrumentale, consultări ale specialiștilor, examenul radiologic	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce abateri de la normă vor fi în hemoleucogramă în cazul bolilor „eruptive” virale, scarlatinei, pseudotuberculozei?</li> <li>– Ce metode specifice de laborator pot fi efectuate pentru diagnosticarea rujeolei, scarlatinei, pseudotuberculozei, varicelei, infecției cu virus Herpes simplex</li> <li>–</li> </ul>
IX.	<p><b>Formulara diagnosticului clinic:</b>  prezența sindromului general – infecțios, cataral, eruptiv, caracterul și localizarea erupțiilor, evoluția lor, precum și datele epidemiologice, rezultatele investigațiilor.</p>	Anamneza bolii, rezultatul examenului clinic și de laborator	
X.	<p><b>Indicarea tratamentului:</b> (conform diagnosticului, vârstei, severității, premorbidului, bolilor asociate, complicațiilor). Elaborarea planului de tratament: antibacterian, patogenic, de desensibilizare, vitaminoterapie, măsuri de dezintoxicare s.a.</p>	Prescrierea medicamentelor, dietei, procedurilor fizioterapeutice s.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce medicamente sunt administrate în cazul rujeolei, scarlatinei, varicelei, pseudotuberculozei, , infecției cu virus Herpes simplex</li> </ul>

<b>XI.</b>	<b><i>Măsuri antiepidemice:</i></b> 1. Informarea la Centrul de sănătate publică 2. Izolarea bolnavului 3. Carantină în colectivitate 4. Măsuri pentru evidențierea altor bolnavi 5. Imunizare activă sau pasivă, dezinfecția s.a.		– Ce măsuri antiepidemice se efectuează în focarul rujeolei, scarlatinei, varicelei, pseudotuberculozei?
------------	---	--	--

<b>Anexa 3. Schema pentru autoinstruire pe tema: Difteria (D), mononucleoza infecțioasă (MI), oreionul (O)</b>			
<b>Nr./0</b>	Etapile acțiunilor și simptomele apriori	Metode de executare	Întrebări pentru autocontrol
<b>I.</b>	<b><i>Acuzele bolnavului:</i></b> - Febră - Afectarea stării generale (adinamie, cefalee, vome) - Dureri la deglutiție, masticăție - Dispnee - Tumefacție, edem în regiunea cervicală, a feței, a glandelor salivare - Semne catarale	Anchetarea copilului, părinților, analiza acuzelor din foaia de observație	– Ce acuze sunt caracteristice pentru: - difterie (D) - mononucleoza infecțioasă (MI) - oreion (O)?
<b>II.</b>	<b><i>Anamneza bolii:</i></b> 1. Debutul 2. Durata și caracterul febrei 3. Intensitatea durerilor la deglutiție	Anchetarea copilului, părinților. Studiul foii de observație	– Ce semne clinice sunt specifice în debutul D, MI, O? – Durata perioadei de

	4. Intensitatea cefaleei 5. Schimbarea configurației gâtului, feței, localizarea, dinamica		incubație în D, MI, O?
<b>III.</b>	<b><i>Anamneza vieții:</i></b> 1. Anamneza prenatală 2. Perioada nou-născutului 3. Anamneza alergologică 4. Bolile suportate	Anchetarea mamei și a copilului	– Cum influențează anamneza nefavorabilă prenatală, alergologică asupra evoluției D, MI, O?
<b>IV.</b>	<b><i>Anamneza epidemiologică:</i></b> 1. Contactul cu bolnavi cu D, MI, O, angină, IRVA, cu febră persistentă 2. Anamneza parenterală în MI 3. Date despre vaccinări	Anchetarea mamei și a copilului Studierea foii de observație Precizarea datelor epidemiologice	– Care sunt sursele de infecție posibile în D, MI, O? – Mecanismul și factorii de transmitere în D, MI, O? – Particularitățile epidemiologice ale D, MI și O la etapa actuală. – Metodele și termenele vaccinărilor contra D, O? – Caracterul și durata imunității în D, MI, O.
<b>V.</b>	<b><i>Examenul obiectiv:</i></b> Examinarea pielii, mucoaselor, ganglionilor limfatici, țesutului subcutanat	Aprecierea conștiinței, stării generale, culorii pielii, schimbărilor configurației feței, gâtului, ganglionilor limfatici. Examenul faringelui: determinarea hiperemiei, depunerilor edemului	– Descrieți aspectul bolnavului cu D, MI, O. – Caracterul, durata febrei în D, MI, O. – Ce schimbări în faringe sunt în D, MI, O? – Indicați schimbările caracteristice ale mucoasei cavității bucale în D, MI, O.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterul afectării ganglionilor limfatici în D, MI, O.</li> <li>- Ce schimbări ale sistemului respirator sunt caracteristice în D, MI, O?</li> </ul>
<b>VI.</b>	<b><i>Sistemul nervos central</i></b>	Aprecierea conștienței, semnelor meningiene, prezența semnelor de focar cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrieți schimbările SNC în D, MI, O.</li> <li>- Caracterizați afectările SNC și periferic în D, MI, O.</li> <li>- Enumerați complicațiile din partea sistemului nervos și termenele apariției lor în D, MI, O.</li> </ul>
<b>VII.</b>	<b><i>Sistemul cardiovascular</i></b>	Ps, PA, percuția, auscultația, FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicați schimbările din partea sistemului cardiovascular în D, MI, O.</li> <li>- Modificările patomorfologice ale miocardului în D, MI, O.</li> <li>- Semnele clinice de bază în miocardită.</li> </ul>
<b>VIII.</b>	<b><i>Starea altor organe și sisteme</i></b>	Interogarea, palparea, percuția, auscultația	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce schimbări apar în ficat, splină, pancreas în D, MI, O?</li> <li>- Caracterul și diagnosticul afectării gonadelor și altor glande în oreion.</li> <li>- Afecțiunile renourinare în D, MI, O.</li> <li>- Clasificarea formelor clinice în D, MI, O.</li> </ul>

<b>IX.</b>	<i>Aprecierea datelor paraclinice, bacteriologice, serologice</i>	Studierea foii de observație	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Care sunt modificările hemogramei în D, MI, O?</li> <li>– Prin ce metode de laborator poate fi confirmat diagnosticul etiologic al difteriei, mononucleozei infecțioase, oreionului?</li> </ul>
<b>X.</b>	<i>Indicați tratamentul în corespundere cu forma clinică</i>	Prelegeri, manualul, recomandări metodice, protocoale clinice naționale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Seroterapia în difterie</li> </ul>

<b>Anexa 4. Schema pentru autoinstruire în cadrul lecțiilor practice pe tema: „Infecția meningococică” (IM)</b>			
Nr./o	Etapele acțiunilor și simptomele apriori	Metode de executare	Întrebări pentru autocontrol
<b>I.</b>	<i>Acuze:</i> febră, cefalee, vomă, erupții cutanate, agitație, tremor al extremităților, convulsii, obnubilare.	Interogarea rudelor, bolnavului	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce acuze sunt caracteristice în infecția meningococică?</li> </ul>

<b>II.</b>	<b>Anamneza bolii:</b> a) debutul bolii b) caracterul temperaturii c) caracteristica simptomelor de intoxicație d) modificările SNC, cardiovascular și ale rinichilor e) timpul de apariție, localizarea, caracteristica exantemului.	Interogarea rudelor, bolnavului, studierea foii de observație	– Ce momente sunt importante în procesul culegerii anamnezei bolnavilor suspecti la IM?
<b>III.</b>	<b>Anamneza epidemiologică:</b> a) contactul cu bolnavii de boli similare b) contactul cu bolnavi de IRVA	Interogarea rudelor, datele din fișa de trimitere la spital, certificatul de contact	– Indicați sursa de infecție, căile de transmitere, receptivitatea conform vârstei, sezonalitatea, particularitatea imunității, durata perioadei de contagiozitate a bolnavului.
<b>IV.</b>	<b>Anamneza vieții</b> și bolile suportate; cum s-a dezvoltat bolnavul, factorii de agravare, bolile suportate, traumatismul craniocerebral precedent acestei boli	Interogarea rudelor, datele din fișa de ambulatoriu a copilului	– Ce factori premorbizi au însoțit evoluția bolii?
<b>V.</b>	<b>Vaccinările:</b> ce, în ce timp, reacțiile	Interogarea rudelor, datele din fișa de policlinică a copilului	– Reacții postvaccinale.
<b>VI.</b>	<b>Bolile alergice și ereditare:</b> a) reacția la alimente b) reacția la medicamente c) existența bolilor alergice la copil și la rude	Interogarea rudelor	

<b>VII.</b>	<p><b><i>Examinarea obiectivă a bolnavului:</i></b>  aprecierea stării generale a bolnavului, starea de conștiență, poziția în pat, comportarea, existența erupțiilor hemoragice stelate cu necroze în centru, la fel și a erupțiilor maculo-papuloase cu localizare preferată pe extremitățile inferioare, fese, catarul faringian, tahicardie, tahipnee, hipotensiune, aspect marmorat al pielii, extremități reci, hepatomegalie, semne meningiene, bombarea fontanelii, semne de focar cerebral, oligurie, anurie, scaune diareice, sau constipații</p>	a) inspecție b) percuție c) palpate d) auscultație e) determinarea PA, FCC, FR, diurezei	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enumerați principalele forme clinice ale infecției meningococice.</li> <li>– Expuneți clinica meningitei.</li> <li>– Particularitățile meningitei la sugari.</li> <li>– Dați caracteristica clinică a meningocociemiei.</li> <li>– Numiți urgențele principale care pot apărea în cadrul infecției meningococice.</li> <li>– Prin ce se exprimă șocul toxiinfecțios (ȘTI): I, II, III:</li> <li>– edemul cerebral, insuficiență acută suprarenală, renală?</li> </ul>
<b>VIII.</b>	<p><b><i>Planul de examinare paraclinică a bolnavului:</i></b>  a) investigații bacteriologice: a LCR, sângelui, secrețiilor nazofaringiene la meningococ  b) examenul bacterioscopic pentru depistarea meningococului din LCR, sânge(picătura groasă)  c) examenul clinic al LCR: transparența, culoarea, pleiocitoza, proteinorahia, reacția Pandi, glucoza, clorizii;  d) analiza generală a sângelui, analiza urinei, analiza fecalelor la helminți și protozoare</p>	Studierea rezultatelor examenelor de laborator din foaia de observație	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caracterizați exantemul în infecția meningococică.</li> <li>– Prin ce se caracterizează sindromul hipotensiunii cerebrale?</li> <li>– Enumerați principalele metode de diagnostic de laborator în infecția meningococică.</li> <li>– Numiți indicațiile pentru puncția lombară la copii.</li> <li>– Numiți componența normală a LCR și modificările în infecția meningococică.</li> </ul>



	<p>e) consultația neurologului f) consultația oftalmologului, otorinolaringologului</p>		<p>– De unde se poate depista agentul patogen al IM?</p>
<b>IX.</b>	<p>Formulați diagnosticul clinic în corespundere cu clasificarea IM și evidențiați sindroamele principale, maladiile concomitente, complicațiile</p>	<p>Anamneza bolii, anamneza epidemiologică, datele clinice și paraclinice, consultația specialiștilor</p>	<p>– Cu ce boli se face diagnosticul diferențial al infecției meningococice?</p>
<b>X.</b>	<p>Indicați tratamentul în corespundere cu severitatea IM, sindroamele clinice, vârsta, complicațiile, fondul premorbid Alcătuți planul de tratament:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- antibioterapie</li> <li>- terapia sindromală</li> <li>- de dezintoxicare</li> <li>- stimulatoare</li> </ul>	<p>Folosind materialul de la prelegeri, manualul, elaborările metodice, protocolul clinic național</p>	<p>– Principiile de tratament al IM. – Asistența de urgență la etapa prespitalicească în formele severe și fulgerătoare ale IM.</p>
<b>XI.</b>	<p><b>Măsuri antiepidemice:</b> Declararea cazului, izolarea bolnavului, carantina, identificarea și tratamentul altor bolnavi sau purtători de meningococi în focare. Tratamentul profilactic al persoanelor de contact. Dezinfecția.</p>		<p>– Ce măsuri antiepidemice se aplică în focare?</p>

<b>Anexa 5</b>			
<b>Schema pentru autoinstruire pe tema: „Infecțiile intestinale acute (shigelloza, salmoneloza, escherichioza)”</b>			
<b>Nr./o</b>	<b>Etapele acțiunilor și simptomele apriori</b>	<b>Metode de executare</b>	<b>Întrebări pentru autocontrol</b>
<b>I.</b>	<p><b>Acuze:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Febră</li> <li>b) Indispoziție</li> <li>c) Apatie</li> <li>d) Greață</li> <li>e) Vomă</li> <li>f) Dureri abdominale (permanente sau în accese, tenesme, chemări false)</li> <li>g) Diaree (frecvența, scaun lichid sau terciiform, apos abundent sau sărac, culoarea, mirosul, cu mucus, striuri de sânge)</li> </ul>	Anchetarea copilului, părintilor, analiza acuzelor din foaia de observație	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce acuze sunt specifice în shigeloză, salmoneloză, escherichioză?</li> <li>– Prin ce semne se manifestă debutul bolii?</li> <li>– Enumerați simptomele perioadei de stare.</li> <li>– Ce sector al tubului digestiv este afectat mai mult în caz de shigeloză, salmoneloză, escherichioză?</li> <li>– Caracterizați scaunele în shigeloză, salmoneloză, escherichioză.</li> <li>– La ce vârstă copilul e predispus la aceste boli?</li> </ul>
<b>II.</b>	<p><b>Anamneza bolii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) debutul (brusc, acut, atipic)</li> <li>b) caracteristica și frecvența scaunelor</li> <li>c) durerile abdominale (localizarea, caracterul)</li> <li>d) alterarea stării generale, gradul</li> <li>e) semnele de intoxicare a sistemului nervos central</li> </ul>	Achetarea copilului, părintilor, date din foaia de observație	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perioada de incubație (minimală, medie, maximă)</li> <li>– Enumerați formele clinice ale shigelozei, salmonelozei, escherichiozei.</li> </ul>

	<p>f) prezența simptomelor de deshidratare, intoxicare</p> <p>g) rehidratarea orală (dacă a fost efectuată)</p> <p>h) tratament efectuat la domiciliu</p>		
<b>III.</b>	<p><b><i>Anamneza vieții:</i></b></p> <p>a. anamneza prenatală</p> <p>b. perioada nou-născutului</p> <p>c. afecțiunile din antecedentă</p> <p>d. anamnaza alergologică</p>	Anchetarea mamei și copilului	– Maladii gastrointestinale suportate.
<b>IV.</b>	<p><b><i>Anamneza epidemiologică:</i></b></p> <p>a. sursele de infecție</p> <p>b. căile de transmitere</p> <p>c. receptivitatea</p>	<p>– Anchetarea mamei și copilului.</p> <p>– Date din foaia de observație.</p> <p>– Date epidemiologice recepționate de la policlinică, școală, grădinița și alte instituții pentru copii.</p>	<p>– Care sunt sursele de infecție?</p> <p>– Indicați calea de molipsire.</p> <p>– Ce factori contribuie la molipsire?</p> <p>– Particularitățile epidemiologice ale izbucnirilor intraspitalicești.</p>
<b>V.</b>	<p><b><i>Examenul fizic (status praesens):</i></b></p> <p>1. Alterarea stării generale, dispoziția, comportarea, prezența insomniei, neliniștii, febrei, culoarea tegumentelor, sclerelor, mucoaselor. Prezența edemelor, erupțiilor, hemoragiei, urticarie, foetor hepatic</p> <p>2. Manifestările digestive: anorexie, greață, vomități, limba saburală. Starea abdomenului: balonat, dureros,</p>	<p>Examinarea minuțioasă a bolnavului:</p> <p>a. inspecția</p> <p>b. palpația</p> <p>c. auscultația</p> <p>Studierea în dinamică a stării generale a bolnavului</p>	<p>– Descrieți formele tipice (de severitate medie) ale acestor boli. Formele grave, inaparente etc.</p> <p>– Particularitățile shigelozei, salmonelozei, escherichiozei la sugari și nou-născuți</p> <p>– Enumerați cele mai frecvente complicații în shigeloză, salmoneloză, escherichioză.</p>

	dimensiunile ficatului, consistența, tendința spre reducere în volum a ficatului. Dimensiunile splinei. Culoarea scaunelor 3. Starea altor organe, sisteme		
<b>VI.</b>	<b><i>Aprecierea testelor de laborator nespecifice și specifice</i></b>	Studierea datelor din fișa de observație	– Enumerați principalele metode de diagnostic de laborator specifice și suplimentare în shigeloză, salmoneloză, escherichioză. – În ce materii pot fi depistați germenii patogeni intestinali? Care sunt regulile de însămânțare, transportare?
<b>VII.</b>	<b><i>Diagnosticul diferențial</i></b>	Date din anamneza bolii, ancheta epidemiologică, tabloul clinic și testele de laborator	– Cu ce boli se face diagnosticul diferențial în shigeloză, salmoneloză, escherichioză?
<b>VIII.</b>	<b><i>Argumentarea diagnosticului definitiv conform clasificării formelor clinice</i></b>	Date din anamneza bolii, ancheta epidemiologică, tabloul clinic și testele de laborator	– Argumentați diagnosticul shigelozei, salmonelozei, escherichiozei.
<b>IX.</b>	<b><i>Tratamentul BDA în funcție de factorul etiologic și forma clinică</i></b>	Utilizarea materialului didactic, elaborărilor metodice, datelor din prelegeri, protocoalelor clinice naționale,	– Principiile de tratament în shigeloză, salmoneloză, escherichioză la copii în funcție de forma clinică a bolii.

		recomandărilor OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Criteriile de spitalizare a copiilor cu BDA.</li> <li>– În ce cazuri se tratează copiii bolnavi cu BDA la domiciliu?</li> <li>– Criterii de externare din staționar a pacienților cu BDA.</li> </ul>
--	--	--------------------	---

<b>Anexa 6. Schema pentru autoinstruire pe tema: „Hepatitele virale la copii”</b>			
<b>Nr./0</b>	<b>Etapele acțiunilor</b>	<b>Metodele de evidențiere</b>	<b>Întrebări pentru autocontrol</b>
<b>I.</b>	<p><b>Acuze:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. febră</li> <li>b. indispoziție: apatie, cefalee, vetriș,</li> <li>b. slăbiciune, somnolentă sau insomnie, depresie,</li> <li>a. anorexie, greață, vomități, modificări ale sensibilității gustative etc.</li> <li>b. dureri epigastrice, greutate în hipocondrul drept, constipație sau diaree</li> <li>c. icterul sclerelor, tegumentelor și al mucoaselor bucale;</li> <li>d. manifestări cutanate: macule, hemoragii, urticarii;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anchetarea îngrijitorului copilului și a părinților</li> <li>– Analiza acuzelor din fișa de observație</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ce date sunt specifice pentru hepatita virală la sugari?</li> <li>– Enumerați acuzele principale specifice hepatitelor virale A, B la copii mai mari.</li> </ul>

	e. hiperchromia urinei, f. scaune acolice		
<b>II.</b>	<b>II. Anamneza bolii:</b> a. debutul (brusc, acut, atipic) b. manifestări catarale-respiratorii c. durata febrei d. sindromul artralgie e. manifestări digestive (inapetență, meteorism, dureri abdominale) f. manifestări generale până la și după apariția icterului g. termenul apariției icterului, urinei hiperchrome, scaunelor acolice	Anchetarea copilului și a părinților. Studierea fișei de observație	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Care este durata perioadei preicterice a hepatitelor virale A, B, C, E?</li> <li>– Tabloul clinic al perioadei preicterice – manifestările generale.</li> <li>– Durata și caracteristica febrei în hepatitele virale A, B, C, D, E.</li> <li>– Ce organe și sisteme se afectează în hepatita virală?</li> <li>– Enumerați formele clinice în hepatitele virale.</li> <li>– Prin care simptom clinic forma tipică diferă de cea anicterică?</li> </ul>
<b>III.</b>	<b>III. Anamneza vieții:</b> a. anamneza prenatală b. perioada nou-născutului c. afecțiunile anterioare d. anamneza alergologică	Anchetarea mamei și copilului	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Indicați termenul apariției icterului în hepatitele congenitale.</li> <li>– Cauzele hepatitei virale B la nou-născuți.</li> </ul>
<b>IV.</b>	<b>IV. Anamneza epidemiologică:</b> a. contact direct cu persoane infectate; calea de transmitere etc. b. anamneza parentală: infecții i.v i., i.m., extracții dentare în ultimele 6 luni, intervenții stomatologice,	Anchetarea mamei și copilului Concretizarea datelor epidemiologice recepționate de la policlinică, școală, grădiniță și alte instituții pentru copii	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Care sunt sursele de infecție în hepatitele A, B, C, D, E?</li> <li>– Modul și căile de transmitere a hepatitelor virale A, B, C, D, E.</li> </ul>

	<p>chirurgicale etc.</p> <p>c. bolnavului i s-au administrat vaccinuri</p> <p>d. respectă igiena personală</p> <p>e. s-a respectat calendarul de imunizări</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Particularitățile epidemiologice ale hepatitelor virale A, B, C, D, E.</li> <li>– Durata perioadei de incubație în hepatitele virale A, B, C, D, E.</li> </ul>
<b>V.</b>	<p><b>V. Examenul fizic (<i>status praesens</i>):</b></p> <p>a. alterarea stării generale, dispoziția, comportarea, prezența insomniei, neliniștii, febrei, culoarea tegumentelor, sclerelor, mucoaselor. Prezența edemelor, erupțiilor, hemoragii, urticarii, foaetor hepatic</p> <p>b. manifestările digestive: anorexie, greață, vomități, limba saburală. Starea abdomenului: balonat, dureros, dimensiunile ficatului, consistența, tendința spre reducere în volum a ficatului. Dimensiunile splinei, culoarea scaunelor</p> <p>c. Starea altor organe, sisteme</p>	<p>Examinarea minuțioasă a bolnavului:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. inspecția</li> <li>b. palpația</li> <li>c. auscultația</li> </ul> <p>Studierea în dinamică a stării generale a bolnavului</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– În ce constă examenul obiectiv al bolnavului cu hepatită virală?</li> <li>– Care sunt criteriile de severitate ale hepatitelor virale?</li> <li>– Durata perioadei de stare a hepatitel virale.</li> <li>– Descrieți perioada de stare a hepatitelor virale A, B, C, D, E.</li> <li>– Ce manifestări clinice sunt caracteristice pentru hepatitele virale A, B în: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ forma ușoară;</li> <li>➤ forma medie;</li> <li>➤ forma gravă.</li> </ul> </li> </ul>
<b>VI.</b>	<p><b>VI. <i>Aprecierea testelor de laborator nespecifice și specifice</i></b></p>	<p>Studierea datelor din fișa de observație</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Simptomele clinice în hepatita virală (forma atipică)</li> <li>– Caracterizați ficatul în hepatita virală.</li> </ul>

<b>VII.</b>	<b><i>VII. Diagnosticul diferențial</i></b>	Date clinice și paraclinice	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Particularitățile hepatitei virale la sugari, nou-născuți.</li> <li>– Ce teste biochimice sunt necesare pentru diagnosticul hepatitei virale?</li> </ul>
<b>VIII.</b>	<b><i>VIII. Argumentarea diagnosticului definitiv conform clasificării formelor clinice</i></b>	Date din tabloul clinic, anamneză și testele de laborator	Ce teste de laborator sunt necesare pentru diagnosticul precoce al hepatitei virale?
<b>IX.</b>	<b><i>IX. Tratamentul hepatitei virale în funcție de factorul etiologic și forma clinică</i></b>	Utilizarea materialului didactic, elaborărilor metodice, datelor din prelegeri	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Efectuați diagnosticul diferențial al hepatitei virale A – forme tipice cu hepatita virală B, C, D, E.</li> <li>– Enumerați maladiile de care trebuie diferențiată hepatita virală (forma anicterică)</li> <li>– Argumentați diagnosticul definitiv al hepatitei virale A, B, C, D.</li> <li>– Tratamentul bolnavilor cu hepatită virală acută (forme: ușoară, medie și gravă).</li> <li>– Ce medicamente se aplică în tratamentul etiotrop al hepatitelor virale?</li> <li>– Terapia de detoxifiere în hepatita virală.</li> </ul>



## **Anexa 7.**

### **Clasificarea familiei Enterobacteriaceae (Bergey, 1984)**

#### ***Genul I. Escherichia***

##### *Specia:*

1. Esch.coli
2. Esch. blattae

#### ***Genul II. Shigella***

##### *Specia:*

1. Sh.dyzenteriae
2. Sh.flexneri
3. Sh.boydii
4. Sh.sonnei

#### ***Genul III. Salmonella***

#### ***Genul IV. Citrobacter***

##### *Specia:*

1. Citrobacter freundii
2. Citrobacter diversus
3. Citrobacter amalonaticus

#### ***Genul V. Klebsiella***

##### *Specia:*

1. Kl.pneumoniae  
1<sup>a</sup>Kl.pneumoniae subgrupa pneumoniae  
1<sup>c</sup>Kl. pneumoniae rhinoscleromatis
2. Kl.oxytoca
3. Kl.terrigena
4. Kl.planticola

#### ***Genul VI. Enterobacter (Hormaeche, 1960)***

##### *Specia:*

1. E.cloacae
2. E.aerogenes

#### ***Genul VII. Erwinia (Winnslow, 1920)***

#### ***Genul VIII. Serratia***

#### ***Genul IX. Hafnia***

#### ***Genul X Edwarbsiella***

#### ***Genul XI. Proteus***

##### *Specia:*

1. Pr.vulgaris
2. Pr.mirabilis
3. Pr.muxofaciens

#### ***Genul XII. Providencia***

##### *Specia:*

1. Prov.alcalifaciens
2. Prov.stuartii
3. Prov.rettgeri

#### ***Genul XIII. Morganella***

*Specia:* Morg.morganii

#### ***Genul XIV. Yersinia***

##### *Specia:*

1. Yers.pestis
2. Yers.pseudotuberculosis
3. Yers.enterocolitica

## **Anexa 9**

### **CLASIFICAREA INTOXICAȚIILOR ALIMENTARE**

#### ***I. Intoxicațiile alimentare (bacteriene)***

- a. Toxiinfecții cu enterobacterii condiționat-patogene: Proteus, Cl.perfringhens, Citrobacter, Klebsiella, Edwardsiella, Pseudomonas aeruginosa
- b. Toxicoze:
  - bacteriene (cauzate de bacilul Clostridium botulinum sau Stafilococcus aureus);
  - micotoxicoze (cauzate de fungi din familia Fusarium, Aspergillus, Penicillium etc.)

#### ***II. Intoxicațiile alimentare nemicrobiene cauzate de plante otrăvitoare, ciuperci otrăvitoare, săruri ale metalelor grele, resturi de chimicale otrăvitoare etc.***

## Anexa 9.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

### PROGRAMUL DE CONTROL AL MALADIILOR DIAREICE

SCHEMA DE TRATAMENT A DIAREILOR

FOLOSIȚI ACEST TABEL PENTRU BOLNAVII CU:

- SCAUN LICHID
- SCAUN LICHID CU AMESTEC DE SÂNGE

<b>PENTRU INCEPUT, APRECIĂȚI GRADUL DE DESHIDRATARE A BOLNAVULUI</b>			
<b>Observați</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Starea generală	Bună, plin de forță	„Agitat, neliniștit”	„Letargic sau inconștient”
Ochii	Normali	Înfundați	Înfundați
Sensația de sete	Bea normal, nu este însetat	Bea cu lăcomie, este însetat	Bea prost sau nu poate bea
Determinați elasticitatea pielii (cuta de piele)	Revine la normal imediat	Revine lent până la 2 sec.	*Revine foarte greu la starea inițială >2 sec.
<b>Decideți</b>	<i>Bolnavul nu are semne de deshidratare</i>	Deshidratare moderată	Deshidratare severă
<b>Tratați</b>	<i>Aplicați planul de tratament A</i>	<i>Aplicați planul de tratament B</i>	<i>Aplicați planul de tratament C</i>

### PLANUL DE TRATAMENT „A”

#### TRATAREA DIAREII LA DOMICILIU

FOLOSIȚI ACEST PLAN PENTRU A INSTRUI MAMA :

- Cum să continue la domiciliu tratamentul episodului actual de diaree.
- Cum să fie pregătită pentru a începe tratarea timpurie a episodului viitor de diaree.

*EXPLICAȚI-I MAMEI TREI REGULI DE TRATARE A DIAREII LA DOMICILIU:*

- I. DAȚI COPILULUI MAI MULTE LICHIDE DECÂT DE OBICEI, PENTRU A PREVENI DESHIDRATAREA.**

- Recurgeți la lichide recomandate pentru tratamentul la domiciliu, printre care SRO, lichide alimentare, precum terciurile lichide, supa, zeama obținută prin fierberea orezului, iaurtul (chefirul), precum și apa potabilă obișnuită. Metoda de folosire a soluției SRO pentru tratarea copiilor este descrisă mai jos. Nu uitați: dacă copilul e mai mic de 6 luni și încă nu este alimentat suplimentar, dați-i SRO sau apă potabilă, nu și lichide alimentare.
- Dați-i lichide fără a-l limita- cât va putea să bea. Conduceți-vă de tabelul de mai jos pentru a calcula cantitățile de SRO.
- Continuați să-i dați lichide până când diareea va înceta.

## **II. OFERIȚI –I COPILULUI CANTITĂȚI SUFICIENTE DE MÂNCARE**

- Continuați să-l alăptați frecvent.
- Dacă copilul nu este alăptat natural – dați-i lapte obișnuit.
- Dacă e mai mare de 6 luni și este alimentat suplimentar:
  - Dați-i amestecuri nutritive, suplimentate cu legume, carne, pește. Adăugați 1-2 lingurițe de ulei vegetal în fiecare porție.
  - Dați-i sucuri naturale de fructe sau miez de banane, drept sursă de potasiu.
  - Dați-i doar produse alimentare proaspăt gătite. Fărămițați bine produsele alimentare.
  - Îndemnați copilul să mănânce atât cât dorește. Oferiți-i mâncare de cel puțin 6 ori pe zi.
  - După încetarea diareii, dați-i hrană suplimentară o dată pe zi timp de 2 săptămâni.

## **III. ADRESAȚI-VĂ UNUI LUCRĂTOR MEDICAL DACĂ STAREA COPILULUI NU SE ÎMBUNĂTĂȚEȘTE TIMP DE 2 ZILE SAU DACĂ APARE UNA DIN URMĂTOARELE SIMPTOME:**

- Scaun frecvent și lichid
- Vomă repetată
- Sete pronunțată
- Bea sau mănâncă prost
- Febră
- Amestec de sânge în scaun

## **COPIII TREBUIE SĂ PRIMEASCĂ SRO LA DOMICILIU, DACĂ:**

- Au fost tratați de direct conform Planurilor de tratament „B” sau „C”.
- Nu vor putea fi reexaminați de lucrătorul medical în cazul în care diareea să va înrăutăți.
- În cadrul programului național s-a decis să se dea SRO tuturor copiilor care au vizitat medicul pentru tratarea unei diarei.

**Dacă copilul va primi SRO la domiciliu, instruiți mama cât să-i dea după fiecare scaun lichid și oferiți-i o cantitate suficientă de SRO pentru 2 zile.**

<b>Vârsta</b>	<b>Cantitatea de SRO după fiecare scaun lichid</b>
<b>Mai mic de 24 de luni</b>	<b>50-100 ml</b>
<b>De la 2 la 10 ani</b>	<b>100-200 ml</b>
<b>10 ani și mai mult</b>	<b>Cât va dori</b>

- Explicați și arătați cum se vor măsura cantitățile de SRO cu un vas de-al casei.
- Arătați-i mamei cum să prepare soluția SRO.

**Arătați-i mamei câtă soluție trebuie să dea copilului:**

- Copilul mai mare va bea cu înghițituri mici din cană.
- Dacă copilul vomită, așteptați 10 minute, după care continuați să-i dați soluția SRO, dar încet (de exemplu, o linguriță la 2-3 minute).
- Dacă diareea nu încetează după ce s-a terminat soluția SRO, spuneți-i mamei să dea copilului alte lichide, conform instrucțiilor de mai sus, sau să revină la medic după o cantitate suplimentară de SRO.

**DACĂ ÎN SCAUN ESTE PREZENT SÂNGE:**

- Tratați timp de 5 zile cu antibioticul administrat per oral, recomandat pentru Shigella în raionul Dvs.
- Instruiți mama cum să hrănească copilul, urmând Planul de tratament „A”.
- Examinați copilul peste 2 zile dacă:
  - e mai mic de 1 an;
  - a fost deshidratat;
  - are amestec de sânge în scaun;
  - starea lui nu se ameliorează.
- Dacă după două zile de tratament în scaun există amestec de sânge, înlocuiți antibioticul cu un alt antibiotic per oral și continuați tratamentul timp de 5 zile.

## PLANUL DE TRATAMENT „B”

### TRATAREA DESHIDRATĂRII MODERATE

#### CANTITATEA APROXIMATIVĂ DE SOLUȚIE SRO PENTRU PRIMELE 4 ORE

Vârsta	Mai mic de 4 luni	4-11 luni	12-23 de luni	2-4 ani	5-14 ani	15 ani și mai mult
Masa corporală	mai mică de 5 kg	5-7,9 kg	8-10,9 kg	11-15,9 kg	16-29,9 kg	30 kg și mai mult
SRO (ml)	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000

*\*Orientați-vă după vârstă doar atunci când nu se cunoaște masa corporală a copilului. Cantitatea aproximativă de SRO (în ml) poate fi calculată prin înmulțirea masei corporale a bolnavului (în kg) cu coeficientul 75.*

- Dacă bolnavul solicită mai mult SRO-dați-i.
- Îndemnați mama să continue alăptarea copilului.
- Copiilor mai mici de 6 luni, care nu sunt alăptați natural, dați-le suplimentar în această perioadă 100-200 ml de apă potabilă.

#### ȚINEȚI COPILUL SUB OBSERVAȚIE ȘI AJUTAȚI-I MAMEI SĂ-I DEA ORS.

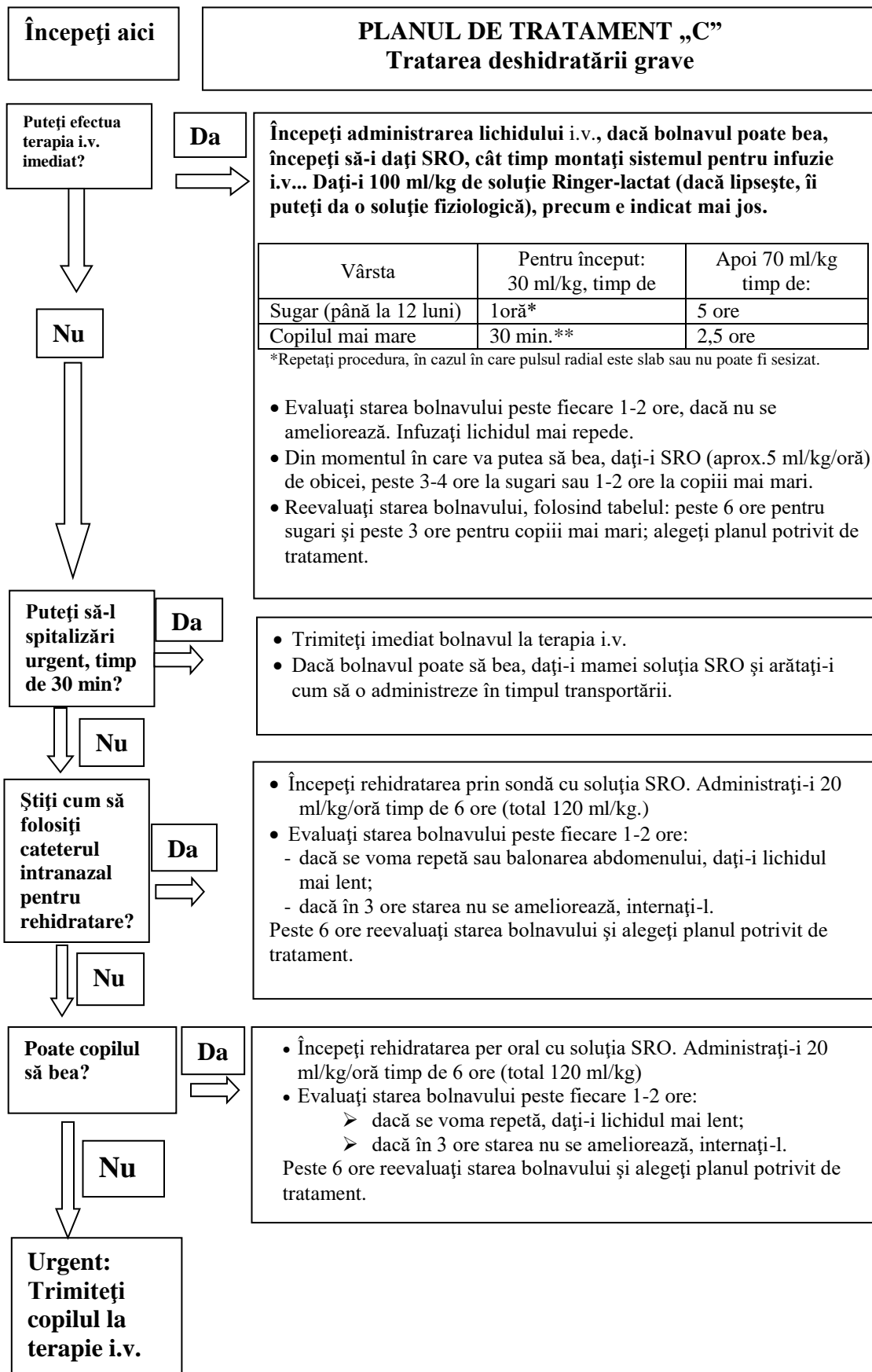
- Arătați-i câtă soluție SRO trebuie să dea copilului.
- Instruiți-o cum să dea soluția: câte o linguriță de ceai la fiecare 1-2 minute, pentru copiii de până la 2 ani, sau din cană, cu înghițituri mici, pentru cei mai mari.
- Verificați periodic modul în care mama reușește să-i dea copilului SRO.
- Dacă copilul vomită, faceți o pauză de 10 min, apoi continuați să-i dați SRO, dar mai încet-o linguriță la fiecare 2-3 minute.
- Dacă copilului i s-au umflat pleoapele, încetați să-i mai dați SRO și începeți să-i dați apă potabilă sau lapte matern. După ce edemul palpebral dispare, reveniți la tratamentul cu SRO.

#### !!!!!! Peste 4 ore, reexaminați copilul, evaluați starea lui cu ajutorul tabelului și alegeți planul potrivit de tratament

- Dacă bolnavul nu prezintă semne de deshidratare, inițiați planul de tratament „A”. De obicei, după dispariția deshidratării la copii se normalizează micțiunea.
- Dacă bolnavul mai prezintă semne de deshidratare pronunțată, repetați planul de tratament „B”. Dar începeți să-i oferiți hrană în corespundere cu planul de tratament „A”.
- Dacă bolnavul prezintă semne de deshidratare severă, inițiați planul de tratament „B”.

**Dacă mama va părăsi instituția curativă înainte de terminarea tratamentului conform planului „B”:**

- Arătați-i ce cantitate de soluție SRO trebuie să dea copilului pentru a termina ciclul de tratament în decursul primelor 4 ore la domiciliu.
- Dați-i cantitatea suficientă de SRO pentru 2 zile, pentru a încheia tratamentul așa cum recomandă planul „A”.
- Arătați-i cum să pregătească soluția SRO.
- Explicați-i cele trei reguli de tratare a diareii la domiciliu, așa cum să recomandă în planul de tratament „A”:
  - să-i dea copilului SRO și alte lichide până la încetarea diareii;
  - să alăpteze copilul;
  - dacă va fi necesar, să revină cu copilul pentru examinare la medic.





### ***Indicații suplimentare:***

- Dacă e posibil, examinați bolnavul peste cel mult 6 ore după tratamentul de rehidratare, pentru a vă asigura de faptul că mama poate să continue tratamentul cu SRO.
- Dacă bolnavul are mai mult de 2 ani și au fost depistate cazuri de holeră în raionul dvs., începeți tratamentul cu antibioticul potrivit, din momentul în care copilul se va înviora.

## **APOI EXAMINAȚI ÎN VEDEREA DEPISTĂRII ALTOR PROBLEME**

### **❖ *DACĂ ÎN SCAUN ESTE PREZENT SÂNGE:***

- Tratați timp de 5 zile cu antibioticul: administrat per oral, recomandat pentru Shigella în raionul Dvs.
- Instruiți mama cum să hrănească copilul, urmând Planul de tratament „A”.
- Examinați copilul peste 2 zile dacă:
  - e mai mic de 1 an;
  - a fost deshidratat;
  - are amestec de sânge în scaun;
  - starea lui nu se ameliorează.
- Dacă după două zile de tratament în scaun există amestec de sânge, înlocuiți antibioticul cu un alt antibiotic per oral și continuați tratamentul timp de 5 zile.

### **❖ *DACĂ DIAREEA CONTINUĂ MAI MULT DE 14 ZILE:***

- Internați bolnavul dacă:
  - e mai mic de 6 luni;
  - e deshidratat (mai întâi efectuați rehidratarea, apoi spitalizați).
- În alte cazuri instruiți mama cum să hrănească copilul, urmând Planul de tratament „A”, dar
  - dați-i numai o jumătate din cantitatea obișnuită de lapte sau înlocuiți laptele cu produse lactate fermentate de tipul iaurtului sau al chefirului;
  - asigurați o alimentație bogată în calorii–terciuri cu adaos de grăsimi, legume, carne, pește, nu mai rar decât de 6 ori pe zi.
- Sfătuiți mama să aducă copilul la medic peste 5 zile:
  - dacă diareea nu a încetat–internați-l;
  - dacă diareea a încetat, sfătuiți mama:

- să treacă copilul la o dietă obișnuită;
- peste o săptămână să înceapă să-i dea cantitatea obișnuită de lapte animal;
- să-l alăpteze o dată în plus zilnic, cel puțin în decurs de 1 lună.

**❖ DACĂ COPILUL PREZINTĂ SEMNE DE DEREGLARE GRAVĂ A ALIMENTAȚIEI:**

- Nu încercați să-l rehidratați – internați-l.
- Dați-i mamei SRO și explicați-i cum să-l administreze copilului în timpul transportării la o instituție curativă, pornind de la calculul 5 ml/kg (oră).

***Dacă copilul este mai mic de 2 luni:***

Efectuați rehidratarea potrivit recomandărilor, dacă febra se menține și după aceasta (38<sup>0</sup>C și mai mult), atunci trimiteți copilul în staționar. Nu recomandați remedii de genul paracetamolului sau remedii antimalarice, se recomanda antipiretice.

***Dacă copilul are 2 luni și mai mult:***

Dacă temperatura este mai mare de 39,0<sup>0</sup>C, dați-i remedii de genul paracetamolului.

**FOLOSIREA MEDICAMENTELOR ÎN CAZUL DIAREII**

- **ANTIBIOTICELE** pot fi utilizate DOAR pentru tratarea bolnavilor cu dizenterie și în cazul dacă este probabilă o holeră. În alte cazuri ele sunt ineficiente și NU trebuie utilizate.
- **ANTIPARAZITARELE** pot fi folosite DOAR în caz de:
  - amibiază, când tratamentul Shigelozei (prezenta sângelui în scaun) a fost ineficient sau în scaun au fost găsiți trofozoți de E. histolitica, conținând eritrocite;
  - lambliază, când diareea durează cel puțin 14 zile și au fost găsiți în scaun sau în intestinul subțire chisturi sau trofozoți de Giardia.
- **ANTIDIAREICELE** și **ANTISPASTICELE** nu trebuie folosite **NICIODATĂ**. Niciunul dintre ele nu prezintă valoare practică în cazul diareii. Unele dintre ele sunt periculoase.

## MANOPERE

1. Modul de recoltare și condițiile de transportare a exsudatului nazofaringian și a membranelor fibrinoase pentru depistarea bacililor difterici, Bordetella pertussis, meningococilor.
2. Modul de recoltare, păstrare și transportare a materialelor patologice pentru depistarea shigelelor, salmonelilor și altor enterobacterii.
3. Hemocultura în diagnosticul bolilor infecțioase. Indicații, tehnică, interpretare clinică.
4. Picătura groasă a sângelui în infecția meningococică. Indicații, interpretare.
5. Puncția lombară. Indicații. Tehnica efectuării. Interpretarea clinică a analizei LCR.
6. Coproscopia, interpretare clinică.
7. Reacțiile serologice (RHAI, ELISA) în diagnosticul bolilor infecțioase la copii, indicații, interpretare
8. PCR în diagnosticul bolilor infecțioase la copii. Indicații, interpretare.
9. Spălătura gastrică. Indicații, tehnica, examenul bacteriologic.
10. Examenul fizic al copilului cu o boala infecțioasă acută, particularități (hepatită virală, oreion, scarlatină etc.).
11. Interpretarea hemoleucogramelor și a testelor biologice sangvine la copii cu boli infecțioase acute.
12. Perfuzii intravenoase, indicații, soluții, complicații.
13. Criterii de spitalizare a bolnavilor cu infecții gastrointestinale acute, infecții aerogene.
14. Criterii de externare a bolnavilor cu boli infecțioase aerogene, infecții intestinale acute, hepatite virale.
15. Dieta și regimul copiilor bolnavi cu boli infecțioase (hepatită virală, oreion, boli diareice acute, meningită).
16. Principiile de tratament al copiilor cu boli infecțioase acute (bacteriene, virale).
17. Imunizarea copiilor (calendarul vaccinărilor obligatorii în RM, tehnica, supravegherea).
18. Rehidratarea orală a copiilor cu boală diareică acută (indicații, tehnica).
19. Asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească în caz de edem cerebral acut, sindrom convulsiv, hipertermic, toxiinfecție alimentară.
20. Asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească în caz de șoc toxiinfecțios.
21. Asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească în caz de toxiinfecție alimentară.

## **BIBLIOGRAFIE**

### ***A. Obligatorie:***

1. Galina Rusu (sub redacție). Boli infecțioase la copii, Chișinău, 2012.
2. В.Ф.Учайкин. Руководство по инфекционным болезням у детей. ГЭОТАР, Медицина, Москва, 1999.
3. В.Ф.Учайкин, И.И.Нисевич. «Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей». Учебник ГЭОТАР, 2007.
4. В.Ф.Учайкин, И.И.Нисевич, О.В.Шамшева. «Инфекционные болезни у детей». Учебник ГЭОТАР, 2011.
5. E.Pilly. Maladies infectieuses et tropicales, 2014.
6. Peana Rebedea. Boli infecțioase, București, 2000.
7. А.М. Mikhailova, I.P.Mincov, A.I.Savchuk. „Infections diseases in children”, Odessa, 2003.

### ***B. Suplimentară:***

1. Л.Н.Мазанкова. «Детские инфекции», Москва, 2009.
2. Programul OMS „Conduita integrată a maladiilor la copii”, anul 2000.
3. Standarde Naționale medico-economice, Chișinău, 2009-2013.
4. Protocoale Clinice Naționale: „Oreionul la copil”. Chișinău, 2007; „Infecția enterovirală la copil”. Chișinău, 2008; „Diareea acută la copil”. Chișinău, 2008; „Scarlatina la copil”. Chișinău, 2008; „Herpes ocular la copil”. Chișinău, 2008; „Oreionul la copil”. Chișinău, 2008; „Infecțiile respiratorii virale acute (adenovirozele, paragripa și infecția cu virusul respirator sințital) la copil”. Chișinău, 2008; „Rujeola la copil”. Chișinău, 2008; „Gripa la copil”. Chișinău, 2008; „Hepatita virală A la copil”. Chișinău, 2008; „Infecția meningococică la copil”. Chișinău, 2008; „Mononucleoza infecțioasă cu virusul Epstein-Barr la copil”. Chișinău, 2010; „Infecția cu virusul Herpes simplex la copil”. Chișinău, 2010.
5. Protocoale Clinice Standardizate pentru medicii de familie.

### ***C. Regulamente și elaborări***

1. Приказ № 858 от 1 декабря 1988 г. О мерах по совершенствованию лечебно-диагностических и профилактических мероприятий по борьбе с менингококковой инфекцией и внедрению эпидемиологического надзора. М.,1988.
2. Приказ № 380 от 18.09.86 г. О мерах по предупреждению заболеваний дифтерией в Молдавской ССР.
3. И.И.Абабий и др. Принципы организации лечения острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей. Метод.реком. Кишинев,1984.
4. И.Т.Ильчук. Нейротоксикоз у детей раннего возраста: основные принципы диагностики, профилактики и лечения. Методические

рекомендации. Кишинев, 1986.

5. М.А.Дудионова и др. Менингококковая инфекция у детей. Клиника, диагностика, лечение. Методические рекомендации. Ленинград, 1985.
6. Programul OMS de combatere a infecțiilor respiratorii virale la copii, 1995.
7. Programul OMS de combatere a infecțiilor intestinale acute la copii, 1995.
8. Programul național de combatere a poliomielitei în Republica Moldova, 1996.
9. Ordinul MS din RMoldova nr. 264 din 21.09.98 „Despre intensificarea activităților de combatere a hepatitelor virale B, C, D în Moldova”. Indicații metodice: Etiologia, epidemiologia, profilaxia, tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul hepatitelor virale B, C, D acute și cronice.
10. Programul de imunoprofilaxie în Republica Moldova aa2011-2015.
11. „Ghid Practic pentru personalul medical implicat direct în realizarea profilaxiei transmisei materno-fetale a infecției cu HIV”. Chișinău, 2009.
12. Standardele Naționale medicoeconomice 2009-2013.

#### **D.     *Publicații periodice***

1. Buletin de perinatologie. Revistă științifico-practică. RM, Chișinău.
2. Curierul medical. M.S. RM. Universul. Chișinău.
3. Pediatria. Revistă a societății de pediatrie. România. București.
4. Revistă română de boli infecțioase. București.
5. Лечащий врач. Россия.
6. Медицинский вестник. Россия.
7. Инфекционные болезни. Россия.
8. Педиатрия им.Сперанского.
9. Журнал перинатологии и педиатрии, Москва

