

Чернігівський національний
педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка

Інфекційні хвороби, які набули соціального значення

Кудін С. Ф., Савонова О. В., Козерук Ю. В.

тексти лекцій

Чернігів, 2017



ЧЕРНІГІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Т.Г.ШЕВЧЕНКА

С.Ф. КУДІН, О.В. САВОНОВА, Ю.В. КОЗЕРУК

**ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ,
ЯКІ НАБУЛИ СОЦІАЛЬНОГО ЗНАЧЕННЯ**

(тексти лекцій)

Чернігів 2017

УДК 616.97
ББК 55.81
К 88

Рекомендовано до друку вченою радою
Чернігівського національного педагогічного
університету імені Т.Г. Шевченка,
протокол № 12 від 10 травня 2017 року

Навчальне видання призначене для самостійної аудиторної й позааудиторної підготовки студентів вищих навчальних педагогічних закладів до практичних і семінарських занять з «Основ медичних знань», «Основ педіатрії», «Основ здоров'я»; у ньому міститься повний виклад лекційного матеріалу, присвяченого знайомству зі змістовим блоком «Інфекційні хвороби, що набули соціального значення».

Головна мета цього навчального видання – дати студентам уявлення про інфекційні хвороби, що набули соціального значення, причини їх виникнення, основні ознаки, наслідки, які становлять небезпеку для життя і здоров'я людини, профілактичні і протиепідемічні заходи.

Рецензенти:

Кривич І. П. – доктор медичних наук, професор кафедри медико-біологічних та валеологічних основ охорони життя і здоров'я факультету педагогіки і психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова;

Марцинкевич О.О. – кандидат медичних наук, доцент, завідувачий неврологічним відділенням Чернігівської обласної лікарні;

Черненко М. Е. – кандидат медичних наук, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка.

ISBN 978-966-69-1

© Кудін С. Ф.,
Савонова О. В.,
Козерук Ю. В., 2017

ЗМІСТ

	Вступ	5
	Тематичний план дисципліни «Основи медичних знань»	7
	Навчальна програма «Основи медичних знань»	8
1. Сифіліс	1.1. Загальна характеристика	9
	1.2. Перебіг захворювання	11
	1.3. Вроджений сифіліс	12
	1.4. Діагностика сифілісу	15
	1.5. Принципи лікування хворих на сифіліс.	16
2. Гонококова інфекція	2.1. Загальна характеристика	18
	2.2. Гонококова інфекція у чоловіків	19
	2.3. Гонококова інфекція у жінок	20
	2.4. Інші гонококові інфекції	21
	2.5. Діагностика і основні принципи лікування гонококової інфекції	22
3. Трихомоніаз	3.1. Загальна характеристика	24
	3.2. Ознаки, діагностика, лікування	25
	3.3. Індивідуальна профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом	26
	3.4. Громадська профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом	28
4. Синдром набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД)	4.1. Загальна характеристика	30
	4.2. Епідеміологія	32
	4.3. Перебіг хвороби	38
	4.4. Принципи діагностики, лікування і профілактики	39

5. Грип	5.1. Загальна характеристика	44
	5.2. Перебіг хвороби, лікування та профілактика	46
6. Туберкульоз	6.1. Визначення проблеми	49
	6.2. Загальна характеристика	51
	6.3. Перебіг хвороби	52
	6.4. Профілактика туберкульозу	53
	Література	56
	Словник термінів	58
	Додатки	68

Вступ

Ейфорія 50-70-х рр. ХХ століття з приводу успішної боротьби з інфекціями та повної ліквідації частини з них виявилася передчасною. Лише одну інфекційну хворобу – натуральну віспу – можна вважати умовно ліквідованою на планеті, оскільки не дивлячись на майже двадцятирічний термін відсутності її офіційної реєстрації, вірус хвороби зберігається в окремих спеціальних лабораторіях, а прошарок неімунізованих людей дуже значний і постійно зростає.

Інфекційні хвороби не збираються поступатися своїми позиціями, а, навпаки, перейшли в наступ. У всіх країнах світу, незалежно від економічного розвитку, відзначається їх зростання, реєструються епідемії. Причина зростання інфекційної захворюваності в Україні полягає в наступному.

По-перше, на тлі дестабілізації соціально-економічних умов життя населення ускладнюється епідеміологічна ситуація і зростають показники захворюваності на так звані «класичні» інфекції, які знову повертаються. Наочним прикладом може служити стрімке зростання захворюваності на туберкульоз, у тому числі на активну форму хвороби.

За останні роки значно зросла захворюваність на венеричні хвороби як серед дорослих, так і серед підлітків. Захворюваність на сифіліс статистично свідчить про епідемію. В Україні також розповсюджується епідемія СНІДу, яка має найбільші темпи росту серед країн СНД. Найвищий рівень захворюваності має молодь від 15 до 29 років, тобто та вікова група, що характеризується найбільшою сексуальною активністю та здатністю до реалізації репродуктивної функції. Це негативно впливає на соматичне і репродуктивне здоров'я населення та є причиною народження ВІЛ-інфікованих дітей.

По-друге, все більше зростає роль умовно-патогенних мікроорганізмів, особливо в епідеміології кишкових і легеневих захворювань. Результати досліджень показують, що за останні роки тенденція до погіршення стану здоров'я дітей та молоді набула сталого характеру. Виникнення інфекційних хвороб багато в чому залежить від організації санітарних, протиепідемічних та оздоровчих заходів. Учитель –

основний провідник санітарного і протиепідемічного виховання і навчання у школі. Тому йому потрібні відповідні знання з цих питань.

Базовий рівень знань та умінь з основ медичних знань вчителя є обов'язковим елементом його професійної компетентності. Водночас вчитель несе моральну і юридичну відповідальність за збереження життя і здоров'я дітей під час перебування в навчальному закладі.

Згідно з вимогами програми основи медичних знань, у тій частині, що стосується інфекційних хвороб, студенти повинні **знати**:

- основні поняття епідеміології та імунології;
- етіологію, клінічну картину поширених невідкладних станів, що виникають при інфекційних хворобах;
- основи долікарської диференційної діагностики інфекційних хвороб і станів, що викликані цими хворобами;
- основи профілактики і заходи з недопущення розповсюдження інфекційних захворювань.

На основі отриманих знань студенти повинні **вміти**:

- володіти навичками долікарської діагностики інфекційних захворювань дітей;
- обирати методи надання першої допомоги хворій дитині;
- проводити профілактичні заходи щодо попередження інфекційної захворюваності;
- давати гігієнічну та протиепідемічну оцінку режиму дня, режиму харчування й умовам перебування дитини в закладах освіти;
- використовувати отримані знання для підвищення свого професійного рівня під час роботи з дітьми.

Тематичний план дисципліни «Основи медичних знань»

<i>Назви змістових модулів і тем</i>	<i>Кількість годин</i>			
	<i>Усього (за планом)</i>	<i>Види занять</i>		
		<i>лекції</i>	<i>практичні</i>	<i>самостійна робота</i>
<i>Змістовий модуль 1. Перша медична допомога в загрозованих для життя станах, що виникають при захворюваннях внутрішніх органів, інфекційних хворобах, травмах і нещасних випадках</i>				
<i>Тема 1. Вступ</i>	4	4		
<i>Тема 2. Поняття про інфекційні хвороби та основи епідеміології</i>	5		2	3
<i>Тема 3. Дитячі інфекційні хвороби і профілактика їхнього розповсюдження</i>	9		6	3
<i>Тема 4. Інфекційні хвороби, що набули соціального значення</i>	9		6	3
<i>Тема 5. Запобігання порушень зору, слуху, мовлення та опорно-рухового апарату у дітей</i>	7		2	5
<i>Тема 6. Основні захворювання органів дихання, невідкладні стани при них та перша медична допомога</i>	7		2	5
<i>Тема 7. Основні захворювання серцево-судинної системи, невідкладні стани при них та перша медична допомога</i>	7		2	5
<i>Тема 8. Травми, їх ускладнення. Кровотеча у дітей та дорослих</i>	7		2	5
<i>Тема 9. Перша медична допомога при зупинці дихання та кровообігу</i>	7		2	5
<i>Тема 10. Транспортна іммобілізація та десмургія</i>	7		2	5
<i>Усього годин</i>	60	4	20	36

Навчальна програма «Основи медичних знань» *

Змістовий модуль 1. Перша медична допомога в загрозованих для життя станах, що виникають при захворюваннях внутрішніх органів, інфекційних хворобах, травмах і нещасних випадках.

Тема 4. Інфекційні хвороби, що набули соціального значення.

Сифіліс: загальна характеристика, перебіг захворювання, вроджений сифіліс, діагностика сифілісу, принципи лікування хворих на сифіліс.

Гонококова інфекція: загальна характеристика, гонококова інфекція у чоловіків, гонококова інфекція у жінок, інші гонококові інфекції, діагностика і основні принципи лікування гонококової інфекції.

Трихомоніаз: загальна характеристика, ознаки, діагностика, лікування. Індивідуальна профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом. Громадська профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом.

Синдром набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД): загальна характеристика, епідеміологія, перебіг хвороби, принципи діагностики, лікування і профілактики.

Грип: загальна характеристика, перебіг хвороби, лікування та профілактика.

Туберкульоз: визначення проблеми, загальна характеристика, перебіг хвороби, профілактика туберкульозу.

* Оскільки в даному конспекті лекцій подається матеріал, присвячений особливостям виникнення, поширення, прояву та профілактики інфекційних хвороб, що набули соціального значення, тому в представленій навчальній програмі автори вважають за доцільне відобразити тільки ті питання, які розкривають зміст виключно цього змістовного блоку

Тема 1. Сифіліс

- 1.1. Загальна характеристика.
- 1.2. Перебіг захворювання.
- 1.3. Вроджений сифіліс.
- 1.4. Діагностика сифілісу.
- 1.5. Принципи лікування хворих на сифіліс.

Ключові слова: венеричні хвороби, сифіліс, соціальна проблема, бліда трепонема, твердий шанкер, бубон, сифілітична гума, висипи, параліч, реакція Вассермана, превентивне лікування, профілактичне лікування, тест-терапія.

1.1. Загальна характеристика

Венеричні хвороби – різні за етіологією (за причиною) і клінічними проявами інфекційні захворювання, які поєднані в одну групу за способом зараження – переважно статевим шляхом. Венеричні хвороби – одна із складних соціальних і психологічних проблем сучасності. Це обумовлено як чисто соціальними так і причинами етичного характеру.

Венерологія – область клінічної медицини, яка вивчає причини, клінічні прояви, лікування венеричних захворювань.

Сифіліс – хронічна венерична хвороба, яка має хвилеподібний перебіг (періоди загострення змінюються прихованими періодами) і викликає ураження шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, кісток, нервової системи тощо. Збудник – бліда трепонема (спірохета), яка проникає в організм людини через ушкоджений роговий шар шкіри або епітелій слизової оболонки (додаток Б).

Епідеміологія. На сифіліс хворіють тільки люди. Для сифілітичної інфекції характерні хвилеподібний перебіг із підйомами захворюваності та її спадом. У періоди підйому захворюваності значно зростає кількість хворих на заразні форми сифілісу, а в періоди зниження – збільшується питома вага хворих на прихований сифіліс.

Чинники, що сприяють розповсюдженню сифілісу: міграція населення, урбанізація, акселерація, зниження кількості шлюбів та збільшення кількості розлучень, гомосексуалізм, алкоголізм, наркоманія, самолікування. Ці та інші чинники сприяють зростанню кількості позашлюбних сексуальних зв'язків, частій зміні статевих партнерів, що призводить до зараження.

Морфологія: бліда трепонема – це тонкий спіралеподібний мікроорганізм, у якого закрутки розміщені рівномірно. Трепонемми дуже рухливі і здійснюють коливальні, хвилеподібні, рухи, але залишаються на місці і не пересуваються, чим відрізняються від інших трепонем.

Чутливість трепонемми до впливу зовнішніх чинників дуже велика: поза організмом вона швидко гине, особливо при висиханні заразного матеріалу; при кип'ятінні гине моментально. Вона також майже моментально гине під впливом 90° етилового спирту, що використовують для негайного протирання рук після дослідження хворого на сифіліс.

Імунітет

1. Вродженого імунітету до сифілісу немає. Це означає, що практично кожна людина, потрапивши у відповідні умови, може заразитися.

2. Набутого імунітету до сифілісу немає. Це означає, що особа, вилікувана від сифілісу, може повторно заразитися. У медичній літературі описані випадки п'ятиразового зараження. З цього також випливає, що сифіліс виліковується, інакше не розвивалися б усі періоди сифілітичної інфекції при повторних зараженнях.

Реінфекція – це повторне зараження сифілісом людини, яка вже перехворіла на цю інфекцію. Цей діагноз повинен бути підтверджений лабораторним виявленням трепонем.

Джерело зараження – хвора на сифіліс людина.

Шляхи поширення

1. Статевий шлях зараження є основним: трепонемми проникають через мікродіфекти шкіри і слизових оболонок при статевому контакті із хворою людиною.

2. Статеві збочення (орогенітальні та гомосексуальні контакти).

3. Побутовий шлях зараження трапляється рідко і лише при тісних побутових контактах у дітей; при поцілунках у дорослих за наявності на слизових оболонках рота збудника сифілісу.

4. Трансплацентарний (через плаценту) шлях зараження трапляється у тих випадках, коли вагітна жінка хвора на сифіліс. Тоді у плода, новонароджених дітей чи у пізнішому віці розвивається вроджений сифіліс (спадкового сифілісу немає!).

5. При пологах можливе інфікування дитини, якщо на слизових оболонках пологових шляхів наявні збудники сифілісу. У таких випадках у дитини розвинеться набутий, а не вроджений сифіліс, із локалізацією основних ознак хвороби на тому місці, куди потрапила трепонема.

1.2. Перебіг захворювання

Загальний перебіг сифілісу характеризується хвилеподібністю зі зміною активних проявів сифілітичної інфекції прихованими (латентними) періодами, коли діагноз можна поставити лише завдяки лабораторному дослідженню.

Інкубаційний період сифілісу (час від проникнення блідої спірохети в організм до появи першого прояву хвороби – твердого шанкеру) у середньому триває 3-4 тижні. Він може подовжуватися, якщо хворий у цей час приймав антибіотики у зв'язку з іншим захворюванням (запаленням легень, ангіною, гонореєю тощо). Антибіотик затримує розвиток збудника й прояви хвороби на 10-90 днів. Людина відчуває себе в цей час здоровою.

З появою твердого шанкеру починається первинний сифіліс. Твердий шанкер – це безболісна виразка круглої або овальної форми, з чіткими, дещо піднятими краями, зі щільною твердою основою червоного кольору (звідси і назва – твердий). Розміщується в місцях проникнення блідої спірохети, як правило, на статевих органах, але може бути і поза ними (на лобку, на стегнах, у порожнині рота тощо (додаток Б). Лімфатичні вузли (сифілітичний бубон), які розміщуються неподалік від шанкеру, збільшуються. Лише через місяць у хворих з'являється позитивна реакція Вассермана – специфічна проба на наявність у крові збудника сифілісу.

Вторинний сифіліс починається з появи на шкірі, на бокових поверхах грудної клітки, живота, спини, згинальних поверхнях кінцівок, слизових оболонках ротової порожнини, носа, гортані, голосових зв'язках множинних висипів різної форми, розмірів, кольору (рожевих, червоних, жовтувато-бурих) – це свідчить про розповсюдження збудни-

ка по кровоносних та лімфатичних судинах із первинного вогнища – твердого шанкеру (додаток Б).

Через 2-2,5 місяці, навіть коли хворий не лікується, висипи зникають безслідно, але позитивні лабораторні реакції на сифіліс залишаються. З часом знову настає загострення хвороби. Висипи з'являються в місцях травматизації шкіри, підвищеного потовиділення, перетворюються на великі пухлиноподібні розростання, поверхня яких запалюється. З них витікає тканинна рідина з великою кількістю спірохет. У хворих випадає волосся (додаток Б), уражуються нігті, суглоби, м'язи, судини, кісткова тканина, нервова система, внутрішні органи (шлунок, печінка, серце). При відповідному лікуванні збудник хвороби може бути знешкоджений і людина одужує.

У разі, якщо людина не лікується, прояви хвороби можуть поступово зникнути, не залишаючи після себе слідів. Хворий ні на що не скаржиться, але він продовжує бути заразним, надзвичайно небезпечним для оточуючих – це вторинний прихований сифіліс.

Загострення вторинного сифілісу інколи відбуваються багаторазово. Через 5-6 років розвивається третинний сифіліс, який продовжується до кінця життя хворого.

Третинний період сифілісу – не є обов'язковим у розвитку сифілітичної інфекції навіть за відсутності лікування. Він може розвинути через 3-6 років чи кілька десятків років після зараження. Цей період сифілісу практично не заразний, оскільки в організмі залишається незначна кількість трепонем, які «замуровані» в глибині специфічного сифілітичного інфільтрату.

Під час розвитку третинного сифілісу відбувається руйнування тканин, органів серцево-судинної, нервової, опорно-рухової систем (руйнуються носові кістки (додаток Б), спотворюються суглоби, обличчя, зникає слух, голос, виникає параліч ніг тощо). У цьому періоді на шкірі і слизових оболонках буває тільки два види висипки: гуми (додаток Б) і горбики – їх небагато, вони розміщуються скупчено і асиметрично.

1.3. Вроджений сифіліс

Загальновідомо, що плід заражається тільки від хворої матері. Збудник проникає в його організм через плаценту не раніше 17-18 тижня вагітності. Можливі негативні наслідки протікання вагітності,

залежно від строків зараження матері.

1. Жінка заразилася напередодні вагітності чи впродовж перших її місяців – часті спонтанні аборти.

2. Зараження жінки відбулося на 4-5-му місяці вагітності – можуть настати передчасні пологи мертвим плодом.

3. Жінка інфікувалась на 6-7-му місяці вагітності – може народитися дитина з проявами активного сифілісу.

4. При зараженні матері в останні 1-1,5 місяці вагітності іноді дитина до пологів не встигає інфікуватись, але може заразитись при проходженні через пологові шляхи матері. В такому разі у дитини розвивається набутий сифіліс із усіма властивими йому особливостями перебігу.

5. Мати заразилась на сифіліс ще задовго до вагітності – на час пологів у дитини може не бути проявів сифілісу, але вони розвинуться пізніше, частіше до 4-річного віку, хоча можлива їх поява і в більш пізньому віці.

Анамнестичні дані (дані про перенесені захворювання в минулому) матері. Підозрілими щодо наявності вродженого сифілісу у новонароджених є:

- а) часті спонтанні аборти в минулому;
- б) передчасні пологи, не обумовлені іншими причинами;
- в) народження слабких, немічних дітей з малою масою тіла;
- г) часті випадки дитячої смертності відразу після народження.

Вроджений сифіліс грудних дітей. У 30-69 % дітей симптоми вродженого сифілісу виникають у перший місяць життя, а іноді діти вже народжуються із проявами сифілісу (до 34 %). Якщо у дитини немає виражених симптомів вродженого сифілісу, то наявність інших непрямих ознак повинно спонукати до детального обстеження на наявність сифілітичної інфекції. Це такі ознаки: мала маса тіла, бліда із сірим відтінком, зморщена і з великими складками шкіра, старечий вигляд обличчя, несформовані нігті, велика сідницеподібна чи грушоподібна голова, неспокій дитини, іноді корчі, дитина погано розвивається, мало додає у вазі, незважаючи на грудне вигодовування і відсутність діарей (пронос), відзначається прогресування дистрофії – кінцівки худі, холодні, синюшні. У цьому віці сифілітична інфекція може уражати шкіру, слизові оболонки, кісткову систему, внутрішні органи, нервову систему, органи чуттів.

У випадках тяжких уражень внутрішніх органів хворі діти вмирають. При малосимптомній формі із незначною висипкою, невираженими ураженнями внутрішніх органів, кісткової системи діти можуть мати нормальну масу тіла, задовільно розвиватись.

Вроджений сифіліс дітей раннього віку. У віці від 1 до 4 років вроджений сифіліс може проявлятися незначною кількістю папул на кінцівках, сідницях, статевих органах, рідше на обличчі (додаток Б). У складках шкіри вони можуть набувати ерозивного характеру із явищами мокнення. В ділянці ануса можливий розвиток широких кондилом, іноді значних розмірів, а в їх центральній частині можливе утворення виразок. У виснажених дітей можуть розвиватися пустульозні сифіліди і навіть гуми (додаток Б), спостерігається порідіння волосся. На слизовій оболонці рота, губах можуть виникати сірого кольору бляшки, а також – ерозивні папули. На слизових оболонках язика можливий розвиток широких кондилом. Ця висипка не спричиняє суб'єктивних відчуттів і не має ознак гострого запалення, чим і відрізняється від уражень іншого походження. Можливий розвиток інфільтрації слизової оболонки гортані, папул на голосових зв'язках із поверхневим некрозом, що згодом може призводити до звуження гортані, розвитку хрипоти і утруднення дихання. Для цієї патології характерний тривалий перебіг, однак протисифілітична терапія дає швидкий виражений ефект. Звичайно наявні гепато- і спленомегалія (збільшення печінки та селезінки), може виникати розумова відсталість, епілепсія, менінгіти (запалення головного мозку), гуми мозку (сифілітичні бугорки в тканині головного мозку), спинномозкові сухоти (ураження спинного мозку), енцефаліт із геміплегією (запалення головного мозку з відсутністю рухів у кінцівках однієї половини тіла).

Звичайно ж, весь набір зазначених симптомів не обов'язково виражений у певної дитини ураженої сифілісом. Тут названі лише можливі варіанти. Однак наявність їх вимагає детального обстеження пацієнтів.

Профілактика вродженого сифілісу

1. Раціональна і своєчасна терапія набутих форм сифілісу.
2. Диспансерне спостереження за перехворілими, врахування всіх критеріїв вилікуваності від сифілісу при знятті з диспансерного спостереження.

3. Лабораторне обстеження хворих, а також працівників дитячих установ, закладів громадського харчування, громадського транспорту тощо.

4. Триразове (в кожному триместрі вагітності) лабораторне обстеження вагітних.

5. Профілактичне лікування дітей, у яких не виявлено ознак вродженого сифілісу, але вони народились від матерів, хворих на сифіліс, або від матерів, які вже перехворіли на сифіліс. Диспансерне спостереження за такими дітьми.

6. Широка санітарно-просвітницька робота.

1.4. Діагностика сифілісу

Відразу зауважимо, що без лабораторного підтвердження встановлювати такий діагноз не можна. З клінічного погляду враховують наступне:

1. Дані анамнезу: статевий контакт, наявність відповідного інкубаційного періоду, наявність сифілісу у партнера. Хоча слід зазначити, що хворі можуть приховувати правду.

2. Дані клінічного обстеження: наявність висипки, її характер, локалізація, відсутність суб'єктивних відчуттів, результати попереднього лікування та його ефект.

3. Дані лабораторного обстеження:

1) бактеріоскопія тканинної рідини в темному полі мікроскопа. Матеріал для досліджень беруть із поверхні: а) твердого шанкеру; б) виразковоерозивних елементів геніталій (широкі кондиломи, ерозивні папули), анальної ділянки, порожнини рота.

2) серологічне дослідження крові (реакція Вассермана) на предмет виявлення антитіл як опосередкованого доказу наявності збудника в організмі. Результат реакції Вассермана може бути таким:

– (++++) різко позитивний;

– (+++) позитивний;

– (++) слабо позитивний;

– (+ або ±) сумнівний.

При клінічній оцінці результатів реакції Вассермана слід мати на увазі можливість виникнення несправжньо-позитивних результатів, тобто таких станів, коли немає сифілісу, а реакція Вассермана позитивна. Гострі несправжньо-позитивні реакції Вассермана можуть спо-

стерігатись на тлі гострих гарячкових інфекційних хвороб, отруєнь, менструації, в останні місяці вагітності тощо. Вони стають негативними впродовж 2-3 тижнів, рідко – кількох місяців. Хронічні несправжньо-позитивні реакції Вассермана можуть спостерігатись на тлі хронічних інфекцій, тяжких системних хвороб (системний червоний вовчак), порушень обміну речовин, тиреотоксикозу, атеросклерозу тощо і тривають впродовж місяців чи років. Не завжди вдається чітко з'ясувати причину. Отже, реакція Вассермана не є строго специфічною.

1.5. Принципи лікування хворих на сифіліс *

1. Лікування призначають тільки після встановлення діагнозу сифілісу, підтвердженого лабораторними дослідженнями.

2. Схеми лікування хворих на сифіліс затверджує МОЗ України, періодично переглядає і доповнює.

3. Хворі на сифіліс повинні бути обстежені на ВІЛ-інфекцію та інші хвороби, що передаються статевим шляхом.

4. Розрізняють такі види лікування хворих на сифіліс:

а) превентивне (попереджуваче) лікування проводять особам, що були у статевому чи тісному побутовому контакті із хворими на заразні форми сифілісу і ранній прихований сифіліс, якщо з моменту контакту минуло не більше 2 місяців, в інших випадках проводиться клініко-серологічний контроль (проведення реакції Вассермана та оцінка самопочуття і клінічних проявів);

б) профілактичне лікування вагітних, які хворіли на сифіліс, та дітей без проявів сифілісу, народжених матерями, які хворіють чи хворіли на сифіліс і одержали повноцінне лікування з метою профілактики вродженого сифілісу;

в) пробне лікування (тест-терапія) проводять з метою додаткового підтвердження діагнозу пізніх форм сифілісу (нервової системи, внутрішніх органів, шкіри та слизових оболонок з активними проявами) в тих випадках, коли немає можливості підтвердити діагноз переконливими лабораторними даними.

* Питання індивідуальної та громадської профілактики сифілісу буде розглянуто на стор. 26-28

Контрольні питання

1. Збудник сифілісу – морфологія, шлях проникнення в організм.
2. Чинники, що сприяють розповсюдженню сифілісу.
3. Джерело та шляхи зараження сифілісом.
4. Через який час після зараження розвивається вторинний сифіліс?
5. Що є клінічною межею, яка відділяє первинний і вторинний сифіліс?
6. Які прояви вторинного сифілісу є дуже заразними?
7. Чи можуть вражатися внутрішні органи у хворих на вторинний сифіліс?
8. Які органи найчастіше вражаються при пізньому сифілісі?
9. Чи можна встановити діагноз сифілісу без лабораторного підтвердження?
10. Види лікування хворих на сифіліс.

Тема 2. Гонококова інфекція

- 2.1. Загальна характеристика.
- 2.2. Гонококова інфекція у чоловіків.
- 2.3. Гонококова інфекція у жінок.
- 2.4. Інші гонококові інфекції.
- 2.5. Діагностика і основні принципи лікування гонококової інфекції.

Ключові слова: венеричні хвороби, соціальна проблема, гонорея, гонокок, уретрит, безпліддя.

2.1. Загальна характеристика

Гонококова інфекція – це контагіозна (заразна) хвороба, яка уражає переважно слизову оболонку сечовипускального каналу і передається найчастіше статевим шляхом.

Етіологія і патогенез. Збудники – гонококи, які відкрив у 1879 році А. Нейссер. Вони уражають слизові оболонки, що вкриті переважно циліндричним епітелієм (уретра, цервікальний канал, пряма кишка, кон'юнктива).

Гонококи нестійкі у зовнішньому середовищі і швидко гинуть під впливом висушування, кип'ятіння, дезінфікуючих речовин. Проте вони досить стійкі в організмі людини.

У випадках хронічного перебігу хвороби, гонококи можуть утворювати капсули, які роблять їх малодоступними для антибіотиків.

У разі гострої гонококової інфекції збудники знаходяться переважно в середині лейкоцитів, а хронічної – в лейкоцитах і позаклітинно. Вони можуть фагоцитуватись (захоплюватись, поглинатись) трихомонадами і залишатись життєздатними тривалий час. Цей факт має значення для планування лікування у випадках змішаних трихомонадно-гонококових уражень.

Особливо слід наголосити на тому факті, що відсоток гонококів, які стійкі до впливу пеніциліну постійно збільшується. Пеніцилін втратив роль основного антибіотика у лікуванні цієї інфекції. Вродженого і набутого імунітету до гонококової інфекції немає. *Джерело зараження* – хвора на гонококову інфекцію людина. Інкубаційний період триває 3-5 днів (можливі випадки до 10 і більше днів)

Шляхи зараження:

- 1) основний – статевий;
- 2) при статевих збоченнях (орогенітальні, гомосексуальні контакти);
- 3) побутовий – рідко, переважно заражаються дівчатка до 3-4 років, іноді 6-7 років, через забруднені (виділеннями від хворих на цю хворобу) постіль, рушники, предмети догляду тощо;
- 4) під час пологів від хворої на гонококову інфекцію матері (ураження очей (додаток Б), піхви у дівчаток).

2.2. Гонококова інфекція в чоловіків

Свіжий гострий гонококовий уретрит (запалення сечовипускного каналу):

а) передній: скарги на сверблячку і паління в ділянці зовнішнього отвору сечовипускального каналу, які посилюються під час сечовипускання, серозно-гнійні виділення із каналу. Зовнішні ознаки: еритема (почервоніння) і набряк зовнішнього отвору каналу. Через 1-2 дні ці явища посилюються, виділення стають гнійними, препуціум і голівка статевого члена теж гіперемійовані (почервоніння). При пальпації – випускальний канал дещо інфільтрований, болючий; скарги хворих на біль і різь на початку сечовипускання, біль під час ерекції, яка частіше виникає вночі;

б) задній (тотальний): часті позиви до сечовипускання вдень і вночі (до 15-20 разів); різь, іноді із виділенням крапельки крові у кінці сечовипускання (термінальна гематурія); часті ерекції і полюції, теж іноді із домішкою крові (гемоспермія); виділень з уретри менше. Іноді задній уретрит перебігає торпідно (без проявів) – суб'єктивні відчуття незначні; виділення незначні або відсутні; можливий безсимптомний перебіг.

Хронічний гонококовий уретрит

Сприяють розвиткові хронічного уретриту нераціональна терапія, перерви в лікуванні, самолікування, вживання алкоголю, гострої їжі, одночасна наявність інших збудників – хламідій, трихомонад, мікоплазм, зниження опірності організму внаслідок тяжких хронічних хвороб. Скарги на сверблячку, паління у сечовипускальному каналі, розлади сечовипускання та статевої функції (почащення позивів до сечовипускання, біль у кінці сечовипускання, болюча еякуляція, гній і

кров у спермі), виділення незначні і тільки вранці або їх зовсім немає. Процес періодично під впливом вживання алкоголю, статевого збудження, статевих контактів загострюється із розвитком проявів гострого уретриту, які мають тенденцію до самовільного затихання.

Можливі ускладнення гонококової інфекції

1. Гонококовий епідидиміт (запалення придатків яєчка) може мати гострий або хронічний перебіг. Перенесений гонококовий епідидиміт може призводити до безпліддя.

2. Гонококовий простатит. Характеризується частими позивами до сечовипускання, відчуттям паління в ділянці промежини, тиску в ділянці ануса, болочістю в кінці сечовипускання, іноді ознобом. Хронічний простатит характеризують незначні виділення, відчуття паління, сверблячки у сечовипускальному каналі. Після сечовипускання і при дефекації виділяється сік простати; послаблення ерекції; передчасна еякуляція; зниження оргазму та інші статеві розлади; іноді – хронічна втома; зниження працездатності. Необхідно зазначити, що причиною простатиту може бути змішана інфекція (гонококи, хламідії, мікоплазми, трихомонади, бактерії).

2.3. Гонококова інфекція в жінок

Головна відмінність гонореї у жінок від гонореї у чоловіків, полягає у тому, що у жінок гонорея може протікати приховано без клінічних проявів.

Ознаки гонококового уретриту: сверблячка у сечовипускальному каналі, почастішання та біль на початку сечовипускання, переважно слизові виділення із каналу, одночасно може розвиватися парауретрит (гіперемія вічок, слизовогнійні виділення при натискуванні).

Гонококовий цервіцит та ендocerвіцит (запалення шийкового каналу матки) – найчастіший прояв первинної гонококової інфекції у жінок, поєднується із уретритом. Спостерігають слизово-гнійні виділення із каналу шийки матки. Рідко буває біль внизу живота. При огляді за допомогою дзеркал лікарі виявляють набряк, гіперемію, іноді ерозію навколо зовнішнього отвору каналу шийки матки. В хронічних випадках візуальних змін не виявляється.

Гонококова інфекція ока

Гонококова інфекція ока може розвинути у новонароджених у результаті зараження дитини при пологах, якщо у матері наявна гонококова інфекція, а також у дорослих у результаті прямого перенесення інфекції руками із геніталій і, як виняток, у результаті гонококового сепсису (додаток Б). Розвивається гострий кон'юнктивіт: кон'юнктива гіперемійована, набрякла, гнійні виділення, світлобоязнь, процес може переходити на рогівку і спричинити утворення виразок та її руйнування. Необхідна консультація окуліста.

2.4. Інші гонококові інфекції

Гонококова інфекція у вагітних. У хворих на гонококову інфекцію може настати вагітність. Проте наявна вагітність не перешкоджає зараженню. В таких випадках є подвійний ризик для матері, плода і новонародженого. Зростає небезпека ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду. Гонококова інфекція у вагітних часто перебігає асимптомно, спостерігають багатоголищевість уражень. Можливі ускладнення у матері: затримка післяпологової інволюції матки, у плода: недоношеність, внутрішньоутробний сепсис, офтальмія, смерть.

Штучне переривання вагітності на тлі гонококової інфекції небезпечно з огляду на можливе інфікування матки, яєчників, труб та розвиток інших ускладнень.

Гонококова інфекція у дітей. Механізми зараження різні: у новонароджених зараження відбувається під час проходження дитини через інфіковані пологові шляхи або внутрішньоутробно через біляплодові води, а також від хворої матері при догляді за новонародженим. Старші діти можуть заразитися від дорослих під час спільного сну, при користуванні спільним туалетом, ванною, загальними рушниками, при спробі згвалтування тощо.

У хлопчиків у більшості випадків зараження відбувається статевим шляхом. Розвивається баланопостит, який супроводжується значним набряком, через болюче сечовипускання діти часто затримують сечу, наявні значні гнійні виділення. У підгострих випадках – незначна гіперемія і набряк зовнішнього отвору сечовипускального каналу, незначні серозно-гнійні виділення. У хронічних випадках майже немає клінічної симптоматики і гонококову інфекцію виявляють у процесі обстеження.

У дівчаток гонококова інфекція перебігає гостро (вульвовагініт) із значною гіперемією та набряклістю слизових оболонок, значними слизовогнійними виділеннями, часте і болоче сечовипускання, явища подразнення зовнішніх статевих органів і шкіри стегон, які супроводжуються сверблячкою і палінням, може підвищуватись температура тіла. Можливий і безсимптомний перебіг. У процес втягується канал шийки матки (ендоцервіцит) і внутрішні статеві органи, тобто процес багатогнищевий. Можливий розвиток ускладнень, які виявляють згодом у дорослих хворих жінок.

Сучасні особливості гонококової інфекції

1. Урогенітальна інфекція часто змішана (гонококи, хламідії, мікоплазми, трихомонади, кандиди та інші). Цей факт необхідно враховувати при призначенні терапії.
2. Зниження чутливості гонококів до пеніциліну.
3. Високий відсоток суб'єктивно асимптомних та торпідних (без клінічних проявів) форм внаслідок зниження імунологічної реактивності.
4. Часті реінфекції (повторні зараження) внаслідок частих і нерозбірливих статевих зв'язків.
5. Часті рецидиви як наслідок неякісного самолікування (неадекватні дози та препарати).

2.5. Діагностика та основні принципи лікування гонококової інфекції

Встановлювати діагноз гонококової інфекції без лабораторного підтвердження не можна. Дані анамнезу (статевий контакт, певний інкубаційний період), клінічна картина лише повинні спонукати до пошуків збудника.

Для лабораторних досліджень беруть виділення із уретри, парауретральних протоків, бартолінових залоз, каналу шийки матки, стінок піхви, секрет простати, сім'яних міхурців, залоз сечовипускального каналу, промивні води прямої кишки, за показаннями – виділення із кон'юнктивального мішка, інших слизових оболонок, синовіальну рідину суглобів.

Основні принципи лікування гонококової інфекції*

1. Необхідно здійснити всебічне клінічне та лабораторне обстеження хворих з метою виявлення інших хвороб, що передаються статевим шляхом, та одночасного їх лікування.

2. Враховують стать, вік хворого, клінічну форму і тяжкість процесу, наявність ускладнень.

3. Дотримання хворими відповідного режиму харчування (заборона вживання алкогольних напоїв), поведінки (утримання від статевих контактів), уникнення надмірних фізичних навантажень під час і після лікування.

4. Одночасне лікування всіх статевих партнерів хворого.

5. До початку лікування з'ясовують сприйняття організмом хворого антибіотиків, які передбачають призначити (алергологічний анамнез).

6. Основними препаратами в лікуванні гонококової інфекції є антибіотики.

7. Беручи до уваги, що гонококова інфекція часто поєднується з іншими інфекціями, які передаються статевим шляхом (хламідійна, мікоплазмова, трихомонадна тощо), і той факт, що виявлення цих збудників лабораторними методами не є стовідсотковим, а також обставини, за яких неможливе всебічне лабораторне обстеження, бажано поєднувати антибіотики, які діють одночасно і на вказані збудники.

Контрольні питання

1. Визначення гонококової інфекції.
2. Збудник гонококової інфекції.
3. Джерело та шляхи зараження.
4. Ознаки гострого гонококового запалення сечевивідного каналу в чоловіків (уретриту).
5. Ознаки гонококового запалення сечевивідного каналу (уретриту) та шийкового каналу матки в жінок.
6. Ускладнення гонококової інфекції.
7. Основні принципи лікування та профілактики гонококової інфекції.

* Питання індивідуальної та громадської профілактики гонореї відображено на стор. 26-28.

Тема 3. Трихомоніаз

- 3.1. Загальна характеристика.
- 3.2. Ознаки, діагностика, лікування.
- 3.3. Індивідуальна профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом.
- 3.4. Громадська профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом.

Ключові слова: венеричні хвороби, трихомоніаз, трихомонада, вульвовагініт, простатит, безпліддя, хлоргексидин біглюконат, цидипол, санітарно-просвітницька робота, профілактичні огляди, облік хворих.

3.1. Загальна характеристика

Трихомоніаз – запальне захворювання органів сечостатевої системи, яке спричинює вагінальна трихомонада.

Збудник – трихомонада, що паразитує тільки в організмі людини; у зовнішньому середовищі чутлива до висихання, гине при митті рук з милом, а при обробці дезрозчинами гине через кілька секунд, у водопровідній воді – через 15-50 хв.

Шляхи зараження. Зараження в абсолютній більшості відбувається статевим шляхом. Переважно дівчатка можуть інфікуватись через забруднені предмети догляду (хоча це трапляється надзвичайно рідко), а новонароджені – під час проходження через пологові шляхи хворої матері. Інкубаційний період від 3 до 30 днів, у середньому 5-10 днів.

Епідеміологія. Поширеність трихомоніазу значна, частота цієї хвороби серед жінок, які живуть активним статевим життям, сягає 50-70 %. За даними ВООЗ, на трихомоніаз хворіє до 10 % населення, цю хворобу виявляють у 50-60 % пацієнтів венерологічних стаціонарів. Частота реєстрації трихомоніазу у хворих на гонококові уретрити сягає 62-87 %.

3.2. Ознаки, діагностика, лікування

Основними вогнищами трихомонадної інвазії є уретра, а у жінок – це піхва і цервікальний канал. Залежно від тривалості хвороби та інтенсивності запальної реакції, розрізняють свіжий трихомоніаз (до 2 місяців), хронічний (більше 2 місяців) і трихомонадоносійство. Свіжий, у свою чергу, поділяють на гострий, підгострий і торпідний (малосимптомний).

У жінок розвиваються симптоми вагініту (запалення піхви з можливим розвитком уретриту (запалення сечовипускного каналу), ендцервіцит (запалення шийки матки), ендометриту (запалення внутрішнього шару матки).

У гострих випадках наявні значні гнійні, іноді пінисті, виділення з піхви, які подразнюють слизові оболонки і шкіру, спричиняють значну сверблячку зовнішніх статевих органів, а також відчуття паління. За наявності уретриту губки уретри набряклі, гіперемійовані, при обстеженні зі сторони піхви виділяється невелика кількість гною.

У випадках торпідного перебігу суб'єктивних відчуттів може не бути, слизова оболонка піхви і зовнішніх геніталій дещо гіперемійована або нормальна, виділення з піхви незначні, білого кольору. Трихомоніаз у жінок перебігає у вигляді вульвовагініту (запалення статевих губ та піхви) у 45-52 %, цервіциту і ендцервіциту (запалення шийки матки) – у 20-30 %, циститу, ендометриту, аднекситу (запалення сечового міхура, матки, яйників) – у 8-9 %, безпліддя – до 9 %.

У дівчаток трихомоніаз перебігає гостро за типом вульвовагініту, підгостро чи малосимптомно. Суб'єктивно – невелика болючість при сечовипусканні, сверблячка геніталій, гіперемія вульви і слизової оболонки, жовто-білі чи жовті виділення.

У чоловіків ця хвороба у більшості перебігає торпідно або асимптомно; гострий перебіг трапляється рідко і супроводжується гнійними виділеннями і дизуричними явищами (почастішання сечовипускання, різь тощо). Найчастіше можливе ускладнення це – простатит (запалення передміхурової залози).

Особливість змішаної трихомонадно-гонококової інфекції: продовжується інкубаційний період, трихомонади фагоцитують (поглинають) гонококи, що може бути однією із причин рецидивів гонококової інфекції, тому при такому поєднанні доцільно призначати лікуван-

ня одночасно обох інфекцій або спочатку лікувати трихомоніаз, а потім – гонококову інфекцію.

Діагностика ґрунтується на виявленні збудників у виділеннях із уретри, піхви, цервікального каналу.

Лікування. Лікуванню підлягають хворі та їхні статеві партнери.

3.3. Індивідуальна профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом

Спосіб перший

Застосування 0,05 % водного розчину хлоргексидину біглюконату, який випускають у спеціальних пластмасових флаконах місткістю 100 мл.

Спосіб застосування для чоловіків:

1. Випускають сечу і ретельно миють руки з милом.
2. Статеві органи, промежину, прилеглі частини стегон теж ретельно миють теплою водою з милом і висушують.
3. Названі ділянки протирають тампоном, просякнутим розчином хлоргексидину біглюконату.
4. У передню частину сечовипускального каналу (уретри) очною піпеткою вводять 1-2 мл цього ж розчину, затискають зовнішній отвір двома пальцями на 2-3 хв. і відпускають, після цього не випускають сечі впродовж 2 годин.
5. На оброблені ділянки накладають марлеву салфетку для захисту статевих органів від забрудненої білизни, яку у найближчий час потрібно змінити.

Спосіб застосування для жінок:

1. 1, 2, 3 пункти – як у чоловіків.
 2. Спринцівкою із стерильним наконечником у піхву вводять 150-200 мл 0,05 % розчину хлоргексидину біглюконату із наступним введенням у сечовипускальний канал 1-1,5 мл цього ж розчину очною піпеткою.
 3. Як 5 пункт у чоловіків.
- Цей спосіб індивідуальної профілактики є найефективніший, якщо він проведений не пізніше 2 годин після статевого зв'язку.

Спосіб другий

Застосування цидиполу – комбінованого препарату, який проявляє бактерицидну дію щодо блідих трепонем, гонококів, трихомонад. Препарат випускають у спеціальних флаконах, вміст яких розрахований на одну процедуру для чоловіків.

Спосіб застосування (тільки для чоловіків):

1. Випускають сечу.
2. Миють руки і статеві органи теплою водою з милом.
3. Відкривають флакон, одягають кришку-крапельницю і зрізують її кінчик.
4. Тримавши флакон у правій руці, пальцями лівої руки розкривають зовнішній отвір сечовипускального каналу.
5. Конічний кінчик крапельниці вводять у сечовипускальний канал, натискають на стінки крапельниці і вводять в уретру 1-1,5 мл розчину.
6. Затискають зовнішній отвір сечовипускального каналу пальцями лівої руки, затримують рідину в каналі на 2-3 хв. і потім відпускають.
7. Рідиною, яка залишилася, обробляють статевий член, мошонку, внутрішню поверхню стегон, злегка втираючи її рукою.
8. Після цієї процедури не випускають сечу впродовж 2-3 год.
9. Процедура ефективна при проведенні у межах 3 годин після статевого акту.
10. Можливі побічні явища: відчуття паління і болючість у сечовипускальному каналі, які самі минають упродовж кількох хвилин.
11. Протипоказання: гостре запалення сечовипускального каналу (уретрит), запалення шкіри статевих органів.

Спосіб третій

Використання презервативів.

3.4. Громадська профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом

1. Широка санітарно-просвітницька робота серед населення, передусім молоді: інформування про стан захворюваності у державі, області, районі тощо, пояснення природи і причин цієї групи хвороб, шляхів передачі, можливих проявів і ускладнень, використання заходів індивідуальної профілактики шляхом індивідуальних чи групових бесід, лекцій, публікацій у пресі, виступів по радіо, телебаченню, у соціальних мережах тощо.

2. Проведення профілактичних оглядів так званих декретованих контингентів (працівники дитячих закладів, закладів громадського харчування, працівників громадського транспорту тощо), які регламентуються відповідними інструкціями МОЗ України.

3. Обстеження груп ризику (особи легкої поведінки, алкоголіки, наркомани, гомосексуалісти тощо).

4. Всебічне обстеження:

а) вагітних із постановкою реакції Вассермана у кожному триместрі;

б) донорів на предмет виявлення сифілісу і СНІДу;

в) серологічне обстеження стаціонарних хворих;

г) обстеження урологічних та гінекологічних хворих із хронічними запальними процесами на предмет виявлення цієї групи хвороб.

5. Своєчасне виявлення хворих, раціональне лікування, диспансерне спостереження за перехворілими.

6. Обстеження осіб, що були у статевому контакті або тісному побутовому контакті (діти) із хворими.

7. Облік хворих, детальний систематичний аналіз захворюваності, її динаміки диспансерами та спеціалізованими кабінетами.

8. Збереження медичним персоналом лікарської таємниці щодо цього контингенту хворих, організація анонімного обстеження та лікування таких хворих.

9. Профілактичні заходи щодо попередження розповсюдження алкоголізму, наркоманії, які створюють ґрунт для розповсюдження цієї групи хвороб.

10. Законодавче забезпечення державних заходів боротьби із розповсюдженням цієї групи хвороб.

Контрольні питання

1. Збудник трихомоніазу.
2. Шляхи зараження трихомоніазом.
3. Основні ознаки (симптоми) трихомоніазного запалення піхви та сечовидільного каналу у жінок.
4. Методи індивідуальної профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом.
5. Методи громадської профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом

Тема 4. Синдром набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД)

- 4.1. Загальна характеристика.
- 4.2. Епідеміологія ВІЛ/СНІДу.
- 4.3. Перебіг хвороби.
- 4.4. Принципи діагностики, лікування і профілактики ВІЛ/СНІДу.

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, епідемія, соціальна проблема, групи ризику, імунітет, антитіла, антиретровірусна терапія, здоровий спосіб життя.

4.1. Загальна характеристика

Синдром набутого імунодефіциту – це інфекційне захворювання, що спричиняється вірусом імуного дефіциту людини (ВІЛ) і передається переважно статевим і парентеральним (при внутрішньом'язевих та внутрішньовенних ін'єкціях) шляхами. Основною особливістю цієї інфекції є зростаюче пригнічення імунітету (захисної системи організму людини), чим викликає клінічно виражену форму – синдром набутого імунодефіциту (СНІД), який проявляється лімфаденопатією (збільшення лімфатичних вузлів), інтоксикацією організму, нашаруванням інфекційних і онкологічних захворювань та закінчується смертю.

Історія відкриття

У 1981 році в районі Лос-Анджелеса (США), серед молодих чоловіків гомосексуалістів були виявлені хворі з рідкісним захворюванням – пневмонією, яку викликає пневмоциста, і саркомою Капоші (пухлина шкіри). Як відомо, пневмоцистна пневмонія іноді трапляється у будинках перестарілих, але перебігає в нетяжкій формі. У Лос-Анджелесі, навпаки, запалення легень мало затяжний тяжкий перебіг і смертельні наслідки. Саркома Капоші, як відомо, є рідкісною формою

раку шкіри. Вона розвивається переважно в осіб похилого віку у вигляді висипань на підшвах та інших ділянках тіла, перебігає тривалий час і відносно доброякісно. Але в цьому випадку вона вражала молодих чоловіків, ускладнювалась метастазами (віддалені від первинного вогнища ураження будь-яких органів раковим процесом) і закінчувалась смертністю.

Спеціальні дослідження показали, що у хворих серйозно страждає імунна система – послаблюється імунітет (саме клітинний імунітет). З легкої руки журналістів хворобу назвали синдромом набутого імунodefіциту, така назва є невдалою, хоча би тому, що у переважній більшості заражених спостерігається довготривале вірусноносійство без ознак ураження клітин імунної системи. Синдром набутого імунodefіциту належить до багатопринципних станів, тобто може викликатись різними факторами, а не лише вірусом СНІДу. Для позначення цієї патології все частіше вживають термін «ВІЛ-інфекція» (ВІЛ – вірус імунodefіциту людини).

Етіологія

Відкриття збудника пов'язане з дослідженнями, що були виконані у Пастерівському інституті (Франція) під керівництвом професора Люка Монтаньє і в Національному інституті раку (США) групою Роберта Галло.

У зв'язку з тим, що хвороба вражає клітини імунної системи, шукали віруси, спроможні вбивати лімфоцити. Наприкінці 1983 року групою Л. Монтаньє було зроблено повідомлення про відкриття нового вірусу і доведено його етіологічну (причинну) роль у розвитку СНІДу. При цьому використовувалась методика пошуку вірусу Р. Галло. Через декілька місяців аналогічний вірус було відкрито і в лабораторії Р. Галло. Обоє вчених визнано першовідкривачами вірусу СНІДу.

Розрізняють два основні типи збудника – віруси імунodefіциту людини 1 і 2 (ВІЛ-1 і ВІЛ-2). Перший розповсюджений у всіх країнах світу, другий – переважно в Західній Африці, але вже виявляється в різних країнах Європи й Америки.

Існує декілька гіпотез щодо виникнення нової хвороби.

Спочатку вважали, що вірус отримано в умовах секретної лабораторії для біологічної війни. Але шляхи зараження досить складні і на ефект від такої зброї треба було б чекати дуже довго.

Більш вірогідне природне виникнення захворювання. У 1985 році дослідники з Гарвардського університету виділили від африканських зелених мавп вірус, який за своєю будовою і властивостями близький до ВІЛу. Було встановлено, що він патогенний (заразливий) для азіатських макак і спричиняє у них хворобу, яка нагадує СНІД у людини. Цей вірус знайдено також у мавп у природних котловинах центральної Африки, де зосереджена велика кількість радіоактивних руд. Саме радіоактивний фон у місцях її видобування легко міг викликати появу мутанта, що став збудником СНІДу.

У центральній Африці виявлено найбільш ранні серологічні докази ВІЛ-інфекції в людей і найвищий рівень захворюваності у порівнянні з іншими регіонами планети. Тому центральні райони Африки вважаються тією територією, де у 70-ті роки розпочалась сучасна пандемія.

Припускають, що з Африки вірус потрапив з мігрантами на острів Гаїті, а звідти – до США. Жителі цього екзотичного острова через злидні легко стають жертвами сексуальної експлуатації багатих громадян США. Епідемія досить швидко розповсюдилась у США, а далі – продовжився «тріумфальний хід» вірусу в інші країни і його розповсюдження триває.

Особливості вірусу

ВІЛ дуже чутливий до нагрівання. При температурі 56°C він гине через 30 хв., а при 100 °C – гине миттєво. На нього згубно діють ефір, ацетон, 70 % етиловий спирт, 0,2 % розчин гіпохлориту натрію. Вірус зберігає життєздатність у висушеному стані протягом 4-6 діб при температурі 22 °C, а при низьких температурах – значно довше.

4.2. Епідеміологія

ВІЛ-інфекція належить до антропонозів – джерелом є хвора людина або вірусносіє. Хворі заразні протягом усього життя. Число осіб, інфікованих вірусом, у багато разів перевищує число хворих на СНІД. Інфікований стає заразним досить швидко, нерідко через 1-2 тижні після зараження. Таким він, очевидно, залишається до кінця життя.

Вірус в організмі людини виявляється найчастіше в крові, спермі та цервікальному (канал шийки матки) секреті. Природним шляхом у

великій кількості він виділяється зі спермою, куди потрапляє з лімфоцитами.

Збудник передається при потраплянні крові, сперми, виділень статевих органів зараженої людини в кров незараженої: безпосередньо, або через слизові оболонки. Можливе інфікування дитини від матері під час вагітності (внутрішньоутробне), при пологах або при грудному вигодовуванні.

Основний шлях зараження – статевий, бо саме він забезпечує природний перехід вірусу від однієї людини до іншої. Найбільшу небезпеку становлять особи з невпорядкованим статевим життям, у першу чергу гомосексуалісти. Вони тісно пов'язані з наркоманами, які вживають наркотики парентерально.

За даними психіатрів, гомосексуалізм зустрічається як симптом психічної хвороби або як самостійна форма психопатії.

Проте самі гомосексуалісти вважають себе повністю здоровими, елітою, вершками суспільства, а всіх інших відносять до людей нижнього гатунку. З таким мисленням гомосексуалістам не тільки легко вести особливий спосіб інтимного життя, але й пропагувати його. Крім психічних передумов, мотивацією до статевих зносин з особами тієї ж статі може бути відсутність осіб протилежної статі, пошук нових вражень, а нерідко – заробіток.

У США гомосексуалізм широко розповсюдився у 60-ті роки, у період, так званої, сексуальної революції, коли секс у всіх доступних фантазіях і формах подавався як життєва цінність. Тепер у США офіційно зареєстровано понад 2,5 млн. чоловіків-гомосексуалістів, з них 25 % – бісексуали.

Найбільшу небезпеку для пасивного статевого партнера становлять анальні зносини. По-перше, слизова оболонка прямої кишки більш сприйнятлива, ніж піхва, бо має лише двошаровий епітелій, який виконує функцію механічного захисту. По-друге, у слизовій оболонці прямої кишки розміщено багато клітин, де не тільки затримується сперма, але й накопичуються лейкоцити. По-третє, часта травматизація слизової оболонки прямої кишки спричиняє розвиток запального процесу, який супроводжується міграцією лейкоцитів і їхнім скупченням у місцях ушкодження.

Спочатку вважали, що природний шлях передачі ВІЛу можливий тільки зі спермою, а тому інфікована жінка не може передати збудника статевому партнеру. Наукові спостереження довели помилковість

такої думки. Є дуже багато фактів зараження чоловіків, які мали стосунки з хворими повіями. Однак у виділеннях жіночих статевих органів вірусу значно менше, ніж у спермі чоловіків. Але в інфікованих жінок кількість збудника дуже зростає при запальних захворюваннях статевої сфери і кровотечах.

Останнім часом набирає значення потенційна небезпека зараження жінок при штучному заплідненні, якщо сперму отримано від інфікованого донора. Це неабиякий ризик зараження, якщо взяти до уваги, що такий спосіб продовження людського роду стає популярним у багатьох країнах. Тільки в США щороку народжується понад 20 000 дітей після штучного запліднення.

В Україні переважає шлях зараження через ін'єкційне введення наркотиків (близько 70 % від усіх відомих випадків). Вірус передається нерідко при переливанні інфікованої донорської крові та її препаратів, пересадці органів і при користуванні забрудненими кров'ю медичними інструментами, якими порушується цілість шкіри та слизових оболонок. У таких випадках СНІД можна розцінювати як ятрогенну інфекцію (що обумовлюється непрофесійними діями медиків).

Трапляються внутрішньолікарняні ВІЛ-інфекції. Вражаючим прикладом є спалах хвороби в калмицькій столиці м. Елісті, де у 1988 році за короткий час було виявлено групу інфікованих дітей. Компетентна комісія встановила, що вони перебували на лікуванні в дитячій лікарні у зв'язку з різними захворюваннями, де й заразились. Джерелом інфекції був батько однієї дитини, який повернувся із тривалого закордонного відрядження. Перебуваючи в Конго, він отримував парентеральне лікування і став вірусоносієм, про що сам не знав. Цей чоловік заразив свою жінку, а та – дитину. Остання стала часто хворіти і потрапила в дитячу лікарню. За пропозицією лікарів, батько здав власну кров, з якої виготовили плазму і ввели декільком дітям цього стаціонару. Інші заразились під час внутрішньовенних і внутрішньом'язових ін'єкцій ліків. Ці ін'єкції медсестри робили одним шприцом, заміняючи лише голку, що є грубим порушенням санітарних вимог.

Спалах ВІЛ-інфекції в Калмикії призвів до того, що в Російській Федерації на кінець 1990 року парентеральний шлях став провідним у розповсюдженні вірусу. В Елісті, Ростові-на-Дону, Ставрополі і Волгограді за короткий час було виявлено 270 малюків, інфікованих на ВІЛ при здійсненні внутрішньовенних маніпуляцій.

У США і країнах Західної Європи 1,5-10 % від загальної кількості усіх хворих на ВІЛ/СНІД є діти, половина з них – грудного віку. За даними американських науковців вірогідність внутрішньоутробної передачі вірусу імунodefіциту досягає 20-40 %. Найчастіше плід заражається в останньому триместрі. Решта дітей отримують вірус під час пологів унаслідок травматизації тканин або при годуванні грудним молоком, чому сприяє потрапляння крові у молоко матері.

До парентерального шляху зараження треба також віднести передачу вірусу при ритуальних процедурах (обрізання, видалення клітора, татування). Трапляються й курйози. Описано зараження європейця, котрий здійснив обряд кровного братання з африканським другом. З цією метою кожен зробив собі насічку шкіри в ділянці передпліччя і лезом ножа обмінявся краплями крові. При цьому африканець, не знаючи, що вже є вірусоносієм, заразив європейця. У Франції стався випадок, коли поліцейський зупинив дрібного хулігана, який намагався втекти з місця вчиненого злочину. У стані агресії хуліган вкусив поліцейського за руку і заявив, що є хворим на СНІД. Слід зазначити, що парентеральне попадання слини, очевидно, не веде до зараження. В одній із психіатричних лікарень психічно хворий, інфікований на ВІЛ, покусав 30 медичних працівників. Однак жоден з них не заразився і не став вірусоносієм.

Професійний ризик зараження. Число медичних працівників у світі, які заразились при обслуговуванні хворих на ВІЛ-інфекцію, продовжує збільшуватись.

Ймовірність професійного зараження медичного персоналу при попаданні екскретів хворого на їх слизові оболонки або при пошкодженні шкіри інфікованим предметом, очевидно, не перевищує 0,1-0,4 %.

Епідеміологічні спостереження показують, що ВІЛ значно рідше передається парентерально, ніж гепатит В. У літературі описано випадки, коли від хворого, інфікованого обома вірусами, інша людина інфіковувалася парентерально тільки на гепатит. При вірусному гепатиті В до зараження призводить біля 10 % парентеральних інцидентів з медичним персоналом. Іншими словами, вірогідність парентерального зараження збудником гепатиту В у 5 разів більша, ніж збудником ВІЛ. Треба мати на увазі, що в умовах лікарні хворі отримують внутрішньовенні і внутрішньом'язові ін'єкції, тоді як медичні працівники –

тільки поверхневі пошкодження шкіри, які значно рідше зумовлюють зараження.

Досі немає достовірних даних про побутове зараження вірусом імунодефіциту людини. Теоретично припускається, що факторами передачі можуть стати побутові речі – бритва, ножиці, зубна щітка, на які потрапила інфікована кров. Якщо таким інструментом пораниться інша людина, то вона може заразитись.

Передача вірусу зі слиною під час поцілунку маловірогідна! Заразитись через слину можна тільки у тому випадку, коли вона містить одночасно кров і лейкоцити. Розрахунки показують, що достатня для зараження доза вірусу міститься у 1 мл крові хворого. Саме такої кількості інфікованої крові у слині достатньо, щоб потрапити у кровоносне русло реципієнта, що практично маловірогідне. Правда, існують способи поцілунку, наприклад «французький», шляхом обміну слини на кінчику язика. При хворобах органів ротової порожнини, зокрема пародонтозі, у слині можуть бути домішки крові. Тому, як кажуть, «береженого Бог береже». Артисти багатьох театрів США і країн Європи, яким у спектаклі доводиться цілуватись, вимагають у своїх партнерів медичну довідку про відсутність вірусоносійства.

На підставі сказаного можна зробити висновок, що до групи підвищеного ризику інфікування на ВІЛ належать такі особи:

1. Гомо- і бісексуалісти.
2. Наркомани, які вводять собі наркотики внутрішньовенно.
3. Реципієнти крові, її препаратів і органів.
4. Повії та інші особи, які проводять безладне статеве життя.
5. Хворі на венеричні хвороби та вірусні гепатити В, С, Д.
6. Діти, матері яких є носіями ВІЛу.

Питання про сприйнятливість до ВІЛ-інфекції потребує подальшого вивчення. Очевидно, вона загальна, тому що під час переливання інфікованої донорської крові заражаються всі реципієнти. Набутого імунітету немає.

Вірус імунодефіциту настільки адаптований до клітин лейкоцитного ряду і нестійкий у зовнішньому середовищі, що може передаватись від людини до людини тільки при прямому контакті: «кров – кров» або «сперма – кров». Він не адаптований до таких живих переносників, як комахи чи кліщі, а тому не може передаватись за допомогою трансмісивного механізму.

Залежно від часу розповсюдження розрізняють 3 зони сучасної пандемії ВІЛ-інфекції. До першої належать Центральна Африка і Карибський басейн, які характеризуються передачею вірусу переважно при гетеросексуальних контактах. Друга зона охоплює Північну Америку, Західну Європу, Австралію й Океанію, де вірус циркулює переважно серед гомосексуалістів і наркоманів. Третя зона розповсюджується на Східну Європу (в тому числі на Україну) та Азію.

За статистикою ВООЗ серед країн СНД Україна утримує перше місце з поширення СНІДу. Щомісяця у нас реєструється 800-900 нових випадків інфікування ВІЛ. За припущеннями експертів ООН, кожен сотий дорослий українець може бути носієм ВІЛ. Європейськими «лідерами» за кількістю хворих є Іспанія, Італія, Франція, Німеччина, Великобританія. У світі перше місце з поширення ВІЛ належить центральноафриканським країнам. Друге місце за кількістю ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД займають Сполучені Штати Америки.

В Україні найбільш ураженими ВІЛ-інфекцією регіонами є Дніпропетровська, Донецька, Київська, Миколаївська й Одеська області, а також м. Київ. Незважаючи на те, що в 2014 році через втрату контролю над деякими регіонами нашої країни немає даних офіційної статистики, які б дали повне порівняння з даними 2013 року, можна стверджувати, що маховик епідемії знову починає розкручуватися. За даними першого кварталу 2014 року, коли Український центр з контролю за соціально небезпечними захворюваннями в повному обсязі отримував дані з усіх регіонів України, кількість нових випадків ВІЛ зросла на 6 відсотків у порівнянні з першим кварталом 2013 року. За оцінкою експертів епідеміологічна ситуація в нашій країні продовжує погіршуватися. За шість місяців 2016 року в Україні (за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України) було зареєстровано: 7 612 нових випадки ВІЛ-інфекції (з них – 1 365 дітей до 14 років); усього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 287 970 нових випадків ВІЛ-інфекції; від СНІДу в Україні померло 39 887 осіб.

Починаючи з 2008 року, зростає кількість українців, що інфікуються через незахищений секс. Якщо в 2005 році через сексуальні контакти інфікувалися 33 відсотки від загальної кількості ВІЛ-інфікованих, то в 2012 році цей відсоток зріс до 51 – вперше більше половини нових випадків передачі ВІЛ-інфекції відбулося через незахищений секс. У 2015 році цей показник становив 60 відсотків. Біль-

шість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей віком від 15 до 30 років.

Україна залишається лідером у Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів UNAIDS, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе близько 290 тисяч осіб. І тільки кожен другий знає про свій діагноз – станом на 1 квітня 2016 року на обліку в Україні перебувало 128 455 ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Щороку кількість ВІЛ-позитивних людей в Україні зростало, але з 2005 року приріст нових випадків ВІЛ (прискорення епідемії) щорічно зменшується: в 2005 році в порівнянні з 2004 роком – плюс 15,6 відсотка, а в 2011 році в порівнянні з 2010 роком – плюс 3,4 відсотка.

У 2012 році вперше в історії України епідемія ВІЛ/СНІДу сповільнилася – за даними офіційної статистики в 2012 році темпи поширення ВІЛ-інфекції (кількість нових випадків ВІЛ) виявилися нижчими, ніж у 2011 році. Це стало результатом роботи національних програм з уразливими групами і масштабних інформаційних кампаній з профілактики ВІЛ/СНІДу.

У 2013-2017 роках (через скорочення програм по боротьбі зі СНІДом) темпи епідемії знову почали зростати.

4.3. Перебіг хвороби

СНІД, як і інші повільні інфекції, характеризується тривалим інкубаційним періодом – від 6 місяців до 5 років і тим більше повільним розвитком хвороби.

СНІД виявляється у вигляді таких симптомів і синдромів: погане загальне самопочуття, втрата маси тіла і апетиту, діарея, схуднення, субфібрилітет, різка слабкість, генералізована лімфаденопатія, гепатоспленомегалія, різноманітні висипки, погіршуються показники крові. Усі хворі з такими симптомами можуть вважатися підозрілим на СНІД, якщо не вдасться встановити інших переконливих причин захворювання.

У 30-50 % інфікованих осіб вже через 2-4 тижні після зараження спостерігається гарячка, гострий тонзиліт, шийний лімфаденіт, гепатолієнальний синдром. У крові можна виявити специфічні антитіла. Через 7-10 днів початкові симптоми захворювання зникають. Надалі, у прихований період, який триває роками, відзначається тільки збіль-

шення кількох груп лімфовузлів (задньошийних, пахвових, надключичних тощо).

Наступна стадія хвороби – преСНІД – характеризується періодичним підвищенням температури тіла, нічною пітливістю, тривалим проносом, утратою маси тіла. У багатьох хворих виникає кандидоз порожнини рота, що має тенденцію до поширення на стравохід з утворенням ерозій і виразок. Посилюється також герпетичне ураження порожнини рота.

Остання стадія – власне СНІД – має клінічні прояви у вигляді генералізованої опортуністичної інфекції (у зв'язку з імунодефіцитним станом інфекції одержали назву «опортуністичних») або розвитку новоутворення.

Для дітей, хворих на СНІД, характерною є висока частота тяжких бактеріальних інфекцій з розвитком сепсису, пневмонії, менінгіту, абсцесів, отиту. Із загального вогнища виділяють пневмококи, стафілококи, ешеріхії, менінгококи, сальмонели тощо. У випадку внутрішньоутробного зараження у дитини на першому році життя можна спостерігати такі зміни розвитку: мікроцефалію, дизкранію, квадратне чоло, плескату спинку носа, витрішкуватість, блакитні склери, малі масу і довжину тіла при народженні. Прогресуюча при цьому енцефалопатія ускладнюється паралічами.

4.4. Принципи діагностики, лікування і профілактики

Для діагностики ВІЛ-інфекції використовують спеціальні тест-системи. Діагностика ґрунтується на виявленні у крові антитіл до вірусу. Найбільш ранній термін появи позитивної реакції – другий-третій тиждень з моменту зараження.

В Україні широко використовуються дані серологічних досліджень. Виявлено, що антитіла до ВІЛ з'являються у 90-95 % інфікованих протягом 3-х місяців після зараження, у 5-9 % – після 6 місяців і у 0,5-1 % – після 1 року. Найкоротший термін для можливого виявлення антитіл – 2 тижні від моменту зараження. У термінальній фазі СНІДу кількість антитіл може значно знизитись аж до повного зникнення, тобто, як правило, спостерігається негативна реакція на наявність ВІЛ-антитіл. Отже, імунологічний метод визначення ВІЛ-антитіл доцільно застосовувати на ранніх стадіях розвитку інфекції. На пізніх стадіях СНІДу ці дослідження малоінформативні.

Значну роль у встановленні діагнозу відіграють епідеміологічні та клінічні показники, а також імунологічний статус хворого, ретельно зібраний анамнез життя і хвороби.

Зазначимо п'ять основних симптомів, за наявності лише одного з яких необхідно провести обстеження на ВІЛ/СНІД:

1. Спонтанне підвищення температури до 38 °С (і більше) протягом декількох місяців, поява висипань на другу-третю добу (з моменту підвищення температури) на кінцівках, тулубі, слизових оболонках ротової порожнини та статевих органах – виразок, що супроводжується болем.

2. Пронози.

3. Різка втрата маси тіла без зміни раціону харчування.

4. Запалення легень, яке не виліковується традиційною антибактеріальною терапією.

5. Двостороннє збільшення лімфатичних вузлів.

Принципи лікування.

Незважаючи на значні успіхи у вивченні патогенезу ВІЛ-інфекції, сьогодні не існує методу, що забезпечує повне одужання.

Основними принципами терапії ВІЛ-інфекції є попередження прогресування хвороби, збереження стану хронічної інфекції, яка протікає в'яло, застосування протівірусної терапії і лікування опортуністичних хвороб. Це подовжує тривалість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Сучасні підходи до лікування ВІЛ/СНІДу дозволяють лише зменшувати кількість вірусу в крові, але не можуть повністю вивести його з організму. Існують лікарські засоби, що не дають вірусу можливості відтворюватись. Використання комбінації зазначених препаратів отримало назву антиретровірусної терапії.

Рішення про початок антиретровірусної терапії приймає лікар на основі аналізів ВІЛ-інфікованої людини. Сигналом для початку терапії є високий рівень вірусу в крові та низькі показники імунітету. У цей момент використання антиретровірусної терапії дозволяє суттєво знизити розмноження вірусу в організмі, в результаті чого рівень імунітету відновлюється й організм може деякий час нормально функціонувати.

Також існує антиретровірусна терапія для майбутніх матерів та їхніх малят. Спеціальні методики дозволяють знизити інфікування новонароджених з 30 до 5 %.

Без застосування ефективних антиретровірусних препаратів тривалість життя ВІЛ-інфікованої людини скорочується.

Методів специфічної профілактики СНІДу не існує. Науковці всього світу працюють над відкриттям вакцини проти СНІДу. Але вакцина не дасть абсолютної гарантії захисту від ВІЛ, тому що збудник має здатність до високої генетичної мінливості та добре пристосовується. Зараз розроблено десять субтипів вакцин, які проходять клінічне випробування.

Неспецифічна профілактика СНІДу

В умовах відсутності спеціальних засобів профілактики і лікування дуже важливе значення мають заходи неспецифічної профілактики СНІДу, такі як:

- санітарно-просвітницька робота, у процесі якої слід інформувати населення про шляхи і фактори поширення інфекції, основні ознаки хвороби, підвищення грамотності населення щодо небезпеки СНІДу;

- пропаганда здорового способу життя серед різних верств населення;

- інформування населення щодо небезпеки випадкових статевих стосунків, що має базуватися на знаннях про шляхи поширення вірусу;

 - наполеглива боротьба з проституцією і наркоманією;

- обов'язкове використання презервативів при випадкових статевих контактах, хоча це не забезпечує цілковитого захисту від вірусної інфекції;

- обстеження осіб групи ризику: наркоманів, повій, гомосексуалістів і бісексуалів, хворих на гемофілію, інші хвороби крові та венеричні захворювання;

- своєчасне виявлення інфікованих осіб серед різних верств населення (донори; вагітні; особи, що готуються до операції, перебувають на стаціонарному лікуванні; медичні працівники; персонал дитячих закладів та інші);

- використання одноразового медичного інструментарію, суворе дотримання умов стерилізації медичних інструментів багаторазового використання;

- обов'язкове тестування всіх донорів крові, плазми, сперми, органів і тканин;

- запобігання вагітності ВІЛ-інфікованих жінок і народженню ВІЛ-інфікованих дітей;

– забезпечення у перші 1,5 року життя обов'язкового повного обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками;

– дотримання правил особистої гігієни, а саме: користування індивідуальними лезами для гоління, зубними щітками, манікюрним приладдям, що можуть бути забруднені кров'ю або іншими виділеннями інфікованих;

– обов'язкова дезінфекція інструментарію в перукарнях і косметичних кабінетах, а також використання одноразових стерильних інструментів;

– правильне статеве виховання дітей і підлітків, пропаганда безпечної статевої поведінки, особливо серед безпритульних дітей, учнів спецшкіл та інтернатів;

– обов'язкове обстеження іноземців, особливо тих, що прибули з країн епідемічних щодо СНІДу, та осіб, що повернулися з тривалих відряджень з-за кордону;

– організація і поширення діяльності «кабінетів довіри» – своєрідних структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають консультацію і обстеження на ВІЛ за умов анонімності або конфіденційності;

– неухильне виконання норм законодавства, особливо Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту та соціальний захист населення», де встановлена юридична відповідальність громадян і організацій за попередження розповсюдження цієї хвороби.

У разі виникнення невідкладного стану при захворюваннях, отруєннях, травмах і нещасних випадках та наданні першої медичної допомоги при різних видах кровотеч (легеневих, кишково-шлункових, носових, ротових, маткових, травматичних, відкритих пораненнях, переломах) необхідно дотримуватися суворих гігієнічних вимог:

– користуватися латексними або вініловими рукавичками; якщо їх немає – слідкувати за збереженням цілісності шкіри;

– у разі ушкодження шкіри негайно обробити її дезінфікуючим розчином з подальшим накладанням пластиру або пов'язки; можна ретельно помити шкіру милом з теплою водою, а якщо вода недоступна – протерти серветкою з антисептичним розчином;

– якщо після травми залишилася кров на підлозі, в постелі або на інших поверхнях, то ці місця треба обробити хлорним вапном.

Контрольні питання

1. Визначення СНІДу.
2. Збудник СНІДу.
3. Джерело інфекції.
4. Шлях передачі збудника інфекції.
5. Основний шлях зараження.
6. Групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ/СНІДом.
7. Причини росту поширеності СНІДу на Україні.
8. Яка система в організмі людини найуразливіша до вірусу СНІДу?
9. Періоду перебігу і основні симптоми ВІЛ/СНІДу.
10. Принципи діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції.
11. Чи існує сьогодні ефективне лікування СНІДу?

Тема 5. Грип

5.1. Загальна характеристика.

5.2. Перебіг хвороби, лікування та профілактика.

Ключові слова: вірус, епідемія, ускладнення, інтерферон, вакцинація, загартовування.

5.1. Загальна характеристика

До інфекцій дихальних шляхів відносять велику групу захворювань, які мають високу здатність до зараження і здебільшого є вірусними або бактеріальними. Вони викликають запалення в дихальній системі й тяжку інтоксикацію (отруєння токсинами). Завдяки повітряно-крапельному шляху поширення цих інфекцій, вони спричиняють епідемічні спалахи, що інколи охоплюють більшість країн світу. «Королем» епідемії є грип. Враховуючи велику небезпеку для життя та здоров'я інфекцій дихальної системи, населення повинно мати достатню інформацію про ці хвороби, що може значно обмежити їхнє поширення і зменшити негативні наслідки.

Більшість людей ставиться до небезпеки інфекційних хвороб байдуже, кожен сподівається, що його хвороба не вразить, і починає діяти тільки тоді, коли тяжко захворів. Якби кожна людина належним чином піклувалася про своє здоров'я і здоров'я оточуючих, швидке поширення інфекційних хвороб можна було б зупинити.

Грип – це гостре епідемічне захворювання, яке охоплює десятки мільйонів людей щорічно, воно проявляється у високій температурі, загальній інтоксикації, переважному ураженні нервової, серцево-судинної систем та органів дихання.

Цю хворобу раніше називали «іспанкою», «інфлюенцією», а зараз – грипом – від латинської «грипер», що означає «напасти». Епідемії та пандемії грипу були відомі в далекому минулому, ще в IV—III ст. до нашої ери, але особливо небезпечна пандемія була зареєстрована в 1918 – 1920 рр. (іспанка), яка викликала захворювання 1,5 млрд. чоло-

вік, з них померло більше 20 мільйонів. Грип у 1957 – 1958 рр. викликав захворювання у 2 млрд. чоловік. Важко назвати іншу хворобу, яка мала б таке розповсюдження, а збудник був би таким мінливим, підступним і приносив би таку шкоду здоров'ю людей та величезні економічні збитки державі.

Збудник грипу – вірус, уперше був відкритий в 1933 році. За серологічними властивостями віруси грипу поділяються на типи: А; А2; В; С. Віруси грипу дуже мінливі, а поява нових штамів обумовлює періодичний розвиток епідемій та пандемій.

Стійкість вірусів грипу значна. Так, під впливом ультрафіолетових або сонячних променів при температурі 50-60° С вірус гине через кілька хвилин. При мінусових температурах вірус не втрачає життєздатності роками, у повітрі він зберігається до 6 годин, а на вовняному, хутряному одязі може виживати від 1 до 30 діб, у кімнатному пилу – до 5 тижнів. Віруси чутливі до дезінфікуючих препаратів (хлораміну, хлорного вапна, перекису водню, йодних сполук тощо).

Хворий стає заразним з перших днів хвороби, особливо при гриппозній лихоманці. Певну небезпеку створюють хворі при легких формах грипу. Інфекція передається в основному повітряно-крапельним шляхом. Так, при одному чханні виділяється близько 85 млн. часток гриппозних вірусів, котрі поширюються від хворого на 3-4 метри. Зараження на грип також можливе контактно-побутовим шляхом – через рушник, посуд, іграшки тощо, хоча цей шлях менш небезпечний.

Хворий перестає бути заразним після 5-7 днів хвороби.

Поширенню вірусу сприяють: висока скупченість людей, незадовільні побутові умови, низька санітарна культура дорослих та дітей, хронічні хвороби, відсутність імунітету, екологічні фактори, важка праця, переохолодження тощо.

Сприйнятливість людей до вірусу грипу, особливо дітей та людей похилого віку, надзвичайно висока. Найчастіше епідемії грипу виникають і поширюються в осінньо-весняний період. «Воротами» інфекції є слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, носоглотки, трахеї і т. д., де вірус розмножується.

Після захворювання на грип в організмі формується імунітет, який існує протягом 1-2 років до грипу А і 3-4 роки до грипу В. При цьому наявність імунітету до одного із штамів вірусу не забезпечує захисту від інших.

Гриппозна інфекція пошкоджує захисні механізми, викликає ускладнення, сприяє загостренню хронічних процесів. Досить частим

ускладненням, особливо у дітей, може бути пневмонія, набряк легень, отит, гайморит, нефрит, неврит, міокардит, пригнічення психічної діяльності, менінгіт; можуть виникати некротичні ділянки в печінці та нирках.

5.2. Перебіг хвороби, лікування та профілактика

Інкубаційний період розвитку хвороби – від 12-ти годин до 3-х днів, частіше 1-2 дні. Захворювання починається раптово. Клінічні ознаки: лихоманка, підвищення температури до 38-40° С; ознаки загальної інтоксикації: інтенсивний головний біль у лобній ділянці, біль в очах при їх рухах, слезотеча, підвищена чутливість до світла, біль у м'язах та м'язова слабкість, запаморочення, пітливість, подразнення у горлі та біль, охриплість голосу, кашель, сухість у роті, погіршення нюху, відсутність апетиту, поганий сон, дратівливість, можлива задишка, носові кровотечі, біль у серці.

Грип може мати перебіг у легкій, середній та тяжкій формах. Можливий нетиповий перебіг з нормальною або субфібрильною (37-37,2 °С) температурою. При огляді хворого відмічають почервоніння горла, вологість шкіри, аритмію. Можуть бути ознаки грипозної пневмонії. Тяжкий перебіг хвороби, особливо у дітей, іноді супроводжується набряком легень (при температурі 40° С: дихання поверхове, часте – 40-60 вдихів за хвилину, задишка, ціаноз, порушується серцево-судинна діяльність). Висока температура у дітей інколи супроводжується судомним синдромом, що небезпечно для життя.

Температура тримається 3-4 дні й поступово знижується до норми. Якщо вона утримується або підвищується, слід думати про ускладнення. Стерті та безсимптомні форми грипу межують з вірусоносійністю. Діагноз грипу встановлюють на підставі клінічних ознак, епідеміологічного стану, вірусологічних лабораторних досліджень.

Лікування хворих на грип із типовим перебігом проводять у домашніх умовах, а із тяжким станом, з ускладненням та малих дітей – у стаціонарах. Незалежно від складності захворювання хворі повинні дотримуватися постільного режиму, а також мають бути ізольованими від членів сім'ї до повного зниження температури. Лікування хворих на грип повинно бути раннім, комплексним, спрямованим на збудника та патологічний процес. Необхідно враховувати вік хворого та наявність хронічних захворювань (нефрит, ревматизм, інфаркт тощо). У першу чергу, застосовують препарати, що діють на збудника, – вакци-

ни, лікувальні сироватки, гамма-глобуліни, інтерферон, лаферон, а також різні хімічні препарати: ремантадин, антигрипін тощо; їх бажано приймати у перші 2 доби.

При підвищенні температури до 38-39°C розмноження вірусу в організмі припиняється, він втрачає свою токсичність і гине. Інколи хворі або лікарі застосовують ліки, які знижують температуру тіла, але це невиправдано.

Слід пам'ятати, що при температурі тіла 38°C в організмі відбувається інтенсивне утворення інтерферону й умови для життєдіяльності вірусу стають несприятливими.

Інтерферон – це речовина білкової природи, що забезпечує неспецифічний імунний захист від вірусних інфекцій.

Використовувати ліки, що знижують температуру тіла, необхідно лише у випадках, коли температура занадто висока (вище 39 °C) або її тяжко переносить хворий, особливо діти. Для зниження температури краще обтирати тіло розчином столового або фруктового оцту, приймати до 2 л на добу гарячих напоїв (відвари лікувальних трав та квітів липи; чай з лимоном, малиною, калиною).

Велике значення в лікуванні хворого мають симптоматичні засоби: лікувальне харчування і вітамінотерапія. Зокрема вітамін С, що підвищує опірність організму, потрібно приймати в досить великих дозах (по 0,5 г 3 рази на день).

Антимікробне лікування призначають для попередження ускладнень, що можуть бути спричинені бактеріальними інфекціями.

Профілактику грипу поділяють на специфічну та неспецифічну (загальну).

Специфічна профілактика спрямована на підвищення опірності організму. Найбільш дієвим заходом, який попереджує будь-яку інфекційну хворобу, є активна імунізація. Але в наш час відношення до наявних вакцин неоднозначне. У період масових захворювань на грип використовують живі інактивовані протигрипозні вакцини. У боротьбі з грипом важливе значення має попередження заносів і поширення інфекції в дитячих колективах. У першу чергу необхідно своєчасно виявити хворого на грип та ізолювати його від оточуючих. У період підвищеної захворюваності відмінняють проведення дитячих ранків, концертів та інші масові заходи. Батькам слід зменшити в цей період прогулянки з дітьми по магазинам, поїздки в громадському транспорті.

Попереджають інфікування чотиришарові марлеві маски. В осередку інфекції можна рекомендувати змазувати носові ходи 0,25 %

оксоліновою маззю 2-3 рази на день. Для екстреної профілактики грипу застосовують ті самі противірусні препарати, що і з лікувальною метою (ремантадин). Протигрипозний імуноглобулін, який є найбільш ефективним, у першу чергу, вводять дітям до 3 років, вагітним і дуже ослабленим особам.

Планову неспецифічну профілактику проводять екстрактом елеутерококу по 30-40 крапель 1 раз у день протягом 25-30 днів, полівітамінами. Потрібно широко рекомендувати загартування, ультрафіолетове опромінювання, водні процедури. Оздоровлення дітей з хронічними захворюваннями носоглотки (хронічним тонзилітом, гайморитом) включає невеликі курси (тривалістю 7-10 днів) полоскання горла настоями ромашки, шавлії, календули, змазування мигдаликів розчином Люголя та розведеним соком каланхое з медом.

У запобіганні сезонній простуді важливе значення має завчасна підготовка житлових, дитячих (дошкільних), шкільних, учбових та виробничих приміщень до осінньо-зимового періоду. Необхідно завжди пам'ятати, що охолодження, протяги призводять до виникнення гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Контрольні питання

1. Загальна характеристика інфекцій дихальних шляхів.
2. Грип: причини виникнення, збудник, характерні ознаки у дітей.
3. Розкажіть про профілактику грипу в дитячому колективі.

Тема 6. Туберкульоз

- 6.1. Визначення проблеми.
- 6.2. Загальна характеристика.
- 6.3. Перебіг хвороби.
- 6.4. Профілактика туберкульозу.

Ключові слова: туберкульоз, епідемія, соціальна проблема, фактори ризику, мікобактерія, хіміорезистентність, проба Манту, вакцинація, якість життя.

6.1. Визначення проблеми

*Туберкульоз (від латинського *tuberculum* – горбик) – інфекційне захворювання, що викликає запальний процес, який супроводжується утворенням дрібних горбиків переважно в легенях та лімфатичних вузлах. Хвороба має схильність до хронічного перебігу.*

Туберкульоз (сухота, чахотка) одна з найбільш поширених хвороб, яка відома ще з давнини. Лікарі стародавніх Греції та Риму, зокрема Гіппократ, описували клінічну картину легеневої чахотки, а Аристотель підкреслював її підвищену заразність. Встановлено, що давньоєгипетські мумії, вік яких понад 4 тис. років, мають кістки, уражені туберкульозом.

Туберкульоз був дуже поширеною і страшною хворобою з високим відсотком смертності. Та розвиток медицини у другій половині ХХ ст. майже вирішив цю проблему в країнах Європи і Північної Америки. Переломним моментом у боротьбі з туберкульозом стало відкриття в 1944 р. стрептоміцину американським бактеріологом Салманом Ваксманом, за що він отримав Нобелівську премію. Однак значний резервуар цієї інфекції залишився в слаборозвинутих країнах світу.

Ще 20 років тому здавалося, що туберкульоз не є проблема. Та в середині 80-х захворюваність на нього швидко пішла вгору. Хвороба «підняла голову» не тільки в країнах, що виникли на території колиш-

нього Радянського Союзу, де причиною можна було б вважати загострення соціально-економічних проблем, а і в розвинутих країнах. Туберкульоз перетворився на нову чуму ХХІ століття. Кожної секунди у світі збудник туберкульозу вражає одну людину, а кожні 10 секунд від нього помирає одна людина. В даний час на туберкульоз страждають 50-60 млн. людей. Внаслідок різкого збільшення захворюваності ВООЗ у 1993 р. проголосила туберкульоз глобальною небезпекою.

Відповідно до критеріїв ВООЗ та динаміки захворюваності на туберкульоз Україна з 1998 р. увійшла в число країн, охоплених епідемією туберкульозу (ТБ).

Ріст захворюваності на ТБ серед нових випадків, що спостерігався в країні з 1998 р., було зупинено у 2004 р., і, починаючи з 2007 р., реєструється її зниження. За даними ВООЗ в Україні розрахункова поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 р. мають тренд до зниження щорічно в середньому на 4,4 % і 3,3 %, відповідно.

За даними ВООЗ в Україні розрахункова захворюваність на ТБ складала у 2014 році 94,0 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епіднадгляду захворюваність на ТБ складає – 70,5 на 100 тис. населення. Таким чином в Україні щороку своєчасно недовиявляється близько 25,0 % випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення. Розрахункова поширеність ТБ склала 114,0 на 100 тис. населення, проте поточний показник поширеності ТБ становить 90,2 на 100 тис. населення.

Що ж відбулося, чому хвороба, яка вважалася майже ліквідованою, знову швидко поширюється? Можна виділити три основні причини, що зумовлюють цей процес в Україні:

- патогенні бактерії змінюються під впливом зовнішніх факторів, зокрема, має місце підвищення стійкості бактерій, що викликають туберкульоз, до дії лікарських препаратів;

- не діє система контролю за поширенням цієї хвороби, не існує статистичного контролю за хворими на туберкульоз з урахуванням результатів лікування, як це прийнято в усьому світі;

- погіршились побутові умови життя, відбулося зниження життєвого рівня населення, погіршилося харчування, виникла необхідність вимушених міграцій.

Нинішню епідемію називають триединою. В ній умовно виділяють три взаємопов'язаних епідемії:

Перша – це традиційна епідемія, що стосується так званого типового туберкульозу, який був поширений ще у повоєнні роки. Він добре піддається лікуванню. Серед усіх хворих на туберкульоз питома вага цієї епідемії має тенденцію до зменшення.

Друга – це епідемія, обумовлена хіміорезистентним туберкульозом, вона поширюється швидкими темпами і створює велику небезпеку.

Ефективність лікування низька, смертність висока. Таких хворих налічується до 40 % від загальної кількості й цей відсоток продовжує збільшуватись.

Третя – це епідемія туберкульозу і СНІДу, а також туберкульозу у ВІЛ-інфікованих. Таких хворих 20-30 % і їх кількість має тенденцію до зростання.

6.2. Загальна характеристика

Туберкульоз – інфекційне захворювання, яке спричиняється мікобактеріями туберкульозу. Вони були відкриті Р. Кохом у 1882 р., тому мають назву БК – бацили Коха. Останні нерухомі, не мають капсул, дуже стійкі – при температурі 100 °С зберігають життєздатність до 5 хвилин. У сухій мокроті вони живуть до 10 місяців, при низькій температурі збудник зберігається довгий час. Мікобактерії туберкульозу зберігаються в навколишньому середовищі в різних місцях від 1 до 8-12 місяців. Вони не бояться кислот, спирту, низьких температур, тривалий час зберігаються у ліжку, паперах, у кімнаті, де знаходився хворий, на посуді та особистих речах хворого, у молочних продуктах від хворої на туберкульоз худоби. На мікобактерії згубно впливають препарати, які містять хлор, ультрафіолетові промені знищують їх через декілька годин.

Зараження туберкульозом у 90–95 % випадків відбувається через дихальну систему аерогенним шляхом: під час розмови, спілкування з хворим, при кашлі, через заражені предмети побуту. Можливе інфікування через травну систему в разі, коли інфекція потрапляє в організм із харчовими продуктами від хворих тварин або через їжу, заражену хворою людиною.

Отже, шляхи передачі такі: повітряно-крапельний, повітряно-пиловий, контактено-побутовий, харчовий та інколи – через плаценту. Основним джерелом інфекції є хворі люди, домашні тварини, здебільшого корови.

6.3. Перебіг хвороби

Більшість людей, заражених збудником туберкульозу, залишаються здоровими внаслідок імунітету – вродженого або набутого після вакцинації БЦЖ. Достатня опірність організму, особливо при зараженні малою дозою збудника, дає можливість побороти хворобу. Але під впливом несприятливих умов: порушенні нормального харчування, тяжких захворювань, незадовільних побутових і виробничих умов, дії алкоголю тощо – стійкість організму знижується й інфекція може активуватись.

Первинне зараження частіше відбувається в дитячому віці. Мікобактерії туберкульозу, які попали в організм, поширюються різними шляхами – лімфогенним, гематогенним, бронхолегеневим. У легенях виникають окремі або множинні горбки. Якщо мікобактерії не виходять за межі горбиків, то процес називають закритим – виділення організмом інфекції з мокротою не відбувається. Така людина незаразна. При клінічно вираженій формі туберкульозу відбувається розпад легеневої тканини і збудник виділяється з мокротою. Цю форму називають відкритою. Для оточуючих такий хворий дуже небезпечний.

Існують два основні чинники, що визначають індивідуальний ризик зараження: концентрація мікобактерій у зараженому повітрі та тривалість перебування людини у цьому середовищі. Найбільший ризик інфікування – від осіб, що виділяють бактерії; значно менший – від хворих на позалегеновий туберкульоз.

Ознаки туберкульозу. Залежно від форми туберкульозу, шляхів зараження та імунних властивостей організму можливі різні прояви захворювання. Але найбільш постійною ознакою туберкульозу є кашель, який супроводжується виділенням мокротини. Спостерігаються горлові кровотечі, задишка та біль при диханні. Підвищення температури тіла може бути незначним (37,1-37,2 °C) або сягати 39-40 °C. У хворого спостерігається слабкість, блідість, пітливість, особливо вночі, він втрачає апетит і худне.

Перебіг хвороби можливий від легкої форми, коли людина нічого не підозрює, до тяжкої – коли смерть настає через декілька місяців. Останнім часом збільшилася кількість хворих на туберкульоз із нетиповим перебігом та кількість хворих похилого віку, що раніше було рідкістю. Це призводить до несвочасної діагностики хвороби, тяжких

ускладнень та смерті. Сьогодні в Україні помирає кожен третій із хворих на туберкульоз (у 2016 р. – 15,3 людини на 100 тис. населення).

У дитячому віці туберкульозна інфекція найчастіше проявляється у вигляді загальних розладів: слабкість, стомлюваність, відставання у вазі та рості. Поведінка дитини змінюється, вона стає кволою, дратівливою, плаксивою, не проявляє активності в житті дитячого колективу. При медичному обстеженні відмічаються зміни лімфатичних вузлів – вони значно збільшені, ущільнені, спаяні між собою. Це свідчить про те, що туберкульозна інфекція гніздиться в лімфатичній системі. Такий стан називають бронхоаденітом і розглядають його як прояв первинного туберкульозу. У дітей значно частіше, ніж у дорослих, зустрічаються нелегеневі форми цієї хвороби. У період статевого дозрівання часто відбувається загострення перебігу туберкульозу.

Факторами ризику інфікування і захворювання дітей на туберкульоз є контакт із хворими на відкриту форму туберкульозу, відсутність або неякісне проведення вакцинації (ревакцинації) БЦЖ, часті гострі респіраторні захворювання, несприятливі соціально-побутові умови тощо.

Наявність трьох і більше факторів ризику інфікування є безумовним показанням до більш ретельного обстеження дітей – з метою виключення прихованої форми туберкульозу.

Вторинний туберкульоз виникає внаслідок загострення первинних вогнищ у легенях, плеврі, лімфатичних вузлах, рідше – в інших органах і вторинного проникнення в організм мікобактерій туберкульозу. При вторинних формах процес поширюється переважно бронхогенним і лімфогенним, рідше – гематогенним шляхом. Він може проявитися як вогнищевий, інфільтративний і дисемінований туберкульоз.

6.4. Профілактика туберкульозу

Профілактика туберкульозу може бути соціальною, санітарною та специфічною *Соціальна профілактика* включає загальнодержавні заходи, спрямовані на підвищення життєвого рівня населення, забезпечення житловою площею і створення культурно-освітніх закладів, розвиток спорту, мережі санаторіїв, захист водоймищ і атмосфери від забруднення токсичними речовинами. Вживаються широкі загальнооздоровчі заходи в дитячих колективах і сім'ях, мета яких полягає у

зміцненні імунної системи хворої дитини, поліпшення її побутових умов, ізоляції від хворих на туберкульоз.

Санітарні профілактичні заходи включають: раннє виявлення інфікованих, хворих дітей, оберігання їх від контактної додаткової інфекції, організацію диспансерного спостереження за хворими, які інфіковані туберкульозом, і контактними.

Специфічна профілактика туберкульозу полягає у проведенні специфічної вакцинації БЦЖ і хіміопротекції. Вакцинація БЦЖ здійснюється дітям в пологовому відділенні на 5-7 день від народження.

Протипоказаннями до вакцинації є виражені клінічні симптоми родової травми, диспепсія, шкірні захворювання, пневмонія, отит, грип, різка жовтяниця, недоношеність з масою, меншою за 2500 г (недоношеним з масою тіла 2300 г і вище роблять щеплення вакциною БЦЖ-М). Вакцинація сприяє зниженню інфікованості, захворюваності дітей на туберкульоз, запобігає розвитку гострих інфільтративних і генералізованих форм. Захворюваність на туберкульоз серед вакцинованих дітей у 8-10 разів нижча, ніж серед нещеплених. В основі протитуберкульозної вакцинації лежить набутий імунітет. Імунологічна перебудова організму внаслідок вакцинації БЦЖ супроводжується появою позитивної туберкулінової проби.

Ревакцинації підлягають усі клінічно здорові неінфіковані діти у віці 7, 12 і 17 років і вакциновані діти при відсутності поствакцинального рубчика.

З метою відбору дітей і підлітків для ревакцинації БЦЖ проводять пробу Манту. При негативному результаті або інфільтраті не більше 4 мм у діаметрі здійснюють ревакцинацію. Проміжок між пробою і ревакцинацією повинен становити не менш 3 діб і не більше 2 тижнів. Інші профілактичні щеплення можна проводити з інтервалом у 2 міс (до і після специфічної ревакцинації).

Протипоказаннями до ревакцинації є позитивна внутрішньошкірна проба Манту (інфільтрат 5 мм і більше), захворювання на туберкульоз, гострі і хронічні інфекційні процеси, включаючи періоди реконвалесценції, не менш 2 міс. після зникнення клінічних симптомів, шкірні захворювання, схильність до кровоточивості (ревматизм у гострій і підгострій фазах, бронхіальна астма та інші алергічні стани, спазмофілія, харчова ідіосинкразія, перенесений енцефаліт, менінгіт, епілепсія, гіпотрофія II-III ступені).

Місцеві реакції після щеплення у новонароджених дітей проявляються через 4-6 тижнів на місці введення вакцини: інфільтрат має розміри 4-15 мм у діаметрі із вузликом у центрі (пустуляція) з утворенням кірочки, некрозу з незначним серозно-гнійним виділенням. Ці реакції зберігаються 2-3 міс. і більше. Можуть бути виразки, холодні абсцеси в шкірі, лімфаденіт. Місцево застосовують присипки ізоніазиду, примочки стрептоміцину, 2 % гідрокортизонову мазь.

Після ревакцинації місцеві патологічні реакції можливі протягом першого тижня після щеплення, розвивається пустула, іноді некроз з серозно-гнійним виділенням. Місцеві реакції зазнають зворотного розвитку протягом 3-4 міс., залишаючи після себе рубчик або пігментацію.

Протягом 2 міс. дитина, вакцинована внаслідок туберкульозних контактів, повинна бути ізольована від хворих, що виділяють мікобактерії. Дітям, які народилися від хворих на туберкульоз матерів, треба зробити вакцинацію з наступним роз'єднанням їх на 3-12 міс.

Другим методом специфічної профілактики туберкульозу у дітей є хіміопротекція – призначення туберкулостатичних препаратів здоровим дітям, щоб запобігти захворюванню на туберкульоз. Вона не потрібна дітям безпосередньо після вакцинації. Дітей з туберкуліно-позитивними реакціями направляють у туберкульозні санаторії.

Важливе значення в боротьбі з дитячим туберкульозом має санітарно-просвітницька робота. Питання актуальності протитуберкульозних заходів, їхні конкретні завдання повинні знайти широке висвітлення в бесідах, лекціях, виступах. У профілактиці туберкульозу у дітей велике значення мають загальнооздоровчі заходи, спрямовані на підвищення опірності імунної системи організму. Серед них провідна роль належить організації правильного режиму дня і харчування дитини, проведенню загартовувальних процедур, заняттям фізкультурою і спортом. Поліпшення соціально-побутових умов і культурного рівня населення сприяють ліквідації туберкульозу як масового інфекційного захворювання.

Контрольні питання

1. Епідемічна ситуація у світі та в Україні.
2. Збудник туберкульозу, його властивості.
3. Особливості перебігу у дітей.
4. Профілактика туберкульозу.

Перелік навчальної та навчально-методичної літератури

Основна література

1. *Валецька Р. О.* Основи валеології : [підручник] / Р. О. Валецька. – Луцьк : Волинська книга, 2007. – 348 с.
2. *Валецька Р. О.* Основи медичних знань : [підручник] / Р. О. Валецька. – К. : Вища школа, 2009. – 387 с.
3. *Марцинкевич О.О.* Венеричні хвороби. / О.О. Марцинкевич; за редакцією С.Ф. Кудіна// Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів з курсом «Охорона здоров'я і основи медичних знань». – Чернівці, 2005. 35 с.
4. *Мойсак О. Д.* Основи медичних знань і охорони здоров'я: Навчальний посібник. – 3 є вид., виправлене та доповнене. – К.: Арістей, 2005. – 588 с.
5. *Носко М. О.* Формування здорового способу життя: навчальний посібник / М. О. Носко, С. В. Грищенко, Ю. М. Носко. – К.: МП Леся, 2013. – 160 с.
6. *Профілактика, догляд і підтримка вихованців, які живуть з ВІЛ, у соціальних закладах для дітей / Андріяш С. П., Бляхарський Я. О., Грицюк Т. К., Грищенко Н. В.* – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 176 с.
7. *Страшко С. В.* Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу / С. В. Страшко, Л. А. Животовська, О. В. Савонова та ін; за редакцією С. В. Страшка // Навчально-методичний посібник для викладачів валеології, основ медичних знань та без пеки життєдіяльності, вчителів основ здоров'я, студентів вищих педагогічних навчальних закладів. – 2-е вид., переробл. і допов. – Київ : Освіта України, 2006. – 260 с.
8. *Страшко С.В.* Інфекційні хвороби, що набули соціального значення / С.В. Страшко І.П.Кривич, Л.М. Левицька [та ін] // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів усіх спеціальностей вищих педагогічних навчальних закладів. – Київ: «Освіта України», 2005. – 55 с.

Додаткова література

1. *Воронцова Т. В.* Захисти себе від ВІЛ : методичний посібник для педагога-тренера / Т. В. Воронцова, В. С. Пономаренко. – К. : Алатон, 2011. – 208 с.
2. *Киселев Е. Н.* Вирусная эпидемия SARS : [учебное пособие] / Е. Н. Киселев, В. В. Титов. – К. : Полипром, 2003 – 63 с.

3. *Люди и ВИЧ* – книга для неравнодушных / [отв. ред. Е. Пурик] . – К. : Международный Альянс по ВИЛ / СПИД. – 2012. – Издание 5. – 704 с.
4. *Петровская В. Г.* Микрофлора человека в норме и патологии / В. Г. Петровская, О. П. Марко. – М. : Медицина, 1986. – 231 с.5. *Покровский В. И.* Коронавирус (SARS) – возбудитель атипичной пневмонии : временные методические рекомендации / В. И. Покровский, В. Б. Малеев, А. А. Соминина. – М. : Медицина, 2003. – 59 с.
6. *Профилактика ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде: Учебное пособие для студентов педагогических вузов* / Под ред. К. Г. Гуревича, Л. М. Шипицыной. – М., 2006. – 80 с.
7. *Ткачук В. Г.* Медико-социальные аспекты здоровья : конспект лекций / В. Г. Ткачук, В. Е. Хапко. – К. : 2009. – 101 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. *ВІЛ/СНІД* [електронний ресурс] : учбовий фільм «Щоденник Насті». – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/G7Da/ufSWbDw1a>
2. *ВІЛ/СНІД* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/BkDF/kFGhnz5ez>
3. *ВІЛ/СНІД* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/74ok/k1ZescDPv>
4. *Грип і його профілактика* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/3tUM/kUm1yV48A>
5. *Грип і його профілактика* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/BWi5/LQgHG8Hjt>
6. *Грип і його профілактика* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/KqhA/TUPdUcB33>
7. *Грип і його профілактика* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/AgoG/xZhN6csD8>
8. *Сифіліс* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/6moN/38QK4evkK>
9. *Туберкульоз* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/JNoh/ffeu7T8VF>
10. *Туберкульоз* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/6tAj/uqNj9zHZw>
11. *Туберкульоз* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/Fsbm/PwzTtSMih>
12. *Хвороби ХХІ сторіччя. Грип* [електронний ресурс] : учбовий фільм. – Режим доступу: <https://cloud.mail.ru/public/6fSe/UXdhZkbU8>

Словник термінів

Адаптація – пристосування до оточуючих умов.

Аероби – організми, в тому числі і тварини, рослини та мікроорганізми, які можуть існувати тільки при наявності вільного молекулярного кисню.

Акроціаноз – посиніння кистей і стоп кінцівок.

Алерген – речовина, що викликає незвичайну реакцію організму.

Алергія – підвищена чутливість організму до будь-якої речовини – алергену.

Амнезія – втрата пам'яті, забуття.

Амнезія ретроградна – втрата пам'яті на події, що передували травмі головного мозку.

Анабіоз – стан організму, при якому майже повністю припиняється обмін речовин на тривалий термін, прикладом анабіозу є утворення спор у мікроорганізмів.

Анаероби – мікроорганізми, здатні існувати тільки при відсутності кисню.

Анатоксин – бактеріальні токсини, що втратили в результаті специфічної обробки токсичність, але зберегли антигенні та імуногенні властивості.

Аналогія – часткова подібність предметів або явищ.

Анорексія – втрата апетиту.

Антагоністи – групи незалежно існуючих живих істот, що конкурують між собою. Конкуруючи види ведуть постійну жорстоку боротьбу за Існування, під час якої одні вимирають, інші розмножуються. Ці закони поширюються не лише на тваринний і рослинний світ, а й на царство мікробів.

Антибіотики – хіміотерапевтичні препарати, що утворюються мікроорганізмами або ті, що отримуються з тканин рослин і тварин, які мають властивості вибірково пригнічувати життєдіяльність збудників захворювань (бактерій, грибів, вірусів, найпростіших) чи затримувати розвиток злоякісних новоутворень.

Антиген – речовина біологічного походження, під впливом якої в організмі утворюються специфічні білки (глобуліни) – антитіла.

Антидот – протиотрута.

Антисептичний – направлений проти мікробів.

Антитіла – специфічні захисні білкові тіла, що містяться в сироватці крові й утворюються на введення в організм антигена Та здатні вступати з ним в специфічну взаємодію.

Апатія – байдужість, кволість, бездіяльність.

Асептика – комплекс профілактичних заходів, які направлені на попередження попадання інфекції в рану – вчення про методи знищення мікроорганізмів.

Астенія – загальна слабкість, виснаження нервової системи.

Асфіксія – задушення. Тяжкий розлад дихання і кровообігу внаслідок недостатку кисню.

Атенуація – процес видалення із збудника компонентів, здатних викликати захворювання і зберегти при цьому його імуногенні властивості.

Бактерії (від латинського «бактерія» паличка) – різноманітна за біологічними властивостями група поширених на землі мікроскопічних, в основному одноклітинних, організмів кулястої, паличковидної, спіралевидної форм, що належать до доядерних (прокаріоти) форм життя.

Бактеріоносій – здорова людина чи тварина, що виділяє збудника.

Бактеріостатичний – вбиваючий мікроби.

Бактеріофаг – (від латинського «руйнуючий бактерії») – віруси, які мають здатність проникати в бактеріальні клітини, репродукуватись та руйнувати їх (викликати лізіс).

Бацила – різновидність бактерій, які утворюють спори.

Біфідобактерії – анаеробні безспорові молочнокислі грампозитивні бактерії, що складають 95–98% всієї мікрофлори кишок людини та тварини, які приймають участь у продукуванні вітамінів, утворення кислого середовища в кишках, яке сприяє всмоктуванню кальцію, заліза, вітаміну Д.

Біфідумбактерин – препарат із живих біфідобактерій, який застосовується для відновлення нормального рівня біфідобактерій у кишках дітей та дорослих; пригнічує гнильну та умовно-патогенну мікрофлору, застосовується при дисбактеріозі.

Вакцинація – метод створення активного імунітету проти інфекційних захворювань.

Вакцини (від лат. «вакка»– корова) – препарати, отримані із бактерій, вірусів та інших мікроорганізмів чи продуктів їх життєдіяльності для активної штучної імунізації людей та тварин, специфічної профілактики та лікування інфекційних захворювань.

Вакцинопрофілактика – профілактика інфекційних захворювань із застосуванням вакцин.

Варіоляція – метод, який використовували медики Стародавнього Китаю і Стародавньої Індії, які збирали засохлі віспяні шкоринки хворих, розтирали їх на порошок, який з метою запобігання виникнення хвороби втирали в шкіру, або вдували в ніс здоровим людям. Вібріон – бактерія, що має зігнуте тіло (нагадує кому), та, як правило, один джгутик

Вірулентність – характеристика ступеня патогенності або сила хвороботворної дії мікробів на організм, яка обумовлює їх здатність викликати захворювання.

Віруси (від лат. слова «вірус» – отрута органічного походження) – неклітинні форми життя, які мають геном і здатність розмножуватись лише в клітинах більш високо організованих істот.

Гіперестезія – підвищена чутливість.

Гіперкінези – мимовільні рухи (сіпання, тремтіння).

Гіподинамія – зниження м'язової діяльності.

Гіпоксія – зниження кількості кисню в тканинах або органах.

Гіпотонія – зниження тону м'язів (при периферичних паралічах).

Гонокок – вид бактерій, патогенних тільки для людини, має кулясту форму і розміщується парно.

Дезинсекція – заходи, направлені на знищення членистоногих, переносників збудників інфекційних та інвазійних захворювань.

Дезинтоксикація – спосіб лікування, який приводить до руйнування або послаблення дії токсинів мікроорганізмів. Позбавлення отруєння, що спричинено токсинами.

Дезинфекція – знищення патогенних форм мікроорганізмів у середовищі, що оточує людину.

Декомпенсація – збій діяльності організму, що виникає при незмінності його пристосувальних механізмів компенсувати викликані хворобою порушення.

Дератизація – боротьба з шкідливими гризунами, небезпечними в епідеміологічному відношенні, та таких, що наносять економічні збитки.

Дизентерія (від грецьк. «диз» – розлад, «ентерос» – кишечник) – кишкова інфекція, яка викликається бактеріями роду шигел з переважним ураженням товстої кишки, що супроводжується вираженою інтоксикацією, рідким випороженням з паралогічними домішками слизу, крові.

Диплокок – коки, які характеризуються подвійним розміщенням.

Дисбактеріоз – кількісні та якісні зміни аеробної та анаеробної нормальної мікрофлори, яка в нормі заселяє нестерильні порожнини та шкіру людини і тварини в сторону її знищення та збільшення кількості мікробів, які в нормі відсутні або є в невеликій кількості.

Дисемінація – поширення збудника.

Діарея – часте рідке випорожнення кишок.

Екзогенний – породжений зовнішніми причинами, умовами.

Екзотоксин – ядовита речовина (токсин), яка виділяється мікробами в навколишнє середовище.

Ексікоз (дегідратація, зневоднення організму) – зменшення загальної кількості води в організмі, коли її втрата перевищує її надходження та утворення.

Ендемічний – властивий даній місцевості.

Ендогенний – викликаний внутрішніми особливостями організму.

Ендотоксин – токсин, що вивільняється при розпаді бактеріальної клітини і виконує токсичні (ядовиті) функції.

Ентерокок – різновидність коків, що заселяє кишечник людини і тварин; може набувати патогенні властивості.

Енцефаліт – запалення головного мозку.

Епідемічний осередок – місце перебування джерела інфекції та оточуюча його територія, в межах якого можливе поширення збудника хвороби, обумовлене відповідними механізмами передачі.

Епідемічний процес – процес поширення заразних захворювань в людському суспільстві при утворенні епідемічних осередків, послідовно виникаючий один із другого.

Епідемія – поширення епідемічного процесу на велику територію та велику кількість населення.

Етіологія – вчення про причини хвороби, сама причина хвороби.

Еукаріоти – організми, клітини яких мають ядро.

Зоонози (від лат. «зоон» – тварина та «нозос» – хвороба) – загальна назва інфекційних та інвазійних хвороб тварин, на які хворіє і людина. Захворювання, які можуть передаватись від хворої тварини здоровій людині.

Ізоляція інфекційних хворих – протиепідемічні заходи, направлені на роз'єднання хворих та осіб з підозрою на інфекційну хворобу від оточуючих їх людей для попередження поширення інфекції.

Імунізація – специфічна профілактика інфекційних захворювань серед людей і тварин.

Імунітет – несприйнятливість організму до інфекційних і неінфекційних агентів та речовин, що мають сторонні антигенні властивості.

Імунопрофілактика – заходи, направлені на боротьбу з інфекційними захворюваннями шляхом створення специфічної несприйнятливості до них.

Інвазія – проникнення в організм (тварин, рослин) паразитів тваринного походження з послідуочим розвитком різних форм їх взаємодії.

Індекс сприйнятливості – середнє відношення кількості хворих до кількості тих, що не хворіють, але можуть захворіти.

Інкубаційний період – початковий період інфекційних захворювань, що починається з моменту проникнення хвороботворного мікроба в організм до розвитку перших клінічних ознак хвороби.

Інкубація – час, який необхідний для прояву певних біологічних явищ.

Інсектициди (від лат. «інсектут» комаха, «кадет» – вбиваю) – отрута, що використовується для знищення членистоногих.

Інсоляція – освітлення сонячним промінням.

Інтерферон (від лат «інтер» – між і «ференсіс» – переносник) – це відкритий англійським дослідником А. Айзексом білок, призначений захистити клітину від проникнення в неї чужої генетичної інформації. Він автоматично виробляється і викидається клітиною в навколишню тканинну рідину відразу ж після того, як у клітину проникає будь-яка стороння нуклеїнова кислота.

Інтотоксикація – ураження токсинами.

Інфекційні хвороби – група захворювань, що викликаються патогенними мікроорганізмами і характеризується специфічністю збудника, заразністю, наявністю інкубаційного періоду, циклічністю перебігу, реакціями взаємодії патогенного мікроорганізму та макроорганізму та утворенням постінфекційного імунітету.

Інфекція – проникнення та розмноження патогенних мікроорганізмів в макроорганізмі, їх взаємодія з розвитком різних форм інфекційного процесу від носійства збудника до інфекційного захворювання.

Карантин – система заходів, направлених на попередження поширення інфекційних захворювань із епідемічного осередку. Карантин може бути накладений на гуртожиток, школу, дошкільний заклад.

Карантин у дитячих закладах передбачає припинення прийому нових дітей і переведення їх із групи в групу; ізоляцію хворих з невстановленим діагнозом, активно виявляти хворих тощо. Карантин, у залежності від характеру захворювання, поряд з ізоляцією, може супроводжуватися санітарною обробкою, вакцинацією, бактеріологічним обстеженням, дезинфекційними заходами.

Карантинні захворювання – група інфекційних захворювань, які характеризуються великою заразністю та високою смертністю, по відношенню до яких застосовуються міжнародні карантинні обмеження.

Катар – запальний процес слизової оболонки будь-якого органу.

Клостридії – різновидність бактерій, які утворюють спори – по розміру перебільшують діаметр бактеріальної клітини.

Кóки – бактерії кулястої форми.

Колібактерин – сухий біологічний препарат з живої культури кишкової палички, виділеної з кишок здорової людини, якому властиві антагоністичні властивості по відношенню до ряду патогенних та умовно-патогенних бактерій; застосовується для профілактики і лікування дисбактеріозу.

Кома, коматозний стан – глибоке знепритомніння.

Контагіозність – властивість інфекційних захворювань передаватись від хворих здоровим.

Координація – узгодженість, упорядкованість довільних рухів.

Коринебактерії – різновидність бактерій, що характеризуються наявністю особливих включень у вигляді зернят; є патогенні для людини форми, наприклад, збудник дифтерії.

Криза – приступ болів або спазму судин.

Культура – популяція мікроорганізмів одного виду, отриманих при вирощуванні на поживних середовищах.

Лабільний – нестійкий.

Лактація – утворення і виділення молока. Час від пологів до припинення виділення молока називається лактаційним періодом.

Лактобактерин – лікарський препарат – живі бактерії, які активно пригнічують життєдіяльність дизентерійних паличок, ентеропатогенних кишкових паличок, патогенного стафілокока та протей; застосовується для лікування та профілактики дисбактеріозу.

Латентна інфекція – форма інфекційного процесу, яка характеризується тривалим зберіганням збудника в організмі без клінічних ознак хвороби, прояв

якої може відбутись під дією факторів, що послаблюють захисні сили організму (переохолодження, стрес). При латентній інфекції вірус не репродукується.

Латентний – прихований.

Летальний – смертельний.

Лизоцим – фермент, антибактеріальний бар'єр у місцях контакту з зовнішнім середовищем.

Лімфаденіт – запалення лімфатичний вузлів.

Локальний – місцевий.

Макрофаги – клітини сполучникової тканини, здатні до активного захвату і перетравлення чужорідних для організму тіл.

Макроскопічний – такий, який можна побачити неозброєним оком.

Менінгіт – запалення мозкових оболонок.

Менінгокок – патогенний диплокок, що викликає у людей менінгіт.

Мигдалини – органи лімфатичної системи, розміщені в слизовій оболонці ротової порожнини і гортані.

Мікобактерії – різновидність бактерій, які характеризуються великим, вмістом ліпідів, значною стійкістю до факторів навколишнього середовища; є патогенні для людини, наприклад, збудник туберкульозу.

Мікроб – жива істота, яку можна побачити тільки під мікроскопом.

Мікроорганізм – різні живі істоти з індивідуальною клітинною організацією або неклітинні форми життя (віруси).

Мікроскопія – вивчення за допомогою мікроскопа.

Мікроскоп – оптичний прилад, який збільшує зображення.

Мікрофлора – сукупність мікробів, що населяють певний ареал.

Найпростіші – одноклітинні мікроорганізми – еукаріоти, відносяться до царства тварин.

Наркоманія – патологічний потяг до наркотиків і зловживання ними.

Нефрит – запальне захворювання нирок з переважаючим ураженням клубочкового апарату.

Ністагм – ритмічне сіпання очних яблук під час руху.

Облігатний – обов'язковий.

Обсервація – протиепідемічні заходи медичного спостереження ізольованих здорових людей, які були у осередку карантинного захворювання (елемент карантинних заходів).

Олігофренія – недоумство, природжене або рано набуте.

Оральний – через ротову порожнину (від лат. «оріс» – рот).

Отит – запалення вуха.

Параліч – втрата рухів.

Параплегія – параліч нижніх кінцівок.

Парез – неповний параліч, слабкість м'язів.

Парестезії – відчуття оніміння, повзання мурашок, електричного струму тощо.

Патогенність мікроорганізмів – здатність мікроорганізмів приживатись в тканинах організму хазяїна, розмножуватись у них, викликаючи патологічні зміни.

Персистенція (постійність, збереження) – стан, характерний для багатьох вірусів і бактерій, коли мікроорганізм живе в організмі і постійно підтримує в ньому хворобливий стан. При цьому організм не реагує активно на збудника, вони взаємодіють, не вбиваючи один одного.

Плацента (дитяче місце) – орган зв'язку зародка з організмом матері. Через плаценту плід від матері одержує необхідні поживні речовини і кисень, відаючи продукти обміну.

Поліневрит – множинне запалення нервів.

Поліомієліт – запалення передніх рогів сірої речовини спинного мозку, дитячий параліч.

Превентивний – захисний, попереджувальний.

Продромальний період – період, який триває від декількох годин до одного-двох днів, коли з'являються симптоми захворювання, які не специфічні для даного захворювання.

Профілактика – попередження, в інфекційній патології – попередження розвитку та поширення інфекційних захворювань за допомогою вакцин, сироваток, бактеріофагів, хіміотерапевтичних засобів тощо.

Ратициди – отрута, що використовується при знищенні гризунів.

Реабілітація хворого – видужання, яке допускає повернення хворого до суспільно-корисної праці.

Реадаптація – можливість пристосування до раніше виконуваної роботи.

Реактивність – властивість організму реагувати на фізіологічні та хвороботворні подразники зовнішнього середовища.

Ревакцинація – повторне профілактичне щеплення після вакцинації для посилення імунітету.

Резистентність – опірність.

Реінфекція – повторне зараження тим же видом збудника, що і при першому захворюванні, який знову викликає інфекційний процес.

Реконвалесценція – період одужання після перенесеної хвороби.

Ремісія – тимчасове мимовільне поліпшення в перебігові хвороби.

Респіраторний – дихальний, що відноситься до дихання, наприклад, респіраторне захворювання.

Синдром – сукупність симптомів.

Синергізм – посилення ефекту при поєднанні двох і більше факторів.

Синергісти – взаємовідношення між окремими видами живих істот, що допомагають один одному.

Синергія – узгоджений рух.

Сироватка імунна – препарати крові людини та тварин, до складу яких входять антитіла, які використовують для діагностики, лікування і профілактики різних захворювань.

СНІД – синдром набутого імунodefіциту – вірусне захворювання, що характеризується враженням Т-системи імунітету, що приводить до пониження резистентності організму; клінічно характеризується гарячкою, лімфаденопатією, діареєю, загальною слабкістю, втратою маси тіла, пневмоніями, розвитком на фоні захворювання онкологічних процесів, вторинних бактеріальних інфекцій.

Соматичний – тілесний, фізичний.

Спірохета (трепонема) – різновидність мікробів – прокаріот звивистої форми, які відрізняються від звичайних бактерій будовою тіла; деякі види патогенні для людини (збудник сифілісу, поворотного тифу).

Спонтанний – мимовільний.

Спора – утворення, що з'являється у бактерій в несприятливих умовах існування, що на тривалий термін зберігає їх життєздатність; у грибів спори виконують функцію розмноження.

Сприйнятливість до інфекції – здатність організму реагувати на проникнення інфекційного агента розвитком хвороби.

Стафілокок – різновидність коків, що мають характерну будову, нагадує виноградне гроно, деякі види патогенні для людини.

Стеноз – звуження.

Стерилізація – знищення мікроорганізмів та їх спор.

Стрептокок – різновидність коків, що мають характерне розміщення у вигляді ланцюга.

Ступор – оstownпіння, загальмованість.

Термостат – прилад, що підтримує задану температуру.

Тест – стандартне завдання для визначення якоїсь здатності випробуваного.

Токсемія – наявність токсину в крові.

Токсикоінфекція – інфекція, що розвивається в результаті дії токсину.

Токсин – отруйна речовина, що утворюється мікроорганізмами, а також деякими тваринами і рослинами.

Трансмісивні хвороби – заразні хвороби людини, збудники яких передаються деякими членистоногими.

Тремор – тремтіння.

Туберкулін – речовина із збудника туберкульозу, що викликає алергізацію організму; використовується для діагностики туберкульозу.

Фагоцитоз – захват мікроба та других сторонніх корпускул лейкоцитами та макрофагами.

Додатки

Додаток А

Тестові завдання до змістового блоку
«Інфекційні хвороби, що набули соціального значення»

1. Укажіть збудника сифілісу:

- а) спірохета;
- б) бліда трепонема;
- в) гонокок;
- г) трихомонада.

2. Укажіть шляхи поширення сифілісу:

- а) статевий;
- б) побутовий (контактний);
- в) фекально-оральний;
- г) повітряно-краплинний.

3. Інкубаційний період сифілісу триває:

- а) 1-5 днів;
- б) 3-4 тижні;
- в) до одного року;
- г) 2-10 днів.

4. Укажіть періоди сифілісу:

- а) первинний;
- б) повторний;
- в) третинний;
- г) вторинний.

5. Укажіть основні ознаки первинного сифілісу:

- а) висипання на тілі;
- б) поява бубону;
- в) поява твердого шанкеру в зоні проникнення збудника;
- г) поява сифілітичних гум.

6. Укажіть основні ознаки вторинного сифілісу:

- а) висипи на шкірі та слизових оболонках;
- б) поява виразок;
- в) випадіння волосся на голові;
- г) ангіна.

7. Укажіть основні ознаки третинного сифілісу:

- а) виразки на шкірі;
- б) твердий шанкер;
- в) сифілітичні гуми на внутрішніх органах;
- г) висипи на шкірі та слизових оболонках.

8. Твердий шанкер – це:

- а) безболісна виразка;
- б) гнійна виразка;
- в) виразка, що має тверду основу;
- г) виразка, що має м'яку основу.

9. Укажіть типове місце появи твердого шанкеру при зараженні статевим шляхом:

- а) над паховим лімфатичним вузлом;
- б) на статевих органах;
- в) на животі;
- г) на потилиці.

10. Первинний період сифілісу триває:

- а) 4-7 тижнів;
- б) 10-12 тижнів;
- в) 1-2 роки;
- г) 3-4 роки.

11. Вторинний період сифілісу триває:

- а) 4-6 тижнів;
- б) 10-12 тижнів;
- в) 1-2 роки;
- г) 3-4 роки.

12. Укажіть збудника гонорей:

- а) бліда спірохета;
- б) гонокок;
- в) трихомонада;
- г) вірус.

13. Укажіть джерело інфекції при гонорей:

- а) хворі люди;
- б) домашні тварини,
- в) гризуни;
- г) носії.

14. Укажіть шляхи поширення гонорей:

- а) статевий;
- б) фекально-оральний;
- в) трансмісивний;
- г) повітряно-краплинний.

15. Інкубаційний період гонорей триває:

- а) від 1 дня до 2-3 тижнів (у середньому 3-5 днів);
- б) 1 місяць;
- в) до 1 року;
- г) 3 місяці.

16. Укажіть ознаки гонорей в чоловіків:

- а) збільшення шийних лімфовузлів,
- б) проявляється непомітно;
- в) свербіння;
- г) різкий біль при сечовиділенні і гнійні виділення з уретри.

17. Укажіть ознаки гонорей в жінок:

- а) поява твердого шанкеру в зоні проникнення збудника;
- б) проявляється непомітно;
- в) висип на шкірі;
- г) різкий біль при сечовиділенні і гнійні виділення з уретри.

- 18. Укажіть ускладнення гонорей в жінок:**
- а) пневмонія;
 - б) простатит;
 - в) безпліддя;
 - г) позаматкова вагітність.
- 19. Укажіть ускладнення гонорей в чоловіків:**
- а) пневмонія;
 - б) простатит;
 - в) безпліддя;
 - г) позаматкова вагітність.
- 20. Укажіть збудника трихомоніазу:**
- а) бліда спірохета;
 - б) гонокок;
 - в) трихомонада;
 - г) вірус.
- 21. Укажіть шляхи поширення трихомоніазу:**
- а) статевий;
 - б) фекально-оральний;
 - в) трансмісивний;
 - г) повітряно-краплинний.
- 22. Укажіть ознаки трихомоніазу в жінок:**
- а) гнійні виділення із статевих органів;
 - б) свербіння;
 - в) висип на шкірі;
 - г) збільшення шийних лімфовузлів.
- 23. Укажіть ускладнення трихомоніазу:**
- а) безпліддя;
 - б) хронічне запалення статевих органів;
 - в) пневмонія;
 - г) висипи на шкірі.

24. Укажіть збудника ВІЛ-інфекції:

- а) бліда спірохета;
- б) гонокок;
- в) трихомонада;
- г) вірус.

25. Укажіть шляхи поширення ВІЛ-інфекції:

- а) статевий;
- б) побутовий;
- в) трансмісивний;
- г) повітряно-краплинний.

26. Укажіть групи ризику по захворюванню на СНІД:

- а) гомосексуалісти, повії;
- б) наркомани;
- в) працівники дитячих закладів;
- г) алкоголіки.

27. Інкубаційний період ВІЛ-інфекції триває:

- а) 1-5 днів;
- б) від 3-4 тижнів до 1 року (і більше);
- в) 11-21 день;
- г) 2-10 днів.

28. Укажіть джерела ВІЛ-інфекції:

- а) хворі на СНІД люди;
- б) хворі тварини;
- в) комахи;
- г) носії ВІЛ-інфекції.

29. Укажіть періоди ВІЛ-інфекції:

- а) первинних проявів;
- б) повторний;
- в) вторинних захворювань;
- г) термінальний.

- 30. Укажіть симптоми, які з'являються наприкінці періоду первинних проявів ВІЛ-інфекції:**
- а) довготривала субфебрильна температура;
 - б) збільшення пахових лімфовузлів;
 - в) часті проноси;
 - г) значне зменшення маси тіла.
- 31. Профілактика венеричних хвороб передбачає такі дії:**
- а) особиста та статева гігієна;
 - б) використання гумових націоцюрників, уникнення випадкових статевих зв'язків;
 - в) щеплення проти гонореї, сифілісу, трихомоніазу та СНІДу;
 - г) раціональне харчування, загартування.
- 32. Укажіть збудника туберкульозу:**
- а) вірус;
 - б) бактерія Коха;
 - в) туберкульозна паличка;
 - г) мікобактерія туберкульозу.
- 33. Укажіть джерело інфекції при туберкульозі:**
- а) гризуни;
 - б) хворі на туберкульоз люди;
 - в) хворі на туберкульоз кішки;
 - г) хвора на туберкульоз велика рогата худоба.
- 34. Укажіть шляхи поширення туберкульозу:**
- а) повітряно-краплинний;
 - б) контактний;
 - в) трансмісивний;
 - г) аліментарний.
- 35. Укажіть форму туберкульозу, небезпечну для оточуючих:**
- а) закритий туберкульоз;
 - б) туберкульозна інтоксикація;
 - в) відкритий туберкульоз;
 - г) напіввідкритий туберкульоз.

- 36. Укажіть особливості температурної реакції при туберкульозній інтоксикації:**
- а) температура 38-39°C;
 - б) температура нормальна;
 - в) температура субфебрильна;
 - г) температура коливається у межах 34-35 °С.
- 37. Укажіть ознаки туберкульозної інтоксикації:**
- а) вночі дитина пітніє;
 - б) знижений апетит;
 - з) збільшення маси тіла;
 - г) зменшення маси тіла.
- 38. Реакція Манту вважається позитивною, якщо розмір папули становить:**
- а) 0,3-0,5 см;
 - б) 0,6-0,7 см;
 - в) 0.8 см і більше;
 - г) 0,1-0,2 см.
- 39. Щеплення проти туберкульозу вперше проводиться:**
- а) в 3 місяці;
 - б) в 1,5 роки;
 - в) на 5-7 добу після народження;
 - г) в 1 місяць.
- 40. Укажіть види профілактики туберкульозу:**
- а) соціальна профілактика;
 - б) санітарна профілактика;
 - в) специфічна профілактика;
 - г) енергійна профілактика.
- 41. Укажіть збудника грипу:**
- а) бактерії;
 - б) грибки;
 - в) віруси;
 - г) найпростіші.

42. Укажіть шляхи поширення грипу:

- а) повітряно-краплинний;
- б) трансмісивний;
- в) фекально-оральний;
- г) контактний.

43. Укажіть джерело інфекції при грипі:

- а) носії;
- б) хворі тварини;
- в) хворі люди;
- г) комахи.

44. Інкубаційний період при грипі триває:

- а) 3-7 днів;
- б) 7-15 днів;
- в) 12-48 годин;
- г) 11-21 день.

45. Укажіть ознаки грипу:

- а) різке підвищення температури тіла з лихоманкою;
- б) біль у м'язах і кістках;
- в) різкий біль при сечовиділенні;
- г) висип на шкірі.

46. Укажіть ознаки грипу:

- а) кашель та нежить з перших годин хвороби;
- б) кашель та нежить на 3-4 день хвороби;
- в) біль у горлі та налети на мигдаликах;
- г) сильний головний біль.

47. Укажіть ускладнення грипу:

- а) несправжній круп;
- б) справжній круп;
- в) пневмонія;
- г) міокардит.

48. Укажіть методи профілактики грипу:

- а) щеплення людей;
- б) ізоляція хворих;
- в) провітрювання приміщень;
- г) лікування бактеріоносіїв.

49. Укажіть методи профілактики грипу:

- а) застосування інтерферону;
- б) загартування;
- в) щеплення тварин;
- г) обстеження донорів крові.

50. Укажіть можливі причини виникнення щорічної епідемії грипу:

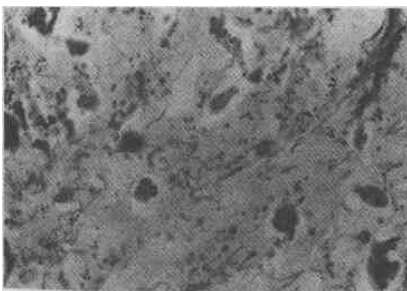
- а) постійна циркуляція вірусу серед тварин;
- б) схильність вірусу до частої зміни антигенної форми;
- в) нестійкість вірусу в зовнішньому середовищі;
- г) наявність пасивного протигрипозного імунітету в населення.

51. Укажіть сезонні особливості щодо захворюваності на грип:

- а) найчастіше грип виникає влітку;
- б) найчастіше грип виникає восени;
- в) найчастіше грип виникає взимку;
- г) найчастіше грип виникає навесні.

Додаток Б

Ілюстративні матеріали



Збудник сифілісу: бліда трепонема



Сифіліс: твердий шанкер



Сифіліс: твердий шанкер



Сифіліс: твердий шанкер



Сифіліс: висип на шкірі



Сифілітичне облісіння



Сифілітична гума



Сифілітичне ураження носа



Сифілітичне ураження носа



Сифілітична пухирчатка



Гонорея у новонародженого



Вади розвитку у дитини, народженої від ВІЛ-інфікованої матері

Додаток В

Ключі до тестових завдань «Інфекційні хвороби, що набули соціального значення»

- | | | | |
|---------------|-------------|----------------|----------------|
| 1. – б. | 14. – а. | 27. – б. | 40. – а, б, в. |
| 2. – а, б. | 15. – а. | 28. – а, г. | 41. – в. |
| 3. – б. | 16. – в, г. | 29. – а, в, г. | 42. – а. |
| 4. – а, в, г. | 17. – б. | 30. – б, в. | 43. – в. |
| 5. – в. | 18. – в, г. | 31. – а, б. | 44. – в. |
| 6. – а, б, в. | 19. – б, в. | 32. – б, в, г. | 45. – а, б. |
| 7. – в. | 20. – в. | 33. – б, г. | 46. – б, г. |
| 8. – а, в. | 21. – а. | 34. – а, б, г. | 47. – а, в, г. |
| 9. – б. | 22. – а, б. | 35. – в. | 48. – а, б, в. |
| 10. – а. | 23. – а, б. | 36. – в. | 49. – а, б. |
| 11. – г. | 24. – г. | 37. – а, б, г. | 50. – б. |
| 12. – б. | 25. – а, в. | 38. – в. | 51. – в. |
| 13. – а. | 26. – а, б. | 39. – в. | |

Кудін С. Ф.
К88 Інфекційні хвороби, які набули соціального значення : тексти лекцій : навч.-метод. посіб. для студентів і викладачів вищих педагогіч. навч. закладів / С. Ф. Кудін, О. В. Савонова, Ю. В. Козерук – Чернігів : Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г. Шевченка, 2017. – 80 с. : іл.

ISBN 978-966-7437-69-1

Навчальне видання призначене для самостійної аудиторної й позааудиторної підготовки студентів вищих навчальних педагогічних закладів до практичних і семінарських занять з «Основ медичних знань», «Основ педіатрії», «Основ здоров'я»; у ньому міститься повний виклад лекційного матеріалу, присвяченого знайомству зі змістовим блоком «Інфекційні хвороби, що набули соціального значення».

Головна мета цього навчального видання – дати студентам уявлення про інфекційні хвороби, що набули соціального значення, причини їх виникнення, основні ознаки, наслідки, які становлять небезпеку для життя і здоров'я людини, профілактичні і протиепідемічні заходи.

УДК 616.97
ББК 55.81

Навчально-методичне видання

КУДІН Сергій Федорович,
САВОНОВА Оксана Вікторівна,
КОЗЕРУК Юлія Володимирівна

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЯКІ НАБУЛИ СОЦІАЛЬНОГО ЗНАЧЕННЯ

Тексти лекцій

Комп'ютерна верстка С. Ю. Михайлюка