

ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЇ У ДОРΟΣЛИХ

***Методичні вказівки
для самостійної роботи
здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів
за спеціальністю "Медицина"***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЇ У ДОРΟΣЛИХ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів
за спеціальністю "Медицина"*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 6 від 27.03.2025.

Харків
ХНМУ
2025

Дитячі інфекції у дорослих : метод. вказівки для самот. роботи здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів спец. "Медицина" / упоряд. К. В. Юрко, Г. О. Соломенник, О. М. Винокурова та ін. Харків : ХНМУ, 2025. 24 с.

Упорядники К. В. Юрко
 Г. О. Соломенник
 О. М. Винокурова
 Н. Ф. Меркулова
 Д. В. Кацапов
 В. Г. Ткаченко

Тема заняття: Дитячі інфекції у дорослих. Кір. Краснуха. Скарлатина. Епідемічний паротит.

1. Кількість годин: 5,0.

2. Матеріальне та методичне забезпечення: методичні вказівки, підручники, навчальні посібники, робочий зошит, контрольні питання, тести, задачі, виписки із історій хвороби, таблиці та інший ілюстративний матеріал (мультимедійні презентації, відеофільми), нормативні документи ВООЗ, МОЗ.

3. Обґрунтування теми.

"Дитячими", або "дитячими" краплинними, називають інфекції, які до початку масової імунізації переважно вражали дитяче населення. Це було зумовлено значним поширенням збудників у популяції, легкістю передачі (повітряно-краплинний шлях) та формуванням стійкого тривалого імунітету після хвороби. Для профілактики більшості "дитячих" інфекцій розроблені вакцини, які дали змогу значно знизити рівень захворюваності на ці хвороби та віднести їх до групи так званих "керованих" інфекцій. Хоча виконання профілактичних заходів зменшило захворюваність на ці інфекції серед дітей у сотні разів, відбувся її зсув на більш старші вікові категорії, що пов'язано з тривалістю штучного імунітету.

Кір, краснуха, скарлатина та епідемічний паротит відіграють величезну роль у патології людини. Кір є однією з найпоширеніших і найбільш контагіозних краплинних інфекцій у світі. Значна поширеність захворювання, тяжкий перебіг, можливість розвитку в подальшому повільних інфекцій з тяжким ураженням центральної нервової системи зумовлює той факт, що кір, незважаючи на наявність досить ефективних профілактичних заходів, залишається проблемою охорони здоров'я глобального масштабу. Особливо це стосується країн, що розвиваються, де ця інфекція спричиняє епідемії та залишається основною причиною захворюваності та смертності.

Натепер випадки краснухи реєструють у всіх країнах світу. Незважаючи на переважно легкий перебіг цієї хвороби, великої небезпеки вона набуває у разі зараження вагітної жінки, оскільки може призвести до переривання вагітності, тяжких вад розвитку плода, внутрішньоутробної загибелі дитини. Захворювання, що спричиняють подібні ураження плода у разі інфікування під час вагітності, виділяють в окрему групу TORCH-інфекцій, вивчення та діагностика яких посідає велике місце діяльності не лише інфекціоністів, але й акушерів-гінекологів, генетиків, неонатологів, педіатрів. За оцінками фахівців, у країнах, що розвиваються, щороку виникає понад 100 тис. випадків синдрому вродженої краснухи, у зв'язку з чим Європейський та Американський регіони ВООЗ взяли за мету елімінацію краснухи в світі.

Скарлатина не належить до "керованих" інфекцій, оскільки проти неї не існує профілактичних щеплень та її неможливо попередити шляхом вакцинації (як кір, краснуху чи епідемічний паротит). Найчастіше на скарлатину хворіють діти від 2 до 10 років, але вона може виникати і в дорослих осіб молодого віку.

Незважаючи на можливість проведення ефективної специфічної профілактики, натепер епідемічний паротит залишається однією з найпоширеніших і дуже контагіозних інфекцій у світі. Вакцинація суттєво знизила дитячу захворюваність, проте неповне її охоплення та ослаблення імунітету, що відбувається з часом, призводять до виникнення спалахів цієї інфекції серед дорослих осіб молодого віку. Хвороба може перебігати з ураженням усіх залозистих органів і центральної нервової системи, що зумовлює ризик тяжкого перебігу та виникнення таких серйозних наслідків, як хронічний панкреатит, цукровий діабет, чоловіче безпліддя, глухота, викидні, тиреоїдит із функціональною недостатністю щитоподібної залози тощо.

Зважаючи на те, що на краснуху та епідемічний паротит хворіють переважно діти та особи молодого віку, ці інфекції становлять велику небезпеку репродуктивному здоров'ю популяції.

4. Мета заняття:

– **загальна:** оволодіти правилами ведення пацієнта з "дитячими" краплинними інфекціями, зокрема кором, краснухою, скарлатиною, епідемічним паротитом;

– **конкретна:**

а) здобувач має знати:

– збудник кору, краснухи, скарлатини, епідемічного паротиту, їх властивості;
– епідеміологію кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;
– патогенез кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;
– клінічну класифікацію кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;
– клінічні особливості, характер перебігу основних клінічних варіантів, частоту ускладнень, прогноз при різних клінічних варіантах кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;

– критерії оцінки тяжкості кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;
– ускладнення кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту, їх клініку;
– диференційну діагностику кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;
– методи лабораторної діагностики кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;

– принципи лікування кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту, показання до госпіталізації;

– протиепідемічні заходи в осередку кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;

– профілактику кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту;

– правила виписки й диспансерного спостереження після перенесених кору, краснухи, скарлатини та епідемічного паротиту.

б) здобувач має вміти:

– зібрати анамнез хвороби, оцінити епідеміологічні дані;
– встановити попередній і клінічний діагнози захворювання;
– визначити необхідний перелік лабораторних та інструментальних досліджень та оцінити їх результати;

– визначити наявність у хворого ускладнень, невідкладного стану;

– провести диференційну діагностику із захворюваннями, які перебігають з подібною симптоматикою;

– визначити характер харчування при лікуванні кору, краснухи, скарлатини, епідемічного паротиту;

– визначити принципи та характер лікування кору, краснухи, скарлатини, епідемічного паротиту;

– планувати та проводити профілактичні та протиепідемічні заходи щодо кору, краснухи, скарлатини, епідемічного паротиту;

– вести медичну документацію, зокрема оформити екстрене повідомлення в територіальний орган епідеміологічного нагляду.

в) практичні навички:

– збирання інформації про пацієнта;

– оцінювання результатів опитування, фізикального обстеження (огляд шкіри, огляд ротоглотки, пальпація лімфатичних вузлів, пальпація навколотовушних залоз);

– призначення плану обстеження відповідно до встановленого попереднього діагнозу;

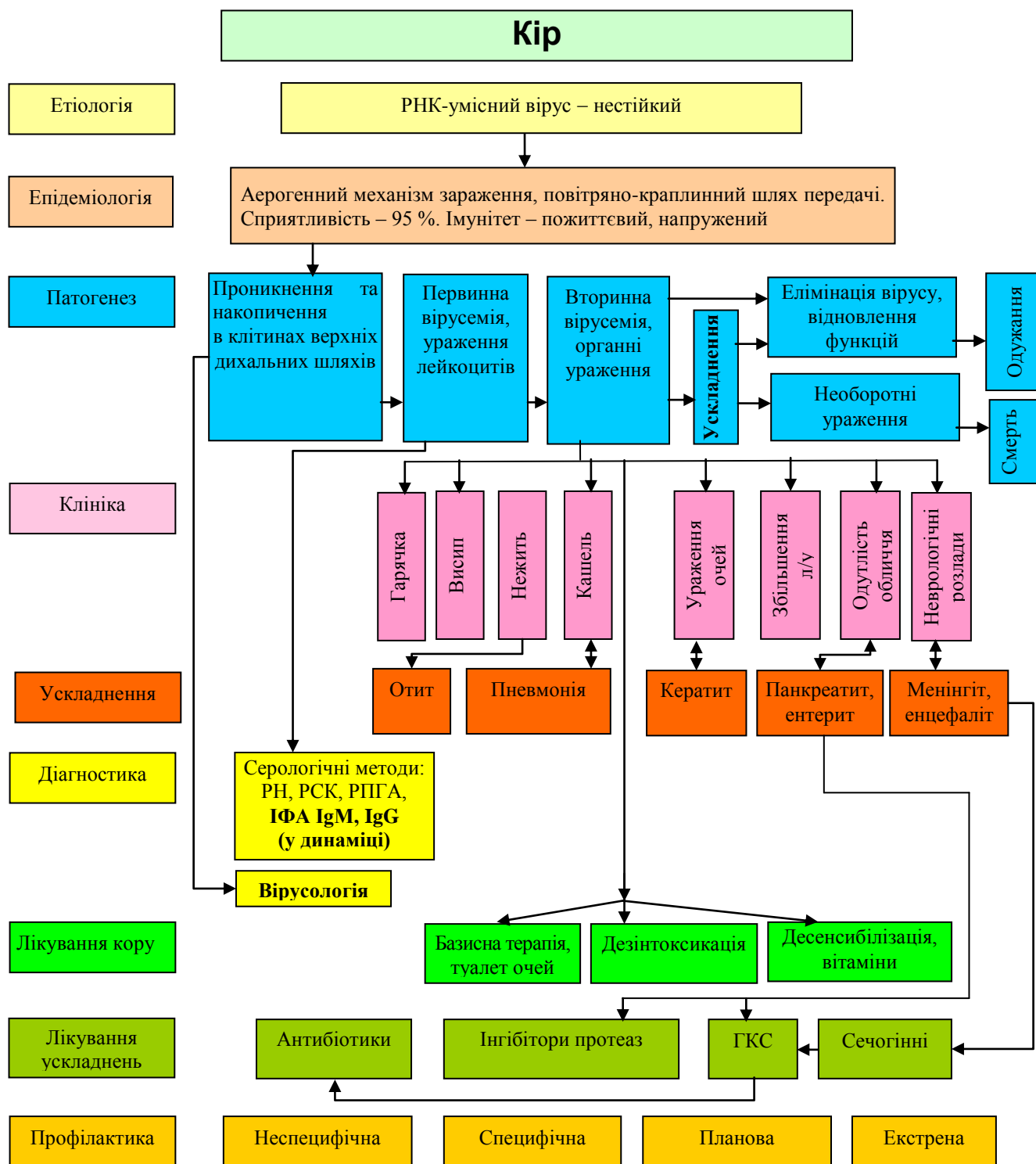
– інтерпретація результатів лабораторних (клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, "печінкові" проби, коагулограма, імуноферментний аналіз (ІФА),

полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)) та інструментальних (рентгенографія, ультразвукове дослідження (УЗД) тощо) досліджень;

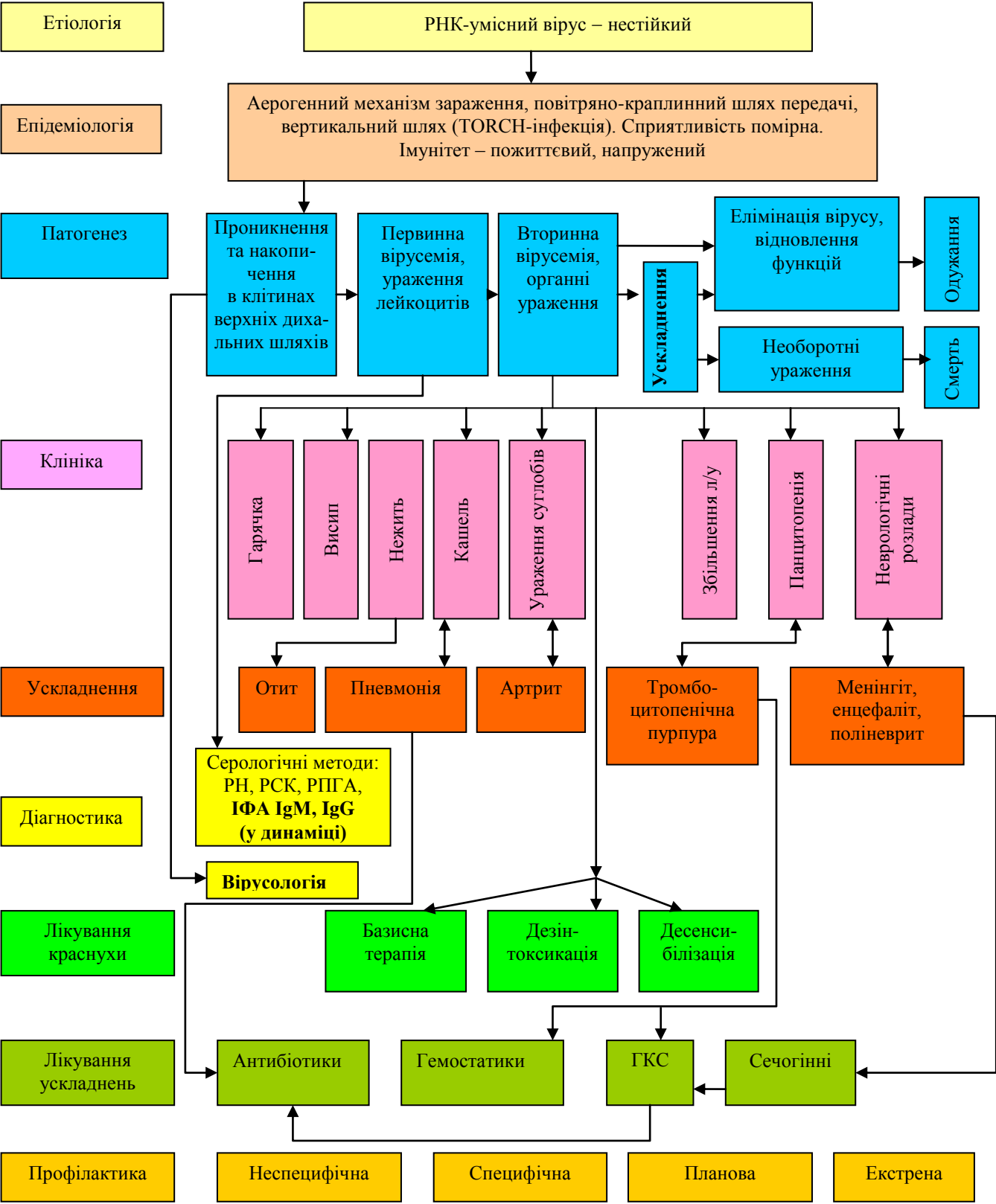
– призначення плану лікування з урахуванням етіології, клінічної картини, стадії хвороби, тяжкості стану, алергологічного анамнезу, супутньої патології, наявності ускладнень;

– надання допомоги у разі виникнення невідкладних станів (круп, набряк-набухання головного мозку тощо).

5. Граф логічної структури теми.



Краснуха



Скарлатина

Етіологія

Збудник – *Streptococcus pyogenes*
(β-гемолітичний стрептокок серогрупи А), здатний до утворення екзотоксину

Епідеміологія

Джерело інфекції – хвора на скарлатину та будь-яку іншу форму стрептококової інфекції (ангіна тощо) людина
Механізм зараження – аерогенний, шлях передачі – повітряно-краплинний
Сезонність осінньо-зимова, частіше хворіють діти дошкільного та раннього шкільного віку
Сприйнятливість – висока. Імунітет (антитоксичний) – тривалий, напружений

Патогенез

1. Проникнення в організм людини (носоглотка, мигдалики, зрідка – ушкоджена шкіра, пологові шляхи)
2. Вплив *S. pyogenes* на організм хворого

| | | |
|--|---|---|
| Септичний (запально-некротичні явища в ділянці вхідних воріт, регіонарних лімфатичних вузлах). | Токсичний (токсинемія, дія токсину на ЦНС, ССС, шкіру тощо) | Алергічний (сенсibiлізація організму) |
|--|---|---|

Фази патогенезу

| | | | |
|-----------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| Зараження | Інтоксикації | Алергічних реакцій | Формування антитоксичного імунітету |
|-----------|--------------|--------------------|-------------------------------------|

Класифікація (клінічні форми)

| | |
|---|--|
| Типові: | Атипові: |
| <ol style="list-style-type: none"> За тяжкістю перебігу: легка, середньотяжка, тяжка (токсична, септична, токсико-септична). За перебігом інфекційного процесу: <ul style="list-style-type: none"> – без алергійних хвиль і ускладнень; – з алергійними хвилями; – з ускладненнями алергійного характеру (нефрит, міокардит, синовіт); – з гнійними ускладненнями, септикопiемією (гнійний артрит) | <ol style="list-style-type: none"> Стерті, абортивні. Форми з агравованими симптомами (гіпертоксична, геморагічна). Екстрабукальні форми: ранова, опікова, післяпологова, післяопераційна |

Клінічні прояви

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|
| Гарячка, ініціальне ініціальне блювання | Ангiна, "зiв, що палає" | Регіонарний лімфаденіт | "Малиновий" язик | Висип, симптом Пастіа | Блідий носогубний трикутник | Білий дермографізм | Виразена сухість шкіри |
|---|-------------------------|------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|

Ускладнення

| | | |
|--|--|--|
| Ранні: | Гнійно-септичні: | Інфекційно-алергічні: |
| <ul style="list-style-type: none"> – міокардит; – геморагічний васкуліт; – нефрит | <ul style="list-style-type: none"> – пневмонія; – отит; – артрит, бурсит; – синусит; – лімфаденіт | <ul style="list-style-type: none"> – міокардит; – ревматизм; – гломерулонефрит; – хвороба Шенлейн-Геноха |

Діагностика

| | | | |
|--|------------|---|--------------------------|
| Лейкоцитоз, нейтрофiльоз з паличкоядерним зсувом | Лімфопенія | Збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) | Ознаки "токсичної" нирки |
|--|------------|---|--------------------------|

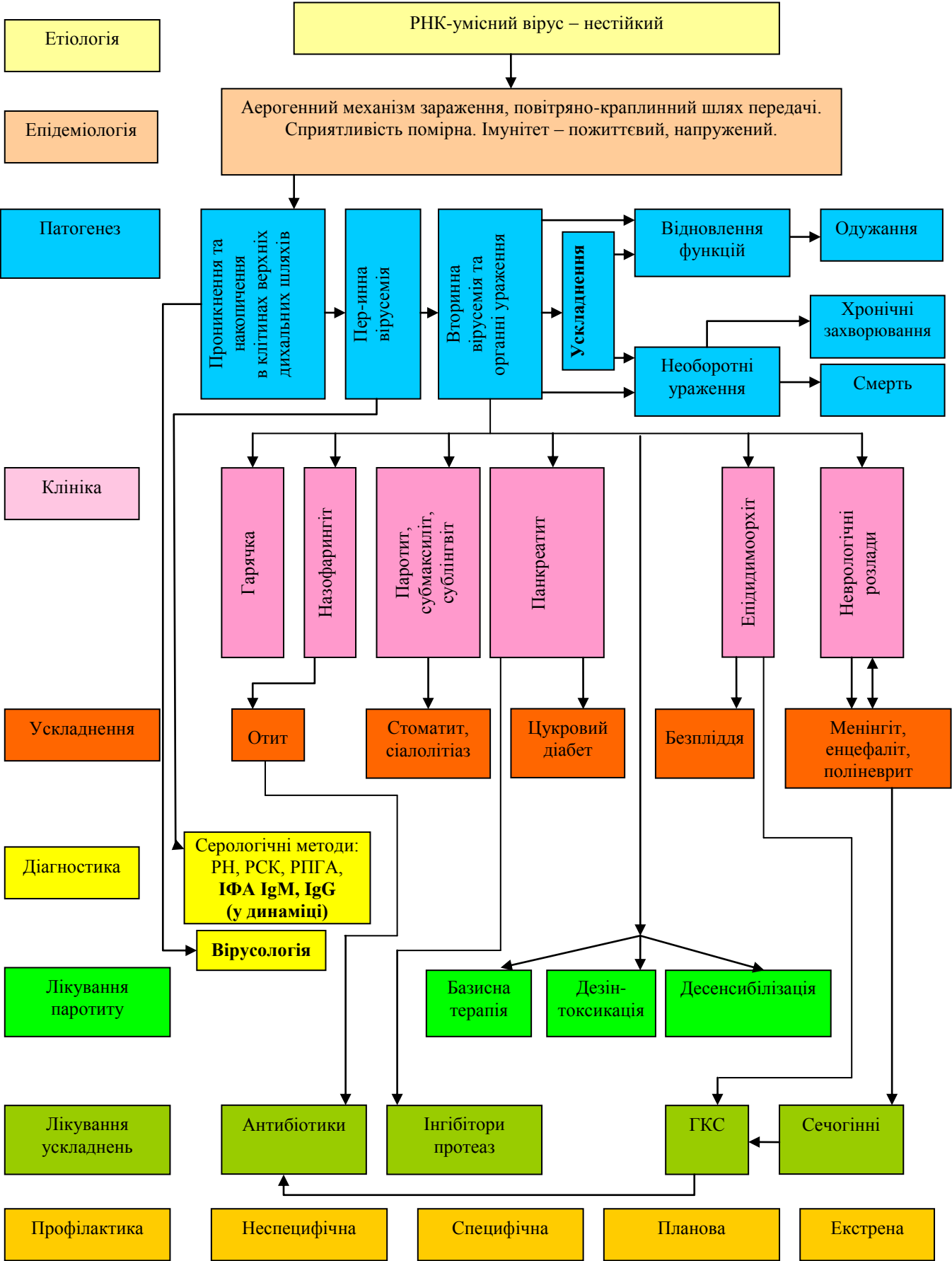
Лікування

| | | | |
|-------------|-----------------------|--------------|-------------|
| Антибіотики | Антигістамінні засоби | Антипіретики | Антисептики |
|-------------|-----------------------|--------------|-------------|

Профілактика

| | |
|--|--|
| Неспецифічна | |
| Роз'єднання контактних осіб та спостереження за ними протягом 7 днів | Поточна та заключна дезінфекція в осередку |

Епідемічний паротит



6. Орієнтована карта роботи здобувачів:

1. Курація тематичного хворого/розбір клінічного випадку (виписки з історії хвороби) з відпрацюванням практичних навичок у ліжка хворого.
2. Визначення опорних і допоміжних симптомів, провідних синдромів.
3. Встановлення попереднього діагнозу.
4. Призначення лабораторних та інструментальних методів обстеження, що підтвердять або спростують попередній діагноз.
5. Проведення інтерпретації отриманих результатів, висновки.
6. Проведення диференційної діагностики зі схожими хворобами.
7. Встановлення заключного діагнозу за клінічною класифікацією та за МКХ-10 (11).
8. Призначення плану лікування.
9. Прогноз, профілактика.
10. Оформлення (заповнення) робочого зошита.

Матеріали до практичного заняття

Кір – гостре вірусне захворювання людини з групи повітряно-краплинних інфекцій, яке проявляється інтоксикацією, гарячкою, респіраторним синдромом, кон'юнктивітом, специфічною енантемою (плями Бельського–Філатова–Копліка) і макулопапульозним висипом.

Етіологія. Збудником хвороби є РНК-умісний вірус *Polinosa morbillarum*, який належить до родини *Paramyxoviridae*, роду *Morbillivirus*. Швидко інактивується під впливом дезінфектантів, високих температур, ультрафіолетове опромінення (УФО).

Епідеміологія. Джерело інфекції – хвора на кір людина (з останніх 2 днів інкубаційного періоду до 5-го дня після появи висипу). Механізм зараження – аерогенний (аерозольний). Шлях передачі – повітряно-краплинний. Сприйнятливість неімунізованих осіб дуже висока. Після перенесеного захворювання зберігається стійкий імунітет.

Патогенез. Вхідними воротами для вірусу кору є епітелій носоглотки або кон'юнктив. За 2–3 дні після інфікування та реплікації вірусу в епітелії і регіонарних лімфатичних вузлах відбувається первинна вірусемія з подальшим проникненням в органи ретикуло-ендотеліальної системи (гематогенна дисемінація). Крім лейкоцитів та ендотелію судин, вірус має тропність до нервової тканини та здатність пригнічувати функціональну активність лімфоцитів, спричиняти виникнення імунодефіциту (анергії), що призводить до активації вторинної бактеріальної флори.

Клінічні прояви. Інкубаційний період триває 9–17 діб, але після введення імуноглобуліну може продовжуватися до 21 доби. Виділяють типову (легкого, середньої тяжкості, важкого ступеня тяжкості) і атипову (мітигована, стерта, абортівна) форми кору.

У перебігу типового кору виділяють такі періоди: *початковий* (продромальний, або катаральний); *розпалу* (висипу); *реконвалесценції*. Хвороба починається гостро, з ознобу, підвищення температури тіла до 38–40 °С, що супроводжується іншими проявами загальної інтоксикації. Найближчим часом до них приєднуються прояви респіраторного синдрому у вигляді риніту, фарингіту, ларингіту, тонзиліту, трахеїту, бронхіту, ознаки кон'юнктивіту. Нежить, кашель і кон'юнктивіт складають "корову тріаду" Стімсона. Характерним є також зовнішній вигляд хворого (гіперемія та дутлість обличчя), збільшення периферичних (підщелепних, задньо- та передньошийних, пахвових) лімфатичних вузлів. У частини хворих виникають біль у животі та діарея. На 2–3-й день хвороби на слизовій оболонці щік, частіше навпроти малих корінних зубів, з'являються невеликі елементи білого кольору, оточені еритемою (плями Бельського–Філатова–Копліка), які є патогномонічною ознакою кору. Тривалість початкового періоду становить 3–4 дні.

На 4–5-й день стан хворого погіршується внаслідок підсилення симптомів інтоксикації, а на шкірі обличчя з'являється макулопапульозний висип (настає період розпалу хвороби), який згодом поетапно поширюється на тулуб і кінцівки. Перед появою чергової хвилі висипу температура тіла зазвичай дещо знижується, а під час появи – знову підвищується, що супроводжується посиленням проявів загальної інтоксикації. Іноді може виникати геморагічний синдром (геморагічний висип, носові кровотечі тощо).

Період реконвалесценції (пігментації) настає приблизно на 9–11-й день від початку хвороби: температура тіла знижується, висип втрачає яскравість і темніє в тій самій послідовності, що й з'являється, решта симптомів регресує.

Критеріями тяжкості хвороби є гіпертермія (40,5–41 °С), ознаки гіпертоксикозу (повторне блювання, анорексія, порушення свідомості, психомоторне збудження), геморагічний синдром, гемодинамічні порушення (зниження артеріального тиску (АТ), глухість серцевих тонів, тахікардія, аритмія), у дітей – виникнення гострого стенозу гортані (круп).

Мітигований кір – особлива атипова форма хвороби, що виникає у щеплених або в осіб, які отримали специфічний імуноглобулін, а також у дітей першого півроку життя (мають материнські захисні антитіла). Характеризується тривалішим інкубаційним періодом, легким перебігом. Плями Копліка найчастіше відсутні. Висип поодинокий, етапність появи висипу відсутня.

До *особливостей перебігу кору в дорослих осіб* належать переважання тяжких і середньо-тяжких форм над легкими, високий ризик виникнення ускладнень, зокрема вторинної бактеріальної інфекції, гепатиту та летальних наслідків, довша тривалість початкового періоду (висип може з'являтися на 6–9-й день хвороби та навіть пізніше), відсутність етапності появи висипу. Особи з імунодефіцитом, зокрема ВІЛ-інфіковані є групою ризику щодо тяжкого, затяжного та летального кору. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів кір прискорює розвиток СНІДу.

Ускладнення частіше трапляються у дітей старшого віку та дорослих осіб. До них належать круп, середній отит, бактеріальна пневмонія, стоматит, кератокон'юнктивіт, гепатит, який швидко минає, панкреатит, клінічно виражений енцефаліт (виникає приблизно в 0,1 % випадків) тощо. Украй рідкісним пізнім ускладненням є підгострий склерозивний паненцефаліт, який виникає впродовж 7 років після перенесеної хвороби.

Діагностика. У клінічному аналізі крові за неускладненого перебігу хвороби виявляють лейкопенію, нейтропенію та лімфоцитоз, у разі виникнення бактеріальних ускладнень – лейкоцитоз, нейтрофіліоз, збільшення ШОЕ.

Виникненню в хворого серозного менінгоенцефаліту відповідають характерні зміни в цереброспінальній рідині, гепатиту – підвищення активності цитолітичних ферментів у сироватці крові.

Специфічну діагностику на сучасному етапі проводять за допомогою методу ІФА, який дає змогу виявити антитіла до антигенів вірусу (IgM з'являються вже в період розпалу, IgG – після 10-го дня хвороби). Застосовують метод парних сироваток.

Антигени вірусу можна знайти в мазках із носоглотки за допомогою реакції імунофлюоресценції (РІФ). У розвинених країнах з метою визначення РНК вірусу застосовують ПЛР.

Лікування. Хворих на кір госпіталізують за показаннями. Ізоляція хворих необхідна з початку продромального періоду до 4-ї доби після появи висипу (в умовах стаціонару в бокс, амбулаторно – в окрему добре провітрювану кімнату). Необхідно дотримуватися ліжкового режиму протягом 7–10 днів, приймати велику кількість рідини (соки, компоти, кисілі), механічно та хімічно щадну їжу. Тривалість ліжкового режиму залежить

від ступеня інтоксикації та її тривалості. Антибіотики при типовому перебігу не призначають. Вони показані за появи бактерійних ускладнень. Важливого значення надають догляду за шкірою, ротовою порожниною, кон'юнктивами. Рекомендується періодично промивати очі теплою перевареною водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату, при вираженому кон'юнктивіті – закапувати 20 % розчином сульфацилнатрію. Напрями патогенетичної терапії: дезінтоксикація, десенсибілізація, проти-запальні (ібупрофен), жарознижувальні (парацетамол), відхаркувальні (амброксол) засоби, вітаміни (зокрема ретинол), краплі в ніс тощо.

Доцільність призначення етіотропних препаратів, зокрема рибавірину та інтерферону, навіть із перших днів хвороби є досить сумнівною, а думки вчених щодо питання ефективності цього напрямку терапії при кору – вельми суперечливими.

Профілактика та заходи в осередку. Контактні особи підлягають роз'єднанню з 9-го дня по 21-й день від початку контакту. Щеплені проти кору і ті, хто раніше перехворів, підлягають спостереженню. В епідемічному осередку щоденно проводять профілактичний огляд і термометрію. Специфічну профілактику кору здійснюють за допомогою живої корової вакцини (вакцинацію проводять планово за віком та екстрено), протикорового гамма-глобуліну або нормального людського імуноглобуліну, який вводять контактним особам у перші 72–144 год після контакту з хворим на кір.

Краснуха – гостре вірусне захворювання людини з групи повітряно-краплинних інфекцій, яке характеризується незначно або помірно вираженими проявами інтоксикації та респіраторного синдрому, дрібноплямистим висипом, потиличним лімфаденітом, у вагітних – великим ризиком ураження плода. Останнє зумовлює її належність до групи TORCH-інфекцій.

Етіологія. Збудником хвороби є РНК-умісний вірус, який належить до роду *Rubivirus*, родини *Togaviridae*. Швидко інактивується під впливом дезінфектантів, високих температур, УФО, під час висихання.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора на будь-яку, навіть, безсимптомну форму краснухи людина впродовж останніх 7–10 днів інкубаційного періоду (що ближче до початку хвороби, то вищою є контагіозність) та ще 5 днів після появи висипу. Механізм зараження – аерозольний, шлях передачі – повітряно-краплинний. У разі інфікування вагітної існує високий ризик вертикальної передачі вірусу від матері до дитини. Сприйнятливість висока та становить 60–80 %. Хворіють переважно діти віком від 1 до 8 років. Діти віком до 6 міс мають пасивний імунітет завдяки материнським антитілам. Захворюваність спорадична або у вигляді спалахів у дитячих колективах. Сезонність зимово-весняна (холодна пора року). Після перенесеного захворювання залишається стійкий пожиттєвий імунітет.

Патогенез. Вхідними воротами інфекції та місцем первинної реплікації вірусу є епітелій верхніх дихальних шляхів. Надалі гематогенно (первинна вірусемія) вірус проникає в лімфатичні вузли (вірус має виражену лімфотропність), а звідти – знову в кров (вторинна вірусемія), наслідком чого є гематогенна дисемінація збудника з фіксацією в різних органах, зокрема плаценті, та поява клінічних проявів хвороби. Особливістю вірусу є його дерматотропність (набута краснуха) та тропність до ембріональних тканин (вроджена краснуха). Тяжкість вроджених вад плода є більш значною, якщо інфікування відбувається в перші 8 тиж вагітності.

Клінічні прояви. Виділяють набуту і вроджену краснуху. Інкубаційний період у разі *набутої форми* триває 13–24 днів. Її поділяють на типову (легка, середньої тяжкості, тяжка), атипичну (без висипу), безсимптомна (інапарантна, субклінічна) форми. Хвороба починається гостро: підвищується температура тіла до 37,5–38 °С, на обличчі

з'являється дрібноплямистий висип, який швидко, упродовж кількох годин поширюється на тулуб і кінцівки. Він нерясний, з переважною локалізацією на розгинальних поверхнях, на незміненому тлі, немає тенденції до злиття. Зникає зазвичай через 3 дні без пігментації. Прояви інтоксикації не виражені. Водночас із висипом, а в частини хворих за 1–2 дні до його появи можуть виникати ознаки ураження дихальних шляхів – нежить, біль та відчуття сухості у горлі, першіння, кашель. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована, із зернистістю. Кон'юнктиви ін'єковані. Характерним симптомом є лімфаденопатія з переважним збільшенням потиличних та/або задньошийних лімфатичних вузлів, які стають чутливими на дотик. У дорослих осіб хвороба може перебігати тяжче внаслідок більш виражених проявів інтоксикації, виникнення ускладнень (артрит, тромбоцитопенічна пурпура, енцефаліт тощо).

Вроджена краснуха виникає у разі, якщо жінка перехворіла на краснуху в першому триместрі вагітності. Перебігає як хронічна інфекція з персистенцією вірусу впродовж 1–2 років. Клінічно характеризується появою в ранньому неонатальному періоді геморагічного висипу, збільшенням печінки та селезінки, анемією, тромбоцитопенією тощо на тлі тріади Грега (сліпота, глухота, вади серця) або її окремих складових.

Діагностика. У клінічному аналізі крові за неускладненого перебігу хвороби виявляють досить виражену лейкопенію, нейтропенію, лімфомоноцитоз і клітини Тюрка, кількість яких може сягати 10–30 %. Клітини Тюрка – незрілі мононуклеари, що мають ознаки як атипових лімфоцитів (атипових мононуклеарів), так і плазматичних клітин. Часто реєструють тромбоцитопенію.

Специфічну діагностику на сучасному етапі проводять за допомогою методу ІФА, який дає змогу виявити антитіла до антигенів вірусу (IgM з'являються вже на 4–5-й, IgG – після 10-го дня хвороби). Застосовують метод парних сироваток. У розвинених країнах з метою визначення РНК вірусу проводять ПЛР.

Лікування. Хворих госпіталізують винятково за показаннями. Ізоляцію припиняють за 5 днів від появи висипу. Застосовують патогенетичну (десенсибілізація) та симптоматичну терапію. Краснуха є показанням для переривання вагітності в I триместрі.

Профілактика та заходи в осередку. Для специфічної профілактики використовують живу краснушну вакцину. Першу дозу вводять у віці 12 міс. Ревакцинацію проводять у 6 і 15 років (у дівчат). ВООЗ рекомендує всім країнам, що виконують програму елімінації кору, використовувати цю можливість для одночасної елімінації краснухи шляхом застосування комбінованих вакцин (корово-паротитно-краснушна). Хворий підлягає ізоляції на 5 днів з моменту появи висипу. Контактних осіб не роз'єднують, але їм уводять імуноглобулін (пасивна імунізація).

Скарлатина – гостре бактеріальне захворювання людини з групи повітряно-краплинних інфекцій, яке проявляється інтоксикацією, гарячкою, тонзилітом та екзантемою.

Етіологія. Збудником хвороби є *Streptococcus pyogenes* (β-гемолітичний стрептокок серогрупи А), який продукує екзотоксин (токсин Діка). Це грампозитивні коки, які в мазках утворюють ланцюги. Умовою виникнення хвороби є відсутність антитоксичного імунітету.

Епідеміологія. Джерело інфекції – людина, хвора на скарлатину або іншу форму стрептококової інфекції (наприклад, ангіну), бактеріоносії. Хворий стає заразним з появою перших симптомів і є небезпечним протягом усього захворювання, переважно – у перші 10–12 діб; до 2–3-го тиж заразність знижується, якщо хворий не стає носієм. Тривалість періоду контагіозності (іноді 3 тиж та довше) залежить від

особливостей перебігу хвороби та своєчасності призначення антибактеріальної терапії. Механізм зараження – аерозольний, шлях передачі – повітряно-краплинний. Не виключають можливість в окремих випадках інфікування дитини контактно-побутовим шляхом (через забруднені руки, іграшки тощо). Частіше хворіють діти дошкільного та молодшого шкільного віку в осінньо-зимовий період. Після перенесеної хвороби виникає стійкий антитоксичний імунітет.

Патогенез. Вхідні ворота інфекції – слизова оболонка ротоглотки, зокрема піднебінних мигдаликів, де збудник розмножується, спричиняє місцеву запальну реакцію. Основний фактор патогенності – екзотоксин. У патогенезі скарлатини виділяють токсичний (зумовлює основні прояви хвороби, зокрема ураження вегетативної нервової системи), алергійний (зумовлює повторні хвилі гарячки, виникнення певних ускладнень, наприклад, міокардиту) і септичний (ангіна, ускладнення, зокрема гнійний лімфаденіт, гнійний артрит тощо) компоненти.

Іноді, у край рідко, атипові форми скарлатини, які мають назву екстрабукальні, або екстрафарингеальні, виникають унаслідок потрапляння збудника в організм людини через пошкоджену шкіру (ранова форма), опікову поверхню (опікова форма),пологові шляхи (пологова форма).

Після перенесеної скарлатини повторне зараження стрептококом призводить до виникнення інших форм стрептокової інфекції.

Клінічні прояви. Тривалість інкубаційного періоду може тривати від 2 до 12 діб. Хвороба починається гостро, раптово з ознобу, підвищення температури тіла до 38–39 °С, болю в горлі під час ковтання. Крім традиційних проявів загальноінтоксикаційного синдрому характерним є виникнення блювання. За кілька годин з'являється висип.

До характерного для скарлатини симптомокомплексу, окрім гострого початку, гарячки та інших проявів загальної інтоксикації, висипу, належить гострий тонзиліт (на 2–4-й день хвороби стає некротичним), яскрава гіперемія ротоглотки ("зів, що палає"), регіонарний підщелепний лімфаденіт, яскраво-червоний, з гіпертрофованими сосочками язик, що нагадує ягоду малини ("малиновий язик"), виражена сухість, шорсткість шкіри, білий дермографізм, зміни з боку ССС (тахікардія, підвищення АТ → зниження АТ), симптом Філатова (вільний від висипу та блідий носо-губний трикутник), симптом Пастіа (скупчення висипу в природних складках із можливою появою петехій).

Висип еритематозний, точковий, розташовується на гіперемованому тлі, схильний до злиття. Локалізується на обличчі (щоки), шиї, тулубі (живіт, бокові поверхні, кінцівках (внутрішні поверхні стегон тулуба). Часто супроводжується помірним свербінням. На 2–3-й день хвороби висип сягає максимуму, а до кінця тижня поступово згасає. На місці висипу з'являється лущення, що на долонях і стопах має пластинчастий характер, на решті поверхонь – висівкоподібний. За неускладненого перебігу температура тіла нормалізується на 4–7-й день хвороби.

Особливістю перебігу екстрабукальних форм скарлатини є наявність місцевих проявів за відсутністю ангіни та ознак генералізації процесу ("малиновий язик", симптом Пастіа тощо).

До можливих ускладнень належать отит, синусит, ранній токсичний і пізній алергійний міокардит, гломерулонефрит, стрептококовий сепсис, гнійний бурсит, артрит, лімфаденіт тощо. Алергічні ускладнення найчастіше виникають на третьому тижні хвороби і пізніше.

Діагностика. У клінічному аналізі крові виявляють нейтрофільний лейкоцитоз, паличкоядерний зсув, збільшення ШОЕ, лімфопенію, з 5–7-го дня хвороби – еозинофілію. Специфічну діагностику в клінічній практиці не застосовують.

Лікування. Хворих госпіталізують винятково за показаннями. Принциповим є раннє призначення етіотропної терапії – антибіотику пеніцилінового ряду (бензилпеніцилін по 50–100 тис. Од/кг на добу) впродовж 10 днів. Альтернативними антибіотиками є макроліди (азитроміцин), цефалоспорины. Патогенетична терапія передбачає застосування антигістамінних засобів, орофарингеальних антисептиків, проведення дезінтоксикації тощо.

Профілактика та заходи в осередку. Специфічну профілактику не розроблено. Хворих ізолюють на 22 дні або до 12-го дня з моменту одужання. Виписують зі стаціонару не раніше 10-го дня хвороби. Дітей дошкільного віку та учнів перших двох класів, які були в контактi з хворим на скарлатину, але раніше не хворіли, роз'єднують на 7 днів з моменту ізоляції хворого. За всіма контактними особами (діти, дорослі, що працюють у дитячих закладах) встановлюють медичне спостереження на такий самий термін. В осередку регулярно проводять поточну дезінфекцію.

Епідемічний паротит (син. – свинка) – гостре вірусне захворювання людини з групи повітряно-краплинних інфекцій, яке характеризується ураженням слинних залоз (переважно привушних), рідше – інших залозистих органів і нервової системи на тлі помірно виражених проявів інтоксикаційного синдрому.

Етіологія. Збудником хвороби є *Paramyxovirus parotidis* – РНК-умісний вірус із родини параміксовірусів. До мутацій не схильний. Малостійкий до впливу чинників навколишнього середовища: нагрівання й висушування, опромінення і дії хімічних речовин (хлор, формалін, лізол тощо), досить стійкий до низьких температур.

Епідеміологія. Джерело інфекції – хвора людина (зокрема зі стертою та безсимптомною формами хвороби), яка є заразною з останніх 2 днів інкубації до 9-го дня від початку клінічних проявів. Механізм зараження – аерозольний, шлях передачі – повітряно-краплинний. Не виключають можливість зараження дитини через контаміновані речі, наприклад дитячі іграшки. Переважно хворіють діти. Захворюваність характеризується зимово-весняною сезонністю. Після перенесеної хвороби формується стійкий, довічний імунітет.

Патогенез. Вхідними воротами інфекції та місцем первинної реплікації вірусу є епітелій верхніх дихальних шляхів. Надалі виникає вірусемія та гематогенне поширення. Вірус має тропність до залозистої та нервової тканин. Найчастіше уражуються слинні залози (привушні, підщелепні), але можливе залучення до патологічного процесу підшлункової залози тощо. Іноді виникає повторна вірусемія, яка зумовлює поширення вірусу на інші чутливі до вірусу органи (паротит → панкреатит; паротит → орхіт; паротит → менінгіт тощо).

Клінічні прояви. Інкубаційний період триває 11–25 діб (найчастіше 15–19 діб). До типових форм епідемічного паротиту належать залозиста (запалення слинних залоз, орхіт, панкреатит), нервова (менінгіт, менінгоенцефаліт) і комбінована (поєднання ураження залозистих органів і центральної нервової системи) форми.

Захворювання починається гостро з підвищення температури тіла до 38–40 °С (триває 3–7 днів). Водночас або дещо пізніше з'являються ознаки ураження слинних залоз (привушних, підщелепних, під'язичних) інколи в поєднанні з проявами з боку інших органів (підшлункова залоза, центральна нервова система тощо). У частини хворих за 1–2 дні до початку хвороби трапляється продром.

Паротит. Є найчастішою формою хвороби. Спочатку виникає припухлість привушної слинної залози з того чи іншого боку, а за 1–2 дні до патологічного процесу залучається й інша привушна залоза. Привушна слинна залоза збільшена в розмірах,

виступає з-під верхньої гілки нижньої щелепи у вигляді припухлості, що заповнює простір між соскоподібним відростком і гілкою нижньої щелепи. Припухлість може поширюватися на щоку та на шию. Шкіра над слинною залозою не має ознак запалення, але має вигляд натягнутої; слинна залоза еластична, відносно болюча. Хворі скаржаться на біль під час жування, особливо твердої їжі, виражену сухість у роті. При ураженні привушних слинних залоз у ротовій порожнині можна спостерігати характерні зміни у вигляді набрякості, гіперемії слизової оболонки навколо отвору стенової протоки (симптом Мурсона). Уражені підщелепні слинні залози більш болючі під час пальпації, однак теж еластичні на дотик. Ураження під'язикової залози проявляється болем у корені язика.

Панкреатит. Може виникати водночас із паротитом або за кілька днів (5–7-й день хвороби). Основний симптом – потужний біль та болючість у верхній половині живота. Панкреатит може бути єдиною локалізацією паротитної інфекції. Перебіг сприятливий. За 5–10 днів симптоми зникають.

Орхіт (орхоепідидіміт). Найчастіше трапляється в поєднанні з паротитом, виникає на 3–7-й день хвороби. Процес переважно односторонній. Трапляється переважно в молодих чоловіків, рідше – в підлітків. Характерним є біль з іррадіацією у пах та поява інших ознак запалення (набряк, гіперемія, болючість тощо). За симетричного ураження виникає загроза безпліддя.

Менінгіт, менінгоенцефаліт. Може виникати як у поєднанні із паротитом, так і як окрема форма паротитної інфекції.

Ускладнення трапляються рідко. Можуть виникати отит, стоматит, артрит, цукровий діабет, хронічний панкреатит, атрофія яєчок, чоловіче безпліддя, глухота тощо.

Діагностика. У клінічному аналізі крові за неускладненого перебігу хвороби виявляють лейкопенію, нейтропенію, лімфоцитоз. Про залучення до патологічного процесу підшлункової залози свідчить підвищення активності амілази в сироватці крові та діастази у сечі, про виникнення менінгіту – лімфоцитарний цитоз у спинномозковій рідині.

Специфічну діагностику на сучасному етапі проводять за допомогою серологічних реакцій (ІФА, РЗК, РТГА) із застосуванням методи парних сироваток.

Лікування. Хворих на епідемічний паротит лікують зазвичай вдома. Госпіталізують за показаннями. Важливе значення має дотримання ліжкового режиму щонайменше впродовж 10 днів, догляд за порожниною рота, сухе тепло на залози. У разі виникнення орхіту показані преднізолон по 0,5–1 мг/кг на добу протягом 5–7 днів, сухе тепло, носіння суспензорию, при панкреатиті – дієта, холод на живіт, інгібітори протеолізу, спазмолітики, знеболювальні засоби, при менінгіті – дегідратація, за показаннями – глюкокортикостероїди.

Профілактика та заходи в осередку. Хворих ізолюють на 9 днів. У дитячих закладах, де виявлено випадок захворювання, контактних віком до 10 років, які раніше не хворіли та не були щеплені проти епідемічного паротиту, роз'єднують на 21 день від початку контакту. Для специфічної профілактики за віком або екстреної застосовують живу паротитну моновакцину і комбіновану тривакцину (проти кору, паротиту і краснухи).

7. Завдання для самостійної роботи:

7.1. Питання, що підлягають вивченню (питання для самоконтролю):

1. Дайте визначення поняття "дитячі" краплинні інфекції.
2. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать кір, краснуха, скарлатина та епідемічний паротит?

3. Охарактеризуйте збудника кору.
4. Дайте епідеміологічну характеристику кору.
5. Що є вхідними воротами інфекції при кору?
6. Чому зараження кором так небезпечно для ВІЛ-інфікованих осіб?
7. Наведіть класифікацію кору.
8. Назвіть основні клінічні прояви кору залежно від періоду хвороби.
9. Назвіть патогномонічний симптом кору.
10. Що таке тріада Стімсона?
11. Охарактеризуйте висип у хворого на кір.
12. Укажіть особливості перебігу мітигovanого кору.
13. Назвіть особливості перебігу кору в дорослих осіб.
14. Які морфологічні зміни виникають в слизовій оболонці рота при кору.
15. Які ускладнення можуть виникнути в хворого на кір?
16. Які зміни виникають у клінічному аналізі крові за неускладненого перебігу кору?
17. Які специфічні методи діагностики застосовують для підтвердження кору?
18. Напрями лікування кору.
19. Напрями профілактики кору.
20. У чому полягає активна специфічна профілактика кору?
21. У чому полягає пасивна специфічна профілактика кору?
22. Які заходи застосовують щодо осіб, які були в контакті з хворим на кір?
23. Охарактеризуйте збудника краснухи.
24. Дайте епідеміологічну характеристику краснухи.
25. Що є вхідними воротами інфекції при краснусі?
26. До яких клітин (тканин) вірус краснухи має особливу тропність?
27. Наведіть класифікацію краснухи.
28. Назвіть основні клінічні прояви краснухи. Вказати клінічні прояви краснухи та її типові симптоми.
29. До якої групи інфекцій належить краснуха, враховуючи здатність вірусу вражати плід.
30. Що таке тріада Грега?
31. Охарактеризуйте висип у хворого на краснуху.
32. Назвіть особливості перебігу краснухи в дорослих осіб.
33. Які ускладнення можуть виникнути в хворого на краснуху?
34. Які зміни виникають у клінічному аналізі крові за неускладненого перебігу краснухи?
35. Які специфічні методи діагностики застосовують для підтвердження краснухи?
36. Напрями лікування краснухи.
37. Напрями профілактики краснухи.
38. У чому полягає активна специфічна профілактика краснухи?
39. У чому полягає пасивна специфічна профілактика краснухи?
40. Які заходи застосовують щодо осіб, які були в контакті з хворим на краснуху?
41. Який вплив чинить вірус краснухи на плід?
42. Назвіть основні клінічні прояви вродженої краснухи.
43. Охарактеризуйте збудника скарлатини.
44. Дайте епідеміологічну характеристику скарлатини.
45. Що є вхідними воротами інфекції при скарлатині?
46. Охарактеризуйте патогенез скарлатини, назвіть три основні його компоненти?
47. Наведіть класифікацію скарлатини.

48. Назвіть основні клінічні прояви скарлатини.
49. Що таке симптом Філатова?
50. Що таке симптом Пастіа?
51. Охарактеризуйте висип у хворого на скарлатину.
52. Укажіть особливості перебігу екстрабукальних форм скарлатини.
53. Назвіть особливості перебігу скарлатини в дорослих осіб.
54. Який вигляд має язик у хворого на скарлатину.
55. Які ускладнення можуть виникнути у хворого на скарлатину?
56. Які зміни виникають у клінічному аналізі крові у хворого на скарлатину?
57. Напрями лікування скарлатини.
58. Напрями профілактики скарлатини.
59. Чи існує специфічна профілактика скарлатини?
60. Який імунітет виникає після перенесеної скарлатини?
61. Чи захищає імунітет, що утворився після перенесеної скарлатини, від інших форм стрептококової інфекції, наприклад, ангіни?
62. Які заходи застосовують щодо осіб, які були в контакті з хворим на скарлатину?
63. Охарактеризуйте збудника епідемічного паротиту.
64. Дайте епідеміологічну характеристику епідемічного паротиту.
65. Що є вхідними воротами інфекції при епідемічному паротиті?
66. Чому зараження епідемічним паротитом так небезпечно для хлопчиків і чоловіків?
67. Наведіть класифікацію епідемічного паротиту.
68. Назвіть основні клінічні прояви епідемічного паротиту за типової залозистої форми.
69. Які органи, крім слинних залоз, можуть залучатися до патологічного процесу при епідемічному паротиті?
70. Що таке симптом Мурсона?
71. Які симптоми свідчать про виникнення у хворого панкреатиту?
72. Які симптоми свідчать про виникнення у хворого орхіту?
73. Які симптоми свідчать про виникнення у хворого менінгіту?
74. Назвіть особливості перебігу епідемічного паротиту в дорослих осіб.
75. Які ускладнення можуть виникнути у хворого на епідемічний паротит?
76. Які зміни виникають у клінічному аналізі крові за неускладненого перебігу епідемічного паротиту?
77. Які біохімічні показники свідчать про виникнення в хворого панкреатиту?
78. Як підтвердити наявність менінгіту у хворого із паротитною інфекцією?
79. Які специфічні методи діагностики застосовують для підтвердження епідемічного паротиту?
80. Напрями лікування епідемічного паротиту.
81. Напрями профілактики епідемічного паротиту.
82. У чому полягає активна специфічна профілактика епідемічного паротиту?
83. Які заходи застосовують щодо осіб, які були в контакті з хворим на епідемічний паротит?

7.2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Дитина хворіє 5-й день. Турбує підвищена до 39–40 °С температура тіла, настирливий, частий, глибокий, малопродуктивний кашель, світлобоязнь, закладеність носа. Об'єктивно: одутлість обличчя, слизова оболонка рота пухка, геморагічна енантема на м'якому піднебінні, рештки плям Філатова–Копліка. Який найбільш імовірний діагноз?
А. Кір. В. Скарлатина. С. Краснуха. Д. Аденовірусна інфекція. Е. Грип.

2. Дитина трьох років хворіє 3 доби. Спостерігаються температура, кашель, нежить, кон'юнктивіт, світлобоязнь, білуватий крапковий висип на слизовій оболонці ясен та внутрішній поверхні щік і плямиста енантема твердого та м'якого піднебіння. Яке захворювання можна діагностувати?

A. Інфекційний мононуклеоз. D. Ентеровірусна інфекція.

B. Гостра респіраторна вірусна інфекція. E. Кір.

C. Герпетична інфекція.

3. Дитина народилася на восьмому місяці вагітності. У неї встановлено: мікроцефалію, катаракту, ваду серця. Мати дитини на другому місяці вагітності хворіла; було нетривале підвищення температури тіла до 37,5 °С, збільшення лімфатичних вузлів та дрібноплямистий висип на обличчі, тулубі й кінцівках, який пройшов без залишкових явищ. Який найбільш імовірний попередній діагноз у дитини і матері?

A. Цитомегаловірусна інфекція. C. Герпетична інфекція. E. Токсоплазмоз.

B. Хламідійна інфекція. D. Краснуха.

4. Контингент хворих, для яких найбільш небезпечні наслідки краснухи:

A. Діти віком від 2 до 6 років. D. Вагітні жінки, імунодефіцитні дорослі.

B. Немовлята. E. Люди похилого віку.

C. Діти віком від 6 до 12 років.

5. Джерелом інфекції при скарлатині можуть бути всі, крім:

A. Хворого на стрептококову ангіну.

D. Хворого на скарлатину.

B. Хворого на стафілококову ангіну, бронхіт, пневмонію. E. Хворого на бешиху.

C. Хворого на стрептококовий бронхіт, пневмонію.

6. Які системи й органи вражаються при епідемічному паротиті?

A. Нервова система, залози. C. Сечостатева система. E. Дихальна система.

B. Серцево-судинна система. D. Шлунково-кишковий тракт.

7. Чи заразний хворий з клінікою паротитного менінгіту?

A. Так. C. Іноді можливо. E. Лише для осіб з імунодефіцитом.

B. Ні. D. Лише за певних умов.

8. Антибіотики при скарлатині в початковий період:

A. Не призначаються. C. Не призначаються дітям до 5 років.

B. Обов'язково призначаються. D. Призначаються в разі виникнення ускладнень.

E. Призначаються, якщо в хворого є імунодефіцит.

9. Плями Бельського–Філатова–Копліка:

A. Виникають у хворих на краснуху.

B. Виникають у хворих на кір внаслідок некрозу епітелію слизової оболонки.

C. Спостерігаються у хворих на кір з 8-го дня хвороби.

D. Виникають у хворих на кір одночасно з появою висипу.

E. Ураження слизової оболонки рота у хворих на епідемічний паротит.

10. Наслідки вродженої краснухи:

A. Хромосомні аберації, вади розвитку. C. Інфекційно-токсичний шок. Пневмонія.

B. E. Ніколи не проявляються. D. Синдром Жильбера.

11. Чи нагноюється навколоушна залоза при епідемічному паротиті?

A. Так, завжди. B. Так, часто. C. Так, іноді. D. Лише в дорослих. E. Ні.

12. Якого характеру ускладнення розвиваються на третьому тижні захворювання при скарлатині?

A. Токсичні. C. Алергійні. E. Приєднання вторинної інфекції.

B. Септичні. D. Токсичні та септичні.

- 13.** Дитина 2 років захворіла гостро з появи висипу, підвищення температури. Об'єктивно: активна, відмічаються легкі катаральні явища, на м'якому піднебінні енантема. Висип дрібноплямистий, більше на спині та сідницях. Фон шкіри не змінений. Збільшені потиличні і задньошийні лімфовузли. Яке захворювання найбільш імовірне?
A. Ентеровірусна екзантема. C. Скарлатина. E. Краснуха.
B. Кір. D. Інфекційний мононуклеоз.
- 14.** Лущення при скарлатині:
A. Відсутнє. D. Лише висівкове на тулубі.
B. Може бути, але дуже рідко. E. Часто висівкове на тулубі, пластинчасте
C. Лише пластинчасте на кінцівках. на кінцівках.
- 15.** Учениця 10 класу не щеплена, раптово захворіла: температура тіла 38,2 °С, турбує головний біль, кашель, нежить, загальна слабкість та сльозотеча. Через 3 дні з'явився плямисто-папульозний висип на шкірі обличчя. На м'якому піднебінні – енантема. Незначно збільшені шийні лімфовузли. Тахікардія, дихання жорстке, печінка і селезінка не збільшені. Ваш діагноз?
A. Скарлатина. C. Кір. E. Інфекційний мононуклеоз.
B. Аденовірусна інфекція. D. Краснуха.
- 16.** Дитина 6 років скаржилась на головний біль, слабкість, біль під час жування. Температура тіла підвищувалась до 39,0 °С. На другий день з'явилась припухлість у привушних ділянках. При огляді: з обох боків збільшені слинні залози, заповнюють ретромандибулярну ямку, шкіра над залозами напружена, блискуча, колір її не змінений. На слизовій оболонці ротової порожнини відзначаються сухість, набряклість зовнішнього отвору протоку слинної залози. Ваш діагноз?
A. Сіалоаденіт. D. Паротитна інфекція.
B. Пухлини слинних залоз. E. Токсична форма дифтерії мигдаликів.
C. Лімфаденіт шийних вузлів.
- 17.** Хлопчик 2 років, не щеплений проти кору, був у контакті з дитиною, яка хворіла на кір (катаральний період). Йому було введено імуноглобулін. Протягом якого часу він може захворіти?
A. 7 днів. B. 17 днів. C. 28 днів. D. 14 днів. E. 21 день.
- 18.** У дитини 7 років з епідемічним паротитом на 5-й день захворювання підвищилась температура тіла, з'явився головний біль, блювання. При огляді визначалась ригідність м'язів потилиці. Запідозрили менінгіт. Які зміни ліквору можна очікувати?
A. Нейтрофільний плеоцитоз. C. Низький вміст білка. E. Підвищення рівня цукру.
B. Лімфоцитарний плеоцитоз. D. Високий вміст білка.
- 19.** Тріада симптомів, характерна для скарлатини в перші дні захворювання:
A. D. Пронос, блювання, отит. Гарячка, ангіна, гепатолієнальний синдром.
B. Інтоксикація, ангіна, висип. E. Тонзиліт, задньошийний лімфаденіт,
C. Висип, кон'юнктивіт, жовтяниця. закладеність носа.
- 20.** Хвору на кір дитину віком 9 міс в перший день появи висипу було госпіталізовано. Її брат, якому 4 роки, на кір не хворів і проти цієї інфекції не щеплений у зв'язку з абсолютними протипоказаннями за станом здоров'я. За допомогою якого заходу можна попередити захворювання на кір у цієї дитини?
A. Застосування антибіотиків. D. Вакцинація.
B. Застосування хіміопрепаратів. E. Фагопрофілактика.
C. Введення нормального людського імуноглобуліну.

21. У дитини 10 років на 4-й день захворювання на епідемічний паротит знов підвищилась температура тіла, з'явилося повторне блювання, значні болі у верхній частині живота оперізуючого характеру. Який із лабораторних тестів слід провести для уточнення діагнозу?

- А. Діастаза сечі. В. Копрограма. С. Активність АЛТ у сироватці крові. D. Рівень загального білірубіну крові. Е. Глюкоза крові.*

22. У дитини 5 років, яка хворіє на кір, в періоді пігментації на тлі нормальної температури стан різко погіршився, температура сягнула понад 38 °С. Об'єктивно: свідомість частково порушена, спостерігались тоніко-клонічні судоми, м'язовий тонус підвищений, пожвавлення рефлексів, хореоатетозні гіперкінези. Оболонкових симптомів немає. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Абсцес головного мозку. В. Пухлина головного мозку. С. Коровий енцефаліт. D. Коровий менінгіт. Е. Кір, нейротоксичний синдром.*

23. Терміни появи висипу при краснусі:

- А. Із 3–4-го дня хвороби. В. Після 6-го дня хвороби. С. Із 1–2-го дня хвороби. D. Не раніше 3-го дня хвороби. Е. Не раніше 4-го дня хвороби.*

24. У дитини 5 років захворювання почалося гостро з високої температури, одноразового блювання, збільшення тонзиллярних лімфовузлів. У ротоглотці відмічається відмежована яскрава гіперемія, гнійний наліт на мигдаликах, на шиї, грудях, у паховій ділянці – дрібноточковий висип на гіперерованому тлі, блідий носогубний трикутник. Яке захворювання можна запідозрити?

- А. Скарлатина. В. Кір. С. Краснуха. D. Ентеровірусна екзантема. Е. Інфекційний мононуклеоз.*

25. Під час ранкового огляду в дитячому садку хлопчика 4 років медсестра помітила на шкірі обличчя, розгинальних поверхнях кінцівок, спини, передньої поверхні грудей, на животі і сідницях блідо-рожеві елементи дрібнокрапкового висипу без тенденції до злиття, на незміненому фоні шкіри. Слизова щік і ротоглотки – рожеві, температура тіла 37,2 °С, самопочуття задовільне. Щеплений за віком. Карантину в групі немає. Медсестра зробила матері зауваження, що та привела в дитсадок хвору дитину і дала направлення до педіатра, який при огляді в поліклініці додатково знайшов збільшення потиличних лімфовузлів.

- А. Скарлатина. В. Вітряна віспа. С. Краснуха. D. Інфекційний мононуклеоз. Е. Алергічний дерматит.*

Еталони вірних відповідей:

1 – А. 2 – Е. 3 – D. 4 – D. 5 – В. 6 – А. 7 – А. 8 – В. 9 – В. 10 – А. 11 – Е. 12 – С. 13 – Е. 14 – Е. 15 – С. 16 – D. 17 – Е. 18 – В. 19 – В. 20 – С. 21 – А. 22 – С. 23 – С. 24 – А. 25 – С.

8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань:

Задача 1. Хвора М. 20 років госпіталізована в інфекційне відділення на 4-й день хвороби зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, біль у горлі під час ковтання, появу висипу. Захворювання почалося гостро з головного болю, загального нездужання, підвищення температури тіла до 38 °С. Увечері того ж дня з'явився сухий "гавкаючий" кашель, рясна нежить, світлобоязнь. На 4-й день помітила висип на обличчі. У дитинстві хворіла на вітряну віспу, епідемічний паротит. Об'єктивно: температура тіла 39,0 °С, на шкірі обличчя – рясний макулопапульозний висип, що зливається, множинні петехії. У ротоглотці – яскрава гіперемія слизових оболонок, гранульозний фарингіт, біла дрібна енантема на слизовій оболонці щік біля кутніх зубів. Шийний лімфаденіт. Аускультативно в легенях жорстке дихання. Тахікардія, приглушеність серцевих тонів.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз в даному випадку та заходи профілактики?

Задача 2. Хворий 19 років надійшов в інфекційне відділення на 3-й день хвороби зі скаргами на сухість у роті, гарячку, припухлість привушної ділянки праворуч. У стаціонарі отримував тавегіл, аскорутин, місцево – сухе тепло. Помітної позитивної динаміки не відзначалося. На 7-й день хвороби на тлі гарячки, що зберігалася, з'явився біль у лівому яєчку, яке збільшилося у розмірах, з'явився потужний головний біль, блювання. Об'єктивно: свідомість ясна, адекватний, трохи загальмований. Температура тіла 39,7 °С, шкірні покриви без висипу, бліді. Обличчя та шия асиметричні внаслідок м'якуватого набряку безболісної правої привушної залози. Мигдалики не збільшені, нальотів немає. Тони серця звучні, ритм правильний. Живіт м'який, болючий в епігастрії при пальпації, печінка й селезінка не збільшені. Помірно виражена ригідність потиличних м'язів, позитивний симптом Керніга. Ліве яєчко набрякле, болюче на дотик, шкіра над ним гіперемована.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 3. Хлопчик 10 років захворів у школі. Захворювання почалося з ознобу, головного болю та болю в горлі. Об'єктивно: на 2-й день хвороби стан середньої тяжкості, температура тіла 38,8 °С. На шкірі обличчя, шиї, внизу живота дрібно-точковий рожевий висип на гіперемованій шкіри, блідий носогубний трикутник. Яскраво-червона гіперемія м'якого піднебіння, на слизовій оболонці піднебіння – крапчаста енантема. Язик обкладений білим нальотом. Підщелепна лімфаденопатія. На 4-й день хвороби – температура тіла 40 °С, скарги на біль у лівому вусі.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз в даному випадку та заходи профілактики?

Задача 4. Хворий 17 років надійшов у клініку на 3-й день хвороби з діагнозом "Парагрип, алергійний дерматит". Занедужав гостро з підвищення температури тіла до 39,0 °С, загальної слабкості, болю в горлі. На 2-й день хвороби з'явився надсадний "гавкаючий" кашель, рясні слизисті виділення з носа, різі в очах. Об'єктивно: температура тіла 38,8 °С. Обличчя набрякле, повіки потовщені. Склерит, катаральний кон'юнктивіт. Слизисті виділення з носа. На шкірі шиї та обличчі макулопапульозний висип. Слизова оболонка ротоглотки яскраво гіперемована. Дихання жорстке, поодинокі сухі хрипи. Пальпуються дрібні підщелепні й передньошийні лімфовузли. ЧСС – 110 уд/хв АТ – 100/70 мм рт. ст. Живіт м'який. Печінка й селезінка не збільшені.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 5. Хворий 20 років занедужав гостро, коли підвищилася температура тіла до 38,5 °С, з'явилися загальна слабкість, головний біль. На 5-й день на шкірі помітив елементи плямистого висипу й з діагнозом "краснуха" був госпіталізований. Об'єктивно: температура тіла 39,8 °С, хворий млявий, трохи загальмований. На шкірі обличчя, тулуба рясний плямисто-папульозний висип. Периферичні лімфовузли не збільшені. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована, на м'якому піднебінні – енантема. Пульс 82 уд/хв, АТ – 110/70 мм рт. ст., тони серця приглушені, дихання жорстке, живіт м'який, безболісний, печінка й селезінка не збільшені, менінгеальні знаки негативні.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 6. Хворий 22 років надійшов в інфекційне відділення на 4-й день хвороби зі скаргами на гарячку, головний біль, кашель, висип. Захворювання почалось гостро, з підвищення температури тіла до 38,9 °С, головного болю, загальної слабкості. На 2-й день почалися кашель, нежить, слъозотеча. Сьогодні помітив висип на обличчі, звернувся до лікаря, був госпіталізований. Об'єктивно: неадекватний, свідомість затьмарена, асиметрія носогубних складок. Позитивний симптом Керніга, виражена ригідність потиличних м'язів. Обличчя амімічне, гіперемоване, набрякле. Виражений склерит і кон'юнктивіт. На шкірі обличчя та шиї рясний плямисто-папульозний висип з тенденцією до злиття. Слизова оболонка рота гіперемована, на м'якому піднебінні яскрава енантема, на слизовій оболонці щік – плями Бельського–Філатова–Копліка. Пальпуються чутливі шийні лімфовузли. Поодинокі елементи висипу на грудях та плечах. Тони серця гучні, пульс – 100 уд/хв, АТ – 110/60 мм рт. ст. Живіт м'який, не болючий.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 7. Хлопчик 5 років відвідує дитячий садок. Вихователька групи тиждень тому хворіла на ангіну. Уранці дитина поскаржилася на біль під час ковтання, відмовилася від сніданку. Була оглянута лікарем: температура тіла 38,0 °С. На шкірі обличчя, тулуба, кінцівок – рожевий дрібноплямистий висип із насиченням у природних складках шкіри. Яскрава гіперемія ротової частини глотки. Збільшені передньо-шийні лімфовузли. Язик обкладений білим нальотом. З підозрою на скарлатину хворий відправлений додому, призначено лікування. До третьої доби захворювання висип зник, слизова ротової частини глотки зблідла. Мати припинила лікування. За 3 тиж у хворого знову підвищилася температура тіла до 38,8 °С, з'явився головний біль, блідість, загальна слабкість. Сеча набула рожевого відтінку. Було повторне блювання. Мати звернулася по медичну допомогу. Під час огляду: стан хворого тяжкий. Хлопчик млявий, блідий, обличчя одутле. Гомілки і стопи пастозні. Висипу немає. Ротова частина глотки злегка гіперемована. АТ – 140/80 мм рт. ст. Тони серця приглушені, ритмічні, відзначається акцент ІІ тону над легеневою артерією. У легенях хрипів немає. Живіт при пальпації м'який, печінка на 2 см виступає з-під краю реберної дуги, селезінка не збільшена. Діурез знижений.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 8. Хвора К. 20 років занедужала гостро, коли з'явився біль у горлі, головний біль, підвищилася температура тіла до 38,0 °С. На 2-й день хвороби з'явився висип на обличчі, а через кілька годин – на шкірі тулуба й кінцівок. Під час огляду: температура тіла 37,7 °С. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована. Помірно виражені явища кон'юнктивіту, назофарингіту. На обличчі, тулубі й кінцівках дрібноплямистий висип. Збільшені та болючі потиличні лімфовузли. З боку органів грудної клітки й черевної порожнини патології не виявлено. На тлі лікування гарячка зникла, висип почав згасати, проте з'явилося порушення сну, сильний головний біль, відчуття оніміння у кінцівках. При госпіталізації до стаціонару – загальмована, млява. Шкіра бліда із залишками дрібномакульозного висипу, генералізована лімфаденопатія, потиличні та завушні лімфовузли болючі. Анізокорія. Помірна ригідність потиличних м'язів, позитивний симптом Керніга.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 9. Педіатр прийшов на виклик до дитини 8 років, яка хворіє 3-й день. Захворювання почалося з підвищення температури тіла до 39 °С, відмічалось повторне блювання, з'явився висип. Старший брат кілька днів тому переніс ангіну. Під час огляду скаржить на головний біль, нудоту, біль у горлі. На шкірі рясний яскравий висип у вигляді дрібних крапок на гіперемованому тлі, носогубний трикутник блідий. Відмічається білий дермографізм. Мигдалики гіперемовані, у лакунах гній. На м'якому піднебінні петехіальний висип. Язик обкладений сірим нальотом. Помірно збільшені підщелепні лімфовузли, болючі при пальпації. Тахікардія.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 10. Хворий 17 років надійшов на 6-й день хвороби зі скаргами на загальну слабкість, сухість у роті, підвищення температури тіла до 39,0 °С. Захворювання почалося гостро з підвищення температури тіла до 38,2 °С, слабкості, безболісного припухання біля вух. Лікування полягало в прийомі аспірину й сухого тепла на уражені ділянки. Гарячка знизилася, однак на 7-й день хвороби знову піднялась температура тіла до 39,0 °С, з'явився потужний біль у животі, нудота, блювання, послаблення випорожнень. Об'єктивно: невелике збільшення м'якуватих за консистенцією привушних залоз, температура тіла – 39,0 °С. У ротоглотці без патологічних змін. Живіт м'який, болючий у верхніх відділах. З боку інших внутрішніх органів патології не виявлено.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 11. Хворий 18 років, студент, мешкає в гуртожитку. Надійшов у клініку на 2-й день хвороби зі скаргами на висип на тілі, незначне нездужання. Захворювання почалося гостро з підйому температури до 38,0 °С, закладеності носа. В той же день помітив висип. Об'єктивно: температура тіла – 37,3 °С, невелика загальна слабкість. Помірна гіперемія кон'юнктив, слизисті виділення з носа. Висип дрібноплямистий на незмінній шкірі, легка гіперемія слизової оболонки ротоглотки. Пальпуються болючі задньошийні та потиличні лімфовузли. Пульс – 80 уд/хв, АТ – 110/70 мм рт. ст. З боку органів черевної порожнини й легень патології не виявлено.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 12. Підліток 12 років хворіє протягом 3 діб. Захворювання розпочалося з підвищення температури тіла до 39,2 °С, наприкінці першого доби з'явилися висипання. З анамнезу відомо, що старша сестра кілька тижнів тому перехворіла на ангіну. Хворий скаржить на головний біль, біль у горлі, загальну слабкість. Під час огляду: на помірно гіперемованій шкірі, яка дуже суха на дотик, яскравий дрібноплямистий висип, носогубний трикутник блідий, піднебінні мигдалики, язичок піднебіння яскраво гіперемовані, набряклі, в лакунах гній. На м'якому піднебінні поодинокий дрібний геморагічний висип. Дермографізм білий. Помірно збільшені підщелепні лімфатичні вузли. Виражена тахікардія.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 13. Підліток 14 років госпіталізований в інфекційну лікарню з діагнозом "гострий гастроентерит". Об'єктивно на 4-й день перебування у стаціонарі: температури тіла до 37,6 °С, на шкірі обличчя, тулуба, розгинальних поверхнях кінцівок і сідницях дрібноплямистий рожевого кольору висип. Пальпуються чутливі на дотик потиличні

лімфовузли. У легенях везикулярне дихання. Тони серця гучні. Живіт м'який, печінка та селезінка не збільшені. Щеплений за віком. Контакт з інфекційними хворими не встановлено. Окрім хлопчика, в палаті знаходиться дитина 10 міс, яку доглядає вагітна мати. Термін вагітності 10 тиж.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

Задача 14. Юнак 18 років, від кору не щеплений. Тиждень тому переніс захворювання, яке супроводжувалось катаральними явищами та екзантемою. Зараз стан хворого погіршився, температура тіла – 40,5 °С, повторне блювання, головний біль, судоми, втрата свідомості. Об'єктивно: стан тяжкий, температура тіла – 39 °С, свідомість пригнічена, сухожильні рефлекси підвищені, асиметрія носогубних складок, генералізовані клоніко-тонічні судоми, більше зліва. Менінгеальні симптоми негативні. На тілі на місці висипу – пігментація шкіри. З боку інших органів змін не виявлено. На 10-й день хвороби дитина при свідомості, зберігається геміпарез зліва.

Встановіть попередній діагноз. Призначте план обстеження з очікуваними результатами та план лікування. Який прогноз у даному випадку та заходи профілактики?

9. Література:

Основна

1. Інфекційні хвороби : підручник / О. А. Голубовська, М. А. Андрейчин, А. В. Шкурба та ін. ; за ред. О. А. Голубовської. 4-е вид., переробл. та доповн. Київ : ВСВ "Медицина", 2022. 464 с.

2. Інфекційні хвороби : підручник / В. М. Козько, Г. О. Соломенник, К. В. Юрко та ін. ; за ред. В. М. Козька. Київ : ВСВ "Медицина", 2019. 312 с.

3. Невідкладна інфектологія : навч. посіб. / В. М. Козько, А. В. Бондаренко, Г. О. Соломенник та ін. ; за ред. В. М. Козька. 3-є вид., переробл. та доповн. Київ : ВСВ "Медицина", 2023. 143 с.

Допоміжна:

1. Медицина за Девідсоном : принципи і практика : посібник : пер. 23-го англ. вид. : у 3 т. Т. 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В. Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона; наук. ред. пер. Катерина Юрко, Василь Москалюк, Лариса Мороз та ін. Київ: ВСВ "Медицина", 2021. 778 с.

2. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th Edition // Dan Longo, Anthony Fauci, Dennis Kasper, Stephen Hauser. McGraw-Hill, 2015.

3. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious. 9th Edition (vols 1 and 2) // John E. Bennett, Raphael Dolin, Martin J. Blaser. Philadelphia, PA: Elsevier, 2020. 3839 p.

4. Юрко К. В., Соломенник Г. О. Соціально значущі та особливо небезпечні інфекційні хвороби : навч. посіб. Київ : ВСВ "Медицина", 2023. 255 с.

Навчальне видання

ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЇ У ДОРΟΣЛИХ

**Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів
за спеціальністю "Медицина"**

Упорядники Юрко Катерина Володимирівна
 Соломенник Ганна Олегівна
 Винокурова Ольга Миколаївна
 Меркулова Ніна Федорівна
 Кацапов Дмитро Володимирович
 Ткаченко Віталій Григорович

Відповідальна за випуск К. В. Юрко



Редактор, коректор Н. І. Дубська
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 3,0. Зам. № 25-29.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.