

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ

*Методичні вказівки
для самостійної студентів 6-го курсу
за спеціальністю "Медицина"*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА
ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ

Методичні вказівки
для самостійної студентів 6-го курсу
за спеціальністю "Медицина"

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 14 від 25.09.2025.

Харків
ХНМУ
2025

Ведення пацієнта із синдромом екзантеми : метод. вказ. для самостійної роботи студентів 6-го курсу за спец. "Медицина" / упоряд. К. В. Юрко, А. В. Бондаренко, Д. В. Кацапов, О. І. Могиленець. Харків : ХНМУ, 2025. 48 с.

Упорядники К. В. Юрко
 А. В. Бондаренко
 Д. В. Кацапов
 О. І. Могиленець

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ

1. Кількість годин: аудиторних – 5,0, СРС – 4,0.

2. Матеріальне та методичне забезпечення теми: методичні вказівки, контрольні питання, тести, задачі, виписки з історій хвороби, таблиці, плакати та інший ілюстративний матеріал (мультимедійні презентації, відеофільми), нормативні документи ВООЗ, МОЗ. Тематичний пацієнт. Комп'ютерні навчальні та контролюючі програми.

3. Актуальність (обґрунтування) теми:

Інфекційні захворювання, що супроводжуються синдромом екзантеми, мають значну епідеміологічну та клінічну важливість. Вони охоплюють як класичні дитячі інфекції (кір, краснуха, скарлатина, вітряна віспа), так і небезпечні для дорослого контингенту захворювання (менінгококцемія, лептоспіроз, геморагічні гарячки тощо). Екзантема часто є одним із провідних клінічних симптомів і може слугувати ключем до встановлення діагнозу вже на етапі первинного огляду. Характер, етапність, локалізація та динаміка висипки мають важливе діагностичне значення. У поєднанні з іншими симптомами екзантема формує специфічний синдром, властивий окремим нозологіям. Тому знання морфології елементів висипу, механізмів їх виникнення, а також вміння застосувати алгоритми диференційної діагностики є критично важливими для вибору правильної тактики ведення пацієнта.

4. Мета заняття:

Навчальна:

– Надати студентам уявлення про інфекційні хвороби, що супроводжуються розвитком екзантеми, та систематизувати знання щодо їх класифікації, клінічної картини і диференціальної діагностики.

– Ознайомити з морфологічними особливостями елементів висипу, принципами їх диференціації та сучасною класифікацією екзантем.

– Сформувати навички обстеження пацієнтів із висипкою та ознайомити з особливостями перебігу типових інфекцій із синдромом екзантеми.

– Засвоїти основи клініко-епідеміологічної діагностики екзантем, включаючи типові та атипові форми "дитячих" інфекцій у дорослих.

Виховна:

– Виховувати у студентів відповідальність за прийняття клінічних рішень і дотримання етичних принципів при роботі з інфекційними хворими.

– Сприяти розвитку клінічного мислення, спостережливості та уважності до змін шкірних покривів, формувати раціональний терапевтичний підхід та своєчасну діагностику захворювань.

– Формувати відповідальне ставлення до раннього виявлення та ізоляції хворих із потенційно контагіозними екзантемами.

Розвивальна:

- Сприяти розвитку клінічного мислення при диференціальній діагностиці захворювань, що супроводжуються шкірними висипами.
- Розвинути практичні навички об'єктивного клінічного обстеження пацієнтів із висипом.
- Забезпечити оволодіння базовими алгоритмами диференційної діагностики при синдромі екзантеми.

5. Міждисциплінарна інтеграція

№ з/п	Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни</i>			
1	Мікробіологія	Особливості будови, росту на живильних середовищах та антигенної структури збудників інфекційних захворювань, що супроводжуються висипкою	Виконати забір біологічного матеріалу з метою посіву на поживні середовища для подальшої ідентифікації збудника
	Дерматовенерологія	Морфологічні ознаки та опис типових проявів елементів висипу	Здійснити клінічну оцінку елементів висипу
	Дитячі інфекційні хвороби	Основні клінічні симптоми дитячих інфекцій, що передаються крапельним шляхом	Оцінити стан пацієнта та визначити відповідну терапевтичну стратегію
<i>Наступні дисципліни</i>			
2	Сімейна медицина	Основні клінічні прояви соматичних хвороб, що супроводжуються екзантемами	Оцінити стан пацієнта та визначити відповідну терапевтичну стратегію
<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>			
3	Епідеміологія	Компоненти епідеміологічного процесу при інфекційних захворюваннях, що характеризуються наявністю екзантеми	Забезпечити організацію та проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання

6. Очікувані результати навчання:

– **загальна мета:** удосконалити знання щодо епідеміологічного значення інфекційних захворювань, які перебігають із синдромом екзантеми, в загальній структурі інфекційної захворюваності; ознайомити з особливостями їх поширення в різних регіонах України та світу; проаналізувати сучасні статистичні дані щодо рівнів захворюваності, летальності та частоти розвитку ускладнень.

– **конкретна мета:**

а) студент повинен знати (ЗНАННЯ):

- сучасну класифікацію екзантем з урахуванням етіологічного чинника (вірусні, бактеріальні, паразитарні, неінфекційні), механізму виникнення та клінічної форми;

- основні морфологічні типи елементів висипу: роzeоли, плями, папули, везикули, пустули, міхури, геморагії;
- будову й вигляд різних морфологічних елементів екзантеми, строки їх виникнення, етапність висипу, схильність до злиття, зникнення та пігментації;
- етіологічні чинники інфекційних захворювань, що супроводжуються екзантемами: віруси (кору, краснухи, герпесу, геморагічних гарячок), бактерії (стрептококи, сальмонели, рикетсії, лептоспіри), паразити (трихінели) тощо;
- морфологічні, культуральні та антигенні характеристики збудників зазначених хвороб;
- основні патофізіологічні процеси, що лежать в основі формування екзантем при інфекційних захворюваннях;
- клінічні форми й особливості перебігу основних захворювань, що супроводжуються екзантемою, з урахуванням вікових особливостей, імунного статусу пацієнта та супутніх станів;
- типові характеристики екзантеми при конкретних захворюваннях;
- особливості перебігу типових "дитячих" інфекцій у дорослому віці;
- принципи диференційної діагностики при синдромі екзантеми у дорослих з урахуванням морфології, послідовності висипки, клініко-лабораторних даних, анамнезу та епідеміологічної ситуації;
- значення характеру висипу, його розташування, симетричності, змін у часі для встановлення клінічного діагнозу;
- клінічні критерії відмінності вірусної екзантеми від алергічної, медикаментозної, токсико-алергічної, паразитарної;
- ускладнення і наслідки основних захворювань, що супроводжуються екзантемами (менінгіт, пневмонія, міокардит, нефрит, енцефаліт тощо);
- основи специфічної та неспецифічної профілактики (вакцинація, ізоляційні заходи, етіотропна профілактика).

б) студент повинен вміти (УМІННЯ):

- зібрати детальний анамнез хвороби з урахуванням епідеміологічної ситуації та можливих контактів;
- провести клінічне обстеження пацієнта, виявити ключові симптоми та синдроми, сформулювати попередній діагноз для оперативного направлення до стаціонару;
- на підставі об'єктивного огляду вчасно виявити можливі ускладнення захворювання та визначити невідкладні стани, які потребують негайного втручання;
- коректно оформити медичну документацію у разі встановлення підозри на контагіозне захворювання, включаючи термінове повідомлення до територіального епідеміологічного підрозділу;

- скласти обґрунтований план лабораторної та додаткової діагностики для уточнення діагнозу;
- проаналізувати отримані лабораторні показники та зробити правильні висновки;
- оцінити результати специфічних методів діагностики з урахуванням виду досліджуваного матеріалу та строків його забору;
- розробити індивідуальну схему лікування з урахуванням клінічної картини, тяжкості хвороби, фонових захворювань та епідеміологічної ситуації; при необхідності надати першу медичну допомогу;
- підготувати комплекс профілактичних заходів для ліквідації осередку інфекції;
- надати пацієнту рекомендації щодо режиму дня, харчування, подальшого обстеження та динамічного спостереження в періоді одужання.

в) студент повинен володіти (КОМПЕТЕНТНОСТІ):

- інтегрованим клінічним мисленням для комплексного аналізу клінічних ситуацій пацієнтів із синдромом екзантеми;
- здатністю ефективно застосовувати теоретичні знання для вирішення клінічних ситуацій, пов'язаних зі шкірними висипами;
- вмінням формулювати попередній клінічний діагноз на основі оцінки клінічних синдромів і тяжкості захворювання;
- професійною уважністю та акуратністю при огляді пацієнтів із контагіозними інфекціями;
- дотриманням етичних і деонтологічних принципів при спілкуванні з пацієнтами та медичним персоналом;
- вмінням працювати з клінічними протоколами та стандартами надання допомоги;
- комунікаційними навичками для ефективного спілкування з пацієнтом;
- навичками збору скарг, анамнезу захворювання, життя та епідеміологічного анамнезу у пацієнтів із синдромом екзантеми;
- умінням проводити об'єктивне обстеження пацієнта, визначати характер, морфологію, послідовність та поширення елементів висипу;
- здатністю виявляти основні клінічні синдроми, оцінювати ступінь тяжкості стану пацієнта, формулювати попередній клінічний діагноз і визначати показання до госпіталізації;
- знанням алгоритмів лабораторної та інструментальної діагностики з урахуванням етіології та строків забору матеріалу;
- умінням інтерпретувати результати загальноклінічних, біохімічних, серологічних та вірусологічних досліджень;
- знанням принципів диференційної діагностики між інфекційними та неінфекційними захворюваннями, що супроводжуються екзантемою;

- навичками встановлення клінічного та заключного діагнозу згідно з чинними класифікаціями;
- розумінням патогенетичних та епідеміологічних особливостей перебігу інфекційних хвороб із синдромом екзантеми;
- навичками надання невідкладної допомоги при ускладненнях і тяжкому перебігу захворювання;
- умінням розробляти індивідуальний план лікування з урахуванням клінічної ситуації та супутньої патології;
- знанням основ організації протиепідемічних заходів і специфічної профілактики в осередку інфекції;
- навичками безпечної поведінки при роботі з інфекційними хворими та дотриманням етичних і деонтологічних принципів.

7. Зміст заняття

Шкірні висипи (екзантеми) відіграють важливу роль у клінічній діагностиці інфекційних хвороб. Це зумовлено тим, що висип є частою клінічною ознакою при багатьох інфекційних процесах і, водночас, одним із найбільш доступних для візуального спостереження симптомів, що виявляється вже під час первинного огляду пацієнта. Екзантеми при інфекційних захворюваннях можуть суттєво варіювати за інтенсивністю, характером, морфологічними особливостями та динамікою.

У процесі диференційної діагностики слід враховувати, що наявність висипу не є ознакою виключно інфекційного захворювання. Подібні прояви можуть спостерігатися при дерматологічних патологіях, укусах комах, алергічних реакціях, а також внаслідок подразнення шкіри хімічними речовинами.

Серед інфекційних хвороб виділяють нозології, для яких поява екзантеми є обов'язковим компонентом клінічної картини (кір, скарлатина, вітряна віспа). В інших випадках висип не є патогномонічною ознакою, однак зустрічається досить часто (висипний тиф, черевний тиф, паратифи). Існують також інфекції, при яких екзантема реєструється порівняно рідко (інфекційний мононуклеоз, лептоспіроз, вірусні гепатити).

Екзантеми можуть різнитися за характером морфологічних елементів, їх локалізацією, термінами появи, послідовністю виникнення, динамікою розвитку та зникнення. Ці характеристики мають принципове значення для встановлення точного діагнозу.

Початковим етапом у проведенні диференційної діагностики має бути визначення типу морфологічних елементів висипу. Для цього необхідний ретельний огляд шкіри при належному освітленні, оскільки іноді елементи висипу можуть бути поодинокими й малопомітними.

У деяких інфекційних захворюваннях висип з'являється з перших днів хвороби (наприклад, при скарлатині, краснусі), в інших – на 3–4-у добу (кір, марсельська гарячка), або навіть пізніше (черевний тиф, лептоспіроз). Важливою діагностичною ознакою є також локалізація елементів висипу: при скарлатині та псевдотуберкульозі – переважно у природних складках шкіри (ліктьові згини, пахові ділянки); при кору – на обличчі; при черевному тифі та паратифах – на шкірі живота; при висипному тифі – на бокових поверхнях тулуба тощо.

У низці випадків має значення етапність появи висипу. Наприклад, при кору у першу добу висип виникає на обличчі та шиї, у другу – на тулубі й верхніх кінцівках, у третю – на нижніх кінцівках. При інших захворюваннях (ентеровірусна інфекція, інфекційний мононуклеоз) висип з'являється одномоментно на всіх ділянках шкіри.

Тривалість існування морфологічних елементів висипу також є важливою діагностичною ознакою. Так, при черевному тифі й паратифах А і В роzeоли зникають безслідно протягом 2–4 днів, тоді як при інших інфекціях висип може зберігатися довше.

Диференційно-діагностичне значення має і наявність повторних висипів ("підсипання"). Наприклад, при висипному тифі роzeольозний або роzeольозно-петехіальний висип з'являється одномоментно, і нові елементи надалі не формуються, тоді як при черевному тифі роzeоли можуть виникати повторно при кожній хвилі гарячки. Схильність елементів висипу до злиття також може мати діагностичне значення, зокрема при кору, інфекційному мононуклеозі, лептоспірозі.

Слід пам'ятати, що наявність екзантеми не завжди свідчить про інфекційну етіологію процесу. Часто трапляються діагностичні помилки, коли пацієнтів із проявами вторинного сифілісу направляють до інфекційного стаціонару з підозрою на висипний тиф, або хворих на трихінельоз – із підозрою на кір. Це ще раз підкреслює важливість всебічного аналізу морфологічних, топографічних та часових характеристик екзантеми в кожному клінічному випадку.

Характер і виразність екзантеми можуть варіювати залежно від конкретної інфекції, іноді з'являючись не постійно. Екзантеми при інфекційних захворюваннях мають значну різноманітність, зокрема за типами елементів висипу, їх локалізацією, часом виникнення, послідовністю проявів і динамікою розвитку. Усі ці фактори мають велике значення для диференціальної діагностики, тому важливим є точне визначення кожного елементу висипу та єдине тлумачення термінів. Враховуючи ці особливості, існує загально-прийнята термінологія для класифікації елементів екзантеми.

Роzeола (*roseola*) – це невеликі, круглі або овальні плями діаметром від 2 до 5 мм, що мають рожеве, червоне або пурпурно-червоне забарвлення. Вони утворюються внаслідок локального розширення судин сосочкового шару шкіри. Ключовою ознакою роzeоли є те, що вона зникає при

натисканні на висипку або при розтягуванні шкіри, але знову з'являється після припинення тиску.

Пляма (*macula*) – це елемент висипу, схожий на розеола, але більших розмірів (5–20 мм), що не виступає над рівнем шкіри і має таке ж забарвлення, як і розеола. Плями виникають через розширення судин і можуть мати овальну, круглу або неправильну форму з фестончастими краями. Плями підрозділяються на "*дрібноплямистий висип*" (діаметр 5–10 мм) та "*крупноплямистий*" (діаметр 11–20 мм), що має діагностичне значення, оскільки, наприклад, у хворих на краснуху спостерігається дрібноплямистий висип, а при кору – крупноплямистий.

Папула (*papula*) – безпорожній елемент, що виступає над рівнем шкіри, має м'яку або щільну консистенцію і здатний до зворотного розвитку без утворення рубця. Запальні папули виникають при інфекційних хворобах і пов'язані з проліферацією епідермісу та розвитком інфільтрату в дермі, з розширенням судин і обмеженим набряком. Папули можуть бути різного розміру (1–20 мм), дрібні папули (1–1,5 мм) називаються *міліарними*, а більш великі (2–3 мм) – *лентікулярними*. Злиття папул утворює бляшки.

Еритема (*erythema*) – це великі ділянки гіперемії шкіри червоного або пурпурного кольору, що утворюються в результаті злиття великих плям. Вона має фестончасті краї, а всередині еритематозних полів можуть бути ділянки шкіри з нормальним забарвленням.

Горбок (*tuberculum*) – це безпорожнє утворення, яке виникає через розвиток запального інфільтрату в дермі з гранульоматозною будовою. Горбки мають чіткі межі та схильні до угруповання. Вони можуть некротизуватися, утворюючи виразки і залишаючи рубці, що характерно для шкірного і вісцерального лейшманіозу та глибоких мікозів.

Вузол (*nodus*) – щільне утворення, діаметром від 1 до 5 см і більше, що розташоване в глибоких шарах дерми та підшкірної клітковини. Вузли можуть бути результатом запального процесу і можуть зникати безслідно або ускладнюватися виразками та утворенням рубців.

Пухир (*urtica*) – елемент гострого запалення, що виникає через набряк сосочкового шару шкіри. Це утворення, що піднімається над рівнем шкіри, з характерною блідою центральною частиною та червоною периферією. Пухирі можуть бути симптомом алергічних реакцій або інфекційних захворювань.

Пухирець (*vesicula*) – дрібне порожнинне утворення, яке містить серозну або серозно-геморагічну рідину. Пухирець піднімається над шкірою і може зсихатися, утворюючи корку.

Пустула (*pustula*) – схожа на пухирець, але її вміст є гнійним через накопичення лейкоцитів.

Міхур (*bullae*) – велике порожнинне утворення, розміром більше 5 мм, що виступає над рівнем шкіри, часто із серозним або серозно-геморагічним вмістом. Міхури утворюються при багатьох інфекційних захворюваннях, таких як сибірська виразка та синдром Стівенса–Джонсона.

Геморагії (hamorrhagiae) – крововиливи різної форми і розміру, що виникають через розрив судин або підвищену проникність стінок судин, спостерігаються при багатьох інфекційних хворобах і є важливим діагностичним критерієм.

Усі перелічені екзантеми належать до первинних морфологічних елементів висипу. Однак вторинні елементи, такі як дисхромії шкіри, лусочки, кірки, ерозії та виразки, також мають велике діагностичне значення.

Ерозія (erosio) – це поверхневий дефект шкірного покриву, що виникає внаслідок розтину первинних порожнинних елементів висипу, зокрема пухирців, пустул або міхурів. Дно ерозії зазвичай представлено епідермісом або, частково, сосочковим шаром дерми. Розміри та конфігурація ерозії, як правило, відповідають характеристикам первинного морфологічного елементу. Після загоєння ерозій рубцевих змін шкіри не залишається.

Виразка (ulcus) – це глибокий дефект шкіри, що уражає епідерміс, дерму, а в окремих випадках – і підлеглі тканини. Вона формується внаслідок розпаду первинних інфільтративних елементів (вузлів, горбків) у товщі дерми або після розкриття глибоких пустул. Конфігурація та характер країв виразки (підригі, стрімкі, блюдцеподібні, кальозні, м'які тощо) мають важливе значення для диференційної діагностики. Загоєння виразки супроводжується утворенням рубця. Виразки можуть бути проявом інфекційних захворювань (шкірний лейшманіоз, сибірка, туляремія, содоку тощо), а також патологій, що належать до сфери інших медичних спеціальностей (сифіліс, туберкульоз, трофічні виразки, пухлини).

Дисхромія шкіри (dyschromia cutis) – це порушення пігментації, що виникає на місці регресованих морфологічних елементів шкірного висипу. Вираженість та тривалість гіперпігментації варіюють: від чітко виражених пігментних плям бурого кольору (наприклад, після кіркового висипу з геморагічним просочуванням) до ледь помітного забарвлення, яке швидко зникає (наприклад, після черевнотифозної роzeоли).

Лусочка (squama) – це ділянка відлущених рогових клітин, які втратили зв'язок із нижчими шарами епідермісу. За розмірами розрізняють дрібно- та крупнопластинчасте лущення. **Дрібнопластинчасте (висівкоподібне) лущення (desquamatio pityriasiformis)** спостерігається при кору, висівкоподібному лишайі. Лусочки малі, шкіра нагадує поверхню, припорошену борошном. **Крупнопластинчасте лущення (desquamatio lamellosa)** характеризується більшими лусками, які можуть відокремлюватися цілими шарами. Такий тип лущення характерний для скарлатини, псевдотуберкульозу, токсидермії тощо. Він зазвичай виникає в періоді одужання від інфекційних захворювань, а також у пізні періоди або фазі реконвалесценції.

Кірка (crusta) – це утворення, що виникає внаслідок висихання ексудату з інших морфологічних елементів (пустул, везикул, ерозій, виразок).

Розрізняють серозні кірки (напівпрозорі або сіруватого кольору), гнійні (жовті або зеленувато-жовті) та геморагічні (бурі або темно-червоні). Розміри кірки зазвичай відповідають розмірам попереднього морфологічного елемента.

Рубець (cicatrix) – це ділянка грубоволокнистої сполучної тканини, що утворюється внаслідок загоєння глибоких пошкоджень шкіри.

Перелічені морфологічні елементи екзантеми є основними в дерматологічній практиці, особливо при інфекційних захворюваннях, і потребують ретельної диференційної оцінки.

Крім ідентифікації типу морфологічного елемента, при аналізі висипу слід урахувати додаткові характеристики екзантеми, що мають діагностичне значення. Серед них: терміни появи висипу, переважна локалізація та зони максимального ураження, етапність висипу, тривалість існування окремих елементів, наявність повторного висипу, схильність до злиття елементів. Усі зазначені ознаки є важливими при проведенні диференційної діагностики захворювань, що супроводжуються синдромом екзантеми та енантеми.

Клінічне визначення висипки при деяких інфекційних хворобах

Кір: висипка має плямисто-папульозний характер і зазвичай з'являється на 4–5-й день хвороби. Висипка має тенденцію до злиття та типову послідовність поширення: обличчя → тулуб → кінцівки. У фазі зворотного розвитку відзначається гіперпігментація.

Краснуха: виникає дрібноплямистий висип, який з'являється одночасно на обличчі, тулубі та кінцівках, без тенденції до злиття. Висипка зникає без сліду через 2–3 дні, супроводжуючись помірною гіпертермією та генералізованою лімфаденопатією, переважно потиличних і задньошийних лімфатичних вузлів.

Вітряна віспа: висипка поліморфна, представлена елементами на різних стадіях розвитку: плями → папули → везикули ("крапля роси") → → кірочки. Нові елементи з'являються хвилеподібно, висип поширений по всьому тілу, включаючи волосисту частину голови та слизові оболонки.

Інфекційний мононуклеоз: можуть виникнути макулопапульозні висипи на тулубі, що з'являються спонтанно або після застосування амінопеніцилінів. Елементи не залишають пігментації або рубців і зникають через кілька днів.

Скарлатина: висипка переважно дрібноплямистого характеру, симетрична, ясніша у ділянках природних складок (пахви, ліктьові згини, пахвинна зона). Шкіра шорстка на дотик, спостерігається періоральний ціаноз. У фазі реконвалесценції може з'явитися пластинчасте лущення шкіри.

Червний тиф: висипка складається з мізерних розеолезних елементів, діаметром до 3 мм, розташованих переважно на шкірі передньої поверхні живота та грудної клітки. Висип з'являється на 7–10-й день захворювання і може зникати при натисканні.

Висипний тиф: висипка з'являється на 3–5-й день хвороби, починаючи з плямистого, а потім стає плямисто-папульозним. Висип локалізується на тулубі, згинальних і розгинальних поверхнях кінцівок, рідше на обличчі та слизових оболонках.

Геморагічні гарячки: геморагічний висип різного ступеня вираженості (від петехій до екхімозів) часто супроводжується носовими, шлунково-кишковими або матковими кровотечами. Шкірні прояви зазвичай генералізовані, переважають на тулубі та кінцівках.

Менінгококемія: геморагічний висип, різного розміру, неправильної форми, зірчастий, з некрозами в центрі елементів. Висип уражає шкіру тулуба, кінцівок, сідниць, іноді – обличчя. Він з'являється раптово на тлі гарячки і може швидко генералізуватися.

Лептоспіроз: можуть бути макулопапульозні або петехіальні висипи, іноді – геморагії на слизових оболонках та кон'юнктивах. Висип з'являється на фоні лихоманки та загальної інтоксикації.

Псевдотуберкульоз: плямисто-папульозний або еритематозний висип локалізується на тулубі, кінцівках, особливо в ділянках природних складок (симптоми "рукавичок", "шкарпеток", "каптура"). Шкіра може набувати багряно-червоного відтінку, іноді з лущенням.

Іерсиніоз: еритематозно-папульозний висип, який локалізується на нижніх кінцівках, супроводжується артралгіями та ознаками інтоксикації. Можливі елементи, подібні до еритеми вузлуватої.

Бешиха: локалізоване ураження шкіри у вигляді чітко окресленої яскраво-червоної ділянки з підвищенням температури, набряком, болем. Шкіра блискуча, напружена. Іноді можливий бульозний або геморагічний варіант із формуванням пухирів або петехій.

Бореліоз: у ранній стадії з'являється характерна еритема мігранс (мігруюча еритема) – червона пляма, що поступово збільшується з центром блідим або світлим. Пізніше можуть з'являтися кільцеві висипи, а також можливі прояви на суглобах і нервовій системі.

Туберкульоз шкіри: висипка має вигляд плям і вузлів, що можуть з'являтися на різних ділянках шкіри, включаючи обличчя, кінцівки та тулуб. Пізніше можливе утворення виразок із нечіткими краями, що супроводжуються місцевим лімфаденітом.

Сифіліс: у первинному періоді з'являється одиничний безболісний твердий шанкр на місці інфікування (зазвичай геніталії, анус, рот). Після цього з'являється регіонарний лімфаденіт. У вторинному періоді висипка

може бути різноманітною: макулопапульозні, пустульозні, а також слизові виразки у ротовій порожнині. Висипка може бути генералізованою, іноді має характер "морської зірки".

Кропив'янка та анафілаксія: висипка уртикарного типу: набрякові, рожево-червоні папули або бляшки, з чіткими контурами, схильні до злиття. Супроводжуються свербіжем і можуть змінювати локалізацію. При анафілаксії висип поєднується з гіпотензією, бронхоспазмом та іншими проявами шоку.

8. Орієнтована карта роботи студента:

№	Розділи	Час, хв
1	Критерії діагнозу інфекційного захворювання з перевіркою їх біля ліжка хворого	15
2	Вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних та інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз	10
3	Призначення лікування, виписування рецептів (знання механізму дії ліків)	15
4	Вибір методу фізіотерапевтичного лікування	5
5	Визначення прогнозу та працездатності хворого	5
6	Визначення групи інвалідності	5
7	Профілактика захворювання	5

9. Матеріали методичного забезпечення заняття

9.1. Завдання для самоперевірки вихідного рівня знань–вмінь – тести з бази даних ліцензійного іспиту Крок-2 (<https://www.testcentr.org.ua>, <https://testkrok.org.ua>, <https://krokbase.in.ua>)

9.2. Інформацію, необхідну для формування знань–вмінь можна знайти у підручниках:

ЛІТЕРАТУРА

Основна (базова)

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

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

Допоміжна

1. Невідкладна інфектологія : навч. посіб. / Козько В. М. та ін. 3-є вид. Київ : ВСВ "Медицина", 2023. 143 с.

2. Соціально значущі та особливо небезпечні інфекційні хвороби : навч. посіб. / Юрко К. В., Соломенник Г. О. Київ : ВСВ "Медицина", 2023. 25 с.

3. Інфекційні хвороби : підручник : у 2 т. / за ред. В. П. Малого, М. А. Андрейчина. Львів : Магнолія, 2006, 2022. Т. 1. 652 с.

4. Інфекційні хвороби : підручник : у 2 т. / за ред. В. П. Малого, М. А. Андрейчина. Львів : Магнолія, 2006, 2022. Т. 2. 726 с.
5. 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. К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. Київ : ВСВ "Медицина", 2021. 778 с.
6. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби : у 3 т. Київ : Здоров'я, 2001. Т. 1. 856 с.
7. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби : у 3 т. Київ : Здоров'я, 2002. Т. 2. 696 с.
8. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби : у 3 т. Київ : Здоров'я, 2003. Т. 3. 846 с.
9. Harrison's Principles of Internal Medicine / J. Loscalzo, D. L. Kasper, D. L. Longo et al. / New York: McGraw Hill, 2022.
10. Harrison's Infectious Diseases / D. L. Kasper, A. S. Fauci, T. R. Harrison. New York: McGraw-Hill; 2020.

Інформаційні ресурси, у т. ч. в мережі Інтернет

1. Офіційний сайт МОЗ України – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України – Режим доступу : <http://www.phc.org.ua/>
3. Національна бібліотека України ім. В. І. Вернадського – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/>
4. Національна наукова медична бібліотека України – Режим доступу : <http://www.library.gov.ua/>
5. Українська база медико-статистичної інформації "Здоров'я для всіх"» – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
6. Всесвітня організація охорони здоров'я – Режим доступу : <http://www.who.int/en/>
7. Бібліографічна база даних MEDLINE – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>
8. Національна медична бібліотека США – Режим доступу : <http://www.nlm.nih.gov>
9. Офіційний сайт CDC – Режим доступу : <http://www.cdc.gov/>
10. Канадський центр доказів в охороні здоров'я – Режим доступу : <http://www.cche.net>
11. Кокранівська бібліотека – Режим доступу : <http://www.cochrane.org>
12. Кокранівський центр доказової медицини – Режим доступу : <http://www.cebm.net>

9.3. Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою

з теми:

№ з/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді студентів
1	Вивчити матеріал з теми "Ведення пацієнта з синдромом екзантеми"	Вивчення літератури основної та додаткової	Відповіді на учбові питання
2	Вміти поставити та обґрунтувати заключний діагноз обстеженого хворого	Вміти обстежити хворого та скласти план лабораторного обстеження	Письмове обґрунтування попереднього та заключного діагнозів, плану обстеження та лікування хворого
3	Скласти план лікування хворого		Тестовий письмовий контроль
4	Знати ускладнення захворювання та їх лікування		Рішення ситуаційних задач

Матеріали для самоконтролю якості підготовки

А. Питання для самоконтролю

Кір

1. Який збудник спричиняє кір і як він сприяє розвитку характерної клінічної картини захворювання?
2. Які особливості клінічного перебігу кору на стадії катаральних вищ, порівняно зі стадією висипів?
3. Як виглядає типовий висип при кору і які зміни слизових оболонок характерні для енантеми?
4. Які лабораторні методи є найбільш інформативними при підтвердженні діагнозу кору?
5. Які принципи лікування та профілактики кору рекомендовані в умовах спалаху?

Краснуха

6. Які епідеміологічні особливості та механізми передачі краснухи?
7. Які клінічні симптоми дозволяють диференціювати краснуху від інших вірусних екзантем?
8. Яке значення має серологічна діагностика у виявленні краснухи, особливо у вагітних?
9. Які підходи до лікування хворих на краснуху та профілактика вродженого синдрому?
10. Які протиепідемічні заходи застосовуються при реєстрації випадків краснухи?

Скарлатина

11. Який збудник спричиняє скарлатину та який механізм дії його токсинів?
12. Які характерні клінічні ознаки допомагають відрізнити скарлатину від інших бактеріальних інфекцій із висипом?

13. Яке значення має бактеріологічне дослідження при встановленні діагнозу скарлатини?

14. Які можливі ускладнення скарлатини, пов'язані з імунopatологічними процесами?

15. Які сучасні антибактеріальні засоби використовуються при лікуванні скарлатини?

Вітряна віспа

16. Які особливості вірусу *Varicella Zoster* визначають розвиток висипів при вітряній віспі?

17. Як виглядає типова динаміка висипів при вітряній віспі та які їх морфологічні особливості?

18. Які лабораторні методи дозволяють підтвердити діагноз вітряної віспи в складних випадках?

19. Які принципи симптоматичного лікування пацієнтів із вітряною віспою?

20. Які особливості профілактики та імунoproфілактики вітряної віспи?

Інфекційний мононуклеоз

21. Які механізми інфікування вірусом Епштейна–Барр обумовлюють розвиток екзантеми?

22. Які клінічні прояви є характерними для інфекційного мононуклеозу, включаючи зміни слизових оболонок?

23. Яке діагностичне значення має загальний аналіз крові при інфекційному мононуклеозі?

24. Які препарати не слід призначати при цьому захворюванні через ризик медикаментозної екзантеми?

25. Які принципи амбулаторного та стаціонарного ведення хворих на інфекційний мононуклеоз?

Черевний тиф

26. Як формується черевнотифозний висип і яке його діагностичне значення?

27. Які особливості клінічного перебігу черевного тифу у дорослих із залученням шкіри та слизових?

28. Які лабораторні методи використовуються для підтвердження діагнозу черевного тифу?

29. Яке місце в диференціальній діагностиці черевного тифу займають інші висипні інфекції?

30. Які сучасні антибактеріальні засоби рекомендовані для лікування черевного тифу?

Висипний тиф

31. Який механізм розвитку висипки при рикетсіозних інфекціях, зокрема при висипному тифі?

32. Які особливості клінічної картини висипного тифу відрізняють його від інших екзантемних хвороб?

33. Які специфічні серологічні тести застосовуються для діагностики висипного тифу?

34. Які можливі ускладнення при тяжкому перебігу висипного тифу?

35. Які принципи етіотропної та патогенетичної терапії при висипному тифі?

Менінгококцемія

36. Яке патогенетичне підґрунтя появи геморагічної висипки при менінгококцемії?

37. Які клінічні ознаки допомагають відрізнити менінгококцемію від інших інфекцій із висипом?

38. Яке значення має бактеріологічна та ПЛР-діагностика у підтвердженні діагнозу?

39. Яка тактика ведення хворого на догоспітальному етапі при підозрі на менінгококцемію?

40. Які підходи до госпіталізації, інтенсивного лікування та профілактики у контактних осіб?

Лептоспіроз

41. Які клінічні ознаки шкірних уражень зустрічаються при лептоспірозі?

42. Який патогенез розвитку екзантеми при лептоспірозі та його ускладненнях?

43. Які методи лабораторної діагностики дозволяють верифікувати лептоспіроз?

44. Які диференціально-діагностичні ознаки лептоспірозу порівнюють з вірусними екзантемами?

45. Які лікувальні підходи рекомендовані при тяжкому перебігу лептоспірозу з висипами?

Ієрсиніоз

46. Які клінічні форми ієрсиніозу супроводжуються розвитком висипу?

47. Які патогенетичні особливості ураження шкіри при ієрсиніозі?

48. Які методи дозволяють підтвердити діагноз ієрсиніозу в умовах екзантемного синдрому?

49. Яке значення має диференціальна діагностика ієрсиніозу з іншими хворобами шлунково-кишкового тракту та екзантемами?

50. Яке лікування рекомендоване при шкірних формах ієрсиніозу?

Псевдотуберкульоз

51. Які механізми формування екзантеми при псевдотуберкульозі?

52. Які клінічні прояви та ускладнення можливі при шкірній формі псевдотуберкульозу?

53. Які лабораторні методи є інформативними для діагностики цього захворювання?

54. Які принципи диференційної діагностики псевдотуберкульозу з іншими інфекціями?

55. Які рекомендації щодо антибактеріальної терапії псевдотуберкульозу?

Геморагічні гарячки

56. Які віруси спричиняють геморагічні гарячки, що супроводжуються висипом?

57. Які особливості клінічного перебігу та шкірних проявів при геморагічних гарячках?

58. Яке значення мають лабораторні методи при діагностиці цих гарячок?

59. Які є підходи до невідкладного лікування при підозрі на геморагічну гарячку?

60. Які заходи епідеміологічного контролю рекомендовані при підозрі на ці захворювання?

Бешиха

61. Який збудник спричиняє бешиху і як відбувається розвиток шкірних уражень?

62. Які клінічні ознаки та форми перебігу бешихи?

63. Які методи лабораторної діагностики допомагають підтвердити діагноз?

64. Яке значення має раннє призначення антибактеріальної терапії при бешисі?

65. Які профілактичні заходи рекомендовані для запобігання рецидивів?

Кропив'янка та анафілаксія

66. Які патофізіологічні механізми лежать в основі розвитку кропив'янки та анафілаксії?

67. Які шкірні прояви є типовими для гострої алергічної реакції?

68. Які методи діагностики використовуються для верифікації алергічного характеру висипу?

69. Які основні принципи невідкладної допомоги при анафілактичному шоці?

70. Які засоби тривалої профілактики рекомендуються пацієнтам із частими рецидивами кропив'янки?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей (вибрати правильні відповіді):

1. До інфекційної лікарні звернувся хлопець, 16 років. Скаржить на підвищення температури тіла до 39 °С, кашель, нежить, слезотечу й світлобоязнь. Об'єктивно: ознаки кон'юнктивіту. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені. Мигдалики помірно гіперемовані. На м'якому піднебінні – блідо-червона енантема, на щоках у ділянці кутніх зубів – білуваті плями, які не знімаються шпателем. Який попередній діагноз?

A. Скарлатина.

D. Герпетична інфекція.

B. Кір.

E. Інфекційний мононуклеоз.

C. Ентеровірусна інфекція.

2. Для вірусу кору характерні всі перелічені ознаки, окрім того, що він:
 - A. Містить РНК, належить до параміксовірусів.
 - B. Має гемаглютинувальну, гемолітичну та комплементзв'язувальну активність.
 - C. Виявляє цитопатичну дію.
 - D. Зберігається вірулентним в аерозолі протягом 1 год.
 - E. Стійкий до впливу фізичних і хімічних чинників.
3. Для епідеміологічної характеристики кору типовими є всі перелічені твердження, окрім:
 - A. Антропонозна інфекція.
 - B. Джерело інфекції – хвора людина.
 - C. Висока сприйнятливість людей до кору та довічний імунітет після хвороби.
 - D. Зимово-весняне підвищення захворюваності.
 - E. Рецидивний характер інфекції.
4. Для кору характерні всі перелічені клінічні симптоми, окрім:
 - A. Гострий початок.
 - B. Виражені катаральні симптоми.
 - C. Інтоксикація.
 - D. Гепатолієнальний синдром.
 - E. Екзантема та енантема.
5. Патогномонічною ознакою кору є:
 - A. Гарячка.
 - B. Риніт, кон'юнктивіт.
 - C. Трахеїт, бронхіт.
 - D. Плями Копліка.
 - E. Збільшення шийних лімфатичних вузлів.
6. Висип при кору характеризується всіма переліченими ознаками, окрім:
 - A. Плямисто-папульозного характеру.
 - B. Точкового геморагічного висипу.
 - C. Зливного характеру.
 - D. Етапності висипання.
 - E. Пігментації та висівкоподібного луцення.
7. Елементами висипу, характерними для краснухи, є:
 - A. Плями.
 - B. Папули.
 - C. Везикули.
 - D. Пустили.
 - E. Петехії.
8. Елементами висипу при середньотяжкому перебігу кору є:
 - A. Точкові плями.
 - B. Папули.
 - C. Везикули.
 - D. Пустили.
 - E. Екхімози.
9. Для краснухи характерне збільшення таких лімфатичних вузлів:
 - A. Надключичних.
 - B. Підключичних.
 - C. Потиличних.
 - D. Мезентеріальних.
 - E. Пахвових.
10. Ускладненням, не характерним для перебігу краснухи у дорослих, є:
 - A. Фалангові артрити.
 - B. Енцефаліт.
 - C. Безпліддя.
 - D. Мимовільний аборт.
 - E. Тромбоцитопенія.

В. Задачі для самоконтролю з еталонами відповідей:

Задача 1

Пацієнт 30 років звернувся до клініки з підвищеною температурою до 39 °С, нежиттю з густими гнійними виділеннями, сухим кашлем і болем у горлі. У нього також виникла світлобоязнь і біль в очах. На слизовій оболонці щік пацієнт помітив дрібні білуваті точки. Захворювання почалося 4 дні тому, коли з'явилися перші ознаки застуди. В анамнезі пацієнт повідомляє, що не був вакцинований проти кору.

1. Встановити попередній діагноз, зазначивши нозологічну форму, клінічний варіант, ступінь тяжкості та можливі ускладнення.
2. Скласти план обстеження пацієнта з урахуванням клінічної картини та передбачити можливі результати лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Розробити обґрунтований план лікування з вказанням конкретних препаратів, шляхів їх введення, дозувань та тривалості терапії.

Задача 2

Пацієнт 25 років звернувся до лікаря з підвищенням температури до 38 °С, загальним нездужанням та появою висипу. Спочатку на шкірі з'явилися червоні плями, які через кілька годин перетворилися на везикули. Через добу вони почали покриватися кірочками. Висип має локалізацію на обличчі, тулубі, кінцівках та волосистій частині голови. Пацієнт повідомляє, що не був вакцинований.

1. Встановити попередній діагноз, зазначивши нозологічну форму, клінічний варіант, ступінь тяжкості та можливі ускладнення.
2. Скласти план обстеження пацієнта з урахуванням клінічної картини та передбачити можливі результати лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Розробити обґрунтований план лікування з вказанням конкретних препаратів, шляхів їх введення, дозувань та тривалості терапії.

Задача 3

Пацієнт 18 років звернувся до лікаря зі скаргами на різке підвищення температури до 40 °С, озноб, загальну слабкість, біль у горлі, головний біль, а також одноразове блювання. На другий день з'явився висип макулозного характеру, який швидко розповсюдився на шкірі ший, верхній частині грудної клітки та в пахових ділянках. Висип мав вигляд яскравих червоних плям на гіперемійованому тлі. Носогубний трикутник залишався блідим. Виявлено яскраво-червоний "малиновий язик" та лущення на долонях і підшвах.

1. Встановити попередній діагноз, зазначивши нозологічну форму, клінічний варіант, ступінь тяжкості та можливі ускладнення.

2. Скласти план обстеження пацієнта з урахуванням клінічної картини та передбачити можливі результати лабораторних і інструментальних досліджень.

3. Розробити обґрунтований план лікування з вказанням конкретних препаратів, шляхів їх введення, дозувань та тривалості терапії.

ЕТАЛОНИ ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ

Тести для самоконтролю

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	E	E	D	D	B	A	B	C	C

Задачі для самоконтролю

Задача 1

Попередній діагноз:

Кір, типова форма, середньої тяжкості.

План обстеження:

- Загальний аналіз крові: лейкопенія, відносний лімфоцитоз, нейтропенія.
- Загальний аналіз сечі: без істотних змін, у разі ускладнень – можливе підвищення білка, еритроцити, лейкоцити.
- Імуноферментний аналіз (ІФА) крові до вірусу кору: *IgM*: позитивний – свідчить про гостру фазу захворювання, *IgG*: негативний – підтверджує відсутність імунітету.
- ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція) з мазка із ротоглотки або крові: виявлення РНК вірусу кору, підтвердження етіології.
- Огляд офтальмолога: виключення ураження сітківки.
- Рентгенографія органів грудної клітки: проводиться при підозрі на пневмонію або інше ускладнення.

План лікування:

- Жарознижувальна терапія: *Парацетамол*, перорально, 500–1000 мг кожні 6–8 год за потреби, не більше 4 г/добу, до нормалізації температури.
- Вітамінотерапія: *Ретинолу ацетат*, перорально, 200 000 МО 1 раз на добу протягом 2 днів.
- Регідратація: *Регідрон* – по 200 мл після кожного епізоду потовиділення/гіпертермії, при ознаках помірної дегідrataції – 0,9 % розчин *NaCl*, внутрішньовенно, крапельно 200–400 мл/добу за показаннями.
- Симптоматична терапія: *Сульфацил натрію 20 %* очні краплі, по 1–2 краплі в обидва ока 4 рази на добу, 5–7 днів (при кон'юнктивіті), *Оксиметазолін 0,05 %* у ніс, по 1–2 впорскування в кожную ніздрю двічі на добу, не довше 5 днів, *Хлоргексидин 0,05 %* для полоскання горла, 3 рази на добу після їжі, до зменшення симптомів.
- Антибіотикотерапія (тільки за наявності бактеріальних ускладнень):

Амоксицилін/клавуланат 875/125 мг перорально двічі на добу, 7–10 днів або *Азитроміцин* 500 мг перорально 1 раз на добу, 3 дні.

– Ізоляція хворого: до 5-го дня від початку висипу з дотриманням протиепідемічного режиму.

Задача 2

Попередній діагноз:

Вітряна віспа, типова форма, середньої тяжкості.

План обстеження:

– Загальний аналіз крові: помірний лейкоцитоз або лейкопенія, лімфоцитоз.

– Загальний аналіз сечі: без істотних змін, у разі ускладнень – можливе підвищення білка, еритроцити, лейкоцити.

– ІФА на антитіла до вірусу *Varicella-Zoster (VZV)*: *IgM*: позитивний – свідчить про гостру фазу захворювання, *IgG*: негативний – підтверджує відсутність імунітету.

– ПЛІР на *VZV* (з вмісту везикул, крові або зіскрібка з елементів висипу): виявлення ДНК вірусу, підтвердження діагнозу.

– КТ/МРТ головного мозку, ліквор (при появі неврологічної симптоматики): для виключення менінгоенцефаліту.

– Консультація дерматолога: при атиповому перебігу або сумнівному діагнозі.

– Дерматоскопія (при необхідності диференційної діагностики): візуалізація класичних везикул на еритематозному тлі.

План лікування:

– Протівірусна терапія (у групі ризику): *Ацикловір* 800 мг перорально 5 разів на добу (кожні 4 год, крім нічної перерви), протягом 5–7 днів, при тяжкому захворюванні: *Ацикловір* 10 мг/кг внутрішньовенно кожні 8 год протягом 7–10 днів.

– Жарознижувальні засоби: *Парацетамол* 500–1 000 мг кожні 6–8 год, не більше 4 г/добу (до нормалізації температури).

– Антисептична обробка висипу: *Оксид цинку* у формі пасти або крему місцево 2–3 рази на добу – для підсушування елементів висипу, зменшення свербіжності та запобігання мацерації. *Хлоргексидину біглюконат* 0,05 % розчин – обробка шкіри навколо елементів 2 рази на добу з метою профілактики вторинної бактеріальної інфекції. *Повідон-йод* (мазь або розчин) місцево 1–2 рази на добу – для антисептичної обробки ураженої шкіри (не застосовувати на слизові). *Декспантенол крем* – на етапі загоєння для прискорення епітелізації та зменшення подразнення шкіри.

– При свербіжності: *Лоратадин* 10 мг 1 раз на добу або *Цетиризин* 10 мг 1 раз на добу протягом 5–7 днів.

– Профілактика ускладнень: спостереження за станом шкіри, уникання розчісування. Індивідуальний догляд, гігієна, зміна постільної білизни щодня.

– Ізоляція хворого до 5-го дня після появи останніх елементів висипу з кірочками.

Задача 3

Попередній діагноз:

Скарлатина, типова форма, токсико-екзематозний варіант, середньої тяжкості.

План обстеження:

– Загальний аналіз крові: лейкоцитоз (переважно нейтрофільний), зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ.

– Загальний аналіз сечі: можливі протеїнурія, поодинокі лейкоцити або еритроцити, що свідчить про токсичний вплив.

– Бактеріологічне дослідження мазка з ротоглотки: виділення β -гемолітичного стрептокока групи А (*S. pyogenes*).

– Швидкий стрептококовий тест (RADT): позитивний.

– ЕКГ: із метою виявлення початкових змін, характерних для міокардиту (як ускладнення).

– СРБ, АСЛ-О: підвищення, що відображає стрептококову інфекцію.

План лікування:

– Етіотропна терапія: *Бензилпеніцилін натрієва сіль* – 1 000 000 ОД внутрішньом'язово 4 рази на добу (кожні 6 год) протягом 10 днів або *Цефтріаксон* – 1 г внутрішньом'язово або внутрішньовенно 1 раз на добу, 7–10 днів або *Азитроміцин* – 500 мг перорально 1 раз на добу, 3 дні.

– Дезінтоксикаційна терапія: *0,9 % розчин натрію хлориду* – внутрішньовенно, крапельно, 200–500 мл на добу, за показаннями, *Розчин глюкози 5 %* – внутрішньовенно, 200–400 мл/добу.

– Жарознижувальна терапія: *Парацетамол* – 500–1000 мг перорально кожні 6–8 год, не більше 4 г/добу.

– Симптоматична терапія: *Хлоргексидин 0,05 %* для полоскання горла – 3–4 рази на добу, 5–7 днів.

– Антигістамінні засоби (при вираженому токсико-алергічному компоненті):

Лоратадин – 10 мг перорально 1 раз на добу, 5–7 днів.

– Профілактика ускладнень: Дотримання постільного режиму на період гарячки. Медичне спостереження за станом серцево-судинної системи (контроль ЕКГ, АСЛ-О через 10–14 днів).

ДОДАТКИ: КЛІНІЧНЕ ВВЕДЕННЯ ХВОРОГО КІР

Етіологія:

- РНК-вірус із роду *Morbillivirus* (родина *Paramyxoviridae*).
- Один серотип. Лабільний до зовнішніх чинників.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (заразна за 4 дні до та 4 дні після висипу).
- Передача – повітряно-краплинна, надзвичайно контагіозний ($R_0 \approx 12-18$).
- Сезонність – зима–весна.
- Неімунізовані діти та дорослі – основна група ризику.
- Інкубація – 8–17 діб (іноді до 21).

Патогенез:

- Початкова реплікація в епітелії дихальних шляхів → регіонарні лімфовузли → вірусемія.
- Ураження ендотелію капілярів, слизових оболонок, шкіри → характерна екзантема.
- Імуносупресія → ризик вторинної бактеріальної інфекції.

Клініка (стадійність):

1. Катаральна стадія (3–5 днів):

- Поступовий початок: гарячка, сухий кашель, риніт, кон'юнктивіт (тріада), фотофобія.
- Плями Бельського–Філатова–Копліка (на 2–3-й день) – патогномонічний симптом.

2. Стадія висипу:

- Висип – плямисто-папульозний, з тенденцією до злиття.
- Поширення: 1-й день – обличчя/шия, 2-й – тулуб, 3-й – кінцівки.
- Гарячка зберігається 3–4 дні після появи висипу.
- Гепатоспленомегалія, тахікардія.

3. Стадія пігментації та реконвалесценції:

- Пігментація з легким лущенням, загальний стан поступово покращується.
- Може тривати 7–10 днів.

Ускладнення:

- Отит, бронхіт, пневмонія (часто – бактеріальна), ларинготрахеїт, енцефаліт, підгострий склерозуючий паненцефаліт (через роки).

Діагностика:

- Клінічна:** типова стадійність, катаральні явища, плями Копліка, характер висипу.
- Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкопенія, лімфопенія, ↑ШОЕ.
 - Серологія: IgM до вірусу кору (з 1-го дня висипу), парні сироватки (IgG ×4).
 - ПЛР із мазка з ротоглотки/сечі (доступно не завжди).

Диференційна діагностика:

- Краснуха, скарлатина, ентеровірусна інфекція, медикаментозний висип, інфекційний мононуклеоз.

Лікування:

- Специфічного – немає.
- Симптоматична терапія: жарознижувальні (парацетамол), зволоження повітря, очні краплі, вітамін А (особливо у дітей).
- Антибіотики – при бактеріальних ускладненнях.
- Госпіталізація – за клінічними показаннями (ускладнення, тяжкий перебіг).

Профілактика:

- Вакцинація (КПК) у 12 міс і 6 років.
- Постконтактна профілактика – вакцина або імуноглобулін (до 3–6 днів після контакту).

КРАСНУХА

Етіологія:

- РНК-вірус родини *Togaviridae*, рід *Rubivirus*.
- Один серотип. Лабільний до зовнішніх чинників.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (заразна з 7-го дня до 7-го дня після висипу).
- Передача – повітряно-крапельна.
- Сезонність – зима–весна.
- Неімунізовані діти та жінки репродуктивного віку (особливо під час вагітності) – основна група ризику.
- Інкубація – 14–21 день.

Патогенез:

- Вірус потрапляє через дихальні шляхи, реплікується в лімфоїдних тканинах → вірусемія.
- Ураження лімфатичних вузлів, шкіри, слизових оболонок.
- У вагітних може викликати вроджену краснуху (особливо в першому триместрі).

Клініка (стадійність):

Катаральна стадія (1–2 дні):

- Легка гарячка, головний біль, болі в горлі, риніт.
- Лімфаденопатія (збільшення потиличних і задньошийних лімфатичних вузлів).

Стадія висипу (3–5 днів):

- Висип – дрібноплямистий, світло-червоний, не зливається, починається з обличчя, потім розповсюджується на тулуб та кінцівки.
- Висип зникає без пігментації через 2–3 дні.
- Легке підвищення температури.

Стадія реконвалесценції:

- Повне зникнення висипу, нормалізація стану.

Ускладнення:

- Артрит, енцефаліт, тромбоцитопенія.
- Вроджена краснуха (якщо інфекція трапляється під час вагітності).

Діагностика:

- Клінічна:** типова стадійність висипу, лімфаденопатія, катаральні явища.
- Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкопенія, лімфопенія, ↑ШОЕ.
 - Серологія: IgM до вірусу краснухи (з 1-го дня висипу).
 - ПЛР (з мазка з ротоглотки/сечі).

Диференційна діагностика:

- Кір, скарлатина, інфекційний мононуклеоз, ентеровірусні інфекції.

Лікування:

- Специфічного лікування немає.
- Симптоматична терапія: жарознижувальні (парацетамол), зволоження повітря, вітамін А (особливо для дітей).
- При ускладненнях (артрит, енцефаліт) – госпіталізація та специфічне лікування за показаннями.

Профілактика:

- Вакцинація (КПК) у 12 міс і 6 років.
- Постконтактна профілактика – вакцина або імуноглобулін (до 3–6 днів після контакту).

СКАРЛАТИНА

Етіологія:

- Грампозитивна бактерія *Streptococcus pyogenes* (група А).
- Продукує екзотоксин, що є причиною висипу.
- Може бути у вигляді носійства без симптомів.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (заразна з початку захворювання і до 24 год після початку антибіотикотерапії).
- Передача – повітряно-крапельна, контактна.
- Сезонність – осінь–зима.
- Групи ризику – діти до 10 років, незагартовані та з ослабленим імунітетом.
- Інкубація – 2–4 дні.

Патогенез:

- Початкова інфекція в органах дихальних шляхів (фарингіт) → токсин потрапляє в кров і призводить до висипу.
- Ураження шкіри, слизових оболонок, загальна токсична реакція.

Клініка (стадійність):**Початкова стадія (1–2 дні):**

- Різкий початок: гарячка, головний біль, біль у горлі, загальна слабкість.
- Тонзиліт з наявністю гнійних нашарувань на мигдаликах.
- Язик малиновий, на 1–2-й день хвороби (характерна ознака).

Стадія висипу (на 2–3-й день):

- Висип – дрібноплямистий, червоний, починається з грудної клітки, шиї, обличчя.
- Висип поширюється на кінцівки та тулуб.
- Підвищена температура, тахікардія.

Стадія реконвалесценції (5–7-й день):

- Висип зникає з лущенням.
- Відновлення нормального стану, покращення самопочуття.

Ускладнення:

- Паратонзиллярний абсцес, отит, пневмонія, сепсис.
- Гломерулонефрит, ревматизм (через кілька тижнів).
- Лімфаденіт, токсичний шок.

Діагностика:

- Клінічна:** характерний висип, малиновий язик, катаральні явища, історія контакту з хворим.
- Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, нейтрофільний лейкоцитоз.
 - Мікробіологічне дослідження з мазка з глотки – ізоляція *Streptococcus pyogenes*.
 - Серологія – підвищення титрів антитіл до стрептококових токсинів.

Диференційна діагностика:

- Кір, краснуха, пелагра, інфекційний мононуклеоз, медикаментозний висип.

Лікування:

- Антибіотики – пеніцилін або амоксицилін (1-й вибір).
- Симптоматичне лікування: жарознижувальні, зволоження повітря, антисептики для горла.
- Госпіталізація – за клінічними показаннями (тяжкий перебіг, ускладнення).

Профілактика:

- Антибіотикопрофілактика для контактних осіб (пеніцилін або амоксицилін).
- ізоляція хворих на 10 днів.
- Вакцинація – відсутня.

ВІТРЯНА ВІСПА**Етіологія:**

- ДНК-вірус *Varicella-zoster* (родина *Herpesviridae*).
- Один серотип, антропоноз.
- Лабільний у зовнішньому середовищі, інактивується дезінфектантами, УФ, висиханням.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (заразна за 1–2 дні до висипу і до утворення кірочок).
- Шлях передачі – повітряно-краплинний, можливий контактний (через вміст везикул).

- Дуже контагіозний ($R_0 \approx 10-12$).
- Сезонність – зима–весна.
- Основна група ризику – діти 2–10 років, нещеплені.
- Інкубація – 10–21 день (частіше 14–17).

Патогенез:

- Реплікація у слизових дихальних шляхів → первинна вірусемія → → регіонарні лімфовузли.
- Друга вірусемія → ураження шкіри, слизових → характерний везикулярний висип.
- Залишається латентно у гангліях (рецидив – оперізувальний лишай).

Клініка (стадійність):

Продромальний період (1–2 дні):

- У дітей може бути відсутній.
- Легкий головний біль, субфебрилітет, нездужання.

Стадія висипу:

- Висип поліморфний: макула → папула → везикула (з "краплею роси") → → кірочка.
- Поширення – центрипетальне (обличчя, тулуб, волосиста частина голови, слизові).
- Свербїж, нові елементи – 3–5 днів.
- Гарячка – до появи нових елементів.

Стадія реконвалесценції:

- Підсихання везикул, формування кірочок → відпадають без рубців (якщо не було вторинної інфекції).
- Загальний стан поліпшується.

Ускладнення:

- Вторинна бактеріальна інфекція шкіри (стрепто-/стафілококи), пневмонія, енцефалїт, атаксія, гепатит, васкулїти.
- Особливо тяжкий перебіг – в імуноскопрометованих, вагітних, новонароджених.

Діагностика:

- **Клінічна:** характерний висип, поліформїзм, свербїж, анамнез.
- **Лабораторна:**
 - ЗАК – незначні зміни.
 - ПЛР з вмісту везикул/мазків.
 - Серологія – IgM (гостра інфекція), IgG (перенесена або вакцинація).

Диференційна діагностика:

- Герпетична інфекція, ентеровірусний екзантема, короста, алергічний дерматит, медикаментозний висип.

Лікування:

- Переважно симптоматичне: жарознижувальні (парацетамол), антигістамінні, місцеві антисептики.

- Ацикловір – при тяжкому перебігу, імуноскомпрометованим, дорослим, вагітним.
- Госпіталізація – за показаннями.

Профілактика:

- Жива атенуйована вакцина (у віці 12–15 міс, ревакцинація – 4–6 років).
- Постконтактна профілактика – вакцина протягом 72–96 год або специфічний імуноглобулін (до 10 днів).

ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ЛИШАЙ

Етіологія:

- Вірус *Varicella-zoster* (родина *Herpesviridae*).
- Той самий вірус, що спричиняє вітряну віспу.
- Латентна інфекція у нервових гангліях після перенесеної вітряної віспи.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (заразна через везикули).
- Передача – повітряно-краплинна або контактна (через везикули).
- Висока контагіозність для неімунних осіб, особливо до первинної інфекції (вітрянка).
- Найчастіше у людей старше 50 років, а також у імуноскомпрометованих пацієнтів.
- Інкубація – 2–3 тиж після активації латентного вірусу.

Патогенез:

- Рецидив вірусу *Varicella-zoster* у нервових гангліях після перенесеної вірянки.
- Вірус активується та поширюється по нервових волокнах, уражаючи шкіру, що іннервується цими нервами.
- Розвиток болю, висипу та неврологічних симптомів у межах ураженого дерматома.

Клініка (стадійність):

Продромальний період (1–5 днів):

- Біль, свербіж, парестезії по ходу ураженого нерва (найчастіше – межі грудної клітки, обличчя).
- Легкий загальний стан, головний біль, підвищення температури.

Стадія висипу:

- Висип: везикули, які поступово розриваються і утворюють кірочки.
- Локалізація: зазвичай одностороння, по ходу одного або кількох дерматомів.
- Виразений біль (пошкодження нервових волокон), частіше – палючий або стріляючий.
- Гарячка, загальне нездужання.

Стадія загоєння:

- Везикули висихають і покриваються кірочками.
- Біль може тривати навіть після загоєння висипу (постгерпетична невралгія).

Ускладнення:

- Постгерпетична невралгія (пост-оперізувальний лишайний біль, може тривати місяці чи роки).
- Неврологічні ускладнення: енцефаліт, мієліт.
- Офтальмологічні ускладнення (герпетичний кератит, увеїт).
- Вторинні бактеріальні інфекції шкіри.

Діагностика:

- Клінічна:** типова одностороння висипка по ходу дерматомів, біль, загальні симптоми.
- Лабораторна:**
 - ПЛР з везикулярного вмісту.
 - Серологія – IgM (гостра інфекція), IgG (латентна інфекція).
 - ЗАК – незначні зміни, іноді лейкопенія.

Диференційна діагностика:

- Простий герпес, контактний дерматит, екзема, кандидоз, інші герпетичні інфекції.

Лікування:

- Специфічне:** Ацикловір або інші противірусні препарати (фамцікловір, валацикловір) для зменшення тривалості та тяжкості захворювання, особливо якщо розпочати лікування на ранній стадії.
- Симптоматичне:** знеболювальні (парацетамол, нестероїдні протизапальні засоби), місцеві антисептики, за необхідності – антипсихотичні препарати для болю.
- Постгерпетична невралгія:** антидепресанти (амітриптилін), нейролептики, транквілізатори, місцеві анестетики (лідокаїн).

Профілактика:

- Вакцинація (у дітей та дорослих, які не мали вітрянки).
- Для запобігання розвитку оперізувального лишая рекомендована вакцинація для осіб старше 60 років (для запобігання рецидиву).
- Профілактика у близьких осіб (лікування ацикловіром або його аналогами в перші 72 год після контакту).

ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ**Етіологія:**

- Вірус Епштейна–Барр (EBV), ДНК-вірус родини *Herpesviridae* (γ-герпесвіруси).
- Переважно уражає В-лімфоцити.
- Має тропізм до епітелію ротоглотки, зберігається латентно в організмі.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина або вірусоносій (довічне вірусоносійство).
- Шлях передачі – повітряно-краплинний, контактний (сплина, "хвороба поцілунків").

- Інфекційність – помірна.
- Частіше у підлітків, молодих дорослих.
- Інкубація – 4–7 тиж (середньо 30–50 днів).

Патогенез:

- Первинна реплікація в епітелії ротоглотки → вірусемія → інфікування В-лімфоцитів.
- Поліклональна активація В-клітин → продукція гетерофільних антитіл.
- Імунна відповідь – Т-лімфоцити (атипові мононуклеари).
- Формування лімфоїдної гіперплазії (лімфовузли, мигдалики, селезінка, печінка).

Клініка (класична тріада):

- Лихоманка (до 38–40 °С, тривала).
- Ангіна (часто з нальотом, може бути плівчаста).
- Лімфаденопатія (задні шийні, потиличні, генералізована).

Інші симптоми:

- Загальна слабкість, пітливість, головний біль.
- Гепатоспленомегалія.
- Макуло-папульозний висип (особливо після ампіциліну/амоксциліну).
- набряк повік, ознака Хупертена.

Ускладнення:

- Розрив селезінки, обструкція дихальних шляхів, автоімунна гемолітична анемія, тромбоцитопенія, гепатит, менінгоенцефаліт, синдром Гієна–Барре.
- Ризик EBV-асоційованих неоплазій: лімфома Беркитта, назофарингеальна карцинома.

Діагностика:

- Клінічна:** класична тріада, тривала лихоманка, генералізована лімфаденопатія.

Лабораторна:

- ЗАК – лейкоцитоз, атипові мононуклеари > 10–20 %, лімфоцитоз.
- Печінкові проби – ↑АЛТ/АСТ, білірубін.
- Гетерофільні антитіла (реакція Пауля–Буннеля, Monospot-тест).
- EBV-специфічні IgM (до VCA), IgG, ПЛР (за потреби).

Диференційна діагностика:

- Стрептококовий тонзиліт, токсоплазмоз, ВІЛ-інфекція (гостра фаза), лейкемії, дифтерія, цитомегаловірусна інфекція.

Лікування:

- Етіотропного – немає.
- Симптоматичне: жарознижувальні, знеболювальні, рідина, щадний режим.
- ГКС – при загрозливій гіпертрофії мигдаликів, тромбоцитопенії, неврологічних ускладненнях.
- Антибіотики – тільки при бактеріальній суперінфекції (уникати ампіциліну!).

Профілактика:

- Специфічної вакцини немає.
- Загальні заходи: уникати тісного контакту з хворими, інформування про шляхи передачі.

ЕНТЕРОВІРУСНА ЕКЗАНТЕМА**Етіологія:**

- Ентеровіруси (родина *Picornaviridae*), найчастіше coxsackievirus A16.
- Один із серотипів ентеровірусів, пов'язаний із розвитком висипу.
- Лабільний до зовнішніх факторів, добре зберігається в організмі людини.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (заразна за кілька днів до появи висипу і до 1 тиж після).
- Шлях передачі – фекально-оральний, через контакт із зараженими предметами або рідинами, рідше – повітряно-краплинний.
- Високий рівень контагіозності ($R_0 \approx 2-3$).
- Сезонність – літо–осінь.
- Найбільший ризик – діти до 5 років, імуноскомпрометовані особи.
- Інкубація – 3–6 діб.

Патогенез:

- Початкова реплікація в епітелії шлунково-кишкового тракту → → вірусемія → ураження шкіри, слизових оболонок.
- алишкове ураження тканин може зберігатися навіть після клінічного одужання.
- Пошкодження ендотелію судин шкіри → екзантема.

Клініка (стадійність):**Продромальний період (1–2 дні):**

- Легка гарячка, біль у горлі, риніт, диспепсія, головний біль.
- У дітей можуть бути лише незначні катаральні явища.

Стадія висипу:

- Характерна екзантема – дрібні червонуваті плями, які зливаються в еритематозні ділянки, часто з центральною везикулою.
- Локалізація – більша частина тулуба, руки, ноги.
- Висип може супроводжуватися свербіжем та болем.
- Зазвичай висип з'являється на 2–4-й день після гарячки.

Стадія реконвалесценції:

- Висип поступово зменшується, може залишати легке лущення.
- Загальний стан покращується після зникнення висипу.

Ускладнення:

- Вторинна бактеріальна інфекція шкіри.
- Рідко – енцефаліт, менінгіт, міокардит.
- Летальний результат дуже рідкий, зазвичай у пацієнтів з імуносупресією.

Діагностика:

- Клінічна:** характерна висипка на шкірі та слизових оболонках, наявність продромальних симптомів.
- Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкопенія, незначне підвищення ШОЕ.
 - ПЛР – з мазка з горла, сечі, калу.
 - Серологія – IgM до coxsackievirus A16.

Диференційна діагностика:

- Кір, вітряна віспа, краснуха, скарлатина, токсикодермія, медикаментозний висип.

Лікування:

- Специфічного лікування немає.
- Симптоматична терапія: жарознижувальні (парацетамол), зволоження повітря, антисептичні засоби для горла.
- Антибіотики – при бактеріальних ускладненнях.
- Госпіталізація – за клінічними показаннями, у випадку тяжкого перебігу, ускладнень.

Профілактика:

- Гігієна та санітарія, ізоляція хворих на період активної інфекції.
- Специфічної вакцини не існує.

ЧЕРЕВНИЙ ТИФ

Етіологія:

- Salmonella enterica* serovar Typhi – грамнегативна факультативно-анаеробна паличка.
- Має джгутики, капсулу (Vi-антиген), ендотоксин.
- Стійка у зовнішньому середовищі (вода, ґрунт, продукти), гине при кип'ятінні, під дією деззасобів.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина або бактеріоносії.
- Механізм передачі – фекально-оральний (через воду, їжу, брудні руки).
- Сезонність – літо–осінь (частіше в регіонах із поганими санітарними умовами).
- Основна група ризику – діти старшого віку, дорослі в ендемічних зонах.
- Інкубація – 7–23 дні (частіше 10–14).

Патогенез:

- Проникнення через слизову тонкого кишечника → фагоцитоз → → лімфовузли → кров (бактеріємія).
- Заселення ретикулоендотеліальної системи (печінка, селезінка, кістковий мозок).
- Вторинна бактеріємія → ендотоксинемія → ураження ЦНС, серця, судин, кишечника.
- Ураження пейєрових бляшок → некроз, виразки → ризик перфорації, кровотечі.

Клініка (стадійність):

Початок (1-й тиждень):

- Поступовий підйом температури ("сходи"), слабкість, головний біль, безсоння.
- Брадикардія, розеолезний висип на животі, інтоксикація.
- Тифозна свідомість, сухий язик із сірватим нальотом, відбитками зубів.
- Здуття живота, закріп (рідше – діарея).

Розпал (2–3-й тиждень):

- Постійна гарячка (40 °C), затьмарення свідомості, марення.
- Гепатоспленомегалія, розеоли зникають на 2–3-й день.
- Симптом "печі" – суха, гаряча шкіра.
- Виснаження, гіпотонія, відносна брадикардія, лейкопенія.

Стадія реконвалесценції (4-й тиждень і далі):

- Поступове зниження температури, зменшення інтоксикації.
- Залишається слабкість, можлива транзиторна бактеріоносійність.

Ускладнення:

- Кишкова кровотеча, перфорація кишки (частіше – на 3-му тиждні).
- Тифозний менінгоенцефаліт, міокардит, холецистит, нефрит.
- Хронічне носійство (особливо при ураженні жовчного міхура).

Діагностика:

- Клінічна:** поступовий початок, "сходоподібна" гарячка, брадикардія, висип, симптоми інтоксикації.
- Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкопенія, еозінопенія, ↑ШОЕ, анемія.
 - Бакпосів крові (1-й тиждень) – основний метод.
 - Посів калу, сечі, жовчі (з 2-го тижня).
 - Серологія (реакція Відаля) – з 2-го тижня: діагностичний титр $\geq 1:200$.

Диференційна діагностика:

- Паратифи, бруцельоз, малярія, лептоспіроз, гепатити, сепсис, менінгіт, туберкульоз.

Лікування:

- Антибіотики: фторхінолони (ципрофлоксацин), цефтріаксон, азитроміцин.
- Детоксикаційна терапія (регідрація, інфузії).
- Жарознижувальні, вітаміни.
- Постільний режим.
- Госпіталізація – обов'язкова.
- Спостереження за реконвалесцентами (контроль бакпосівів).

Профілактика:

- Санітарно-гігієнічні заходи (якісна вода, харчування, миття рук).
- Вакцинація – у груп ризику та подорожуючих в ендемічні регіони.
- Обстеження носіїв у харчових підприємствах.
- Ізоляція хворих, диспансерний нагляд за носіями.

ВИСИПНИЙ ТИФ

Етіологія:

- *Rickettsia prowazekii* – облигатний внутрішньоклітинний грамнегативний мікроорганізм.
- Лабільна до зовнішніх чинників, швидко гине під дією високої температури, дезінфектантів.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина або бактеріоносій (рецидив – хвороба Брілла–Цінссера).
- Переносник – платяна воша (*Pediculus humanus corporis*).
- Шлях передачі – трансмісивний (при втиранні фекалій вошей у шкіру).
- Сезонність – зима, періоди соціальних потрясень, війни.
- Групи ризику – особи з низьким рівнем гігієни, мешканці притулків, в'язниць.
- Інкубація – 5–21 день (частіше 10–14).

Патогенез:

- Після проникнення – розмноження в ендотелії судин → васкуліт → порушення мікроциркуляції.
- Генералізована інтоксикація, геморагічний синдром, ураження ЦНС та серцево-судинної системи.

Клініка (стадійність):

Початковий період (2–3 дні):

- Гострий початок: гарячка (до 39–40 °С), озноб, слабкість, головний біль, безсоння.
- Ін'єкція судин склер, гіперемія обличчя, сухість у роті.

Період розпалу (з 4–5 дня):

- Гарячка постійного типу, інтоксикація посилюється.
- Висип – розеольозно-петехіальний (пізніше тільки петехії), з'являється на 4–6-й день.
- Локалізація: тулуб, згинальні поверхні рук і ніг, не буває на обличчі, долонях, підощвах.
- Симптоми ураження нервової системи: сплутаність, делірій, іноді менінгеальні ознаки.
- Можливе збільшення селезінки, тахікардія, гіпотонія.

Період реконвалесценції:

- Температура знижується критично.
- Зберігається астенія, порушення сну, зниження апетиту.

Ускладнення:

- Тромбоемболії, міокардит, пневмонія, менінгоенцефаліт, гангрена кінцівок (при важкому перебігу).
- Хвороба Брілла–Цінссера – рецидив після багатьох років (при зниженні імунітету).

Діагностика:

- Клінічна:** епідеміологічний анамнез, гарячка, висип, токсикоз, ураження судин та ЦНС.
- Лабораторна:**
 - ЗАК – нейтрофільний лейкоцитоз, ↑ШОЕ.
 - Реакція Вейля–Фелікса (аглотинація з *Proteus OX19*) – з 6–7-го дня.
 - ІФА/РІФ/ПЛР – специфічна діагностика (не завжди доступна).

Диференційна діагностика:

- Менінгококцемія, сепсис, кір, лептоспіроз, геморагічні гарячки, тиф паратифи.

Лікування:

- Етіотропне: доксициклін (1-й вибір), хлорамфенікол.
- Симптоматичне: жарознижувальні, дезінтоксикаційна терапія, підтримка функцій органів.
- Госпіталізація – обов'язкова (інфекційна ізоляція).

Профілактика:

- Санітарно-епідеміологічні заходи – боротьба з вошами, гігієна, ізоляція хворих.
- Специфічна профілактика – вакцинація осіб із високим ризиком (військові, надзвичайні ситуації).
- Постконтактна профілактика – не специфічна, контроль за контактними, дезінсекція.

МЕНІНГОКОКЦЕМІЯ

Етіологія:

- Neisseria meningitidis* – грамнегативний диплокок, факультативний патоген.
- Має капсулу (основний фактор вірулентності).
- Найчастіше серогрупи А, В, С, W, Y.
- Лабільна у зовнішньому середовищі.

Епідеміологія:

- Джерело – хворий або носій (носійство до 10–30 % у популяції).
- Шлях передачі – повітряно-краплинний, рідше – контактний.
- Найбільша захворюваність – діти до 5 років, підлітки.
- Інкубація – 1–10 діб (частіше 3–4).

Патогенез:

- Початкова колонізація носоглотки → проникнення в кров (при недостатній імунній відповіді).
- Бактеріємія → ендотоксин (LPS) → масивна запальна відповідь, ДВЗ-синдром, шок.
- Можливе ураження наднирників (синдром Уотерхауса–Фрідеріксена).
- Часто поєднується з менінгітом (менінгококовий менінгіт).

Клініка:

- Раптовий початок – висока гарячка, озноб, головний біль, міалгії, блювання.
- Швидке погіршення загального стану, порушення свідомості.
- Висип – петехіальний/геморагічний, зіркоподібний, не зникає при натисканні.
- Локалізація: сідниці, стегна, нижня частина тулуба → генералізація.
- Гіпотензія, тахікардія, ознаки шоку.
- Можливі судоми, ознаки ураження мозкових оболонок.

Тяжкі форми:

- Молнієсна менінгококцемія – прогресує за кілька годин, летальність висока.
- Синдром Уотерхауса–Фрідеріксена – крововилив у наднирники → надниркова недостатність, шок.

Ускладнення:

- Септичний шок, ДВЗ-синдром, некроз шкіри, кінцівок, енцефалопатія, поліорганна недостатність.
- Після перенесеної інфекції – глухота, неврологічні порушення, ішемічні ураження.

Діагностика:

- **Клінічна:** типовий геморагічний висип, швидке прогресування симптомів, епідеміологічний анамнез.
- **Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкоцитоз/лейкопенія, нейтрофілоз, тромбоцитопенія.
 - Підвищення ШОЕ, СРБ, прокальцитоніну.
 - Гемокультура (до антибіотиків!), ПЛР крові/ліквору.
 - Люмбальна пункція – ознаки гнійного менінгіту, якщо не протипоказано.
 - Коагулограма – ознаки ДВЗ-синдрому.

Диференційна діагностика:

- Менінгіт вірусний/бактеріальний іншої етіології, лептоспіроз, тромбоцитопенічна пурпура, васкуліти, сепсис іншого генезу.

Лікування:

- Негайно! Госпіталізація у ВАІТ.
- Емпірична антибіотикотерапія: цефтріаксон/цефотаксим внутрішньовенно.
- Корекція шоку: інфузійна терапія, вазопресори (норепінефрин).
- ГКС (дексаметазон) – при менінгіті або наднирковій недостатності.
- Симптоматичне лікування – жарознижувальні, корекція коагулопатії, підтримка органів.

Профілактика:

- Вакцинація – кон'юговані/менінгококові вакцини (ACWY, B) за віковими показами.
- Постконтактна профілактика – рифампіцин/ципрофлоксацин/цефтріаксон (контактні особи).

ЛЕПТОСПИРОЗ

Етіологія:

- Спірохети роду *Leptospira* (понад 200 сероварів, патогенні – *L. interrogans*).
- Аеробні, рухливі, з гачкоподібними кінцями.
- Сстійкі у вологому середовищі (вода, ґрунт), чутливі до дезінфектантів, УФ.

Епідеміологія:

- Джерело – дикі та свійські тварини (гризуни, велика рогата худоба, собаки).
- Шлях передачі – контактний (через пошкоджену шкіру, слизові), водний, рідше – харчовий.
- Професійна інфекція (рисівники, м'ясники, ветеринари, рибалки).
- Сезонність – літо–осінь.
- Інкубація – 4–14 днів (до 20).

Патогенез:

- Проникнення через мікропошкодження шкіри/слизових → гематогенна дисемінація.
- Ураження ендотелію судин → геморагічний синдром, токсико-алергічна реакція.
- Фаза бактеріємії → імунна фаза (утворення циркулюючих імунних комплексів).
- Ураження печінки, нирок, м'язів, легень.

Клініка (стадійність):

Початкова (токсико-інфекційна) фаза (3–7'днів):

- Раптовий початок: гарячка (39–40 °С), озноб, міалгії (особливо литки, попереки), головний біль.
- Ін'єкція склер, гіперемія обличчя, висип (плямисто-папульозний або петехіальний).
- Може бути гепатоспленомегалія.

Імунна фаза (з 5–7-го дня):

- Поява жовтяниці (завжди з темною сечею), олігурія, протейнурія, ↑креатинін.
- Геморагічний синдром – кровоточивість ясен, носові кровотечі, петехії, кров у сечі.
- Менінгеальні симптоми (часто при *L. icterohaemorrhagiae*).
- Можливий розвиток менінгіту, нефриту, пневмонії, серозного перикардиту.

Тяжкі форми:

- Синдром Вейля – жовтяниця + геморагічний синдром + гостра ниркова недостатність.
- Летальність – до 15 % у тяжких випадках.

Діагностика:

- Клінічна:** епідеміологічний анамнез + гарячка, міалгії, жовтяниця, геморагії.

□ Лабораторна:

- ЗАК – лейкоцитоз, нейтрофіліоз, ↑ШОЕ.
- БАК – ↑білірубін (переважно непрямий), ↑АЛП/АСТ, ↑сечовина, креатинін.
- Сеча – протеїнурія, еритроцити, циліндри.
- Серологія (РА, МАТ – із 5–7-го дня хвороби), ІФА (IgM).
- ПЛР – з крові/сечі у ранні строки.
- Бактеріологія – посів крові (1-й тиждень), сечі (з 2-го тижня) – рідко успішний.

Диференційна діагностика:

- Вірусний гепатит, малярія, орнітоз, менінгококцемія, геморагічні гарячки, лептоспіроїдні інфекції.

Лікування:

- Госпіталізація – обов'язкова.

□ Етіотропне:

- Пеніцилін G (10–20 млн ОД/добу) в/в, доксициклін або амоксицилін.
- У тяжких випадках – цефтріаксон, карбапенеми.

□ Патогенетичне:

- Інфузійна терапія, дезінтоксикація, корекція електролітів.
- Гепатопротектори, симптоматичне лікування.
- Діаліз – при гострій нирковій недостатності.

Профілактика:

- Контроль за гризунами, захист водних джерел.
- Індивідуальні засоби захисту при роботі з потенційно зараженим середовищем.
- Профілактичний доксициклін (200 мг ×1 на тиждень – для груп ризику під час спалахів).
- Вакцинація – для тварин та за професійними показами (в деяких країнах).

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗ

Етіологія:

- *Yersinia pseudotuberculosis* – грамнегативна факультативно анаеробна паличка (родина *Enterobacteriaceae*).
- Психрофільна, стійка у зовнішньому середовищі, зберігається у воді, ґрунті, овочах (особливо взимку).
- Продукує ендо- та екзотоксини (цитотоксичність, ендотеліотропність, імуносупресія).

Епідеміологія:

- Джерело – гризуни, рідше – хворі люди (носії).
- Шлях передачі – фекально-оральний (через воду, овочі, молочні продукти).
- Сезонність – зима–весна ("овочевий кошак" – капуста, морква, буряк).
- Група ризику – діти, підлітки, молодь.
- Інкубація – 3–10 діб (зазвичай 5–6).

Патогенез:

- Проникнення через кишечник → регіонарні лімфовузли → бактеріємія.
- Тропність до лімфоїдної тканини, ендотелію судин, шкіри, суглобів.
- Імунопатологічна фаза (через 1–2 тижні): аутоімунні реакції, затяжний перебіг.

Клініка (форми):

- **ШКТ-форма** (ентероколіт): біль у животі, діарея, нудота, блювання, лихоманка.
- **Скарлатиноподібна форма** – типова для дітей:
 - Раптовий початок, гарячка, інтоксикація.
 - Висип – макулопапульозний, рясний, на тулубі, кінцівках, іноді – "рукавички"/"шкарпетки".
 - "Капошон" – гіперемія обличчя і шиї, "білий трикутник" біля рота.
 - Синдром "обкладеного язика" → "малиновий язик".
 - Луцнення долонь/підшов на 2–3 тиж.
- **Генералізована форма** – лихоманка, поліаденіт, артралгії, гепатоспленомегалія, можливий гепатит, нефрит.
- **Реактивний артрит** – у постінфекційний період.

Ускладнення:

- Гепатит, нефрит, міокардит, артрит, синдром Рейтера, сепсис (рідко).
- Тривалий субфебрилітет, астения, рецидиви.

Діагностика:

- **Клінічна:** характерний висип, сезонність, зв'язок із харчуванням (овочі взимку), "малиновий язик".
- **Лабораторна:**
 - ЗАК – нейтрофільний лейкоцитоз, ↑ШОЕ, помірна анемія.
 - Біохімія – ↑печінкові ферменти.
 - Бактеріологія – посів калу, сечі, крові (*Y. pseudotuberculosis*).
 - Серологія – РА, РНГА, ІФА (динаміка титру IgM/IgG).
 - ПЛР – з калу/крові/сечі.

Диференційна діагностика:

- Скарлатина, кір, краснуха, менінгококцемія, ентеровірусна інфекція, сальмонельоз, ієрсиніоз.

Лікування:

- Етіотропна терапія: антибіотики (ампіцилін, цефалоспорини, фторхінолони, доксициклін).
- Дезінтоксикаційна терапія, жарознижувальні, пробіотики.
- При затяжному перебігу – НПЗП, імунотерапія.
- Госпіталізація – при середньо- та тяжкому перебігу.

Профілактика:

- Санітарно-епідемічний контроль харчових продуктів (зберігання овочів, гризуні).
- Особиста гігієна, миття овочів.
- Специфічної вакцини – немає.

ГЕМОРАГІЧНІ ГАРЯЧКИ**Етіологія:**

- Різні РНК-віруси з кількох родин:
 - *Arenaviridae* (Ласса),

- *Filoviridae* (Ебола, Марбург),
- *Bunyaviridae* (Крим-Конго, Хантавіруси),
- *Flaviviridae* (Жовта гарячка, Денге).
- Зоонози – резервуари: гризуни, примати, комахи, кліщі.

Епідеміологія:

- Джерело – інфіковані тварини або люди (деякі форми мають міжлюдську передачу).
- Шляхи передачі – контактний (кров, біологічні рідини), повітряно-краплинний (деякі), трансмісивний (комарі, кліщі).
- Сезонність – залежить від збудника і регіону.
- Висока летальність, особливо при пізній діагностиці.
- Інкубація – 2–21 день (у середньому 5–14).

Патогенез:

- Первинна реплікація у місці проникнення → вірусемія → генералізація.
- Ураження ендотелію судин → підвищена проникність, кровотечі, гіповолемія.
- Дисфункція імунної системи, цитокіновий шторм → шок, поліорганна недостатність.

Клініка (типовий перебіг):

Інкубаційний період:

- Безсимптомний, але зараженість можлива (залежно від вірусу).

Початкова стадія (2–5 днів):

- Раптовий початок: гарячка, озноб, головний біль, біль у м'язах, попереку, блювання, діарея.
- Ін'єкція судин склер, гіперемія обличчя, гепатоспленомегалія.

Геморагічна стадія:

- Петехії, екхімози, носові/гінгівальні кровотечі, гематурія, шлунково-кишкові кровотечі.
- Гіпотензія, ознаки ДВЗ-синдрому, шок.
- При ураженні ЦНС – енцефаліт, судоми, кома.

Стадія одужання або термінальна:

- За сприятливого перебігу – поступове відновлення.
- У тяжких випадках – смерть від шоку, кровотеч, поліорганної недостатності.

Ускладнення:

- Шок, ДВЗ-синдром, ниркова недостатність, енцефалопатія, сліпота, глухота, затяжна астенизація.

Діагностика:

- **Клінічна:** подорож до ендемічного регіону, гарячка з кровоточивістю.
- **Лабораторна:**
 - ЗАК – тромбоцитопенія, лейкопенія, ↑Гематокрит (при дегідратації).
 - Біохімія – ↑АЛТ/АСТ, ↑Креатинін, ↑ЛДГ.
 - ПЛР, ІФА (IgM/IgG), виділення вірусу (BLS-4!).

Диференційна діагностика:

- Малярія, сепсис, менінгококцемія, лептоспіроз, аутоімунні васкуліти, інші гарячки (денге, тиф).

Лікування:

- Етіотропне – лише для деяких: ◦ Рибавірин (Ласса, Ханта).
- Моноклональні антитіла – для Еболи (обмежено).
- Підтримувальна терапія:
- Інфузійна терапія, корекція коагулопатії, жарознижувальні, анальгетики, кисень.
- Ізоляція пацієнта, застосування ЗІЗ (особливо при Еболі, Марбурзі).
- Госпіталізація – обов'язкова (інфекційний стаціонар із БЛС-3/4).

Профілактика:

- Специфічна вакцина – для жовтої гарячки (жива вакцина), вакцина-кандидати для Еболи.
- Захист від укусів (репеленти, сітки), дератизація.
- Постконтактна профілактика – у деяких випадках (експериментальні схеми, імуноглобуліни).
- Строгі протиепідемічні заходи при спалаху.

БЕШИХА**Етіологія:**

- Збудник – бета-гемолітичний стрептокок групи А (*Streptococcus pyogenes*).
- Інколи інші стрептококи, стафілококи, рідше – грамнегативна флора.
- Вірусна етіологія рідкісна, але можлива (грип, герпесвіруси).

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (особливо при респіраторних інфекціях або при наявності шкірних ран).
- Передача – повітряно-краплинна, контактна (через рани, порізи).
- Високий рівень захворюваності в холодну пору року, після перенесених вірусних інфекцій.
- Вік – частіше у дітей, ослаблених осіб та літніх людей.

Патогенез:

- Вхідні ворота – ушкоджена шкіра (ранки, садна), слизові оболонки.
- Вірулентні фактори стрептококів (гемоліз, токсини) сприяють розвитку запалення та некрозу тканин.
- Швидке поширення інфекції по лімфатичних шляхах, розвиток флегмони, сепсису.

Клініка (стадійність):**Інкубаційний період:**

- Зазвичай короткий (від кількох годин до 2–3 днів).

Початкова стадія (перші 24 год):

- Різкий початок: гарячка до 39–40 °С, озноб, слабкість, головний біль, біль у суглобах.
- Може бути місцевий біль у ділянці ураження шкіри або слизової.

Розвиток висипу та запалення:

- Поява обмеженого еритематозного ураження з чіткими кордонами (рожева або червона пляма).
- Висип має схильність до злиття, з'являються пухирці, пізніше – корки.
- набряклість, болючість, гарячка.

Прогресування:

- Зазначається поширення інфекції по лімфатичних судинах (лімфангіт).
- Ризик генералізації інфекції, розвиток сепсису, органних уражень.

Ускладнення:

- Сепсис, абсцеси, пневмонія, менінгіт, гломерулонефрит, токсичний шок.
- Рецидиви інфекції при недостатньому лікуванні.

Діагностика:

- **Клінічна:** характерна еритема, інфільтрація, чіткі межі запалення.
- **Лабораторна:**
 - ЗАК – лейкоцитоз з нейтрофілією, підвищена ШОЕ.
 - Посів із рани або з крові – для визначення збудника.
 - ПЛР на наявність стрептококів групи А.

Диференційна діагностика:

- Екзема, дерматит, піодермія, варикозне запалення, трофічні виразки.

Лікування:

- **Антибактеріальна терапія:** основний метод лікування – пеніциліни, цефалоспорини, макроліди (при алергії на пеніциліни).
- **Симптоматична терапія:** жарознижувальні, знеболювальні.
- **Хірургічне втручання:** у разі розвитку гнійних ускладнень – дренивання, видалення некротичних тканин.
- Госпіталізація – при важких формах, сепсисі.

Профілактика:

- Загальна гігієна, догляд за ранами.
- Антибіотикопрофілактика при підвищеному ризику зараження.

БОРЕЛІОЗ

Етіологія:

- Бактерія *Borrelia burgdorferi* (родина Spirochaetaceae), спірохета.
- Є кілька видів *Borrelia*, зокрема *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii*, *B. garinii*.
- Переносники – кліщі роду Ixodes (переважно Ixodes ricinus).

Епідеміологія:

- Переносник – інфіковані кліщі.
- Передача – через укуси кліща, який може бути інфікований після тривалого живлення на заражених тваринах (наприклад, олені, дрібні ссавці).
- Частота – поширене захворювання в Європі, Північній Америці, Азії.
- Сезонність – весна–літо, активність кліщів.
- Інкубація – 3–30 діб після укусу кліща (зазвичай 7–14 діб).

Патогенез:

- Проникнення спірохет у шкіру після укусу кліща → розвиток локального запалення → бактерії розповсюджуються через лімфу та кров → пошкодження різних органів.
- Враження шкіри (мігруюча еритема), нервової системи, суглобів, серця.
- Можливість хронізації інфекції та розвиток постінфекційних синдромів.

Клініка (стадійність):

Перша стадія (локалізоване захворювання):

- Мігруюча еритема (найхарактерніший симптом) – червона пляма з центральним просвітленням ("ціль"), з'являється через 3–30 днів після укусу.
- Локальне запалення, болючість у місці укусу.
- Лихоманка, головний біль, слабкість, болі у суглобах, м'язах.
- У деяких пацієнтів – збільшення лімфовузлів.

Друга стадія (поширене захворювання):

- Множинні еритеми, часто із системними симптомами (лихоманка, головний біль).
- Ураження нервової системи: менінгіт, нейропатії, міозит, енцефалопатія.
- Ураження серця: блокади, міокардит.
- Ураження суглобів: артрит (зазвичай великі суглоби, зокрема коліна).

Третя стадія (хронічне захворювання):

- Хронічний артрит, неврологічні симптоми (невропатії, когнітивні порушення, депресія).
- Рідко – акродерматит хронічний (характерне ураження шкіри на кінцівках).

Ускладнення:

- Хронічний артрит, неврологічні ускладнення (нейропатії, енцефалопатії).
- Серцеві ускладнення (AV-блокада).
- Психічні порушення (депресія, когнітивні розлади).
- Пост-бореліозний синдром (слабкість, біль, порушення сну).

Діагностика:

- **Клінічна:** типова еритема, анамнез (контакт із кліщами, перебування на природі).
- **Лабораторна:**
 - Імунологічні методи: аналіз на антитіла IgM та IgG до *Borrelia* (при сероконверсії, не раніше ніж через 2 тиж після початку хвороби).
 - ПЛР з місця укусу, сироватки.
 - ЗАК – може бути незначна лейкопенія, лімфоцитоз, помірне підвищення ШОЕ.

Диференційна діагностика:

- Токсоплазмоз, епідемічний енцефаліт, сифіліс, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, вірусний менінгіт, мононуклеоз.

Лікування:

- **Антибіотики:** ▫ Доксидиклін (перший вибір), амоксицилін, цефуроксим (для вагітних).

- При серйозних неврологічних ускладненнях – внутрішньовенне введення цефтріаксону або пеніциліну.
- Симптоматична терапія: нестероїдні протизапальні препарати для зняття болю, запалення.
- Вітаміни, антиоксиданти, корекція імунітету за потреби.

Профілактика:

- Захист від укусу кліщів: носіння закритого одягу, репеленти, огляд шкіри після перебування на природі.
- Вакцинація – не існує ефективної вакцини для профілактики.
- Постконтактна профілактика: застосування антибіотиків після укусу (якщо інфекція підозрюється, за рекомендацією лікаря).

ВТОРИННИЙ СИФІЛІС

Етіологія:

- *Treponema pallidum* – грамнегативна спірохета.
- Дуже чутлива до зовнішнього середовища, гине при висиханні, нагріванні.
- Один серотип, антропонозна інфекція.

Епідеміологія:

- Джерело – хвора людина (на будь-якій стадії, особливо при наявності висипів чи виразок).
- Шлях передачі – переважно статевий, рідше – трансплацентарний, контактний, через кров.
- Сезонність не виражена.
- Групи ризику – особи з частою зміною партнерів, ВІЛ-інфіковані, секс-працівники.
- Інкубація – 9–90 днів (частіше 21–30).

Патогенез:

- Після первинної інфекції – гематогенне та лімфогенне поширення трепонем.
- Вторинний сифіліс – системна реакція організму на генералізацію інфекції.
- Розвивається зазвичай через 6–12 тиж після появи твердого шанкра.

Клініка (стадійність):

Свіжий вторинний сифіліс:

- Висипи на шкірі та слизових – симетричні, поліморфні (розеоли, папули, іноді пустули), неbolючі, не сверблять.
- Часто – генералізована лімфаденопатія.
- Можлива ангіна, алопеція ("мільйована"), конділоми широкі (у ділянках мацерації).
- Загальні симптоми: субфебрилітет, слабкість, головний біль.

Рецидивний вторинний сифіліс:

- Повторна поява висипів після періоду латенції.
- Висип локалізується переважно в ділянках тертя, навколо природних отворів.
- Часто більш яскравий, менш симетричний.

Ускладнення:

- Васкуліти, нефропатія, ураження нервової системи (ранній нейросифіліс), очей.
- У ВІЛ-позитивних – агресивніші форми, швидший розвиток ускладнень.

Діагностика:

- Клінічна:** характерний висип, лімфаденопатія, зв'язок із первинним сифілісом.
- Лабораторна:**
 - Темнопольна мікроскопія (з вмісту папул, кондилом).
 - Серологічні тести:
 - Нетрепонемні (RPR, VDRL) – кількісні, для контролю лікування.
 - Трепонемні (TRHA, FTA-ABS) – якісні, специфічні.
 - ПЛР – високочутливий, зразки з везикул/слизових.

Диференційна діагностика:

- Псоріаз, лишай, папульозна кропив'янка, себорейний дерматит, ВІЛ-висип, токсидермії.

Лікування:

- Препарат вибору** – бензатин-бензилпеніцилін 2,4 млн ОД в/м однократно.
- Альтернатива (при алергії): доксициклін, цефтріаксон (обережно при ВІЛ).
- Контроль лікування – серологічний (RPR/VDRL) на 3, 6, 12 міс.
- Повне обстеження на ІПСШ, включаючи ВІЛ.

Профілактика:

- Бар'єрна контрацепція, регулярний скринінг у груп ризику.
- Обстеження і лікування статевих партнерів.
- Обов'язкове повідомлення та диспансерне спостереження.

КЛІЩОВІ РИКЕТСИОЗИ**Етіологія:**

- Рикетсії – облігатні внутрішньоклітинні грам-негативні бактерії (рід *Rickettsia*, родина *Rickettsiaceae*).
- Основні представники: *R. slovaca*, *R. conorii*, *R. sibirica*, *R. rickettsii* тощо.
- Мають тропізм до ендотелію судин → васкуліт.

Епідеміологія:

- Джерело – дикі/домашні тварини (резервуар), кліщі – переносники і резервуар.
- Передача – трансмісивна (через укуси кліщів), можлива трансплацентарна.
- Сезонність – весна–літо (активність кліщів).
- Група ризику – туристи, лісники, фермери.
- Інкубація – 2–14 днів.

Патогенез:

- Інокуляція рикетсій через шкіру → локальне ураження (пляма/некроз) → → лімфогематогенна дисемінація.
- Ураження ендотелію судин → васкуліти, тромбози, петехії, порушення мікроциркуляції.
- Фебрильна інтоксикація, екзантема, ураження печінки, ЦНС, легень.

Клініка (типовий варіант):**Продромальний період (1–2 дні):**

- Слабкість, головний біль, субфебрилітет.

Стадія розпалу:

- Раптовий початок: гарячка (38–40 °С), озноб, пітливість, міалгії.
- У місці укусу – **ескар** (темна кірка з гіперемією навколо) + регіонарний лімфаденіт.
- Висип: макулопапульозний або геморагічний, з'являється на 3–5-й день хвороби, починається з тулуба → поширюється.
- Гепатоспленомегалія, іноді гіпотензія, тахікардія.

Стадія реконвалесценції:

- Температура нормалізується, висип зникає з пігментацією/лущенням.
- Слабкість, втома можуть зберігатись тижнями.

Ускладнення:

- Менінгоенцефаліт, міокардит, гепатит, ДВЗ-синдром, некрози шкіри, вторинні інфекції.
- У тяжких випадках – шок, ниркова недостатність.

Діагностика:

- **Клінічна:** характерний анамнез (укус кліща), гарячка, висип, первинний афект (ескар), лімфаденіт.

Лабораторна:

- ЗАК – лейкопенія/лейкоцитоз, тромбоцитопенія, ↑ШОЕ.
- БАК – ↑АЛТ/АСТ, ↑СРБ.
- Серологія (ІФА, РНІФ) – антитіла з 6–7-го дня хвороби (динаміка титру IgM, IgG).
- ПЛР (кров, біоптат шкіри) – якщо доступно.

Диференційна діагностика:

- Лайм-бореліоз, лептоспіроз, менінгококцемія, краснуха, кір, ентеровірусна інфекція, васкуліти.

Лікування:

- Препарат вибору – доксициклін (100 мг × 2 р/д, 5–7 днів).
- Альтернатива – хлорамфенікол (при тяжкому перебігу або протипоказах до тетрациклінів).
- Жарознижувальні, регідратація, підтримка життєвих функцій.
- Госпіталізація – при тяжкому перебігу, ускладненнях, дітям.

Профілактика:

- Індивідуальний захист від кліщів: репеленти, одяг, самоогляд.
- Санітарна обробка територій.
- Специфічної вакцини – немає (крім окремих ендемічних варіантів).
- Антибіотикопротифілактика (доксициклін одноразово) – за показаннями після укусу кліща в ендемічній зоні.

Навчальне видання

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ

*Методичні вказівки
для самостійної студентів 6-го курсу
за спеціальністю "Медицина"*

Упорядники Юрко Катерина Володимирівна
 Бондаренко Андрій Володимирович
 Кацапов Дмитро Володимирович
 Могиленець Олена Іванівна

Відповідальний за випуск А. В. Бондаренко



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

Формат А5. Ум. друк. арк. 3,0. Зам. № 25-94.

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