

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
для практичних занять
з курсу інфекційних хвороб для студентів
4 курсу стоматологічного факультету

2017

ТЕМА № 1.

Поняття про інфекційний процес та інфекційні хвороби. Принципи діагностики. Профілактика та імунопрофілактика інфекційних хвороб. Ускладнення застосування ліків

Актуальність.

Інфекційні хвороби сьогодні залишаються надзвичайно актуальними. В останні десятиліття набули поширення раніше невідомі інфекції – ВІЛ-інфекція, хвороба Лайма, кампілобактеріоз, SARS та ін. Не вдалося зберегти досягнуте зниження захворюваності на дифтерію, кір. Відмічається зростання захворюваності на вірусні гепатити, гострі кишкові інфекційні хвороби, туберкульоз серед населення України та інших країн. Клінічні прояви інфекційних хвороб можуть бути різноманітними, нерідко – атиповими, що може призвести до госпіталізації хворого у лікувальний заклад будь-якого профілю. Вміння розпізнати інфекційну патологію, грамотно провести диференціальну діагностику, призначити доцільне лікування, забезпечити проведення необхідних профілактичних заходів є обов'язковими для лікаря будь-якої спеціальності.

В нашій країні найбільшого поширення набула класифікація інфекційних хвороб академіка Л.В. Громашевського. В основу класифікації покладено принцип переважної локалізації збудника в організмі, що зумовлена певним механізмом передачі.

Однією з найважливіших складових у лікуванні хворих на інфекційні хвороби є стаціонарне лікування. Інфекційний стаціонар є спеціальним лікувальним закладом, що має ряд структурно-функціональних підрозділів задля забезпечення ефективного лікування, обстеження та ізоляції хворих. Особливості інфекційного стаціонару, що пов'язані з можливістю передачі інфекції від людини до людини, зумовлюють не лише спеціальну структуру інфекційних відділень, але й особливості ведення медичної документації – екстрені повідомлення до закладів епідеміологічної служби та пов'язані з ними документи обліку, журнали санітарної обробки речей хворих та ін.

Черевний тиф зустрічається всюди, але найбільш поширений в країнах Африки, Південної Америки, Азії. Щорічно в світі на черевний тиф хворіє близько 33 млн людей, летальність у різних регіонах складає 0,3 – 2,3 %. Поширенню хвороби сприяють відсутність ефективних методів санації носіїв *S. typhi* – основного джерела інфекції (хронічне носійство збудника формується у 2 – 4 % реконвалесцентів), стійкість збудника в навколишньому середовищі, фекально-оральний механізм передачі, схильність хвороби до епідемічного поширення, особливо в регіонах із низьким соціальним і санітарно-гігієнічним рівнем, в умовах екологічних негараздів; досить висока сприйнятливості людини до хвороби.

Актуальність черевного тифу зумовлена відсутністю настороженості з боку лікарів до цієї патології, тяжкістю перебігу, складністю ранньої діагностики (за спорадичними випадками більшість хворих потрапляє до інфекційного стаціонару не раніше 2 тижня хвороби), ризиком виникнення тяжких ускладнень, які можуть загрожувати життю хворого (летальність від ускладнень сягає 30 % і

вище), формуванням резистентності збудника до левоміцетину – основного етіологічного засобу в Україні на сьогодні.

Поширенню черевного тифу в Україні сприяють низький соціальний та санітарно-гігієнічний рівень населення, стихійні негаразди (повені у західних областях тощо), недоліки комунальних служб, розвиток міжнародних контактів, міграційні процеси (особливо – з країн азіатського регіону), відсутність належної настороженості, а часто – і відповідних знань, серед лікарів.

Протягом останніх десятиріч побічні дії лікарських препаратів продовжують залишатися актуальною проблемою як клінічної медицини загалом, так і практики лікаря-інфекціоніста зокрема. З багатьох тисяч лікарських препаратів, що використовуються зараз, не можна назвати жодного препарату, який разом з лікувальною дією не мав би побічних ефектів різного ступеня важкості. Тому клініцисти різних спеціальностей часто зустрічаються з хворими, в яких ускладнення фармакотерапії були або в анамнезі, або розвиваються в процесі лікування. Лавиноподібному росту побічних ефектів фармакотерапії сприяє широке використання лікарських препаратів, не завжди за призначенням лікаря. Сприяють алергізації населення різноманітні харчові добавки, антибіотики та гормони в харчових продуктах.

За період з 2001 по 2006 роки відділом фармакологічного нагляду державного фармакологічного центру МОЗ України отримано 8220 спонтанних повідомлень побічної дії лікарських препаратів, що найчастіше виникають при використанні серцево-судинних (26 %) та антимікробних препаратів (21 %). Однак ці дані офіційної статистики є дуже неповними, оскільки справжнє розповсюдження ускладнень застосування ліків невідоме.

Контрольні питання:

1. Дати визначення поняттям: інфекція, інфекційний процес, інфекційна хвороба.
2. Дати визначення поняттям: загострення, ремісія, рецидив інфекційної хвороби.
3. Дати визначення поняттям: коінфекція, суперінфекція, реінфекція, аутоінфекція.
4. Дати визначення поняттям: нозокоміальна, убіквітарна, природно-вогнищева інфекція.
5. Особливості інфекційних хвороб.
6. Призначення інфекційного стаціонару, складові частини інфекційного стаціонару.
7. Розподіл хворих на санітарному пропускнику.
8. Профілактика нозокоміальних інфекцій.
9. Назвати основні фактори (властивості збудника, макроорганізму, фактори зовнішнього середовища), що впливають на перебіг інфекційного процесу.
10. Класифікація інфекційних хвороб.
11. Дати визначення поняттям: механізм, шляхи, фактори передачі інфекції.

12. Принципи діагностики інфекційних хвороб.
13. Охарактеризувати основні типи температурних кривих.
14. Методи специфічної діагностики інфекційних хвороб.
15. Принципи лікування інфекційних хвороб.
16. Принципи профілактики інфекційних хвороб.
17. Показання до госпіталізації хворих на інфекційні хвороби.
18. Правила виписки хворих з інфекційного стаціонару.
19. Порядок госпіталізації інфекційних хворих у міських та сільських місцевостях.
20. Вимоги щодо вибору території для побудови інфекційної лікарні
21. Завдання приймального відділення ІЛ, його структура та документація.
22. Структура типового інфекційного відділення.
23. Типи боксів та їх призначення.
24. Причини внутрішньолікарняних інфекцій і заходи щодо їх попередження.
25. Вимоги до персоналу ІЛ з техніки безпеки, імунізація персоналу, попередження його зараження та прихованого бактеріоносійства.
26. Санітарно-гігієнічні правила догляду за хворими на гострі кишкові та повітряно-краплинні інфекції, коросту, педикульоз.
27. Способи знезараження (обробки) рук персоналом ІЛ.
28. Види дезінфекції; методи поточної дезінфекції в санвузлах (туалети, ванни) ІЛ; способи використання хлорного вапна, хлораміну, крезолу, спирту; фізичні заходи знезараження.
29. Мета і заходи проведення роз'яснювальної та санітарно-освітньої роботи серед хворих ІЛ.
30. Організація відвідування хворих, госпіталізованих в ІЛ, та порядок прийому передач для них.
31. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать черевний тиф, паратиф А, паратиф В?
32. Шляхи передачі черевного тифу, паратифу А, паратифу В.
33. Фактори патогенності *S. typhi*.
34. Стадії патогенезу черевного тифу.
35. Морфологічні зміни в стінці тонкої кишки в залежності від терміну хворо
36. В якому відділі кишківника локалізується патологічний процес у хворого на черевний тиф?
37. Стадії циклічного клінічного перебігу черевного тифу.
38. Основні симптоми черевного тифу в початковий період хвороби.
39. Опорні симптоми черевного тифу у розпалі хвороби.
40. Характеристика, патогенез, термін виникнення і динаміка висипу у хворого на черевний тиф.
41. Типи гарячки при черевному тифі.
42. Клінічні прояви тифозного статусу.
43. Особливості перебігу паратифу А.
44. Особливості перебігу паратифу В.

45. Особливості перебігу черевного тифу в сучасних умовах.
46. Наслідки черевного тифу.
47. Основні причини летальності при черевному тифі.
48. Специфічні ускладнення черевного тифу.
49. Патогенез, клінічні прояви перфорації тонкої кишки при черевному тифі, термін виникнення.
50. Патогенез, клінічні прояви кишкової кровотечі при черевному тифі, термін виникнення.
51. Позакишкові ускладнення черевного тифу.
52. Гемограма хворого на черевний тиф у розпалі хвороби.
53. План обстеження хворого на черевний тиф.
54. Методи специфічної діагностики черевного тифу. Інтерпретація результатів в залежності від терміну хвороби і матеріалу для дослідження.
55. Термін призначення ГК.
56. Етіотропна терапія черевного тифу: дози, шлях введення, тривалість лікування.
57. Принципи патогенетичної терапії черевного тифу.
58. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
59. Невідкладна допомога в разі перфорації кишки при черевному тифі.
60. Невідкладна допомога в разі кишкової кровотечі при черевному тифі.
61. Виживання збудника у зовнішньому середовищі.
62. Значення фаготипажу в епідеміології; роль фільтривних і внутрішньоклітинно паразитуючих форм збудника в патогенезі та клініці черевного тифу та паратифів А і В.
63. Причини сезонного підвищення захворюваності на тифо-паратифозні хвороби (ТПХ).
64. Клініко-епідеміологічні особливості ТПХ при харчовому, водному, контактному шляхах зараження.
65. Характеристика основних фаз патогенезу хвороби: епідеміологічної, лімфатичного заносу (лімфаденіт), бактеріемії з токсемією, паренхіматозної дисемінації, видільно-алергічної, видужання.
66. Типи температурних кривих (Вундерліха, Боткіна, Рагози, Кільдюшевського та ін.).
67. Патоморфологія патогенетичних фаз.
68. Основні стадії перебігу ТПХ.
69. Клініка початкового періоду ТПХ.
70. Клінічні прояви змін органів травлення, дихання, серцево-судинної і нервової (у т. ч. вегетативної) систем у розпалі черевного тифу, патогенез окремих симптомів.
71. Особливості посіву вмісту розеол, крові, калу, сечі і кісткового мозку.
72. Реакція Відаля, Ві-аглютинації, Ві-гемаглютинації, “вакцинальний” і “анамнестичний Відаль”.

73. Диференціальний діагноз з грипом, висипним тифом і хворобою Брілла, бруцельозом, інфекційним мононуклеозом, малярією, пневмонією, сепсисом, туберкульозним менінгітом, міліарним туберкульозом.
74. Догляд, дієта, режим у різні періоди черевного тифу.
75. Бактеріоносійство – патогенез виявлення, лікування.
76. Тактика дільничного лікаря при лікуванні гарячкуючих хворих з неясним діагнозом.
77. Особливості епідеміології в клініці паратифів А і В.

Завдання:

1. Назвати первинні безпорожнинні елементи висипу та їхнє визначення.
2. Перерахувати класи імуноглобулінів, та їхні функції.
3. Класифікація збудників інфекційних хвороб.
4. Визначення понять «антропонози», «зоонози», «сапронози»
5. Види жовтяниць.
6. Нормальні показники ЗАК та БАК.
7. Скласти таблицю диференціальної діагностики черевного тифу з паратифом А і В, грипом, висипним тифом і хворобою Брілла, бруцельозом, малярією, інфекційним мононуклеозом, сепсисом, пневмонією, туберкульозним менінгітом, міліарним туберкульозом.
8. Скласти схему перебігу черевного тифу.
9. Призначити лікування хворому при важкій формі черевного тифу.
10. Скласти таблицю динаміки клінічних симптомів черевного тифу.
11. Скласти таблицю термінів специфічних ускладнень черевного тифу.
12. Скласти таблицю доцільності методів специфічної діагностики черевного тифу залежно від терміну хвороби.

ТЕМА № 2.

Діарейний синдром, обумовлений бактеріальною інфекцією. Сальмонельози. Харчові токсикоінфекції, невідкладна допомога. Гельмінтози
Актуальність.

Холера одне з найдавніших захворювань людини. Вона займає друге місце після чуми в історії людських лих, має тенденцію до пандемічного розповсюдження, є карантинною інфекцією.

З 1817 по 1925 р. зареєстровано 6 пандемій, викликаних класичним холерним вібрионом. Сьома пандемія, що почалася в 1961 році і викликана біоваром Ель-Тор, охопила більше 180 країн і продовжується по теперішній час. За цей період хвороба проникла з Азії до Африки, Європи, на американський континент, кількість хворих досягла 2 мільйонів.

В Україні холера реєструється з 1965 року, з найбільшою активністю на початку 70-х років і повторним підйомом захворюваності в 1994 році.

Актуальність холери обумовлена загальною сприйнятливістю, простотою інфікування, необхідністю ранньої діагностики і своєчасної адекватної терапії, у разі відсутності якої хвороба швидко прогресує, приводячи до загибелі хворого. Відсутність стійкого імунітету після перенесеного захворювання не виключає повторного інфікування. При виникненні епідемій необхідні великі матеріальні витрати і проведення комплексу протиепідемічних заходів. Відсутність у лікарів настороженості відносно холери і досвіду розпізнавання цієї хвороби приводить до частих діагностичних помилок, особливо при спорадичних випадках, а низький санітарно-гігієнічний рівень життя населення, міграційні процеси, недоліки в роботі комунальних служб можуть сприяти розповсюдженню інфекції.

Виникнення в 90-х роках спалахів холери, викликаних вібріонами O139 серогрупи Бенгал (Азія) і завезення цього захворювання в інші країни, зокрема до Росії, а також генетичної різноманітності холерних вібріонів і можливості селекції епідемічно значущих штамів не дозволяє сподіватися найближчим часом на благополуччя по холері в світі.

Серед гострих інфекційних уражень травної системи велику частку посідають такі захворювання, як **сальмонельоз** та **харчові токсикоінфекції**. На сьогоднішній день сальмонельоз – це один з найбільш розповсюджених антропозоонозів у розвинутих країнах. Захворюваність має тенденцію до зростання, особливо це стосується великих міст з централізованою системою продовольчого постачання. Це зумовлено убіквітарністю збудників, стійкістю в навколишньому середовищі, здатністю накопичуватися поза живим організмом. Велику роль відіграють соціальні фактори, які актуальні й для України, – розширення мережі громадського харчування, порушення технології приготування та зберігання харчових продуктів, недотримання особистої гігієни, низький рівень санітарній культури окремих верств населення. Ці захворювання, особливо, при епідемічному розповсюдженні, надають великий економічний збиток, можуть провокувати виникнення або загострення хронічних захворювань, а у тяжких випадках – призвести до загибелі хворого. Крім того, збудники, окрім ураження травного тракту, можуть спричинити розвиток сепсису, особливо у випадках наявності вродженого або набутого імунodefіциту (септико-піємічний варіант перебігу сальмонельозу вважається ВІЛ-маркерним захворюванням). Значна розповсюдженість сальмонельозу та ХТІ, швидкий розвиток зневоднення, можливість інфікування в умовах стаціонару обумовлює необхідність вивчення цієї патології лікарями всіх спеціальностей.

Гострі кишкові інфекції представляють одну з найбільш актуальних проблем в охороні здоров'я багатьох держав, що зумовлене їх широкою поширеністю, частим розвитком важких форм і високою летальністю, особливо серед дітей раннього віку і у літніх людей.

У розвинених країнах на людину припадає в середньому не менше 3 епізодів діареї в рік, близько 2,5-3,2 млн. випадків гастроентеритів закінчуються летально.

Останніми роками спостерігається тенденція зміни збудників. В етіологічній структурі ГКЗ переважають віруси, що нерідко є причиною внутрішньолікарняної інфекції, особливо в геронтологічних стаціонарах. Серед діарей з підтвердженою вірусною етіологією близько 70 % гастроентеритів викликано ротавірусами.

Актуальність **ротавірусної інфекції** обумовлена відсутністю настороженості з боку лікарів до даної нозології, складністю ранньої діагностики, ризиком розвитку важких ускладнень, що нерідко закінчуються летально, і формуванням вірусоносійства, особливо у дітей з порушеною імунореактивністю.

Причиною широкого розповсюдження кишкових вірусів, зокрема ротавірусної інфекції, є низький соціальний і санітарно-гігієнічний рівень населення, погрішності у роботі комунальних служб, недостатній об'єм знань по даній патології, низький рівень діагностичних можливостей.

Гельмінтози. Захворювання у людини викликають більше, ніж 250 видів гельмінтів, приблизно 20 з них зустрічаються в Україні. За офіційними даними ВООЗ, у світі аскаридозом щорічно вражається біля 1 млрд. людей, анкілостомідозами – більш, ніж 900 млн., трихоцефальозом – до 800 млн. Гельмінтози розподілені нерівномірно на континентах, у деяких країнах вони є ендемічними захворюваннями. Сукупність природно-кліматичних факторів та соціально-економічних передумов визначають переважне розповсюдження гельмінтозів у країнах тропічного та субтропічного поясів. В останні роки в Україні відзначається тенденція до збільшення інфікованості деякими гельмінтами, перш за все нематодозами: ентеробіозом та аскаридозом, зростає кількість зареєстрованих хворих на токсокароз та трихінельоз; не поліпшується епідемічна ситуація у вогнищах розповсюдження біогельмінтозів: опісторхоза, теніїдозів, ехінококозів. Також збільшується кількість "завозних", не властивих нашій місцевості гельмінтозів, – це відбувається внаслідок посиленої міграції населення, в тому числі у вигляді туристичних мандрівок.

Клінічна актуальність гельмінтозів зумовлена відсутністю настороженості лікарів до цієї патології (має різноманітні клінічні прояви, і в той самий час сповільнений розвиток захворювання), тяжкістю перебігу (найчастіше хронічний перебіг з тривалою компенсацією), складністю раннього виявлення (за спорадичними випадками більшість хворих потрапляє до інфекційного стаціонару не раніше 2-3 тижня хвороби), низьким рівнем лабораторної діагностики, ризиком виникнення ускладнень (алергічний міокардит, пневмонія, менінгоенцефаліт, гепатит, порушення в системі гомеостазу), також залишається відкритим питання про роль гельмінтозів в онкогенезі.

Контрольні питання:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції відноситься холера?
2. Механізм зараження, шляхи і чинники передачі холери.
3. Етіологія холери, чинники патогенності збудника.

4. Етапи патогенезу холери.
5. Патоморфологічні зміни в органах і тканинах при холері.
6. Особливості дії екзотоксину-холерогену.
7. Ступені зневоднення при холері.
8. Опорні клінічні симптоми холери.
9. Атипові форми холери.
10. Клінічна характеристика легкої і стертої форми холери.
11. Клінічна характеристика холери середнього ступеня важкості.
12. Клінічна характеристика важкої форми холери.
13. Клініка холерного алгїду.
14. Особливості перебігу холери у дітей, літніх людей і осіб з важкою супутньою патологією (серцево-судинні захворювання).
15. Ускладнення холери.
16. Причини смерті при холері.
17. Прогноз при холері.
18. Алгоритм обстеження хворого з підозрою на холеру.
19. Методи специфічної діагностики холери.
20. Основні етапи лікування холери.
21. Принципи патогетической терапії при холері, способи регідратації.
22. Розчини, що використовуються для оральної і парентеральної регідратації
23. Методи розрахунку об'єму регідраційної терапії.
24. Правила проведення регідратації при різних ступенях зневоднення.
25. Антибактеріальна терапія при холері, дози, шляхи введення, тривалість лікування.
26. Ускладнення, що виникають при лікуванні холери.
27. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
28. Диспансерне спостереження за тими, хто перехворіли на холеру.
29. Основні напрямки профілактики холери.
30. Географічні райони, ендемічні з холери.
31. Фактори, що впливають на розповсюдження хвороби.
32. Значення порушень водно-сольового обміну в патогенезі холери.
33. Тактика поповнення втрат рідин і солей, розрахунок необхідної кількості рідини за формулою Філіпса за масою тіла хворого і щільністю плазми крові.
34. Розрахунок необхідної кількості калію за даними йонограми плазми крові і маси тіла хворого – розчини квартасіль, Філіпса № 1 і № 2.
35. Склад розчинів для оральної і парентеральної регідратації.
36. Клініко-епідеміологічні особливості холери Ель-Тор.
37. Заходи у вогнищі холери.
38. Холерний стаціонар, ізолятор, обсерватор. Правила роботи в них.
39. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належить сальмонельоз?
40. Джерело інфекції при сальмонельозі.

41. Джерело інфекції при харчових токсикоінфекціях.
42. Шляхи та основні фактори передачі сальмонельозу.
43. Шляхи та основні фактори передачі харчових токсикоінфекцій.
44. Фактори патогенності сальмонел.
45. Стадії патогенезу сальмонельозу.
46. Патогенез основних клінічних симптомів сальмонельозу.
47. В якому відділі шлунково-кишкового тракту локалізується патологічний процес у хворого на локалізовані форми сальмонельозу?
48. Тривалість інкубаційного періоду сальмонельозу.
49. Тривалість інкубаційного періоду харчових токсикоінфекцій.
50. Опорні симптоми локалізованої форми сальмонельозу.
51. Основні симптоми генералізованих форм сальмонельозу.
52. Опорні симптоми харчових токсикоінфекцій, зумовлених *Staphiloccus aureus*.
53. Опорні симптоми харчових токсикоінфекцій, зумовлених *Clostridium perfringens*.
54. Опорні симптоми харчових токсикоінфекцій, зумовлених *Escherichia coli*.
55. Характеристика випорожнень при сальмонельозі.
56. Патогенез судом при сальмонельозі.
57. Патогенез гіпотензії при сальмонельозі.
58. Ступені зневоднення за Покровським.
59. Клінічні прояви ураження нирок при сальмонельозі.
60. Типові клінічні прояви порушень з боку травної системи при сальмонельозі.
61. Поняття про «сальмонельозний трикутник».
62. Клінічна класифікація сальмонельозу.
63. Наслідки сальмонельозу.
64. Основні причини летальності при сальмонельозі.
65. Специфічні ускладнення сальмонельозу.
66. Клінічні прояви дегідратаційного шоку.
67. Клінічні прояви інфекційно-токсичного шоку.
68. Причини розвитку генералізованих форм сальмонельозу.
69. Біохімічні показники, які необхідно визначати у хворих на сальмонельоз та ХТІ.
70. Гемограма хворого на сальмонельоз у розпалі хвороби.
71. План обстеження хворого при підозрі на сальмонельоз та ХТІ.
72. Методи специфічної діагностики сальмонельозу.
73. Особливості специфічної діагностики ХТІ.
74. Показання для бактеріологічного дослідження крові при сальмонельозі та ХТІ.
75. Діагностика сальмонельозного носійства.
76. Показання для етіотропної терапії сальмонельозу. Препарати, дози, шляхи введення, тривалість призначення.

77. Невідкладна допомога при локалізованій формі сальмонельозу та ХТІ.
78. Препарати для корекції АТ у хворих на сальмонельоз та ХТІ.
79. Препарати, які треба призначити хворому на сальмонельоз при наявності судом.
80. Правила виписки із стаціонару хворого на сальмонельоз.
81. Чим відрізняється ХТІ від харчових отруєнь (інтоксикацій).
82. Роль системи аденілатциклаза–ЦАМФ в порушеннях водно-сольового обміну; гемодинамічні розлади при ХТІ.
83. Гастроінтестинальна, грипоподібна, тифоподібна, септична, субклінічна форми сальмонельозної інфекції, сальмонельоз-мікст.
84. Підтвердження діагнозу ХТІ: посіви крові, блювотних мас, промивних вод, калу, серологічні дослідження.
85. Диференціальний діагноз ХТІ з холерою, черевним тифом і паратифами, сепсисом, інфарктом міокарду, гострим панкреатитом, тромбозом мезентеріальних судин, перитонітом.
86. Способи промивання шлунку та кишківника при ХТІ.
87. Тактика термінової регідратаційної та дезінтоксикаційної терапії, боротьба з гемодинамічними розладами при ХТІ.
88. Ступінь небезпеки хворого на сальмонельоз для оточуючих, правила виписки хворого.
89. Покази для госпіталізації хворих на ХТІ, дії дільничного лікаря при спорадичних та групових захворюваннях.
90. До якої групи інфекційних хвороб за джерелами інфекції належать ентеровірусні інфекції?
91. Шляхи передачі ентеровірусних інфекцій.
92. Етіологія ентеровірусних інфекцій.
93. Стадії патогенезу ентеровірусних захворювань.
94. Морфологічні зміни в органах-мішенях.
95. У яких органах локалізується патологічний процес при ентеровірусних захворюваннях?
96. Форми клінічного перебігу ентеровірусних захворювань.
97. Основні симптоми ентеровірусних захворювань.
98. Опорні симптоми ентеровірусних захворювань.
99. Характеристика висипу у хворих ентеровірусними захворюваннями.
100. Тип діареї при ентеровірусних захворюваннях.
101. Клінічні прояви ускладнень при ентеровірусних захворюваннях.
102. Особливості ураження серця при ентеровірусних захворюваннях.
103. Особливості ураження нервової системи при ентеровірусних захворюваннях.
104. Особливості ураження очей при ентеровірусних захворюваннях.
105. Особливості ураження ротоглотки при ентеровірусних захворюваннях.
106. Основні причини летальності та інвалідизації при ентеровірусних захворюваннях.

107. Патогенез ускладнень при ентеровірусних захворюваннях.
108. Гемограма хворого з ентеровірусними інфекціями.
109. План обстеження хворого з підозрою на ентеровірусні захворювання.
110. Методи специфічної діагностики ентеровірусних захворювань.
111. Оптимальні терміни збору матеріалу для діагностики ентеровірусних захворювань.
112. Принципи терапії ентеровірусних захворювань.
113. Патогенетична терапія ентеровірусних інфекцій.
114. Принципи лікування ускладнень з боку нервової системи при ентеровірусних захворюваннях.
115. Принципи застосування гіперімунного імуноглобуліну при ентеровірусних захворюваннях.
116. Принципи застосування ГК при ентеровірусних захворюваннях.
117. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
118. Профілактичні заходи у вогнищі при ентеровірусних захворюваннях.
119. До якої групи інфекційних захворювань по механізму зараження відноситься ротавірусна інфекція.
120. Основний механізм зараження ротавірусами, можливі шляхи передачі, джерела інфекції і їх превалювання в різних групах ризику.
121. Структурні особливості і чинники патогенності ротавірусів.
122. Особливості патогенезу ротавірусної інфекції.
123. Морфологічні зміни в стінці кишківника в різні періоди захворювання на ротавірусну інфекцію.
124. Класифікація ротавірусної інфекції, основні клінічні варіанти.
125. Провідні клінічні синдроми і симптоми при ротавірусній інфекції.
126. Особливості перебігу ротавірусної інфекції в різних групах ризику, синдроми, які при цьому переважають і ступінь тяжкості клінічних проявів у літніх людей.
127. Найбільш типові ускладнення, що розвиваються при ротавірусній інфекції у дітей і літніх людей.
128. Основні причини летальності при ротавірусній інфекції.
129. Патогенез і клінічні прояви дегідратаційного синдрому при ротавірусній інфекції.
130. План обстеження хворого з ротавірусною інфекцією.
131. Методи специфічної діагностики ротавірусної інфекції, інтерпретування результатів дослідження.
132. Основні етапи і принципи лікування хворих з ротавірусною інфекцією в різні періоди хвороби.
133. Принципи лікування дегідратаційного синдрому різного ступеня тяжкості при ротавірусній інфекції.
134. Профілактика ротавірусної інфекції.

Завдання:

1. Скласти схему перебігу хвороби.
2. Скласти таблицю динаміки клінічних симптомів холери.
3. Скласти таблицю диференціальної діагностики з харчовими токсикоінфекціями, отруєннями грибами, отруєнням миш'яком, сурмою.
4. Скласти схему патогенезу холери.
5. Скласти таблицю лабораторних критеріїв залежно від ступеня зневоднення
6. Виписати рецепти на розчини, що застосовуються для інтенсивної терапії хворих на холеру. зробити розрахунок необхідної кількості рідини для регідратації за конкретним завданням.
7. Засвоїти правила забору матеріалу для бактеріологічного дослідження.
8. Скласти схему механізму розвитку діареї при сальмонельозі.
9. Скласти таблицю диференціальної діагностики з холерою, харчовими отруєннями.
10. Скласти схему лікування середньотяжких форм локалізованого сальмонельозу (препарати, спосіб введення).
11. Описати критерії серологічного підтвердження діагнозу сальмонельозу.
12. Підготувати схему інтенсивної терапії при розвитку гіповолемічного шоку.
13. Правила виписки зі стаціонару осіб, які переохворіли на сальмонельоз.
14. Засвоїти методику забору матеріалу для бактеріологічного та серологічного досліджень, способи промивання шлунку та кишківника.
15. Тактика у відношенні до декретованих осіб, які продовжують виділяти сальмонели після одужання.
16. Скласти таблицю динаміки клінічних симптомів при типовому перебігу ротавірусної інфекції.
17. Скласти таблицю критеріїв оцінки тяжкості перебігу ротавірусної діареї.
18. Скласти таблицю доцільності специфічної діагностики ротавірусної інфекції залежно від терміну захворювання.
19. Скласти план лікування хворого на ротавірусну інфекцію.
20. Скласти таблицю клінічних особливостей ентеровірусної інфекції.

ТЕМА № 3.

**Шигельози. Вірусні ураження шлунково-кишкового тракту. Ентеровірусна, ротавірусна діареї. Лептоспіроз
Ботулізм; Діарея мандрівників. Хвороба Лайма.**

Актуальність.

Шигельоз відноситься до числа найбільш розповсюджених в усьому світі кишкових інфекцій. В країнах Африки, Латинської Америки, Азії він є однією з основних причин смерті дітей віком до 5 років. Останнім часом відмічається тенденція до росту захворюваності не тільки в цих країнах, але і в країнах Східної Європи, державах СНГ, в тому числі і в Україні.

Боротьба із шигелами складна через поліморфізм клінічних проявів, різноманіття факторів передачі збудників, високу сприйнятливість при нетривалості видоспецифічного імунітету після перенесеної хвороби, через високу адаптаційну здатність шигел, резистентність їх до антимікробних засобів.

Шигельоз зустрічається всюди, як у вигляді спорадичних випадків, так і епідспалахів.

Ентеровірусні хвороби — гострі інфекційні захворювання, що викликаються кишковими вірусами з групи Коксаки і ЕСНО. Клінічні прояви різноманітні, нерідко пов'язані з ураженням центральної нервової системи, м'язів, міокарду і шкірних покривів.

Актуальність ентеровірусних захворювань зумовлена відсутністю настоженості з боку лікарів до цієї патології, складністю ранньої діагностики, ризиком виникнення важких форм, відсутністю ефективного етіотропного лікування.

Джерелом інфекції є тільки людина. Інфекція передається повітряно-краплинним (від хворих) і фекально-оральним (від вірусоносіїв) шляхами. Захворювання поширене повсюдно. У країнах з помірним кліматом характерна сезонність із підвищенням захворюваності в кінці літа і на початку осені. Хворіють переважно діти і особи молодого віку. Захворювання спостерігаються у вигляді спорадичних випадків, локальних спалахів (частіше в дитячих колективах) і у вигляді великих епідемій, що вражають низку країн.

Збудники ентеровірусних хвороб — непіліомієлітні віруси. Кишкові віруси відносяться до пікорнавірусів (сімейство Picornaviridae, рід Enterovirus). Існує 23 серотипи вірусу Коксаки А, 6 серотипів Коксаки В, 32 серотипи вірусів ЕСНО і ще 5 ентеровірусів людини (ентеровіруси 68 - 72 типів). Ентеровірус 70 є збудником гострого геморагічного кон'юнктивіту. Ентеровірус 72 відповідає вірусу гепатиту А. Загальні властивості ентеровірусів: а) невеликі розміри (15-35 нм) містять РНК, б) стійкі до ефіру, 70 % спирту, 5 % лізолу, до заморожування. Віруси Коксаки інактивується при обробці 0,3 % розчином формаліну, хлорвмістними препаратами при вмісті хлору 0,3 - 0,5 г/л, а також при нагріванні, висушуванні, ультрафіолетовому опромінюванні.

Розповсюдженню ентеровірусних захворювань в Україні сприяють низький соціальний і санітарно-гігієнічний рівень населення, стихійні лиха (повені в західних областях і тому подібне), недоліки роботи комунальних служб, розвиток міжнародних контактів, іміграційні процеси, відсутність належної перестороги (особливо в прибережних районах), а часто і відповідних знань серед лікарів.

Не зважаючи на те, що **ботулізм** реєструється не так часто, як інші кишкові інфекції, він постійно привертає до себе увагу дослідників і клініцистів. Це пов'язано з тяжким перебігом захворювання, недостатнім знанням багатьох сторін його патогенезу, високою летальністю.

У нашій країні, де традиційно широко користуються консервованими продуктами домашнього приготування (в тому числі й м'ясними), без дотримання відповідної технології виробляють солену рибу, ботулізм набуває особливого значення. Останніми роками з'являються повідомлення про спалахи ботулізму, які

виникають унаслідок вживання в їжу солоної і копченої риби фабричного виготовлення.

Невідкладні стани в інфекційних хворих розвиваються часто, особливо при тяжкому перебігу хвороби. Неправильні діагностичні рішення призводять не тільки до малоефективних та неефективних лікувальних заходів, але становлять загрозу для життя хворого. Чим раніше діагностована наявність чи загроза розвитку у хворого критичного стану й розпочато проведення реанімаційних заходів, тим більша ймовірність успіху в лікуванні.

Проблема **амебіазу** також набуває особливого значення у зв'язку з розширенням контактів із різними країнами, збільшенням числа туристичних і ділових поїздок у регіони з жарким кліматом. При цьому створюються реальні умови для зараження у зв'язку з високим рівнем захворюваності корінного населення. За висновками ВООЗ (1988), амебіаз є однією з найважливіших медичних і соціальних проблем у західних і південно-східних регіонах Африки, Південно-Східній Азії, Китаї, Латинській Америці, де число осіб, інвазованих дизентерійною амебою, складає 20 – 70 %.

У зонах помірного клімату амебіаз реєструють у вигляді спорадичних випадків, однак відсутність настороженості лікарів і знання цієї патології робить статистичні дані про захворюваність на амебіаз у цих регіонах не цілком вірогідними, тим більше що носійство дизентерійної амеби у разі ретельного обстеження виявляються у 5 – 15 % обстежуваних і тут. У нашій країні спорадичні випадки амебної дизентерії зустрічаються переважно на півдні. У країнах СНД найбільш неблагополучними є держави Середньої Азії і Закавказзя, де носійство виявлено в 15-35% жителів.

Єрсиніоз – інфекційне зоонозне захворювання. Єрсиніоз відноситься до числа широко поширених інфекційних захворювань, у міру вивчення якого були описані різноманітні форми, відмінні за тяжкістю та тривалістю перебігу. Збудник кишкового єрсиніозу відкритий у США в 30-х роках минулого століття. До 60-х років ХХ сторіччя окремі випадки цієї інфекції спостерігалися в різних країнах Європи, Японії і Африки. Проте вже до 1983 р. число хворих на єрсиніоз у багатьох країнах світу різко зросло (у Великобританії, наприклад, в 150 разів), наближаючись або навіть випереджаючи захворюваність на сальмонельоз. В останні роки в багатьох країнах продовжує зростати захворюваність населення на єрсиніоз. За даними ВООЗ, за останні десятиріччя спостерігається зростання захворювань, викликаних збудниками роду *Yersinia Enterobacteriaceae* (псевдотуберкульоз та кишковий єрсиніоз). В Україні в умовах різних клімато-географічних зон спостерігаються спорадичні випадки і епідемічні спалахи цього захворювання. В групі гострих кишкових інфекцій виявляється від 6 до 10,8 % хворих на єрсиніоз. Проте значну більшість випадків єрсиніозу не виявляють і реєструють під іншими діагнозами.

Клінічна актуальність єрсиніозів зумовлена відсутністю настороженості лікарів до цієї патології, можливістю виникнення тяжких генералізованих форм, складністю діагностики, враховуючи поліморфізм клінічних проявів та особливі

умови виділення збудника, низькою діагностикою спорадичних випадків та легких форм захворювання, ризиком виникнення тяжких ускладнень хірургічного характеру. Захворювання характеризується значним поліморфізмом клінічних проявів із залученням у патологічний процес різних органів і систем, а також рецидивуючим перебігом, формуванням вторинно-вогнищевих форм. Крім того, ерсинії обумовлюють різноманітну патологію терапевтичного і хірургічного профілю. У зв'язку з цим рання клінічна діагностика ерсиніозу є актуальною і дозволяє знизити частоту ускладнених форм захворювання. Більшістю дослідників ерсиніоз розглядається в числі найважливіших інфекцій у зв'язку з негативними соціально-економічними наслідками, до яких він призводить.

Лямбліоз зустрічається всюди, але найбільш поширений в країнах Африки, Латинської Америки, Азії. Підраховано, що в цих країнах загальна кількість інвазованих досягає 200 млн чоловік. У більшості хворих інвазія преребігає безсимптомно, однак клінічні прояви лямбліоза щорічно виявляються у 500000 інвазованих. В країнах, що розвиваються, лямбліоз є основною з причин гострої або тривалої діареї. В США та Великобританії лямбліоз – одна з найбільш частих кишкових інвазій людини.

В Україні кількість інвазованих лямбліями дорослих складає приблизно 10 %, серед дітей, особливо молодшого віку, досягає 30 – 40 %, а в деяких дитячих колективах – 70 %.

Поширенню лямбліоза в Україні сприяють низький соціальний та санітарно-гігієнічний рівень населення, стихійні негаразди (повені у західних областях тощо), недоліки роботи комунальних служб, розвиток міжнародних контактів, іміграційні процеси (особливо – з країн азіатського регіону), відсутність належної перестороги, а часто і відповідних знань серед лікарів.

Лептоспіроз належить до найбільш розповсюджених зоонозних інфекцій. Він зустрічається на всіх континентах, а в Україні спостерігається тенденція до зростання захворюваності на цю недугу. Саме через те, що основним джерелом інфекції є гризуни (рідко – домашні тварини), формуються стійкі природні та міські вогнища, які важко контролювати через тривале виділення лептоспір зовні здоровими тваринами. Висока сприйнятливість людини та легкість інфікування обумовлюють можливість зараження під час перебування в природних вогнищах лептоспірозу. Така можливість не виключається також за наявності інфікованих гризунів у житлових приміщеннях, складах, фермах, під час догляду за хворими домашніми тваринами. Боротьба з лептоспірозом складна через поліорганність уражень, що проявляються поліморфізмом клінічних ознак.

Хвороба Лайма (кліщовий бореліоз) є природно-вогнищевою інфекцією з трансмісивним механізмом передачі, у зв'язку з чим вона часто реєструється у різних куточках світу у вигляді спорадичних, рідше групових випадків. Для захворювання характерна літньо-осіння сезонність (травень–вересень), хворіють люди активного віку (20-50 років), пов'язані з роботою у лісовій місцевості (лісничі, звіролови, працівники тваринництва), а також туристи і збирачі лісових грибів та ягід. Хвороба реєструється у країнах Північної Америки, а також

Європи, Азії та Австралії. В Україні захворювання реєструється на заході, а також на території Українського Полісся. Періодично випадки хвороби Лайма виявляються серед відвідувачів лісопаркової зони Києва та Київської області. Розповсюдженості хвороби сприяють постійна циркуляція збудника серед диких тварин, важкість проведення дезінсекції через технічні та матеріальні труднощі, висока чутливість людини до хвороби.

Клінічна актуальність кліщового бореліозу зумовлена відсутністю настороженості лікарів до цієї патології, тривалістю перебігу інфекції, ознаками ураження багатьох органів та систем, складністю ранньої діагностики (при спорадичних випадках більшість хворих потрапляє в інфекційний стаціонар не раніше 2 тижня хвороби), ризиком виникнення важких ускладнень.

Контрольні питання:

1. Сучасний стан захворюваності на шигельоз в Україні, світі.
2. Основні серогрупи шигел, їх морфологічні властивості.
3. Стійкість збудника до дії факторів зовнішнього середовища.
4. Фактори патогенності шигел.
5. Джерело інфекції, механізм та основні шляхи інфікування.
6. Стадії патологічного процесу при шигельозі.
7. В якому відділі кишківника переважно локалізується патологічний процес при шигельозі?
8. Морфологічні зміни в стінці товстої кишки при шигельозі.
9. Патогенез виникнення тенезмів при шигельозі.
10. Клінічна класифікація шигельозу.
11. Особливості перебігу шигельозу залежно від клінічної форми та виду збудника.
12. Клініка колітичного синдрому в період розпалу хвороби.
13. Типові клінічні прояви порушень з боку травної системи при шигельозі.
14. Опорні симптоми шигельозу у розпалі хвороби.
15. Клініка діарейного синдрому при шигельозі, характеристика випорожнень при шигельозі.
16. Специфічні кишкові та позакишкові ускладнення шигельозу.
17. План обстеження хворого на шигельоз.
18. Гемограма хворого на шигельоз у періоді розпалу хвороби.
19. Копрограма хворого на шигельоз у періоді розпалу хвороби.
20. Методи специфічної діагностики шигельозу. Інтерпретація результатів досліджень.
21. Основні діагностичні ознаки шигельозу.
22. Принципи терапії хворих на шигельоз.
23. Етіотропна терапія шигельозу: дози, шлях введення, тривалість призначення
24. Терміни і правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.

25. Профілактика шигельозу.
26. Терміни диспансерного нагляду.
27. Сучасний стан захворюваності на амебіаз в Україні, світі.
28. Форми існування дизентерійної амеби в організмі людини, їх особливості.
29. Стійкість збудника до дії факторів зовнішнього середовища.
30. Джерело інфекції, механізм та основні шляхи інфікування.
31. Клінічна класифікація амебіазу.
32. Основні стадії патологічного процесу при амебії.
33. Особливості клінічного перебігу амебної дизентерії.
34. Клініка діарейного синдрому при амебії.
35. Клінічні ознаки позакишкового амебіазу.
36. Можливі ускладнення амебіазу.
37. План обстеження хворого на амебіаз.
38. Копрограма хворого на амебіаз у періоді розпалу хвороби.
39. Методи специфічної діагностики амебіазу.
40. Основні діагностичні критерії амебіазу.
41. Принципи терапії хворих на амебіаз.
42. Характеристика амебоцидних препаратів.
43. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
44. Профілактика амебіазу (специфічна, неспецифічна).
45. Терміни диспансерного нагляду.
46. До якої групи інф. хвороб за джерелом інфекції належать єрсиніоз.
47. Джерело та резервуар інфекції при псевдотуберкульозі, кишковому єрсиніоз
48. Механізм та шляхи передачі єрсиніозу.
49. Фактори патогенності *Yersinia enterocolitica*.
50. Стадії патогенезу єрсиніозу.
51. Морфологічні зміни в органах і тканинах при єрсиніозі.
52. Клінічна класифікація псевдотуберкульозу, кишкового єрсиніозу.
53. Клініка локалізованих форм єрсиніозу.
54. Прояви ураження травної системи при єрсиніозах.
55. Клініка септичних форм єрсиніозу.
56. Опорні клінічні симптоми псевдотуберкульозу у розпалі хвороби.
57. Особливості диспепсичного синдрому при кишковому єрсиніозі.
58. Характеристика, терміни виникнення і динаміка висипу у хворого на псевдотуберкульоз.
59. Наслідки єрсиніозу.
60. Основні причини летальності при єрсиніозі.
61. Ускладнення, характерні для псевдотуберкульозу, кишкового єрсиніозу.
62. Патогенез, клінічні прояви ІТШ.
63. Гемограма хворого на єрсиніоз у розпалі хвороби.
64. План обстеження хворого на єрсиніоз.
65. Методи специфічної діагностики єрсиніозу.
66. Особливості виділення збудника.

67. Термін призначення ГК.
68. Етіотропна терапія ерсиніозу: дози, шляхи введення лікувальних засобів, тривалість лікування.
69. Принципи патогенетичної терапії ерсиніозу.
70. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
71. Невідкладна допомога в разі розвитку ІТШ.
72. Шляхи передачі лямбліозу.
73. Життєвий цикл *Lambliia intestinalis*.
74. Патогенез лямбліозу.
75. Клінічний перебіг лямбліозу.
76. Специфічні ускладнення лямбліозу.
77. Гемограма хворого на лямбліоз.
78. План обстеження хворого.
79. Методи специфічної діагностики лямбліозу. Інтерпретація результатів.
80. Етіотропна терапія лямбліозу: дози, шлях введення, тривалість лікування.
81. Принципи патогенетичної терапії лямбліозу.
82. Лікування ускладнень лямбліозу.
83. Правила виписки реконвалесцентів на лямбліоз із стаціонару.
84. Диференціальна діагностика гострої дизентерії з харчовими токсикоінфекціями, протозойними, ротавірусними та ентеровірусними ентеритами і колітами, холерою, уремичним колітом, отруєнням грибами, неспецифічним виразковим колітом, псевдомембранозним (медикаментозним) ентероколітом, тромбозом брижових судин, раком товстого кишечника.
85. Поняття про дисбактеріоз (дисбіоценоз), методи його попередження та усунення.
86. Симптоми балантидіазної (інфузорної) дизентерії.
87. Диференціальний діагноз амебіазу з балантидіазом, неспецифічним виразковим колітом, раком і туберкульозом товстого кишківника.

Завдання:

1. Скласти схему перебігу хвороби.
2. Намітити план обстеження та лікування хворого.
3. Скласти таблицю диференціальної діагностики з протозойними колітами, холерою, неспецифічним виразковим колітом.
4. Скласти схему патогенезу дизентерії.
5. Описати варіанти морфологічних змін при ректороманоскопічному обстеженні хворих на гостру дизентерію.
6. Скласти таблицю клінічних проявів шигельозу в залежності від форми.
7. Скласти таблицю динаміки клінічних симптомів ерсиніозу.
8. Скласти таблицю термінів специфічних ускладнень ерсиніозу.
9. Скласти таблицю доцільності методів специфічної діагностики ерсиніозу в залежності від термінів захворювання.
10. Скласти схему перебігу амебіазу.

11. Засвоїти методи копрологічного обстеження при підозрі на протозойні коліти
12. Скласти таблицю диференціальної діагностики протозойних колітів і колітів іншої етіології.

ТЕМА № 4.

ГРВІ (грип, парагрип, аденовірусна , риновірусна, респіраторно-синци-тїальна інфекції). Профілактика та імунопрофілактика грипу.

Актуальність.

Щорічно (за даними ВООЗ) на інфекційні хвороби в світі хворіють 40 млн. людей, з них 90 % припадає на ГРВІ. Кожен дорослий в середньому 2 рази на рік хворіє на грип, або ГРВІ, школяр – 3 рази, дошкочляр – 6 разів.

В практичній медицині ГРВІ займають особливе місце серед інших хвороб людини ще за однієї причини. Як і у відношенні інших поширених хвороб, діагноз ГРВІ часто виставляється без достатніх на те підстав. Частота помилок при діагностиці ГРВІ складає 50 %. Разом з тим, діагноз ГРВІ може мати місце лише в тому випадку, якщо при обстеженні хворого лікар визначає ознаки ураження дихальних шляхів. Проте необхідно пам'ятати, що респіраторний синдром можуть спричинювати не лише віруси, а й бактерії, мікоплазми, хламідії, рикетсії.

Актуальність цих інфекцій підкреслюють наступні їх особливості:

- ці збудники поширені повсюдно;
- контагіозність захворювань висока, сприйнятливість загальна, як наслідок – масовість захворювань;
- перенесена вірусна інфекція відкриває доступ для бактеріальній інфекції, звідси часті бактеріальні ускладнення;
- перенесені вірусні захворювання сприяють формуванню хронічних процесів не лише в дихальних шляхах, але й в інших органах і системах;
- багато респіраторних вірусів здатні персистувати в організмі, періодично викликаючи загострення. Доведено, що деякі з них можуть бути причиною розвитку повільних інфекцій.

Нині **грип** є найпоширенішою інфекцією на земній кулі і реєструється на всіх континентах. Особливістю цієї інфекції є неймовірна швидкість поширення – велике місто охоплюється захворюванням за 1,5-2 тижні, велика країна – за 3-4 тижні. Під час епідемічних спалахів хворіє до 30-50 % населення ураженого регіону, що призводить до великих матеріальних збитків. На грип хворіють у найспокійніші роки близько 30 млн. людей. Зараз грип залишається мало контролюваною інфекцією. Показник смертності неускладненого грипу невисокий і становить 0,01-0,2 %, але він різко збільшується у разі захворювання на грип літніх і ослаблених людей, особливо у тих, хто має хронічні захворювання серця, легень, у малолітніх дітей. Під час епідемії грипу завжди збільшується летальність від серцево-судинних, легеневих захворювань. Підраховано, що неускладнений грип та інші ГРЗ забирають у людини не менше 1 року життя.

Поява в Мексиці в 2009 році пандемічного штаму вірусу грипу А (H1N1), властивості збудників грипу – здатність обмінюватись генетичною інформацією зі збудниками грипу тварин, здатність тривалий час зберігатись в організмі людини після одужання і навіть, як гадають, бути одним із можливих факторів розвитку в людини повільних інфекцій – посилюють значущість цієї проблеми і необхідність подальшого вивчення грипу.

Респіраторний мікоплазмоз, пневмонія, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, орнітоз (збудник *Chlamydia psittaci*), легіонельоз, ТГРС – тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS) – суто інфекційні хвороби, клінічний перебіг яких характеризується розвитком атипової пневмонії. Основні дані стосовно визначення та класифікації пневмонії приведені у “Протоколі надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія”. У наказі №128 від 19.02.2007 р. МОЗ України приведено визначення та класифікацію пневмоній. Пневмонія (Код МКХ 10: J 12 - J 18) - гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації. Виділяють такі види пневмонії: - негоспітальна (позалікарняна, розповсюджена, амбулаторна); - нозокоміальна (госпітальна); - аспіраційна; - пневмонія в осіб з тяжкими порушеннями імунітету (вроджений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенна імуносупресія). Найбільше практичне значення має поділ пневмонії на негоспітальну (набуту поза лікувальним закладом) та нозокоміальну (набуту у лікувальному закладі).

Разом з тим, значна частина пневмоній має атиповий перебіг. Відрізняються атипові пневмонії від пневмоній, що викликаються типовими збудниками, домінуванням запалення переважно у інтерстиції, що супроводжується біллю за грудиною часто центральної локалізації, відсутністю або незначним проявом змін у легенях, які можна виявити фізикально (невідповідність даним рентгенологічного обстеження), та виділенням незначної кількості негнійного харкотиння. До атипових пневмоній відносять пневмонії, що викликаються легіонелами, мікоплазмами, хламідіями. Легіонели, мікоплазми, хламідії являються внутрішньоклітинними патогенами. Атиповий перебіг пневмонії характерний також для тяжкого гострого респіраторного синдрому (ТГРС), що ускладнює перебіг коронавірусної інфекції, яка викликається новим штамом коронавірусу. Геном цього збудника був виділений у 2003 році, вірус відноситься до родини *Coronaviridae*. Вірус належить до II групи патогенності за ступенем небезпеки для людини. ТГРС, або атипова пневмонія – нова висококонтагіозна вірусна хвороба з переважно повітряно–краплинним механізмом інфікування, яка характеризується тяжкими перебігом та ураженням нижніх відділів дихальних шляхів. По даним ВООЗ хворі на атипову пневмонію були зареєстровані у 28 країнах світу. При цьому загальна кількість хворих на 17 травня 2003 року складала 7761, у тому числі померло 623. «Глобальна тривога» у зв'язку з розповсюдженням атипової пневмонії була оголошена ВООЗ 17 травня 2003 року.

Окрім того, останнім часом в Україні збільшилась захворюваність на респіраторний мікоплазмоз. Сьогодні також активно вивчається роль метапневмовірусу у механізмах ураження респіраторної системи. Наразі існує перспектива збільшення і випадків легіонельозної інфекції. Незважаючи на невисокий рівень розповсюдженості, це захворювання відносять до однієї із самих трагічних патологій, що характеризується тяжким перебігом та високою смертністю.

Такими чином, ураховуючи складність клінічної діагностики, можливість розповсюдження збудників атипових пневмоній повітряно-краплинним шляхом, високу летальність при деяких із них, реальну загрозу виникнення епідемічної ситуації – вивчення інфекційних хвороби, що перебігають із клінікою атипової пневмонії є актуальним.

Контрольні питання:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать грип?
2. Дати характеристику збудника грипа, факторів агресії, різних серотипів вірусу та антигенних варіантів, дати визначення антигенного дрейфу та шифту.
3. Механізм передачі грипу.
4. Періодичність епідемій грипу.
1. Патогенез грипу та основних його клінічних симптомів.
2. Класифікація грипу.
3. Охарактеризувати основні клінічні симптоми та назвати критерії важкості грипу
4. Назвати можливі ускладнення грипу та їх діагностичні критерії.
5. Наслідки грипу.
6. План обстеження хворого на грип.
7. Методи специфічної діагностики грипу.
8. Етіотропна терапія грипу та принципи базисної терапії .
9. Термін та покази до призначення антибактеріальної терапії при грипі.
10. Неспецифічна та специфічна профілактика грипу.
11. Категорії осіб, яким вакцинація показана в першу чергу.
12. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать парагрип, риновірусна, респіраторно-синцитіальна та аденовірусна інфекції?
13. Дати характеристику збудників парагрипу, риновірусної, респіраторно-синцитіальної та аденовірусної інфекцій, факторів агресії, різних серотипів вірусу та антигенних варіантів.
14. Механізм передачі парагрипу, риновірусної, респіраторно-синцитіальної та аденовірусної інфекцій.
15. Патогенез ГРВІ та основних його клінічних симптомів.
16. Класифікація парагрипу, рино-вірусної, респіраторно-синцитіальної та аденовірусної інфекцій.
17. Охарактеризувати основні клінічні симптоми та назвати критерії важкості ГРВІ
18. Назвати можливі ускладнення парагрипу, рино-вірусної, респіраторно-синцитіальної та аденовірусної інфекцій та їх діагностичні критерії.

19. Наслідки ГРВІ.
20. План обстеження хворого на ГРВІ.
21. Методи специфічної діагностики ГРВІ.
22. Етіотропна терапія ГРВІ та принципи базисної терапії .
23. Термін та покази до призначення антибактеріальної терапії при ГРВІ.
24. Неспецифічна профілактика ГРВІ.
25. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать легіонельоз, респіраторний мікоплазмоз, орнітоз і чому?
26. Які шляхи передачі легіонельозу, респіраторного мікоплазмозу, та атипової пневмонії, що викликається *Chlamydia pneumoniae*?
27. Які можливі шляхи передачі етіологічного фактору при ТГРС?
28. Які групи осіб є найбільш уразливими для *Legionella pneumophyllia*?
29. Як інфікується людина при орнітозі?
30. Назвіть фактори патогенності *Legionella pneumophyllia* та стадії патогенезу легіонельозу у разі його перебігу з ураженням легень? .
31. Які особливості патогенезу атипової пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*?
32. Які особливості патогенезу атипової пневмонії, що викликається *Chlamydia psittaci*?
33. Які є клінічні форми орнітозу?
34. Які особливості патогенезу атипової пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*?
35. Морфологічні зміни у респіраторній системі при легіонельозі.
36. Основні симптоми атипової пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia* у початковий період хвороби?
37. Основні симптоми атипової пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*
38. Основні симптоми атипової пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae* у початковий період хвороби?
39. Основні симптоми орнітозу у розпалі хвороби.
40. Особливості клінічного перебігу ТГРС.
41. Невідкладна допомога у разі розвитку невідкладних станів, що супроводжують тяжкий перебіг атипових пневмоній.
42. Охарактеризуйте дані рентгенограми при атиповій пневмонії, що викликається *Chlamydia pneumoniae*.
43. Особливості змін на рентгенограмі легень при атиповій пневмонії, що виникає при коронавірусній інфекції, яка ускладнена ТГРС.
44. Охарактеризуйте дані рентгенограми при атиповій пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*?
45. Які зміни у клінічному аналізі крові спостерігаються при атиповій пневмонії, що викликається *Chlamydia pneumoniae*?
46. Які зміни у клінічному аналізі крові спостерігаються при атиповій пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*?

47. Які зміни у клінічному аналізі крові спостерігаються при атиповій пневмонії, що викликається *Chlamydia psittaci*?
48. Опишіть зміни у клінічному аналізі крові, які виникають у разі розвитку ТГРС при коронавірусній інфекції.
49. Назвіть позалегеневі і системні прояви атипової пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*?
50. Гемограма хворого на орнітоз у розпалі хвороби.
51. Наслідки атипової пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*.
52. Наслідки атипової пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*.
53. Наслідки атипової пневмонії, що викликається *Chlamydia psittaci*.
54. Основні причини летальності при атиповій пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*.
55. Основні причини летальності при атиповій пневмонії, що викликається *Chlamydia psittaci*.
56. Ускладнення атипової пневмонії, що викликається *Chlamydia psittaci*.
57. Ускладнення атипової пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*.
58. План обстеження хворого на атипову пневмонію, за винятком ТГРС.
59. План обстеження хворого на атипову пневмонію, включаючи підозру на ТГРС.
60. Методи специфічної діагностики зазначених атипових пневмоній.
61. Методи специфічної діагностики атипової пневмонії, при підозрі ТГРС?
62. Інтерпретація результатів хвороби і матеріалу для дослідження.
63. Етіотропна терапія при атиповій пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia pneumoniae*. Дози, шляхи введення препаратів, способи їх застосування (сходінкова терапія), тривалість лікування.
64. Принципи патогенетичної терапії атипових пневмоній.
65. Показання до госпіталізації при атипових пневмоніях.
66. Медична допомога хворим на атипову пневмонію на догоспітальному етапі.
67. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.

Завдання:

1. Диференційна діагностика грипу з іншими інфекційними хворобами
2. Диференційна діагностика ГРВІ

ТЕМА № 5.

Менінгококовий назофарингіт. Профілактика та імунопрофілактика менінгококової інфекції

Актуальність.

Менінгококова інфекція (МІ) у вигляді спорадичних випадків або невеликих епідемічних спалахів реєструється в усіх країнах світу. Найвищою захворюваністю залишається на Африканському континенті, який у довідках ВООЗ у 70-80-ті роки фігурував як “менінгококовий пояс”. У 80 % випадків бактеріальний менінгіт має менінгококову етіологію.

На МІ хворіють переважно діти і молоді люди. Високий ступінь контагіозності сприяє виникненню епідемій, а наслідком цього є величезні економічні затрати.

На сьогодні МІ залишається не повністю керованою, оскільки вакцини створені не проти всіх груп менінгококів.

Залишаються недостатньо вивченими питання патогенезу, зокрема, причини формування фульмінантних і хронічних форм.

Генералізовані форми МІ перебігають важко, з високою летальністю. Так, згідно даних МОЗ України в 1999 р. летальність від МІ склала 9,6 %, а від менінгококцемії – 20,1 %. Серед усіх випадків менінгококцемії 10-20 % класифікуються як фульмінанті, що супроводжуються 80-100 % летальністю.

Отже, актуальність МІ визначається широким розповсюдженням, ураженням усіх вікових груп населення, тяжким перебігом, розвитком невідкладних станів, що ведуть до інвалідності, а в ряді випадків до летальності. Своєчасна рання діагностика та адекватна терапія сприяє повному одужанню та відновленню працездатності. Знання ранньої діагностики і тактики ведення хворого на догоспітальному етапі необхідні лікарю будь-якого фаху.

Контрольні питання:

1. Хто із вчених зробив детальний опис клініки хвороби?
2. Коли і ким був відкритий збудник МІ?
3. Стан захворюваності на менінгококову інфекцію в Україні та світі?
4. Назвіть збудника менінгококової інфекції, охарактеризуйте його морфологічні властивості, фактори патогенності.
5. Вкажіть стійкість збудника до дії факторів зовнішнього середовища.
6. Охарактеризуйте джерело інфекції, назвіть механізм інфікування.
7. Патогенез менінгококової інфекції.
8. Класифікація клінічних форм менінгококової інфекції.
9. Основні клінічні прояви менінгококового назофарингіту.
10. Основні прояви та клінічні форми менінгококцемії.
11. Ускладнення менінгококцемії.
12. Основні клінічні прояви менінгококового менінгіту та менінгоенцефаліту.
13. Ускладнення менінгококового менінгіту та менінгоенцефаліту.
14. Основні причини летальності при генералізованих формах МІ.
15. План обстеження хворого на менінгококову інфекцію.
16. Методи специфічної діагностики менінгококової інфекції. Інтерпретація результатів дослідження.

17. Етіотропна терапія різних форм менінгококової інфекції: препарати, дози, шляхи введення, тривалість лікування.
18. Санація бактеріоносіїв менінгококу.
19. Принципи патогенетичної терапії генералізованих форм МІ.
20. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
21. Диспансерне спостереження за реконвалесцентами.
22. Заходи в осередку менінгококової інфекції.
23. Зміни в лікворі при менінгізмі.
24. Типові зміни в гемограмі при генералізованих формах МІ.
25. Патогенез мозкової коми при генералізованих формах МІ.
26. Генералізовані форми менінгококової інфекції.
27. Патогномонічна тріада початкових симптомів при менінгококовому менінгіті
28. Патогенез висипки, гіпертензії, набряку і набухання мозку, ІТШ.
29. Критерії клінічної діагностики менінгококових назофарингіту, менінгоенцефаліту, менінгококцемії.
30. Клініка інфекційно-токсичного шоку; синдром Уотерхауза-Фрідеріхсена.
31. Лабораторна діагностика окремих форм менінгококової хвороби (лікворологічна, бактеріологічна та ін.).
32. Диференційна діагностика менінгококцемії з геморагічними гарячками, висипним тифом, кором, краснухою, медикаментозною хворобою, тромбоцитопенічною пурпурою, геморагічним капіляротоксикозом, сепсисом.
33. Клінічна і лікворологічна диференційна діагностика менінгококового менінгіту з вірусними менінгітами та енцефалітами, туберкульозним менінгітом, вторинними гнійними менінгітами, пухлиною мозку.
34. Клініка ускладнень менінгококової хвороби (набряк головного мозку, ураження черепно-мозкових нервів, парези і паралічі, гідроцефалія, вентрикуліт, синдром церебральної гіпотензії, абсцеси мозку, гостра наднирничкова недостатність, ендокардит).
35. Активна імунопрофілактика менінгококової хвороби та її ефективність у тропічних країнах.

Завдання:

1. Скласти схему перебігу основних форм менінгококової хвороби.
2. Скласти таблицю диференційної діагностики менінгіту з вірусними серозними менінгітами, енцефалітами, туберкульозним менінгітом.
3. Скласти план обстеження і лікування хворих на різні клінічні форми менінгококової хвороби.
4. Скласти таблицю диференційної діагностики менінгококцемії з геморагічними синдромами при геморагічних гарячках, висипному тифі, сепсисі.
5. Описати методику інтенсивної терапії при менінгококовій хворобі.
6. Скласти таблицю змін в спинномозковій рідині при ураженні ЦНС різної етіології.

ТЕМА № 6.

Дитячі інфекції у дорослих. Кір, краснуха, епідемічний паротит. Імунопрофілактика кору, краснухи, епідемічного паротиту

Актуальність.

«Дитячими інфекціями» традиційно називають інфекції, які до початку масової імунізації переважно вражали дитяче населення, що зумовлено широким розповсюдженням збудників у популяції, легкістю передачі та формуванням стійкого тривалого імунітету після перенесеної хвороби. Для профілактики більшості з «дитячих інфекцій» розроблені надійні вакцини, які дозволили значно знизити захворюваність на ці хвороби та включити їх до групи керованих інфекцій. Саме виконання профілактичних заходів зменшило захворюваність на ці інфекції в сотні разів, але з іншого боку зменшення тривалості штучного імунітету зсунуло захворюваність на більш старші вікові категорії, перетворило «дитячі» інфекції в «переважно дорослі».

Кір, краснуха та епідемічний паротит є частою патологією людини. **Кір** – це одне з найбільш контагіозних інфекційних захворювань. Кожен рік на Земній кулі від кору гине більше людей, ніж в автомобільних аваріях. Значна поширеність захворювання, тяжкий перебіг, можливість розвитку в подальшому повільних інфекцій з тяжким ураженням ЦНС, наявність надійної вакцини, що створює ефективний імунітет, спонукало ВООЗ запропонувати та почати впровадження програми глобальної ліквідації кору шляхом системи щеплень. В умовах спорадичної захворюваності дуже великого значення набуває рання діагностика хвороби для проведення адекватних профілактичних заходів та запобігання тяжких ускладнень.

Краснуха – це відносно доброякісне, так зване «амбулаторне» захворювання. Але дуже велику небезпеку вона набуває при зараженні вагітної жінки, оскільки може призвести до переривання вагітності, тяжких вад розвитку і навіть внутрішньоутробної загибелі плоду. Захворювання, що визивають подібні ураження плоду при зараженні під час вагітності виділяють в окрему групу TORCH-інфекцій, вивчення та діагностика яких посідає велике місце у діяльності не лише інфекціоністів, але й акушерів, гінекологів, генетиків, неонатологів, педіатрів та, безумовно, сімейних лікарів.

Епідемічний паротит перебігає з ураженням всіх без виключення залозистих органів та центральної нервової системи. З одного боку це зумовлює можливість тяжкого перебігу хвороби, а з іншого може бути етіологічною причиною розвитку таких серйозних наслідків, як тиреоїдит з функціональною недостатністю щитоподібної залози, хронічний панкреатит та цукровий діабет, оофорит у жінок та орхоепідідіміт у чоловіків з наступним безпліддям.

З урахуванням того, що на краснуху та епідемічний паротит хворіють переважно діти та особи молодого віку, ці інфекції представляють велику небезпеку репродуктивному здоров'ю популяції. Саме цей факт та можливість керування

епідемічним процесом за допомогою засобів активної імунізації спонукав ВООЗ почати програму ліквідації краснухи та епідемічного паротиту. В Україні планова імунізація в рамках виконання цієї програми почалась з 1990 року.

Контрольні питання:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать кір, краснуха та епідемічний паротит?
2. Шляхи передачі кору, краснухи, паротитної інфекції.
3. Тропність вірусу кору, краснухи.
4. Тропність вірусу епідемічного паротиту.
5. Стадії патогенезу кору, краснухи.
6. Стадії патогенезу епідемічного паротиту.
7. Морфологічні зміни в слизовій оболонці рота при кору.
8. Синдром органних уражень при краснусі.
9. Стадії циклічного клінічного перебігу кору.
10. Основні симптоми кору в початковий період хвороби.
11. Опорні симптоми краснухи у розпалі хвороби.
12. Симптоми ураження слинних залоз при епідемічному паротиті.
13. Характеристика, термін виникнення і динаміка висипу у хворого на кір.
14. Ураження нервової системи при паротитній інфекції.
15. Клінічні прояви ураження підшлункової залози при паротитній інфекції та кору
16. Особливості перебігу мітигovanого кору.
17. Епідеміологічні особливості сучасного кору.
18. Вплив вірусу краснухи на плід.
19. Наслідки вродженої краснухи.
20. Основні причини ускладнень з боку нервової системи при кору.
21. Ускладнення кору.
22. Патогенез, клінічні прояви ускладнень краснухи.
23. Гемограма хворого на краснуху в розпалі хвороби.
24. План обстеження хворого на кір.
25. План обстеження хворого на краснуху.
26. План обстеження хворого на паротитну інфекцію.
27. Методи специфічної діагностики кору, краснухи, паротитної інфекції.
28. Показання для етіотропного лікування «дитячих інфекцій» у дорослих.
29. Принципи патогенетичної терапії кору, краснухи, епідемічного паротиту.
30. Правила виписки реконвалесцентів «дитячих інфекцій» із стаціонару.

Завдання:

1. Скласти таблицю динаміки клінічних симптомів при вітряній віспі.

ТЕМА № 7.

**Клінічна характеристика ангіні. Дифтерія. Імунопрофілактика дифтерії.
Актуальність.**

Дифтерія – гостре антропонозне інфекційне захворювання з краплинним механізмом передачі, що спричиняється дифтерійними коринебактеріями і характеризується місцевим фібринозним запаленням (частіше слизових оболонок ротоглотки) і явищами загальної інтоксикації з переважним ураженням серцево-судинної і нервової систем.

Імунізація дітей проти дифтерії в СРСР, що проводилася з 30-х років ХХ ст., дозволила до середини 70-х років практично ліквідувати дифтерію. Вона реєструвалася у вигляді поодиноких випадків, але періодично нагадувала про себе в різних, навіть розвинутих, країнах. А з кінця 80-х – початку 90-х років почалася епідемія дифтерії, яка охопила переважно республіки колишнього РС, максимум захворюваності припав на Росію та Україну.

Особливістю даної епідемії є значна перевага серед захворілих дорослого населення над дитячим. Ситуація, що виникла з дифтерією, свідчить про те, що керовані інфекції залишаються підконтрольними лише доти, доки про них пам'ятають, ними займаються. Недотримання графіка щеплень, необгрунтована відмова від них, велика кількість протипоказань негайно призводять до активації епідеміологічного процесу.

Проблема дифтерії є актуальною і сьогодні. На фоні зниження захворюваності, високими залишаються питома вага тяжких і ускладнених форм та показники смертності. Знання цієї патології необхідні лікарю будь-якого фаху, оскільки від якості та швидкості правильної постановки діагнозу залежить ефективність і своєчасність надання медичної допомоги та проведення протиепідемічних заходів.

Контрольні питання:

1. Характеристика збудника дифтерії.
2. Джерело, механізм, шляхи передачі при дифтерії.
3. Характер імунітету при дифтерії.
4. Які органи уражаються при дифтерії?
5. Класифікація дифтерії.
6. Що таке комбінована дифтерія, навести приклад.
7. Класифікація дифтерійного крупа.
8. Особливості плівок при дифтерії гортані.
9. При яких інфекційних захворюваннях, крім дифтерії та ангіни буває ураження мигдаликів.
10. Назвати основні фактори агресії дифтерійної палички.
11. Назвати стабільні типи збудника дифтерії.
12. Основні ланки патогенезу дифтерії.
13. Механізм утворення специфічних плівок при дифтерії.
14. Клініка загальноінтоксикаційного синдрому при дифтерії.
15. Клініка локалізованої плівчатої дифтерії мигдаликів.
16. Характерні зміни в ротоглотці у хворих при локалізованій дифтерії мигдаликів та лакунарній ангіні. Вказати зміни.

17. Особливості перебігу дифтерії гортані.
18. Зміни в ротоглотці при острівцевій дифтерії мигдаликів.
19. Специфічна лабораторна діагностика дифтерії.
20. Неспецифічні лабораторні дослідження при дифтерії.
21. Перерахувати ускладнення, що можуть виникнути при дифтерії.
22. Специфічні ускладнення при дифтерії.
23. Причини смерті при дифтерії.
24. Принципи лікування дифтерії.
25. Етіотропна терапія дифтерії.
26. Характеристика невідкладних станів при дифтерії.
27. Правила введення протидифтерійної сироватки.
28. Профілактика дифтерії.
29. Які протиепідемічні заходи проводяться в осередку дифтерії?

Завдання:

1. Скласти таблицю динаміки клінічних симптомів при вітряній віспі.
2. Скласти таблицю симптомів, характерних для тонзилітів.
3. Скласти таблицю диференційної діагностики дифтерії з тонзилітами.
4. Скласти таблицю диференційної діагностики стенозів гортані.
5. Скласти таблицю клінічних симптомів, які характерні для захворювань, що перебігають з ураженням мигдаликів.
6. Скласти таблицю диференційної діагностики дифтерії з іншими захворюваннями.

ТЕМА № 8.

Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі. Клініка, діагностика, лікування

Актуальність.

Серед інфекційної патології людини особливе місце займають **вірусні гепатити**. Основні причини цього наступні:

- широке поширення вірусних гепатитів (ВГ) у світі. Більш як 2 млрд. осіб із 6 млрд., які проживають на Землі, протягом життя перенесли в тій чи іншій формі вірусний гепатит В (ВГВ), а біля 400 млн. лишилися носіями HBsAg на все життя. Кожного року у світі від гострого ВГВ та його наслідків помирає від 1,5 до 2 млн. осіб, з них: біля 100 тис. від блискавичного гепатиту, 500 тис. - від гострого гепатиту, біля 700 тис. – від цирозу печінки та 300 тис. – від первинної гепатокарциноми. За останні 15-20 років від ВГВ померло більше людей, ніж від бойових дій за час другої світової війни. Вірусний гепатит С (ВГС) є найбільш розповсюдженою у світі хворобою печінки. На сьогодні в світі кількість хронічних носіїв ВГС знаходиться в межах від 150 до 500 млн. В індустриальних країнах Європи

ВГС є причиною 20 % гострого гепатиту, 70 % - хронічного гепатиту, 40% - термінальних стадій цирозу, 60 % - гепатоцелюлярної карциноми і 30 % - трансплантації печінки. В 1973 році ВООЗ прийняла рішення про необхідність роздільної реєстрації сироваткового гепатиту та фекально-орального, а захворювання, що вони зумовлюють, називати вірусним гепатитом В та вірусним гепатитом А (ВГА). Раніше ВГА спостерігався переважно у дітей, тому входив у групу так званих «дитячих» захворювань. У дітей спостерігаються переважно легкі форми захворювання, без симптому жовтяниці у 75-80 % всіх випадків хвороби. Але в останній час спостерігається значне зростання захворюваності на ВГА серед дорослого населення із домінуванням більш тяжких форм, що супроводжуються жовтяницею, значною тривалістю захворювання та взагалі більш тяжким перебігом. Захворюваність на ВГЕ реєструється переважно в регіонах, що мають жаркий клімат та низький рівень санітарної культури – це, перш за все, країни Азії, Африки, Південної Америки, де ВГЕ є причиною 50% всіх випадків гострого вірусного гепатиту. Хворіють переважно люди від 15 до 40 років. У випадку захворювання на вірусний гепатит Е (ВГЕ) вагітних летальність досягає 20-40 %.

- відсутність перехресного імунітету, що дозволяє людині неодноразово протягом життя хворіти ВГ різної етіології.

Все це обумовлює необхідність кожному лікарю знати клінічну картину цих інфекцій залежно від етіологічного чинника, своєчасно вміти встановити діагноз, надати допомогу при виникненні невідкладних станів і призначити адекватну терапію.

Контрольні питання:

1. Джерело інфекції та шляхи зараження при гострих ВГ.
2. Класифікація вірусних гепатитів.
3. Групи ризику при гострих ВГ.
4. Основні клінічні форми гострих вірусних гепатитів.
5. Варіанти перебігу переджовтяничного періоду гострих ВГ.
6. Основні клінічні прояви жовтяничного періоду гострих ВГ.
7. Варіанти перебігу гострого вірусного гепатиту Д. Клінічні прояви.
8. Ускладнення та наслідки гострих ВГ.
9. Критерії тяжкості гострих вірусних гепатитів.
10. Ультразвукова діагностика при гострих ВГ.
11. Характер лабораторних змін при гострих ВГ.
12. Специфічна діагностика гострих ВГ.
13. Основні етапи патогенезу гострої печінкової енцефалопатії.
14. Основні клінічні прояви гострої печінкової енцефалопатії.
15. Характер лабораторних змін при гострій печінковій енцефалопатії.
16. Принципи лікування гострих ВГ.
17. Принципи дієтичного харчування при гострих ВГ.
18. Принципи лікування гострої печінкової енцефалопатії.
19. Неспецифічна та специфічна профілактика гострих ВГ.
20. Правила виписки зі стаціонару хворих на ВГ.

21. Прояви загальноінтоксикаційного синдрому при ВГА.
22. Особливості перебігу ВГЕ.
23. Що характерно для ВГД (ко-інфекції)?
24. Маркери гостроти процесу при ВГ.
25. Що застосовують у лікуванні гострого ВГД (суперінфекція)?
26. Можливі поєднання мікст-гепатитів.
27. HBsAg, його зв'язок з ВГВ.
28. Вплив віку та сезонності на захворюваність ВГ.
29. Періоди циклічного перебігу хвороби.
30. Характеристика варіантів початкового періоду хвороби: диспептичного, астеновегетативного, грипоподібного, артралгічного (псевдоревматичного), змішаног
31. Патогенетичне обґрунтування окремих симптомів гепатиту в жовтяничному періоді.
32. Зміна показників пігментного обміну при ВГ: білірубін крові, його фракції, пігменти сечі і калу.
33. Особливості перебігу ВГ у вагітних, у похилому віці, у хворих на цукровий діабет.
34. Патогенез та клініка ускладнень ВГ: гепатаргії, печінкової коми, ураження жовчних шляхів, набряково-асцитичного синдрому, геморагічного діатезу.
35. Диференційний діагноз початкового періоду ВГ з гострим гастритом, харчовою токсикоінфекцією, сальмонельозом, грипом, адено- та ентеровірусними захворюваннями, інфекційним мононуклеозом.
36. Диференційний діагноз жовтяничного періоду ВГ з медикаментозними та токсичними гепатозами, обтураційними та гемолітичними жовтяницями, функціональними гіпербілірубінеміями, цирозом печінки, жовтяничною формою лептоспіроз
37. Характеристика дієтичних столів № 5 та 5а
38. Покази та протипокази для призначення глюкокортикостероїдів при ВГ.
39. Комплексне лікування хворих на ВГ з гострою та підгострою печінковою енцефалопатією, гепатонекрозом.
40. Терміни спостереження за перехворілими ВГ у КІЗі поліклініки.
41. Показання для санаторно-курортного лікування реконвалесцентів.
42. Шляхи профілактики ВГВ у медичних закладах.
43. Гіпербілірубінемії.

Завдання:

1. Скласти схему перебігу ВГ, а при ВГВ відмітити періодичність виявлення окремих маркерів інфекції.
2. Назвати біохімічні, імунологічні та інструментальні методи обстеження.
3. Скласти таблицю диференційної діагностики з інфекційним мононуклеозом, ерсиніозами, пігментними гепатозами, обтураційними та гемолітичними жовтяницями, лептоспірозом.

4. Визначити варіанти перебігу вірусних гепатитів на основі самостійного обстеження хворих.
5. Скласти схему інтенсивної терапії фульмінантної форми хвороби.
6. Загальна класифікація вірусних гепатитів.
7. Особливості вірусних гепатитів різної етіології.
8. Тривалість окремих періодів хвороби при ВГ різної етіології.
9. Серологічні маркери ВГ та їх значення.

ТЕМА № 9.

Профілактика та імунопрофілактика вірусних гепатитів. Особливості зараження в умовах стоматологічної практики. Планова та екстрена профілактика. Індивідуальна профілактика.

Актуальність.

Зростання та поширення у світі інфекцій, спричинених HCV та іншими збудниками хронічних вірусних гепатитів, надзвичайно висока частота їх негативних наслідків обумовлюють актуальність вивчення не тільки патогенезу, клінічних форм, а й лабораторної діагностики, лікування, ускладнень та наслідків цих хвороб. Не менше третини інфікованих HCV хворіє на хронічний вірусний гепатит (ХВГ), цироз печінки (ЦП) та гепатоцелюлярну карциному (ГЦК).

Найчастішим чинником ХВГ, у тому числі й в Україні, на разі вважається саме HCV, який, в залежності від субтипу, викликає хронізацію хвороби у 60 – 90% випадків. Цим збудником інфіковано, за різними оцінками, від 400 до 700 млн. населення планети, серед яких не менш, як у 300 млн. є ознаки хронічного ураження печінки, із них щороку гинуть більше 10 млн. Якщо не прийняти невідкладні заходи, то через 10 – 20 років смертність від HCV – інфекції та її наслідків збільшиться в 3 рази і значно перевищить цей показник при ВІЛ - інфекції. За цей час, згідно прогнозів ВООЗ, ХГС стане головною проблемою національних органів охорони здоров'я.

ХГС є переважно хронічною інфекцією, гострі форми його діагностують вкрай рідко. Часто ця хвороба вперше проявляється вже на стадії цирозу печінки або й первинної гепатокарциноми. Іншими поширеними хронічними ХГ є ХГВ і ХГД. Парентеральні вірусні гепатити загалом є найпоширенішими хронічними вірусними інфекціями у світі, їх питома вага суттєва й серед гострих вірусних інфекцій.

Значну проблему для охорони здоров'я всього світу становить вірусний гепатит В. Згідно оцінок експертів ВООЗ, лабораторні ознаки контакту зі збудником цієї інфекції мають близько 4 млрд населення планети, а самим збудником на разі інфіковано майже 400 мільйонів людей. Від захворювань печінки, спричинених вірусом гепатиту В, у світі щороку помирає від 1,5 до 2 млн. хворих, у тому разі лише від ГЦК – 500 000 – 600 000 чоловік (5 місце серед летальності від злоякісних пухлин). Наслідки HBV-інфекції серед усіх причин смерті займають 10 місце у світі. В Росії поширеність HBV-інфекції є середньою у світі й коливається від 2 до 7 %. В Україні носіями вірусу є близько 1 млн осіб й, на

відміну від країн Північної Америки та Європи, немає значного зниження захворюваності на гострий ГВ.

Актуальність ВГД обумовлена значним поширенням вогнищ інфекції у країнах Південної Америки, Центральної Африки, Балкан, Південної Європи, Близького Сходу та деяких регіонах Росії. У деяких країнах, в тому числі й досить популярних серед туристів (Кенія, Єгипет, Турція, Венесуела, Південна Італія) від 20 до 60 % хворих на ХГВ водночас мають маркери й HDV – інфекції. Приблизно 5 – 10 % хворих на інтегративний ХГВ („носіїв HBsAg”), тобто від 20 до 40 млн населення Землі, інфіковані HDV. До зони з високою ендемічністю HDV – інфекції відносять Румунію, південь Молдови та деякі регіони Росії (Якутія, Тува). У Білорусі, у регіонах Росії, що межують з Україною, рівень „носійства” HDV складає від 1,5 до 4,3 %. Серед хворих на гострий ГВ у Москві маркери HDV – інфекції виявляли у 7,4 %, у Молдові – у 28,9%, у Білорусі – в 75 %. В Україні поширеність ВГД є відносно низькою й коливається у Києві від 1,8 до 3,6 % серед дорослих хворих на ХГВ, що не вживають наркотики й неінфіковані ВІЛ. Але у Східній Україні коінфекція HDV реєструється у 5 – 7,8 % випадків, суперінфекція – у 14,9 – 22,6 %.

Обстежують та лікують хворих на хронічні вірусні гепатити не тільки інфекціоністи, але й дільничні терапевти, лікарі сімейної медицини, швидкої та невідкладної допомоги, гастроентерологи. Враховуючи широку поширеність випадків хвороби, професійний характер захворюваності на ГВ й ГС, можливість фульмінантного розвитку деяких ВГ, вміння вчасно діагностувати, лікувати та запобігати їх прогресуванню має кожен лікар будь-якої спеціальності.

Контрольні питання:

1. Визначення понять „гострий та хронічний ВГ”.
2. специфічні маркери ВГС.
3. Лабораторні показники цитолізу.
4. Лабораторні показники холестазу.
5. Лабораторні показники мезенхімально – запального синдрому.
6. Лабораторні показники тяжкості ВГС.
7. Лабораторні ознаки розвитку печінкової недостатності у хворих на ХВГ.
8. Предиктори успіху протівірусної терапії хворих на ХВГ
9. Поширеність хронічних ВГ в Україні та їх етіологічна структура.
10. Сучасні погляди на етіологію, патогенез хронічних ВГ та їх найпоширеніших ускладнень, несприятливих наслідків.
11. Клінічні класифікації хронічних ВГ та їх ускладнень.
12. Особливості лабораторної діагностики та лікування.
13. Частота та характер ускладнень і несприятливих наслідків перебігу при різних ХВГ залежно від їх етіології.
14. Принципи специфічної та неспецифічної лабораторної діагностики ГС і хронічних ВГ, їх ускладнень.
15. Принципи найбільш необхідної інструментальної діагностики ХВГ.

16. Провести диференціальну діагностику з іншими подібними інфекційними та неінфекційними хворобами.
17. Характеристика головних збудників ХВГ (HBV, HCV, HDV), їх вплив на основні органи-мішені.
18. епідеміологічні особливості збудників ГС та інших ВГ.
19. Типова клінічна картина різних форм хронічних ВГ.
20. Діагностика ускладнень та невідкладних станів, що можуть виникнути у хворих на хронічні ВГ.
21. Найважливіші сучасні методи лабораторного обстеження хворих на ГС та інші хронічні ВГ залежно від їх етіології, ускладнень, невідкладних станів, їх клінічне значення.
22. Механізм дії основних препаратів, які використовуються для лікування хворих на ГС та інші хронічні ВГ залежно від їх етіології, ускладнень та невідкладних станів.
23. Призначити адекватне лікування основного захворювання.
24. Надати допомогу при розвитку невідкладного стану.
25. Етіологічні особливості HCV.
26. Патогенетичні особливості HCV- інфекції.
27. У патогенезі ХВГ відіграють найбільш важливу роль наступні фактори....
28. Клінічна картина HBV та HCV – інфекцій й оцінка тяжкості перебігу гепатит
29. Загальний аналіз крові у хворих на хронічні вірусні гепатити.
30. Головні методи специфічної діагностики ГС та інших ХВГ.
31. Особливість неспецифічної лабораторної діагностики ХГС.
32. Перелік обов'язкових специфічних обстежень, необхідних хворим на ГС.
33. Діагноз ХГВ у реплікативній фазі.
34. Значення визначення HbeAg у хворих на ХВ.
35. Визначення вмісту DNA HBV у плазмі крові.
36. Гістоморфологічне дослідження біоптатів печінки.
37. Стадії фіброзу печінки.
38. Особливості лікування хворих на гострий та хронічний ГС.
39. Специфічна терапія хронічного гепатиту С.
40. Специфічна терапія хворих на ХГВ.
41. Профілактика ГС та інших ХВГ.

Завдання:

1. Скласти схему: патогенез окремих клінічних симптомів ХВГ.
2. Скласти таблицю: лабораторна діагностика головних синдромів у хворих на ГС та інші хронічні вірусні гепатити.
3. Скласти таблицю: лабораторні критерії оцінки тяжкості перебігу хронічного гепатиту.
4. Скласти схему: клінічна інтерпретація результатів головних й додаткових методів біохімічних досліджень у хворих на ВГ з парентеральним механізмом передачі.

5. Специфічні маркери ВГ з парентеральним механізмом передачі та їх клінічне значення.
6. Класифікація хронічної НВВ – інфекції залежно від спектру її маркерів.
7. Критерії класифікації Child -Pugh для визначення ступеня печінкової недостатності.
8. Система оцінок активності запалення й фіброзу печінці за шкалою METAVIR.
9. Показання до пункційної біопсії печінки та умови, за яких можна від неї відмовитись.

ТЕМА № 10.

ВІЛ-інфекція. СНІД-асоційовані інфекції, що супроводжуються ураженням слизової оболонки ротової порожнини.

Актуальність.

ВІЛ-інфекція - це більше, ніж звичайна проблема системи охорони здоров'я. Вона являє собою загрозу для громадського та економічного розвитку країн та континентів, для людей у найбільш плідний період їхнього життя, матерів та дітей, сімей та народів, порівняний з екологічною катастрофою [ВОЗ, 2004]. Масштаби кризи, пов'язаної із СНІД перевершили всі найгірші сценарії десятирічної давності. Десятки країн охоплені повномасштабними епідеміями ВІЛ/СНІД і ще більше знаходяться на межі епідемії. Люди, що захворіли на СНІД, помирають протягом 2 – 3 років. З метою стримування подальшого розповсюдження ВІЛ-інфекції пропонуються різні форми профілактичної роботи. Основною проблемою сучасної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД є дисоціація між рівнем профілактичних знань і поведінкою представників уразливих груп.

Проблема ВІЛ/СНІДу в Україні, не зважаючи на всі зусилля державних, неурядових та міжнародних організацій, залишається надзвичайно актуальною та гострою. Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні продовжують зростати, що свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів. Крім того, не зважаючи на те, що за останні роки збільшились державні асигнування на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, поки не вдалось подолати невідповідність між фінансуванням і потребами в ньому, що є основною перешкодою на шляху приборкання поширення ВІЛ/СНІДу.

Система охорони здоров'я уже відчуває негативний вплив поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, уже зараз у населення зростає потреба в медичних послугах. Але медичної допомоги буде потребувати все більша кількість людей працездатного віку, ті особи, котрі при відсутності цього захворювання не були б активними споживачами медичних послуг. Загальна кількість ВІЛ-інфікованих громадян України, згідно з оцінками експертів, в 2014 році досягне 480-820 тис. Розповсюдження ВІЛ-СНІДу загострить і без того несприятливу демографічну ситуацію в Україні. Без СНІДу низькі рівні народжування призвели б до скорочення населення країни в 2014 році до 44,2 млн. людей, зі СНІДом буде втрачено

ще 300-500 тис., із-за чого загальна кількість населення в 2014 році ймовірно може скоротитися до 43,9- 43,7 млн. чоловік.

Погіршення ситуації із захворюванням на ВІЛ-інфекцію та зростання кількості хворих на СНІД обумовлено низкою соціально-економічних та медичних причин. Провідними є погіршення соціально-економічної ситуації, недосконала система інформування та просвіти населення з питань запобігання ВІЛ-інфекції, прогалини в системі статевого виховання, недостатнє фінансування заходів профілактики та лікування, невідповідність наявної інфраструктури медичної та соціальної допомоги темпам поширення епідемії.

Україна визнала проблему ВІЛ/СНІДу пріоритетним напрямком в охороні здоров'я та соціального розвитку. Уряд країни, взявши на себе низку стратегічних зобов'язань, спільно з міжнародними і неурядовими організаціями докладає багато зусиль для їх виконання та подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. В той час, коли лікування, догляд та підтримка для людей, яких вже торкнулася епідемія, є критичними, колективні зусилля насамперед мають бути спрямовані на запобігання нових випадків інфікування ВІЛ.

Поширення ВІЛ-інфекції в Україні триває вже 20 років, але епідемічного характеру епідемія набула, відколи збудник СНІДу потрапив у середовище ін'єкційних наркоманів.

Епідемічна ситуація, незважаючи на неухильні зусилля держави, міжнародних і національних неурядових організацій ще не має тенденції до стабілізації. Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні продовжують зростати.

Особливістю епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є той факт, що її рушійною силою все ще залишаються споживачі ін'єкційних наркотиків, а однією із основних проблем у боротьбі з ВІЛ-інфекцією/СНІДом на сьогодні є небезпечне споживання ін'єкційних наркотиків. Однак, в останній час відбувається тенденція до генералізації епідемії ВІЛ-інфекції, що характеризується залученням в епідемічний процес загального населення, домінуванням статевого шляху передачі ВІЛ внаслідок виходу епідемії за межі уразливих груп. Ми стоїмо на порозі генералізації епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і повинні усвідомити, що лише консолідація всіх зусиль та чітка координація дій може дозволити зупинити негативні тенденції. Протягом останніх років в Україні спостерігається "фемінізація епідемії ВІЛ-інфекції". Нині серед залученого в епідемію дорослого населення близько 42% припадає на долю жінок.

Контрольні питання:

1. Особливість та своєрідність збудника хвороби.
2. Особливості реплікації, співставлення з іншими представниками групи ретровірусів.
3. Характер цитопатогенної дії вірусу.
4. Дія ВІЛ на імунну систему організму.
5. Механізми зараження ВІЛ.
6. Методи вивчення клітинної імунної відповіді при СНІДі.

7. Симптоми і синдроми, при яких необхідно обстежувати на СНІД.
8. Особливості перебігу пневмоцистної пневмонії та інших опортуністичних інфекцій при СНІД.
9. Перебіг саркоми Капоші, клінічні форми.
10. Основні форми ураження ЦНС.
11. Контингенти, які підлягають обстеженню на СНІД.
12. Особливості імунодіагностики; методи специфічної та неспецифічної діагностики СНІДу.
13. Профілактика СНІДу, організація і особливості санітарно - освітньої роботи.
14. Законодавство України у боротьбі зі СНІДом.

Завдання:

1. Скласти схему імунологічного обстеження на СНІД.
2. Скласти схему шляхів розповсюдження і механізму зараження при СНІДі.
3. Скласти комплекс опорних симптомів, характерних для СНІДу.

ТЕМА № 11.

Герпетичні вірусні інфекції – HSV, VZV, EBV, CMV. Клінічна характеристика простого герпесу. Лікування та профілактика.

Актуальність.

Актуальність проблеми, що розглядається, зумовлена високою розповсюдженістю герпесвірусів серед населення, легкістю зараження, часто латентним перебігом та довічною персистенцією. Герпесвірусні інфекції займають за частотою 3-є місце після серцево-судинної та онкологічної патології, характеризуються різною локалізацією процесу і різноманітною клінікою. За даними ВООЗ, захворювання, викликані вірусами простого герпесу 1-го та 2-го типів, посідають 2-е місце (15,8 %) після грипу (35,8 %) як причини смерті від вірусних інфекцій.

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) - захворювання, що супроводжується різноманітними клінічними і лабораторними проявами, найбільш закономірними з яких є реакція лімфатичних вузлів та гематологічні зміни. До останнього часу розвиток ІМ пов'язували виключно з вірусом Епштейна-Барр (EBV). По мірі збільшення можливостей вірусології та імунології стало зрозумілим, що подібні патологічні зміни, окрім EBV, можуть викликати й деякі інші збудники, переважно представники родини герпесвірусів. І якщо раніше, щоб не плутати з EBV-інфекцією, подібну патологію, зумовлену іншими лімфотропними вірусами описували як мононуклеозоподібний чи мононуклеозний синдром, то останнім часом все частіше в літературі зустрічаються рекомендації об'єднати їх під загальною назвою «ІМ», додаючи етіологічне розшифрування. Однак у більшості випадків етіологічна структура хвороби залишається нерозшифрованою, а перебіг, завершення та наслідки значною мірою залежать від етіології збудника.

Найбільшу увагу привертає гостра форма ІМ, що зазвичай перебігає сприятливо, проте не завершується повною елімінацією збудника. Подальший перебіг

набуває латентного характеру, який може ніяким чином не проявляти себе майже все життя людини, але за наявності імунодефіциту можлива реактивація інфекції з тяжким ураженням органів та систем, що клінічно проявляється менінгітами, енцефалітами, полірадікулоневритами, гепатитами та ін. Останнім часом все більша увага приділяється герпесвірусам і як представникам групи TORCH-інфекцій, доведена їх роль у розвитку гематологічних, неврологічних та онкологічних захворювань; певна роль приділяється у виникненні хвороби Альцгеймера, саркоїдозу, синдрому хронічної втоми та іншої патології. Збудники ІМ виступають опортуністичними інфекціями при СНІДі.

Контрольні питання:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать герпесвірусні інфекції?
2. Шляхи передачі герпесвірусних інфекцій.
3. Стадії патогенезу різних проявів герпесвірусних інфекцій.
4. Клінічна класифікація герпесвірусних інфекцій.
5. Основні симптоми різних нозологічних форм герпесвірусних інфекцій.
6. Особливості перебігу різних проявів герпесвірусних інфекцій у хворих на СНІД.
7. Ускладнення різних проявів герпесвірусних інфекцій.
8. Основні причини смерті при різних нозологічних формах герпесвірусних інфекцій..
9. План обстеження хворого з різними формами герпесвірусних інфекцій.
10. Зміни в лікворі при ураженнях нервової системи, спричинених герпесвірусам
11. Методи специфічної діагностики герпесвірусних інфекцій.
12. Інтерпретація результатів залежно від терміну хвороби і матеріалу дослідження.
13. Етіотропна терапія герпесвірусних інфекцій: дози, шлях введення, тривалість лікування.
14. Принципи патогенетичної терапії герпесвірусних інфекцій.
15. Правила виписки реконвалесцентів із стаціонару.
16. Етіологічна структура інфекційного мононуклеозу.
17. Класифікація інфекційного мононуклеозу.
18. Клінічні варіанти перебігу інфекційного мононуклеозу.
19. Ускладнення та наслідки інфекційного мононуклеозу.
20. Особливості ураження ротоглотки при інфекційному мононуклеозі.
21. Особливості ураження печінки при інфекційному мононуклеозі.
22. Основні клінічні прояви інфекційного мононуклеозу.
23. Характер змін в гемограмі при інфекційному мононуклеозі.
24. Критерії тяжкості інфекційного мононуклеозу.
25. Ультразвукова діагностика при інфекційному мононуклеозі.
26. Основні етапи патогенезу інфекційного мононуклеозу .

27. Принципи лікування інфекційного мононуклеозу.
28. Правила виписки хворих при інфекційному мононуклеозі.

Завдання:

1. Скласти таблицю особливостей продуктивної, латентної та трансформційної герпесвірусної інфекції у людини.
2. Скласти таблицю препаратів, які застосовують при лікуванні інфекцій, викликаних α -герпесвірусами 1-3-го типів (гострий період).
3. Скласти таблицю лабораторного контролю за ефективністю лікування захворювань, які викликані вірусом простого герпесу 1-го типу (ВПГ-1).

Під т.з. «синдромом тривалої гарячки невідомого генезу» (СТГНГ) може маскуватися широке коло як інфекційних, так і неінфекційних хвороб. Насамперед доцільно визначитися з самим терміном СТГНГ. На сьогодні вважається можливим його використовувати як попередній діагноз, якщо лихоманка триває не менш ніж 5-7 діб, проведені рутинні лабораторні та інструментальні дослідження не дозволили встановити діагноз. Визначено, що серед причин СТГНГ можуть бути інфекційні хвороби, туберкульоз, онкологічні та гематологічні захворювання, сепсис та системні захворювання сполучної тканини. Треба зауважити, що в патогенезі багатьох інфекційних хвороб можливий етап «сепсису» (черевний тиф, менінгококцемія, псевдотуберкульоз, ерсиніоз, висипний тиф). Сепсис же визначають як поліетіологічне захворювання, часто викликане умовно-патогенною флорою. Однак, у практичній діяльності, якщо у хворого реєструється СТГНГ, найчастіше проводиться цілеспрямована діагностика на виявлення саме інфекційних хвороб.

Щодо інфекційного генезу тривалих лихоманок перші серйозні дослідження були зроблені на острові Мальта англійськими лікарями. У 1886 р. Д. Бруц із селезінки солдата, загиблого від мальтійської лихоманки, виділив мікроорганізм, який отримав в чистій культурі. Цей мікроорганізм був названий «мальтійським мікрококом». З цього часу почалося системне вивчення бруцельозу. Захворювання на бруцельоз реєструється у всьому світі, особливо в регіонах з розвиненим тваринництвом. Висока чутливість до бруцельозу майже всіх сільськогосподарських тварин та легкість інфікування утруднюють контроль за цією інфекцією, а поліморфізм клінічних проявів утруднює діагностику.

До теперішнього часу не вирішена проблема лікування бруцельозу, оскільки збудник є внутріклітинним паразитом, що знижує ефективність антибактеріальної терапії. Бруцельоз не тільки позбавляє людину працездатності на тривалий час, але й приводить до інвалідизації.

Не менш важливе місце в інфектології займає проблема сепсису, що пов'язано зі значною частотою захворювання, високою летальністю і значними економічними збитками. Термін «сепсис» - інтернозологічне поняття, що визначає динамічний стан, пов'язаний з генералізацією інфекційного процесу. Летальність при

сепсисі досягає 40-70%. Все це обумовлює необхідність активного вивчення станів, що перебігають із синдромом тривалої лихоманки неясного генезу.

Контрольні питання:

1. Етіологічні чинники, які викликають малярію, розповсюдженість малярійних плазмодіїв в різних регіонах світу.
2. Епідеміологія малярії.
3. Патогенез малярії.
4. Клінічні прояви малярії за типового перебігу з урахуванням збудника, який викликав захворювання.
5. Особливості клінічного перебігу в залежності від збудника, який викликав захворювання.
6. Патогенез, термін виникнення і клінічні прояви ускладнень малярії.
7. Лабораторна діагностику малярії.
8. Принципи лікування малярії.
9. Правила виписки хворих на малярію.
10. Принципи особистої профілактики малярії.
11. Прогноз малярії в залежності від збудника, який викликав захворювання.
12. Джерело інфекції при малярії та шляхи передачі малярії.
13. Фактори патогенності малярійних плазмодіїв.
14. Патогенез малярії.
15. Стадії розвитку малярійного плазмодію у тканинній фазі та еритроцитарній фазі.
16. Стадії циклічного клінічного перебігу малярії.
17. Опорні симптоми малярії у розпалі хвороби.
18. Клінічні прояви порушень з боку нервової системи при малярії.
19. Вид температурної кривої при малярії.
20. Наслідки малярії.
21. Основні причини летальності при малярії
22. Специфічні ускладнення малярії.
23. Поняття про ранні та пізні рецидиви при малярії.
24. Гемограма хворого на малярію у розпалі хвороби.
25. План обстеження хворого при підозрі на малярію.
26. Методи специфічної діагностики малярії.
27. Етіотропна терапія малярії. Дози, шлях введення, тривалість призначення.
28. Правила виписки із стаціонару хворого на малярію.
29. Препарати для лікування малярії.
30. Невідкладна допомога при малярійній комі.
31. Клініка гемоглобінурійної лихоманки, можливі причини її виникнення.
32. Визначення поняття “синдром тривалої гарячки нез’ясованого генезу”.
33. Фактори патогенності бруцел.
34. Стадії патогенезу бруцельозу.
35. Клінічна класифікація бруцельозу.

36. Клінічна характеристика гострого бруцельозу.
37. Клінічна характеристика хронічного бруцельозу.
38. Клінічна характеристика резидуального бруцельозу.
39. Характеристика лихоманки при бруцельозі.
40. Наслідки бруцельозу.
41. Методи специфічної діагностики бруцельозу, їх інтерпретація.
42. Етіотропна терапія бруцельозу.
43. Принципи патогенетичної терапії.
44. Правила виписки хворих із стаціонару.
45. Диспансерне спостереження за реконвалесцентами бруцельозу.
46. Профілактика бруцельозу.
47. Патофізіологічне визначення поняття «сепсис».
48. Етіологічна структура сепсису.
49. Шляхи передачі і вхідні ворота при сепсисі.
50. Характеристика чинників патогенності при грам - позитивному і грам-негативному сепсисі.
51. Стадії патогенезу сепсису.
52. Клінічна класифікація сепсису.
53. Клініко-лабораторні ознаки, що характеризують поняття «сепсис».
54. Ускладнення, які розвиваються при сепсисі.
55. План обстеження хворого на сепсис.
56. Гемограма у хворого на сепсис.
57. Методи діагностики сепсису та інтерпретація отриманих результатів.
58. Принципи лікування хворого на сепсис.
59. Клінічна характеристика невідкладних станів при сепсисі.
60. Профілактика сепсису.
61. Характеристика основних клінічних синдромів сепсису, які визначають поліорганні ураження.
62. Характеристика джерела, шляхів передачі при бруцельозі.
63. Кров'яна шизогонія та її особливості при різних формах малярії.
64. Методика приготування мазка і товстої краплі для діагностики малярії, особливості приготування товстої краплі.
65. Правила мікроскопії при паразитологічних дослідженнях.
66. Диференціальна діагностика малярійних паразитів людини в мазку крові.
67. Практичне значення виявлених у периферичній крові дрібних, нерідко численних, кілець в еритроцитах і гаметоцитів півмісяцевої форми.
68. Вказати період хвороби при наявності тільки трофозоїтів на стадії “кілець”
69. Чотири ступені паразитемії і їх діагностичне і прогностичне значення.
70. Значення серодіагностики в розпізнаванні затяжних форм малярії з переважно вісцеральними проявами.
71. Фактори, що впливають на перебіг спорогонії.
72. Особливості спорогонії плазмодіїв різних видів, шизогонія при тропічній малярії.

73. Стадії малярійного пароксизму.
74. Малярійна кома.
75. Алгідна форма тропічної малярії.
76. Особливості імунітету при малярії.
77. Диференціальний діагноз малярії із сепсисом, бруцельозом, черевним і поворотним тифами, спірохетозом, кліщовим рикетсіозом, гарячкою папатачі і гарячкою денге, лептоспірозом, вісцеральним лейшманіозом, менінгококовою інфекцією
78. Схема застосування гематошизотропних, гістошизотропних, гамонтоцидних і гамонтостатичних хіміотерапевтичних препаратів.
79. Невідкладна терапія малярійної коми.
80. Препарати і схеми лікування хлорохінрезистентної малярії.

Завдання:

1. Скласти схему перебігу триденної, чотириденної і тропічної малярії.
2. Назвати препарати, описати механізм їх дії і скласти схему лікування основних клінічних форм малярії.
3. Опрацювати таблицю диференціальної діагностики малярії з бруцельозом, поворотним тифом, сепсисом.
4. Практично засвоїти методику забору крові, приготування препаратів і мікроскопію товстої краплі і мазка.
5. Описати при мікроскопії характерні ознаки основних видів збудника.
6. Скласти пам'ятку для осіб, які від'їжджають в ендемічні з малярії райони.
7. Особливості малярії, викликані різними плазмодіями.

ТЕМА № 12.

Зоонози, що перебігають з ураженням ротоглотки: туляремія, сибірка, ящур, лістеріоз.

Сибірка є зоонозним захворюванням, найчастіше виникає її шкірна форма. Вона, поряд з туляремією відноситься до групи захворювань, які є особливою національною або регіональною проблемою. Досить розповсюджена в країнах Азії, Африки, Південної Америки. Залежно від механізму зараження виникає відповідна клінічна форма. Зараження аерогенним шляхом призводить до виникнення легеневої або генералізованої форми сибірки, аліментарним – до кишкової. Можливість зараження аерогенним шляхом та виникнення тяжкої легеневої форми робить сибірку небезпечною хворобою та є підставою для використання її як біологічної зброї. Вважається, що сибірка від людини до людини не передається.

Туляремія є природно-вогнищевою хворобою, яка зустрічається в усіх рівнинних ландшафтних зонах, місцями у горах. У цих осередках встановлено понад 60 видів диких тварин (гризуни, хижакі), що є джерелом збудника. У зв'язку з ве-

ликою розповсюдженістю природних вогнищ, значною кількістю шляхів передачі захворювання є потенційно небезпечним для великої кількості населення. Реєструється хвороба в багатьох країнах Європи, Америки та Азії переважно у вигляді спорадичних та групових випадків, але можливе набування нею епідемічного характеру. Природними вогнищами туляремії в Україні є степові зони півдня та південного сходу, а також Крим, де визначаються щорічно спорадичні випадки хвороби. Не виключена можливість завезення туляремії з інших регіонів у зв'язку з посиленням в останні десятиріччя торгових зв'язків та міграції населення.

Поширеності розглянутих захворювань в Україні також сприяють невисокий соціальний та санітарно-гігієнічний рівень населення, стихійні негаразди (повені у Закарпатті тощо), вади роботи комунальних служб, розвиток міжнародних контактів, відсутність належної настороженості, а часто - і відповідних знань - серед лікарів.

Контрольні питання:

1. До якої групи інфекційних хвороб належать сибірка, чума, туляремія?
2. Джерело інфекції при сибірці, чумі, туляремії.
3. Шляхи передачі сибірки, чуми, туляремії.
4. Фактори патогенності збудників сибірки, чуми, туляремії.
5. Особливості патогенезу сибірки залежно від місця проникнення збудника
6. Особливості патогенезу туляремії залежно від місця проникнення збудника
7. Місцеві зміни при шкірній формі сибірки.
8. Патогенез гарячки при туляремії.
9. Клінічні прояви порушень з боку нервової системи при туляремії.
10. Клінічні прояви порушень з боку нервової системи при сибірці.
11. Зміни з боку серцево-судинної системи при сибірці.
12. Ускладнення сибірки.
13. Етіотропна терапія сибірки. Препарати та дози.
14. Патогенетична терапія чуми. Препарати, шляхи введення.

Завдання:

1. Скласти комплекс опорних симптомів різних клінічних форм сибірки.
2. Описати сучасний стан захворюваності на сибірку і перспективи її профілактики.
4. Опрацювати таблицю диференціальної діагностики з туляремією, крупозною пневмонією, хворобою легіонерів.
5. Описати методи неспецифічної і специфічної профілактики чуми, як карантинної інфекції.
6. Скласти схему перебігу основних клінічних форм туляремії.
7. Скласти таблицю диференціальної діагностики туляремії з чумою, мононуклеозом, хворобою "котячих подряпин", СНІДом.

8. Зробити порівняльний опис тонзилітів при туляремії, дифтерії, мононуклеозі, черевному тифі, скарлатині, агранулоцитозі.

ТЕМА № 13.

Поняття про трансмісивні інфекції, що регламентуються Міжнародними санітарними правилами: геморагічні гарячки Ласса, Марбург, Ебола. Малярія, підходи до діагностики

Актуальність.

За останні десятиліття відбулися значні зміни у структурі інфекційної захворюваності, значно більшими стали можливості їхньої профілактики та лікування. Водночас, значно зросли можливості швидкого поширення тих чи інших інфекційних хвороб, міждержавного та міжнародного значення почали набувати природні та техногенні катастрофи. Останні за своїми наслідками можуть спричинювати не менш серйозні проблеми, ніж спалахи важких інфекційних хвороб. Тому постала необхідність у створенні нових міжнародних санітарних правил, які б враховували реалії, що виникли. У 2005 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла новий варіант міжнародних санітарних правил. Відтепер регулюванню відповідно до цих правил підлягають «...випадки, які можуть стати надзвичайною ситуацією у галузі суспільної охорони здоров'я, та мають міжнародне значення». До них відносяться:

- Холера, легенева чума, жовта гарячка, геморагічні гарячки Марбург, Ебола, Ласа, гарячка Західного Нілу, натуральна віспа, поліомієліт, що спричинений «диким» вірусом поліомієліту, людський грип, що спричинений новим підтипом (в тому числі й вірусом пташиного грипу – поправка 2006 року), САРС;
- Інші хвороби, які є особливою національною та регіональною проблемою (наприклад, гарячка денге, менінгококова хвороба);
- Інші надзвичайні ситуації у галузі суспільної охорони здоров'я, які можуть впливати на населення інших країн: повені, витікання та викидання хімічних речовин, аварії на ядерних реакторах тощо.

Захворювання, що можуть створювати надзвичайну ситуацію у галузі суспільної охорони здоров'я та мають міжнародне значення, утворюють важливу групу інфекційної патології. Раніше вона називалася карантинними та особливо небезпечними інфекційними хворобами.

Водночас, швидкий цивілізаційний розвиток торкнувся й країн, що розвиваються, розвиток та поширеність біотехнологій створили умови для створення мікроорганізмів із визначеними властивостями, швидкого накопичення мікроорганізмів, в тому числі й таких, що спричинюють важку, часто смертельну інфекційну патологію та здатні швидко поширюватися по планеті. В умовах глобалізації розвитку людської цивілізації, при відповідних транспортних можливостях, надзвичайно актуальними є питання біологічної безпеки та біологічної етики, дотримання яких під час експериментів із живими мікроорганізмами дозволить уникнути їхнього витікання і поширення. Із цією проблемою тісно

пов'язується і питання біологічного тероризму, яке стало актуальним в останні десятиліття внаслідок політичних протистоянь і швидкого технологічного розвитку країн, що розвиваються.

Чума є типовим представником цієї групи захворювань. Якщо раніше до неї відносилися усі клінічні форми, то тепер – лише легенева з огляду на високу ефективність антибактерійної терапії при локальних формах захворювання та відносну епідемічну безпечність таких пацієнтів. Водночас, сприйнятливість людей до чуми висока, індекс контагіозності наближається одиниці, летальність при деяких формах без своєчасно розпочатого лікування досягає 100 %. Ураження людини відбувається кількома шляхами (трансмисивним, контактним, аліментарним, аерогенним), що становить особливу небезпеку для тих, хто контактував із хворими людьми та тваринами, проживає у природних вогнищах.

Розрізняють первинні (природні) та вторинні (синантропні) вогнища чуми. У природних вогнищах головну роль відіграють близько 300 видів та підвидів гризунів. Активні вогнища чуми зберігаються на території країн Південно-Східної Азії, Африки та Південної Америки (Індія, Іран, Пакистан, Перу, Парагвай, Камерун та ін.), де постійно виявляються випадки захворювання серед людей та іноді поширюються до розмірів епідемії (наприклад, епідемія чуми в Індії у 1994 р.). Антропоургічні вогнища виявлені у місцевостях між 35° півн. шир. та 35° півд. шир. У них джерелом збудника є пацюки та миші. Під час чумних епізоотій у населених пунктах встановлено заразність кішок, верблюдів та інших домашніх тварин. В обох типах вогнищ чуми специфічним переносником є блохи (більше 120 видів). Найбільш активними переносниками є щурина та людська блохи.

На теперішній час захворюваність людей на чуму відносно невелика, але у країнах, що мають природні вогнища чуми, особливо у малорозвинених, за низького рівня санітарних умов проживання населення загроза виникнення спалахів чуми існує завжди. Це підтверджують періодичні спалахи хвороби на території країн Центральної Африки та Південно-Східної Азії. В Україні природні вогнища чуми існують у південних та південно – східних регіонах (лісостепова, степова зона) і хоча захворюваність серед людей не визначалась з початку ХХ ст., їх наявність потребує інтенсивного контролю і нагляду з боку медичної служби. Крім того, у зв'язку з посиленням міграції населення не виключається можливість завезення хвороби з інших регіонів як нашими співгромадянами, так і нелегальними емігрантами з країн „третього світу”.

Туляремія також є природно-вогнищевою хворобою, яка зустрічається в усіх рівнинних ландшафтних зонах, місцями у горах. У цих осередках встановлено понад 60 видів диких тварин (гризуни, хижак), що є джерелом збудника. У зв'язку з великою розповсюдженістю природних вогнищ, значною кількістю шляхів передачі захворювання є потенційно небезпечним для великої кількості населення. Реєструється хвороба в багатьох країнах Європи, Америки та Азії переважно у вигляді спорадичних та групових випадків, але можливе набування

нею епідемічного характеру. Природними вогнищами туляремії в Україні є степові зони півдня та південного сходу, а також Крим, де визначаються щорічно спорадичні випадки хвороби. Не виключена можливість завезення туляремії з інших регіонів у зв'язку з посиленням в останні десятиріччя торгових зв'язків та міграції населення.

Поширеності розглянутих захворювань в Україні також сприяють невисокий соціальний та санітарно-гігієнічний рівень населення, стихійні негаразди (повені у Закарпатті тощо), вади роботи комунальних служб, розвиток міжнародних контактів, відсутність належної настороженості, а часто - і відповідних знань - серед лікарів.

Малярія — гостра трансмісивна інфекційна хвороба, якій властиві періодичні приступи гарячки, збільшення печінки та селезінки, анемія. Її спричиняють чотири види плазмодіїв: триденну малярію — *P. vivax*, чотириденну — *P. malariae*, особливий вид триденної — *P. ovale*, тропічну — *P. falciparum*. Збудник проходить складний життєвий цикл із зміною двох хазяїв: безстатевий (шизогонія) — в організмі людини чи хребетних тварин та статевий (спорогонія) — в організмі комарів роду *Anopheles*.

Сьогодні малярія реєструється у понад 100 країнах. Найбільш поширена триденна малярія, однак 98% усіх летальних наслідків зумовлено тропічною малярією. Ареал овале-малярії невеликий, він займає частину Західної і Центральної Африки, зустрічається спорадично в країнах західної частини Тихого океану. Активні осередки малярії є в Узбекистані, Таджикистані, Азербайджані. Завдяки проведенню широкого комплексу протиепідемічних заходів на території України після 1951 року малярія практично не виявлялась. Однак ситуація з цією інфекцією у світі залишається напруженою і в останні роки погіршується. Частішають випадки завозу малярії в нашу країну. Введення поливного огородинства створює умови для збільшення чисельності комарів, у тому числі малярійних, а це сприяє виникненню місцевих випадків хвороби.

У відповідності із епідеміологічною класифікацією геморагічні гарячки (ГГ) поділяються на: комарині – денге, жовту ГГ, Чикунгунья, долини Ріфт; кліщові-омську, Конго-Крим; ГГ з множинними механізмами передачі -Ласса, Ебола, Марбург, аргентинську, ГГНС, болівійську, венесуельську ГГ; внутрішньолікарняні (переважно кров'яні) – Ебола, Марбург, Ласса, Конго-Крим, аргентинську, болівійську.

Геморагічні гарячки набули за останні роки важливого значення в інфекційній патології людини, внаслідок суттєвого поширення у світі, високої контагіозності деяких із них, тяжкого перебігу, значного рівня летальності, складностей клінічної діагностики.

Жовта гарячка, ГГ Марбург, Ебола, Ласса згідно з Міжнародними медико-санітарними правилами останньої редакції (ММСП, 2005р.) входять до переліку конвенційних (карантинних) хвороб.

Міграція населення, пов'язана з трудовою діяльністю, освоєння нових територій змушує людину мимоволі втручатися в екосистеми, що склалися тисячоліттями і, як наслідок, - контактувати з носіями інфекції, що є небезпечним, зважаючи на легкість проникнення збудників в організм. Існуючий сьогодні ендемічний характер захворюваності може приймати вигляд епідемії. Варто пам'ятати і про терористичну небезпеку – можливість застосування збудника як біологічної зброї.

ГГ реєструються на всіх континентах, деякі з них (геморагічна гарячка з нирковим синдромом, Конго-Крим тощо) поширенні і в Україні. Контролювати вогнища інфекції надзвичайно важко, бо резервуаром останньої є гризуни, що розповсюджені скрізь. Тяжкість перебігу захворювання вимагає від лікаря не тільки чіткої діагностики, але й знання алгоритму лікувальних заходів.

Контрольні питання:

1. Джерело інфекції та механізм зараження при ГГНС.
2. Класифікація ГГНС .
3. Основні ланки патогенезу ГГНС.
4. Основні клінічні синдроми ГГНС.
5. Характер температурної кривої при ГГНС.
6. Ускладнення ГГНС.
7. Критерії діагнозу ГГНС.
8. Характеристика груп препаратів для лікування хворих на ГГНС.
9. Правила виписки реконвалесцентів ГГНС.
10. Особливості ураження нирок при ГГНС.
11. До якого класу мікроорганізмів відносяться збудники ГГ?
12. Ймовірні шляхи передачі ГГ, класифікація ГГ за механізмом передачі.
13. Перелік ГГ, що входять до групи конвенційних інфекційних хвороб.
14. Основні напрямки патогенезу при ГГ.
15. Клінічна класифікація жовтої гарячки.
16. Основні клінічні прояви жовтої гарячки.
17. Характер температурної кривої при жовтій гарячці.
18. Патогенез тромбогеморагічного синдрому при ГГ.
19. Ускладнення геморагічних гарячок.
20. Характер змін у гемограмі при геморагічних гарячках.
21. Специфічна діагностика ГГ.
22. Критерії діагнозу Жовтої гарячки.
23. Епідеміологічні особливості Жовтої гарячки.
24. Клінічні прояви геморагічної гарячки Конго-Крим.
25. Джерело інфекції та механізм зараження ГГ Конго-Крим.
26. Класифікація ГГ Конго-Крим.
27. Основні клінічні прояви геморагічного синдрому при ГГ.
28. Імунітет при геморагічних гарячках.
29. Критерії діагнозу геморагічної гарячки Конго-Крим.
30. Профілактика Жовтої гарячки.

31. Принципи етіотропної терапії при ГГ.
32. Ознаки внутрішньої кровотечі при ГГ.
33. Найбільш характерні клінічні прояви при ГГ Ебола.
34. Характер висипань при ГГ Марбург.
35. Характерні зміни в гемограмі при ГГ Ебола.
36. Критерії діагнозу при ГГ Ласса.
37. Клінічні особливості ГГ Марбург.
38. Основні причини летальності при ГГ.
39. Принципи патогенетичної терапії при ГГ.
40. Правила госпіталізації, догляду та виписки зі стаціонару.

Завдання:

1. Скласти таблицю: найбільш характерні ускладнення ГГ.
2. Методи специфічної діагностики ГГ.
3. Динаміка бактеріологічних методів діагностики лептоспірозу.
4. Скласти таблицю: диференційна діагностика ГГ: Ласса, Марбург, Ебола.
5. Скласти таблицю: диференційна діагностика ГГ: Жовта, Конго-Крим.