

Міністерство освіти і науки України  
Державний вищий навчальний заклад  
«Ужгородський національний університет»  
Стоматологічний факультет  
Кафедра клінічних дисциплін

**Гема-Багіна Н.М.**

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ,  
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА  
ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ  
СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЕКЗАНТЕМОЮ**

*Методичні розробки  
для студентів стоматологічного факультету ДВНЗ «УжНУ»  
з дисципліни «Інфекційні хвороби»*

Ужгород – 2022

УДК: 616.9:616.511. DOI 10.11603/1681-2727.2017.2.7999.

**Клініко-епідеміологічні особливості, диференціальний діагноз, лікування та профілактика інфекційних захворювань у дітей, які супроводжуються екзантемою. Методичні розробки для студентів стоматологічного факультету ДВНЗ «УжНУ» з дисципліни «Інфекційні хвороби»**

***Автори:***

**ГЕМА-БАГИНА Наталія Миколаївна** – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри клінічних дисциплін, стоматологічного факультету ДВНЗ «УжНУ».

***Рецензенти:***

**ГОРЗОВ Людмила Федорівна** – к.мед.наук, доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології, стоматологічного факультету ДВНЗ «УжНУ».

**КОСТЕНКО Світлана Борисівна** – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри ортопедичної стоматології, стоматологічного факультету ДВНЗ «УжНУ».

Методичні розробки рекомендовані до видання  
на засіданні кафедри клінічних дисциплін  
(протокол №8 від 30.03.22)  
та на засіданні Вченої ради стоматологічного факультету  
ДВНЗ «УжНУ» (протокол №4 від 08.04.22).

## **I. Актуальність теми:**

В кінці XX століття в структурі захворюваності населення світу відбувся епідеміологічний перехід на користь хронічних неінфекційних захворювань. Але проблеми інфекційної патології і на сьогодні не втратили своєї актуальності. Інфекційні хвороби, в тому числі й нові, становлять загрозу розвитку людства, оскільки є причиною третини загальної щорічної кількості смертей у світі.

За даними Світового банку (2008р.), 50% випадків смерті дітей віком до 5 років в світі спричинені інфекційними захворюваннями (патологія органів дихання, кишкові інфекції, кір, малярія, СНІД та інші), а в структурі захворюваності у даній віковій групі інфекційні хвороби складають 80% [18,19,20].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO, 2004), смертність внаслідок інфекційних хвороб в деяких країнах світу займає друге місце в структурі загальної смертності. В кінці XX століття загострилась ситуація з таких широко відомих захворювань, як чума, холера, жовта лихорадка, і з'явилося більше 30 нових раніше невідомих, але небезпечних хвороб: високо контагіозні геморагічні лихорадки Ласса, Ебола, Марбург; ВІЛ-інфекція, легіонельоз, пташиний та свинячий грип та інші [14,15,16].

Сьогодні реальною є загроза біотероризму, так як епідемії інфекційних захворювань, особливо визваних високопатогенними збудниками, призводять до тяжких соціально-економічних наслідків [16,17].

## **II. Навчальна мета:**

### **2.1. Студент повинен знати:**

- визначення поняття інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- патогенез інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- клінічну класифікацію і клінічні прояви інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою
- особливості клінічного перебігу інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- лабораторна та інструментальна діагностика інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- диференціальний діагноз інфекційних хвороб, які супроводжуються екзантемою;
- особливості диференціальної діагностики інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- принципи лікування невідкладних станів при інфекційних захворюваннях, які супроводжуються екзантемою;
- принципи профілактики інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- правила диспансеризації інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою.

### **2.2 Вміти:**

- збирати скарги, анамнез захворювання та життя, епіданамнез у хворого на захворювання, які супроводжуються екзантемою;;
- проводити об'єктивне обстеження хворого та встановлювати попередній діагноз, призначати план додаткового обстеження та лікування залежно від попереднього діагнозу;
- інтерпретувати результати додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження (клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, копрограмма, біохімічний аналіз, коагулограма, специфічні методи – вірусологічний, бактеріологічний метод дослідження, серологічний метод дослідження (РА, РНГА та ін.);
- на підставі епідеміологічних, клінічних та лабораторних особливостей проводити диференційну діагностику між інфекційними захворюваннями, що перебігають з синдромом екзантеми та неінфекційними екзантемами;

- встановлювати та обґрунтовувати заключний діагноз відповідно до класифікації;
- інтерпретувати закономірності та особливості патологічного та епідеміологічного процесу при інфекційних захворюваннях, які супроводжуються екзантемою;
- демонструвати навички клінічної і лабораторної діагностики захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- інтерпретувати результати специфічних методів обстеження при інфекційних захворюваннях, які супроводжуються екзантемою;
- проводити диференціальну діагностику захворювань із інфекційними та неінфекційними екзантемами;
- визначати тактику щодо профілактики інфекційних захворювань, які супроводжуються екзантемою;
- проводити профілактичні заходи в осередку;
- дотримуватися правил особистої безпеки під час роботи з інфекційними пацієнтами;
- дотримуватися правил етики та деонтології під час роботи біля ліжка хворого.

### III. Міжпредметне інтегрування:

Дисципліна	Знати	Вміти
<b>Попередні дисципліни</b>		
Мікробіологія	Властивості збудників інфекційних хвороб, що перебігають з синдромом екзантеми; методи специфічної діагностики, правила її проведення.	Інтерпретувати результати специфічних методів діагностики інфекційних хвороб, що перебігають з синдромом екзантеми.
Фізіологія	Параметри фізіологічної норми органів і систем людини; показники лабораторного обстеження в нормі (заг. ан. крові, сечі, біохімія крові, сечі, параметри КОС, електролітів тощо). Оцінити дані лабораторного обстеження. Патофізіологія Механізм порушення функцій органів і систем при патологічних станах різного генезу.	Інтерпретувати патологічні зміни за результатами лабораторного обстеження при порушеннях функції органів і систем різного генезу.
Імунологія та алергологія	Основні поняття предмету, роль системи імунітету в інфекційному процесі. Участь імунної системи у формуванні тяжких, латентних форм, хронізації процесу та персистенції збудників в організмі хворих на протязі життя, вплив на терміни елімінації, імунологічні аспекти носійства. Уявлення про патогенез та прояви автоімунних процесів та алергію.	Оцінити дані імунологічних досліджень.
Епідеміологія	Епід. процес (джерело, механізм зараження, шляхи передачі) при інфекційних хворобах, що перебігають з синдромом екзантеми; поширеність патології в Україні і у світі.	Зібрати епідеміологічний анамнез.

Неврологія	Патогенез, клінічні ознаки ураження нервової системи при вірусних захворюваннях, які передаються повітряно-краплинним шляхом.	Провести клінічне обстеження хворого з ураженням нервової системи.
Дерматологія	Патогенез, клінічну характеристику екзантем. Розпізнати висип у хворого.	Аналізувати отримані дані.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методи та основні етапи клінічного обстеження хворого.	Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження хворого, виявити патологічні симптоми і синдроми.
Клінічна фармакологія	Фармакокінетику, фармакодинаміку, побічні ефекти основних етіотропних та патогенетичних лікарських засобів.	Призначити лікування в залежності від віку, індивідуальних особливостей хворого, обрати оптимальний режим прийому та дозу препарату, виписати рецепти.
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
Інфекційні хвороби	Особливості інфекційних хвороб. Принципи діагностики, лікування, профілактики інфекційних хвороб. Патогенез, епідеміологію, динаміку кінічних проявів, лабораторну діагностику, можливі ускладнення інфекційних хвороб, що перебігають з синдромом екзантеми. Особливості їх клінічного перебігу. Принципи профілактики і лікування.	Проводити диференційну діагностику інфекційних захворювань, що перебігають з синдромом екзантеми, між собою та іншими патологічними станами, що супроводжуються синдромом екзантеми. Розпізнати їх можливі ускладнення; інтерпретувати дані лабораторного обстеження. Призначити лікування. Надати допомогу на догоспітальному етапі.
Реанімація та інтенсивна терапія	Невідкладні стани: інфекційно-токсичний шок, набряк головного мозку.	Вчасно діагностувати та надати невідкладну допомогу при невідкладних станах: ІТШ, набряк головного мозку.

## ЗМІСТ

1. Класифікація екзантем	7
2. <b>Плямисто-папульозна екзантема</b>	10
Кір	10
Інфекційний мононуклеоз	11
Краснуха	12
Ентеровірусна інфекція	16
Лептоспіроз	17
Раптова екзантема	18
3. <b>Дрібноплямиста/розеольозна екзантема</b>	20
Висипний тиф	20
Скарлатина	21
Черевний тиф, паратифи А та В	22
Іерсиніоз	23
4. <b>Інфекційні еритеми</b>	25
Хвороба Лайма	25
5. <b>Геморагічні екзантеми</b>	26
Менінгококова інфекція	26
Грип	27
6. <b>Везикулярна екзантема</b>	28
Вітряна віспа	28
7. Додатки	30
8. Тестовий контроль знань	35
9. Список використаної літератури	39

## ПРОФЕСІЙНА ОРІЄНТАЦІЯ СТУДЕНТІВ

Ураження шкіри та слизових оболонок супроводжують більшість інфекційних захворювань і відіграють провідну роль під час встановлення діагнозу. Екзантеми поділяють на первинні (розеола, пляма, еритема, геморагія, папула, бугорок, вузол, пухирець, пухир, пустула) і вторинні (луска, кірочка, пігментація, виразка, рубець).

### Первинні елементи висипу



**Пляма (macula)** – елемент висипу рожевого чи червоного кольору, що не піднімається над рівнем шкіри, блідне під час натискання й утворюється внаслідок розширення судин сосочкового шару шкіри та підсосочкових судинних сплетень. Пляму розміром до 5 мм називають *розеолою (roseola)*, від 5 до 10 мм – описують як *дрібноплямистий висип*, від 10 до 20 мм – як *великоплямистий*, понад 20 мм – називають *еритемою (erythema)*.

Плямистий висип виникає при черевному тифі, паратифі А та В, кліщовій середземноморській лихоманці, лептоспірозі, скарлатині, стафілококовій інфекції, ієрсиніозі, висипному тифі, краснусі, кору, інфекційному мононуклеозі, ентеровірусній інфекції, хворобі Лайма, орнітозі, інфекційній еритемі Тшамера, Розенберга, раптової екзантемі, спричиненій вірусом герпесу 6, 7 типів, бешисі, фелінозі, вірусному гепатиті В. Геморагії (hemorrhagic) – плями, які не бліднуть і не зникають у разі натискування. Їх колір з часом змінюється з червоного, фіолетового на жовто-зелений та світло-коричневий. Геморагії утворюються внаслідок ушкодження ендотелію судин та їх підвищеної проникності й ламкості.

Елементи розміром до 2 мм називають *петехіями (petechia)*, від 2 до 5 мм – *пурпурою (purpura hemorrhagica)*, понад 5 мм – *екхімозами (ecchymoses)*. Геморагічний висип може супроводжувати такі інфекційні захворювання, як висипний тиф, геморагічна лихоманка, менінгококова інфекція, грип, лептоспіроз, скарлатина, кір, інфекційний мононуклеоз.



**Папула (papula)** – елемент висипу, який піднімається над рівнем шкіри й утворюється внаслідок розширення судин та інфільтрації верхніх шарів дерми. Папули часто поєднуються з плямистим висипом (плямисто-папульозна екзантема). Папули розміром до 2 мм називають *міліарними*, 2-5 мм – *лентикулярними*, 5-20 мм – *бляшками*.

Папульозний, плямисто-папульозний висип спостерігають при рикетсіозі, кору, краснусі, інфекційному мононуклеозі, ентеровірусній інфекції, лептоспірозі, черевному тифі, паратифі, інфекційних еритемах Розенберга, Тшамера, сапу.



**Пухирець (vesicula)** – порожнинний елемент висипу розміром від 1 до 5 мм із серозним чи геморагічним вмістом. Пухирець розвивається внаслідок балонної дистрофії клітин шипоподібного шару епідермісу. Вміст пухирця зазвичай зсихається, після чого утворюється прозора або бура кірочка. В разі його механічного ушкодження виникає ерозія.

Везикулярний висип супроводжує вітряну віспу, оперізувальний герпес, везикулярний рикетсіоз, простий герпес, коров'ячу віспу, ящур, сибірку, туляремію.

**Пухир (bulla)** – порожнинний одно- чи багатокамерний елемент висипу розміром від 5 мм до 10 см. Бульозний висип спостерігають при вітряній віспі, бешисі, сибірці.

**Пустула (pustula)** – пухирець з гнійним вмістом. Пустули супроводжують вітряну віспу, сап, туляремію.

**Вузол (nodus)** – щільне безпорожнинне утворення розміром від 1 до 10 см, яке виникає внаслідок інфільтрації дерми та підшкірної жирової клітковини. Вузуватий висип спостерігають при ієрсиніозі, туляремії, туберкульозі.





**Уртикарії (urtica)** – безпорожнинні елементи різної форми та величини, що піднімаються над рівнем шкіри. Виникають внаслідок розширення капілярів сосочкового шару дерми, підвищення їх проникності й утворення щільного ексудату, який стискає судини центральної частини елемента. Типові елементи мають рожеве забарвлення по периферії з блідою центральною частиною. Уртикарії характерні для алергійних дерматозів, але можуть виникати і при ієрсиніозі та бореліозі.

## 1. Плямисто-папульозна екзантема

### КІР

Кір – гостре інфекційне захворювання, яке викликається Morbillivirus, характеризується порушенням загального стану, запаленням верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки ротової порожнини, очей та плямисто-папульозним висипом.



#### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 9-17-21 день;

#### КАТАРАЛЬНИЙ ПЕРІОД:

- триває 4-5 днів;
- початок хвороби гострий;
- підвищення температури тіла до 38-39 град.С;
- симптоми порушення загального стану;
- катаральні явища: рясний нежить, настійливий сухий кашель, сиплий голос;
- кон'юнктивіт, склерит, світлобоязнь, блефароспазм;
- на слизовій оболонці м'якого та твердого піднебіння – плямиста екзантема.
- на слизовій оболонці щік проти малих корінних зубів, яснах та інших слизових оболонках ротової порожнини визначаються дрібні плями білого кольору – симптом Філатова-Бельського-Копліка;
- двогорбий характер температури до висипу.

#### ПЕРІОД ВИСИПУ:

- погіршується загальний стан;
- температура тіла підвищується до 39-40 град. та залишається підвищеною весь період висипу;
- катаральні явища зростають;
- висип плямисто-папульозний, перші елементи з'являються за вухами, на обличчі. Типовим є етапність появи висипу: обличчя – тулуб та на 3-й день – кінцівки. Висип рясний, може бути зливним, розташовується на незмінній шкірі.

#### ПЕРІОД ПІГМЕНТАЦІЇ:

- розвивається в тій послідовності, що й висип;
- на місці висипу з'являються пігментні плями.
- покращується самопочуття;
- нормалізується температура тіла;
- зникають катаральні явища.

Діагноз кору можна поставити, опираючись тільки на клінічні діагностичні критерії. У випадках складної клінічної діагностики використовують додаткові дослідження.

#### **ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:**

1. Загальний аналіз крові - лейкопенія, лімфоцитоз, еозинофілія, тромбоцитопенія;
2. Цитологічне дослідження (цитоскопія) мазків-відбитків з ротоглотки – виявлення типових для кору багатоядерних гігантських клітин;
3. Серологічні методи (РТГА та РПГА) – збільшення титру антитіл в динаміці в 4 та більш разів;
4. Імуноферментний аналіз (ІФА) – виявлення антитіл до вірусу кору класу IgM (гострий період), наростання титру класу IgG в 4 рази та більше (перенесена хвороба).

### **ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ**

Інфекційний мононуклеоз - захворювання, що викликається вірусом Епштейна-Барра, характеризується лихоманкою, генералізованою лімфаденопатією, тонзилітом, збільшенням печінки і селезінки, характерними змінами гемограми.



#### **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:**

##### **КЛІНІЧНІ:**

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 4 – 6 тижнів.

- початок гострий;
- гарячка правильного типу, температура тіла підвищується з першого дня захворювання, зазвичай фебрильна, може зберігатися від 3 днів до 3 тиж;
- гострий тонзиліт, часто з нашаруваннями на мигдаликах;
- порушення носового дихання;
- гугнявість;
- генералізована лімфаденопатія;
- гепатоспленомегалія, інколи ознаки гепатиту (жовтяниця, підвищення рівня білірубіну, трансаміназ крові);
  - екзантема з'являється на 3-5-й день захворювання або пізніше одночасно по всьому тілу, локалізується переважно на тулубі та кінцівках, зберігається кілька днів. За характером частіше плямисто-папульозна (короподібна), але може бути і дрібноплямистою

(скарлатиноподібною), еритематозною, уртикарною, геморагічною. Частіше висип з'являється у хворих, які отримують антибіотики з групи амінопеніцилінів (ампіцилін, амоксицилін).

#### **ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:**

1. Клінічний аналіз крові (лейкоцитоз, лімфоцитоз, атипові мононуклеари).
2. Біохімічний аналіз крові (підвищення рівня трансаміназ, гіпербілірубінемія).
3. Серологічні дослідження: визначення анти-EBV-VCA IgM; анти-EBV-VCA IgG; анти-EBV-EA IgG; анти-EBV-EBNA IgG. ДНК-діагностика EBV-інфекції: визначення ДНК EBV в сироватці крові, слині та при необхідності – в інших біологічних середовищах.
4. Мазок із ротоглотки та носа на предмет виявлення патогенної мікрофлори, дифтерійної палички.
5. Змив із носоглотки для дослідження на вірусний антиген.
6. УЗД органів черевної порожнини.

Наявність лише IgM до EA та VCA свідчить про гостру форму первинного інфікування ВЕБ-інфекційний мононуклеоз. Наявність лише IgG до VCA та NA — про перенесений інфекційний мононуклеоз. Виявлення і IgG до NA, і IgM до VCA — про реактивацію хронічної ВЕБ-інфекції.

### **КРАСНУХА**

Краснуха — гостра вірусна інфекція, яка може мати перебіг у вигляді набутого або вродженого процесу з різними механізмами передачі і різними наслідками. Збудник краснухи належить до сімейства *Togoviridae*, є єдиним членом роду *Rubivirus*, вірус містить РНК.



#### **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:**

#### **КЛІНІЧНІ:**

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – при набутій краснусі становить 11–21 день, найчастіше — 18 днів.

## **Вроджена краснуха**

При ВК вірус потрапляє до плода через кровотік матері. Частота інфікування вагітної при контакті з хворим на краснуху залежить від наявності у неї імунітету до цієї інфекції. При цьому вірус інфікує епітелій ворсин хоріону та ендотелій кровоносних судин плаценти, звідки у вигляді емболів заноситься у кровотік плода, його клітини. Патологічний процес розвивається по типу хронічної інфекції. Рівень ембріональної інфекції досягає 81 % при захворюванні вагітної жінки краснухою в перші 12 тижнів вагітності, 54 % — при захворюванні вагітної з 13-го по 16-й тиждень вагітності, 36 % — з 17-го по 22-й тиждень, 30 % — з 23-го по 30-й тиждень, 100 % — з 31-го по 36-й тиждень і пізніше. Можливими механізмами вроджених аномалій при краснусі вважають пряму деструктивну дію вірусу на клітини зародка, ішемію плода в результаті ураження судин плаценти. Цитодеструктивна дія вірусу краснухи проявляється лише у кришталику ока та завитку внутрішнього вуха. Патологічні зміни пов'язані в основному з пригніченням мітотичної активності клітин та уповільненням їх росту. Порушення росту клітин пояснюють прямою дією вірусу чи дією його через генетичний апарат. Важливим у патогенезі ушкодження клітин плода є ураження його судин, що призводить до некрозу тканин. Найсерйознішого ураження зазнають ті органи, що перебувають у стадії формування. Таким критичним періодом для мозку є 3–11-й тижні вагітності, для серця — 4–7-й тижні, для вуха — 7–12-й тижні, для ока — 4–7-й тижні, для піднебіння — 10–12-й тижні вагітності. Вади серця, катаракта, глаукома розвиваються при захворюванні матері в перші 8 тижнів вагітності, ураження органу слуху — на 12-му тижні вагітності. Після народження дитини зберігається персистенція вірусу в організмі. При цьому створюються умови для розвитку імунопатологічних процесів, результатом яких є розвиток у дитини з ВК глухоти, ретинопатії, тиреоїдиту, цукрового діабету, енцефаліту тощо. У дітей з ВК, крім зазначених синдромів, мають місце мікроцефалія, глаукома, розщеплення піднебіння, інтерстиціальна пневмонія, гепатит, міокардит, менінгоенцефаліт, ураження вестибулярного апарату, вади сечостатевого органів, дерматит, тромбоцитопенія, гемолітична анемія, гіпогамаглобулінемія, дизембріогенетичні стігми (брахіцефалія, мікрогнатія, деформація вушних раковин, дисплазія кульшових суглобів, синдактилія, косопальність тощо). Серед вад серця найчастіше (78 %) зустрічається незарощення артеріальної протоки, відмічаються також вади аортального клапана, стеноз аорти, коарктація аорти, дефект міжшлуночкової перетинки та стеноз легеневої артерії. При краснусі можуть виникати стеноз аорти, коарктація аорти, дефект міжпередсердної перетинки, транспозиція аорти та легеневої артерії. Вади “синього типу” при краснусі майже не зустрічаються. Діагностика ВК в Україні практично не проводиться. За останні 10 років офіційно зареєстрований лише один випадок ВК. За розрахунками дослідників, при такому високому рівні захворюваності на краснуху, який має місце в Україні, повинно реєструватися 50–400 випадків ВК щорічно. Діагностика ВК сьогодні базується на критеріях, розроблених спеціалістами Центру по контролю за хворобами США. Згідно з цими критеріями розрізняють випадок, підозрілий на ВК, та клінічний випадок ВК.

Підозрілим на ВК для дитини першого року життя вважають випадок, коли в анамнезі у матері є підозра на перенесену краснуху під час вагітності чи у дитини мають місце вроджені вади серця та/чи катаракта, звуження поля зору, ністагм, косоокість, мікрофтальм, вроджена глаукома, підозра на порушення слуху.

Клінічним випадком ВК є випадок, коли лікар встановлює два ускладнення зі списку А або по одному ускладненню зі списків А та Б:

А) катаракта, вроджена глаукома, вроджена вада серця, порушення слуху (туговухість), пігментна ретинопатія;

Б) пурпура, спленомегалія, мікроцефалія, відставання у психо-фізичному розвитку, менінгоенцефаліт, остеопороз (за рентгенограмою), жовтуха у перші 24 години після народження.

Критерієм лабораторного підтвердження ВК є виявлення специфічних краснушних IgM. Також для лабораторного підтвердження діагнозу ВК можна використовувати виділення вірусу краснухи із середовищ організму дитини (сеча, слина, кров тощо), полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) для виявлення нуклеїнової кислоти вірусу краснухи чи факт утримання високих титрів специфічних IgG у крові протягом тривалого часу.

Випадок виявлення специфічних краснушних IgM у дитини без клінічних проявів захворювання розцінюється як вроджена краснушна інфекція. У дітей з ВК вірусвиділення з харкотинням, калом, сечею може продовжуватися протягом 1–3 років. Такі тривалі строки виділення вірусу від хворих зумовлюють надзвичайно високу контагіозність краснухи. Дитина з ВК є небезпечним джерелом інфекції. Описані випадки захворювання персоналу, який обслуговував дітей з ВК, та сплахи краснухи у хірургічних та інших відділеннях, де знаходилися діти з вродженими вадами. Вважається, що заразність дітей з ВК та інтенсивність виділення від них вірусу більш виражені, ніж при набутій краснусі. Небезпечність зумовлена ще й тим, що більша частина випадків ВК не діагностується, і такі діти є прихованим резервуаром інфекції.

Діти, що народилися від матерів, які в період вагітності хворіли на краснуху чи були в контакті з хворим на краснуху, підлягають диспансерному спостереженню не менше 7 років з обов'язковим регулярним оглядом педіатра, окуліста, отоларинголога, невролога. Введення імуноглобуліну з метою профілактики краснухи неефективне.

Рівень IgG	Рівень IgM	Інтерпретація	Дії лікаря
(-)	(-)	Інфікування відсутнє	Скринінг IgG і IgM кожні 3 місяці або при появі ознак захворювання
(-)	(+)	Гостра інфекція	Рекомендація відкласти дату зачаття на 2–3 місяці. Вагітність до 16 тижнів – рекомендація переривання. Вагітність більше 16 тижнів – визначення ознак інфікування плода і формування вад розвитку. За їх відсутності – продовження вагітності. При цьому контроль спостереження через 2–4 тижні і 2–3 місяці. За їх наявності – переривання вагітності
(+)	(+)	Пізній період гострої інфекції	Ведення, як при гострій інфекції
(+) Без наростання титру в динаміці через 10–14 днів	(-)	Перенесена інфекція раніше	Вагітна знімається з огляду. Зачаття можливе

Табл. 1 Рекомендації з ведення щодо краснухи вагітних жінок і жінок, які планують вагітність

### Набута краснуха

Основним механізмом передачі інфекції при набутій краснусі є повітряно-крапельний шлях. Вірус починає виділятися з ротоглотки хворої людини за 7–10 днів до появи висипу на шкірі, і виділення його може тривати протягом 2–3 тижнів після зникнення останнього. Найбільш інтенсивне виділення вірусу відбувається в перші 5 днів від появи висипу. Найнебезпечнішими з епідеміологічного погляду є хворі з субклінічними формами краснухи, які зустрічаються у декілька разів частіше, ніж явні форми захворювання.

Краснуха легко розповсюджується у ситуаціях, коли люди перебувають у тривалому та тісному контакті. Через третіх осіб краснуха не передається.

Сприйнятливість до краснухи висока. Індекс контагіозності становить 70–90 %. Тимчасово несприйнятливими є діти першого півріччя життя, матері яких мають протикраснушний імунітет. У дітей, матері яких сприйнятливі до краснухи, вроджений імунітет відсутній. Такі немовлята можуть захворіти одразу ж після народження.

Найбільш часто хворіють на краснуху діти з віком від 2 до 9 років. Епідемічний процес характеризується зимово-весняними підйомами захворюваності, епідемічними спалахами з інтервалом 7–9 років. Спалахи краснухи в дитячих колективах можуть тривати довго —

протягом декількох місяців, що пов'язано з тривалим інкубаційним періодом і значною кількістю стертих, недиагностованих форм. Імунітет після перенесеної краснухи стійкий, тривалий.

У 2/3 дітей інфекція перебігає в субклінічній формі. В інших випадках по закінченню інкубаційного періоду має місце короткий продромальний період — від кількох годин до 1–2 днів. Останній проявляється збільшенням потиличних, заушних та задньошийних лімфовузлів, що стають щільними та чутливими при пальпації. Їх збільшення може бути настільки вираженим, що видно неозброєним оком. Крім лімфаденіту, в продромальний період відмічається підвищення температури тіла до 37,5–38 °С, слабо виражене катаральне запалення слизових оболонок дихальних шляхів і кон'юнктиви, розеольозна енантема на твердому піднебінні. Продром частіше зустрічається у дітей старшого віку. Краснуха у них має більш тяжкий перебіг. Висип на шкірі з'являється одночасно по всьму тілу. Характер висипу в типових випадках розеольозний та дрібно-плямисто-папульозний. Елементи його між собою не зливаються. Найбільша концентрація висипу — на розгинальній поверхні кінцівок, спині, сідницях, зовнішній поверхні стегон. На другий день чи навіть в кінці першого дня елементів висипу стає значно менше, вони стають дрібноплямистими і зовні схожі на скарлатинозні. Висип зникає швидко, за 1–3 дні, без уворення пігментації чи лущення. Поліаденіт — постійна ознака краснухи. Характеризується помірним збільшенням лімфовузлів, частіше задньошийних та потиличних. Лімфовузли еластичної консистенції, не спаяні з суміжними тканинами, відзначається незначна їх болючість. Збільшені лімфовузли можна виявити за 5–10 днів до появи висипу і протягом 1–2 тижнів після його зникнення. У деяких людей лімфаденіт після перенесеної краснухи може лишатися протягом багатьох років.

Катаральні прояви з боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і кон'юнктиви спостерігаються непостійно, виражені слабо, тривають протягом 2–3 днів.

У підлітків та дорослих краснуха має тяжчий перебіг, з більш вираженими ознаками інтоксикації (головний біль, фебрильна температура, озноб, міалгія), та катаральними проявами (сухий кашель, першіння в горлі, виражений кон'юнктивіт зі сльозотечею, світлобоязню, нежить). Висип, як правило, більш рясний, плямисто-папульозний, з тенденцією до зливання. У дівчат нерідко мають місце артралгії, артрити, що можуть переходити у хронічні форми. Клінічно це проявляється болем, почервонінням, припухлістю суглобів. Вражаються частіше п'ястно-фалангові суглоби пальців рук, потім колінні та ліктьові суглоби. Симптоми ураження суглобів, як правило, з'являються через тиждень після появи висипу і зникають протягом наступного тижня. У хлопчиків шкільного віку може виникати тесталгія. Рідко розвивається тромбоцитопенія, яка в 56 % випадків може набувати хронічний перебіг [8]. Найсерйознішим ускладненням краснухи є аутоімунний енцефаліт, який зустрічається в одному на 5–10 тис. випадків інфекції. Він виникає найчастіше у дітей шкільного віку та у дорослих, як правило, наприкінці екзантематозного періоду, але іноді — за декілька днів до появи висипу. Енцефаліт починається гостро: на фоні нормальної чи субфебрильної температури тіла з'являються ознаки порушення свідомості, генералізовані клоніко-тонічні судоми, потім приєднуються вогнищеві симптоми. Найбільш загрозливими є центральні порушення серцевої діяльності та дихання. Часто в процес залучаються і мозкові оболонки — розвивається менінгоенцефаліт. Прогноз уражень центральної нервової системи при краснусі серйозний — летальність становить 20–35 %, у 30 % випадків мають місце залишкові явища.

Зміни периферичної крові в період висипу при краснусі характеризуються лейкопенією, лімфоцитозом і підвищенням вмісту плазматичних клітин (клітин Тюрка) до 10–15 %.

## ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- вірусологічний — полягає у виділенні вірусу з носоглоткових змивів, крові, калу, сечі та інших середовищ організму;

- серологічний — обстеження шляхом визначення РПГА проводиться два рази: на 1–3-й день хвороби та через 7–10 днів. Доказом гострої краснушної інфекції є наростання титру антитіл у 4 рази і більше. Методом імуноферментного аналізу визначають специфічні антитіла класу IgM та низькоавідні IgG, що утворюються на початку імунної відповіді і свідчать про гостру інфекцію. Високоавідні IgG залишаються на все життя і є свідченням перенесеної інфекції. Також діагноз краснухи може бути підтверджений при наростанні титру специфічних IgG в динаміці захворювання.

## ЕНТЕРОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ

Ентеровірусну інфекцію спричинюють неполіомієлітні ентеровіруси, що містять РНК. До них належать 24 віруси Коксакі А, 6 вірусів Коксакі В, 34 віруси ЕСНО та 5 ентеровірусів з числовим найменуванням.



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 2 – 7 днів.

- найчастіше розвивається в літній період;
- гострий початок;
- помірна інтоксикація (загальне нездужання, головний біль, міалгії), температура тіла фебрильна, може зберігатися 3-5 днів;
- катаральні прояви (фарингіт, рідше кон'юнктивіт);
- можливі діарея, нудота, блювання, біль у животі;
- висип частіше дрібноплямисто-папульозний, виникає на 1-2-й день захворювання на всій поверхні тіла впродовж одного дня. Локалізується переважно на шкірі тулуба, тильній поверхні міжпальцевих ділянок, долонях, підшвах, сідницях. Зникає висип протягом кількох годин або діб без утворення пігментації або лущення;
- інколи можливе везикулярне висипання на слизових оболонках рота, мигдаликах, язичі. Рідко везикули можуть з'являтися на шкірі;



- при ентеровірусній інфекції можуть також розвиватися серозний менінгіт, в'ялі паралічі, енцефаліт, гепатит, міокардит, міозит.

### **ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Молекулярні методи (ПЛР) – виявлення РНК ентеровірусів у крові, секреті слизової носоглотки, ліквору або випорожнень і вірусологічне дослідження можливо, але в широкій клінічній практиці застосовується рідко через складність, тривалості і малої діагностичної цінності, оскільки виявлення та ідентифікація ентеровірусів не завжди є доказом того, що саме цей збудник є етіологічною причиною захворювання (у зв'язку з високою частотою безсимптомного носійства ентеровірусів середовища населення).

Основною методикою специфічної діагностики ентеровірусів є виявлення 4-кратного і більшого наростанням титру антитіл до збудників в парних сироватках. Антитіла виявляють за допомогою РСК і РГГА.

### **ЛЕПТОСПИРОЗ**

Лептоспіроз – гостре інфекційне захворювання, збудником якого є спірохети роду *Leptospira*. У людини захворювання найчастіше спричинюють *L. icterohaemorrhagiae* (резервуар – щури), *L. canicola* (резервуар – велика рогата худоба, собаки), *L. ropona* (резервуар - свині).



### **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:**

#### **КЛІНІЧНІ:**

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – від 1 до 20 діб, частіше – 7-14 діб.

- гострий початок;
- двохфазний перебіг;
- виражений інтоксикаційний синдром, гарячка, головний біль;
- міалгії (особливо в литкових м'язах, спині, животі);
- лімфаденопатія;
- гіперемія обличчя, склерит, увеїт, кон'юнктивіт;
- збільшення розмірів печінки, селезінки;
- для лептоспірозу характерні ураження печінки (жовтяниця, підвищення рівня білірубіну, трансаміназ крові), нирок (протеїнурія, циліндрурія), нервової системи (серозний менінгіт), геморагічний синдром, респіраторний дистрес-синдром;
  - висипання (поліморфне, розеолезно-папульозне, рідше – еритематозне або уртикарне, геморагічне) з'являється на 3-6-й день захворювання, переважно на тулубі. Екзантема зберігається кілька днів, залишаючи після себе пігментацію, інколи лущення.

### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- пряма мікроскопія в темному полі (кров, з 6-го дня – сеча);
- бактеріологічне дослідження (кров, сеча, спинномозкова рідина);
- серологічна діагностика (специфічні IgM, під час реакції РНГА діагностичний титр – 1:100 і більше, зростання титру специфічних антитіл IgG у чотири рази й більше);
- молекулярна діагностика (ПЛР).

### РАПТОВА ЕКЗАНТЕМА (РОЗЕОЛА)

Раптову екзантему спричинюють віруси групи β-герпесвірусів HHV-6, -7.



#### ROSEOLA (шоста хвороба)

HHV-6

**Інкубаційний період** 9 – 10 днів

**Клінічні прояви:** гарячка, що супроводжується виникненням макулярного висипу після спаду температури

**Ускладнення:** фебрильні судоми



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 9 – 10 днів.

- вік хворих – від 6 міс до 3 років;
- захворювання починається з помірних симптомів інтоксикації, які тривають до появи висипу;
  - висипання (плямисто-папульозне чи розеолезне) з'являється на 3-4-й день від початку захворювання, спочатку на тулубі, згодом поширюється на шию та верхні кінцівки. На

обличчі та нижніх кінцівках висип незначний або його взагалі немає. Екзантема зберігається 1-2 дні, зникає без пігментації, зрідка спостерігають лущення.

#### **ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

- серологічні методи: ІgM до HHV-6, -7;
- молекулярні методи (ПЛР): виявлення ДНК HHV-6, -7.

## 2. Дрібноплямиста/розеольозна екзантема

### ВИСИПНИЙ ТИФ

Висипний тиф – захворювання, збудником якого є рикетсія Провачека (*Rickettsia prowazekii*).



#### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 14, *максимально 25 днів.*

- захворювання починається гостро з підвищення температури тіла;
- виражений головний біль, головокружіння;
- зміна поведінки (збудження, безсоння, швидка втомлюваність);
- гіперестезія органів чуття;
- гепатоспленомегалія;
- гіперемія шкіри обличчя, шиї;
- кон'юнктивіт, склерит (червоні очі на червоному обличчі);
- тахікардія, зниження артеріального тиску;
- з 4-5-го дня захворювання збільшуються в розмірах печінка та селезінка;
- схильність до закрепів;
- *розеольозно-петехіальний рясний висип розвивається частіше на 4-6-й день захворювання. Перші елементи з'являються на бокових поверхнях грудної клітки, згинальній поверхні передпліч, ліктьових згинах, згодом вони швидко поширюються по всьому тулубу й на нижні кінцівки. Висипання впродовж 3-5 днів мають інтенсивне забарвлення, потім безслідно зникають. Колір шкіри на місці петехій змінений. Висип поліморфний, спочатку може бути розеольозним та швидко перетворюється на петехіальний. Діаметр елементів висипу – від 2 до 5 мм. Висипання можуть спостерігати на кон'юнктиві (симптом Кіарі – Авцина) на 3-й день захворювання. Елементи висипу мають червоний або помаранчевий колір, діаметр 1-2 мм. Зазвичай їх не більше 1-3 і*

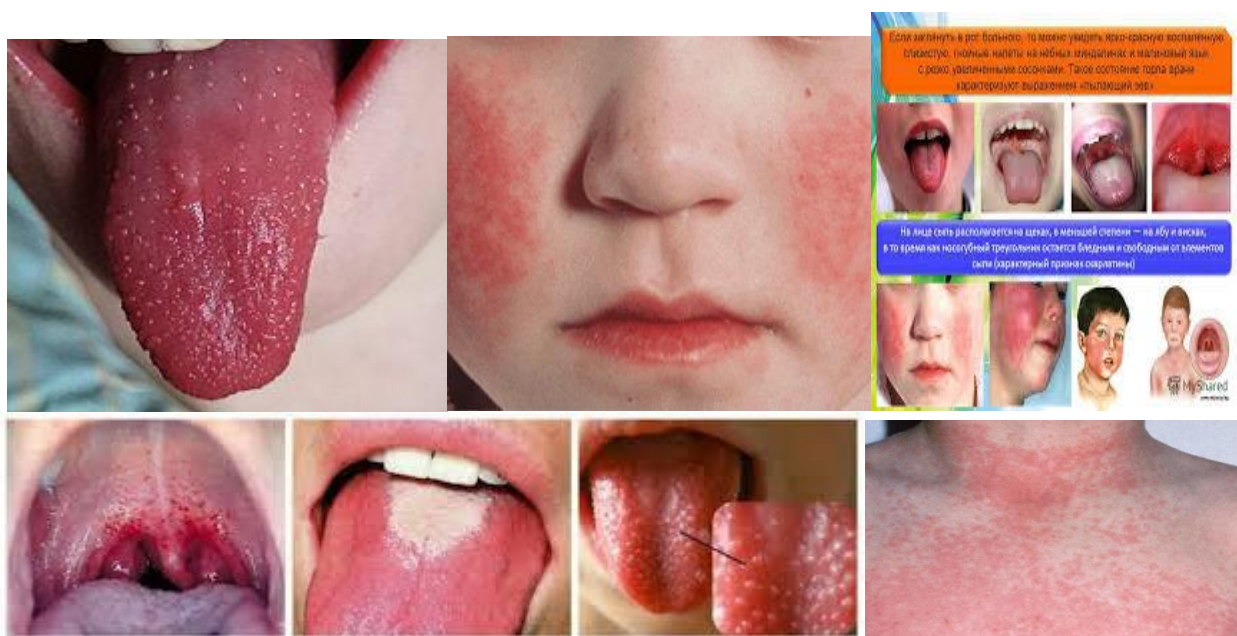
розташовані вони на перехідних складках кон'юнктив, слизовій оболонці хряща верхніх повік. На слизовій оболонці м'якого піднебіння, язика може виникати геморагічна енантема (симптом Розенберга). Зберігається вона до 7-9-го дня захворювання.

### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- серологічні реакції стають позитивними з кінця першого – початку другого тижня захворювання. Основними методами лабораторної діагностики є реакція аглютинації рикетсій (РАР), зв'язування комплементу (РЗК), непрямой гемаглютинації (РНГА) та непрямой імуофлуоресценції (РНІФ);
- у загальному аналізі крові – лейкоцитоз, нейтрофілоз із зсувом формули крові вліво, підвищена ШОЕ.

## СКАРЛАТИНА

Скарлатина – гостре інфекційне захворювання, збудником якого є  $\beta$ -гемолітичний стрептокок групи А.



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 2 – 7 днів.

- гострий початок;
- виражений інтоксикаційний синдром (загальне нездужання, головний біль, блювання);
- сухість шкіри, білий дермографізм;
- гострий тонзиліт, часто із нашаруваннями на мигдаликах;
- біль у горлі;
- відмежована гіперемія м'якого піднебіння;
- дрібна енантема на м'якому піднебінні;
- язик обкладений білим нальотом. З 2-го дня поступово очищується, набуває яскраво-малинового кольору, проступають збільшені сосочки («малиновий» язик);

- шийний лімфаденіт;
- протягом перших 3-4 днів – тахікардія, підвищення артеріального тиску, з 4-5-го дня – брадикардія, зниження артеріального тиску;
- дрібнокрапчастий висип з'являється на 1-2-й день захворювання на гіперемованій шкірі. Місця переважної його локалізації – згинальна поверхня кінцівок, передня та бокова поверхні шиї, бокові поверхні грудної клітки, живіт, внутрішня поверхня стегон, шкіра природніх складок. Не спостерігають висипання в ділянці носогубного трикутника. Можливий геморагічний висип у вигляді петехій. Іноді петехії утворюють геморагічні стрічки (симптом Пастіа). Шкіра з перших днів захворювання суха, з кінця 1-го тижня відбувається її лущення.

### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- бактеріологічне дослідження слизу із ротоглотки (виділення  $\beta$ -гемолітичного стрептокока групи А);
- серологічний (зростання титрів антистрептолізину О в динаміці);
- у загальному аналізі крові – лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом формули крові вліво, підвищена ШОЕ.

### ЧЕРЕВНИЙ ТИФ, ПАРАТИФ А ТА В

Черевний тиф, паратиф А та В – гострі антропонози з групи кишкових інфекцій, збудниками яких є відповідно *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi A* та *Salmonella paratyphi-B*.



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – черевний тиф від 7 до 30 днів, у середньому — 10 – 14 днів. Паратиф А, В від 2 до 21 дня, частіше 8-10 днів.

- гострий початок;
- виражений інтоксикаційний синдром (гарячка, головний біль, міалгія, загальне нездужання);
- гарячка без лікування триває 14-21 день;
- гепатолієнальний синдром;
- розлитий біль у животі, метеоризм;
- на язиці – нашарування бурого кольору, часто з відбитками зубів;
- рідкі випорожнення (типovими є випорожнення у вигляді горохового супу);

- ураження серцево-судинної системи (брадикардія, дикротичний, двохвильовий пульс, артеріальна гіпотензія);
- найчастіше висип з'являється у вигляді поодиноких елементів на 7-10-й день захворювання. Рясними висипання бувають у дітей раннього віку та при паратифі В. Висип розеолезний, блідо-рожевого кольору, діаметром 1-4 мм. Елементи його піднімаються над поверхнею шкіри та розташовуються на незмінній шкірі, переважно на животі та бокових поверхнях тулуба. Можливе підсипання нових елементів через 3-4 дні після зникнення перших розеол;
- екзантема зберігається протягом 2-5 днів, після чого зникає безслідно, інколи на її місці можуть залишатися бруднуваті плями.

### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- бактеріологічне дослідження крові, випорожнень, сечі;
- серологічні методи: позитивна реакція Відаля (реакція аглютинації) – діагностичний титр 1:200, збільшення титру специфічних антитіл IgG у динаміці, виявлення специфічних IgM (реакція ІФА);
- у загальному аналізі крові – лейкопенія (в перші дні захворювання можливий лейкоцитоз), зсув формули крові вліво, підвищена ШОЕ.

## ІЄРСИНІОЗ

Ієрсиніоз (псевдотуберкульоз) – гостре інфекційне захворювання, спричинене *Yersinia pseudotuberculosis*, *Yersinia enterocolitica*.



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – 1 – 6 днів.

- гострий початок;
- помірний інтоксикаційний синдром;
- температура тіла фебрильна, хвилеподібна, середня тривалість – 7-11 днів;
- ентерит, рідше – гастроентерит, ентероколіт;
- гострий тонзиліт (нашарування на мигдаликах бувають рідко);
- «малиновий» язик;
- білий дермографізм;
- блювання, біль у животі;
- збільшення розмірів печінки, селезінки;

- гіперемія кон'юнктив та ін'єкція судин склери;
- міалгія, артралгія;
- реактивний артрит;
- у 10% хворих розвивається синдром Рейтера (артрит, кон'юнктивіт, уретрит);
- у дітей перших місяців життя може виникнути сепсис;
  - поліморфний висип з'являється на 2-4-й день від початку захворювання на гіперемованій шкірі обличчя (включаючи носогубний трикутник), тулуба, кінцівок, навколо суглобів. Максимальна концентрація висипань у типових випадках – на шиї, кистях рук і стопах (симптом «рукавичок», «шкарпеток», «капюшона»). Колір висипу блідо-рожевий, інколи із синюшним відтінком. Елементи висипу частіше дрібнокрапчасті, але можуть бути плямисто-папульозними, петехіально-геморагічними, у вигляді вузлуватої еритеми. На місці висипу може утворюватися пластинчасте лущення, частіше на долонях і стопах

### **ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

- бактеріологічний метод: виявлення збудника у фекаліях та інших біологічних середовищах організму (сеча, кров, мокротиння, вміст абсцесів);
- серологічна діагностика (зростання титру специфічних антитіл, діагностичним вважають титр 1:200 і вище) за допомогою реакції РПГА, визначення специфічних IgM та IgG за допомогою ІФА).



### 3. Інфекційні еритеми

#### ХВОРОБА ЛАЙМА (БОРЕЛІОЗ)

Хвороба Лайма – природно-вогнищеве трансмісивне захворювання, збудником якого є *Borellia burgdorferi*. Передається через укуси кліщів.



#### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

##### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – від 3 до 32 днів.

- на шкірі через 3-30 днів після укусу кліща утворюється червона пляма або папула, що поступово впродовж кількох днів або тижнів збільшується у розмірах і перетворюється на кільцеподібну еритему (діаметром до 60-70 мм). Еритема має блідо-ціанотичний центр і яскраво-червоні краї. Форма плями може бути різною, інколи в центрі утворюється везикула або некроз. Подеколи в місці еритеми виникає свербіж. Захворювання може супроводжуватися вторинним множинним кільцеподібним, макулярним або уртикарним висипом. Інколи еритема є єдиним проявом захворювання.

Крім екзантеми можуть бути:

- гарячка, озноб, головний біль, міалгія, артралгія;
- катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів;
- лімфаденопатія.

Через 3-5 тиж від початку захворювання можуть виникати:

- гепато- та спленомегаля;
- ураження нервової системи (поліневрит, неврит лицевого нерва, менінгіт);
- ураження серця (міокардит, передсердно-шлуночкова блокада);
- артрит.

#### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- бактеріологічна діагностика (кров, біоптат і трансудат шкіри, спинномозкова та синовіальна рідини);
- серологічна діагностика (визначення специфічних IgM, зростання титру специфічних антитіл IgG,).

## 4. Геморагічна екзантема

### МЕНІНГОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ

Менінгококцемія – антропонозне захворювання з групи інфекцій дихальних шляхів, спричинене менінгококом (*Neisseria meningitidis*).



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – від 1 до 10 днів, в середньому 2-3 дні.

- раптовий початок з підвищення температури до 38-40 °С;
- виражений інтоксикаційний синдром: загальна слабкість, головний біль, біль у м'язах, блідість шкіри, блювання;
- при блискавичних формах швидко наростають прояви інфекційно-токсичного шоку;
- можливі крововиливи в склеру, слизову оболонку ротогорла, носові, шлункові кровотечі;
- через кілька годин від початку захворювання з'являється геморагічний висип на шкірі, переважно на сідницях, стегнах, гомілках, тулубі. Елементи висипу мають різну величину та неправильну, зіркоподібну форму. Згодом у центрі зазначених елементів з'являється поверхневий або глибший некроз. Після його відторгнення утворюються дефекти шкіри. У разі блискавичних, тяжких форм геморагічні висипання можуть з'являтися на обличчі, шиї. На тілі утворюються плями буро-синюшнього кольору;
- інколи геморагічному висипу передують (за кілька годин) плямисто-папульозний (короподібний);
- можуть виникати позитивні менінгеальні симптоми.

### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Бактеріоскопія "товстої" краплі крові, фарбування мазка за Грамом (позаклітинно та внутрішньоклітинно грамнегативні диплококи).
2. Бактеріологічне дослідження крові, слизу з носогорла, ліквору (культура менінгококу).
3. Серотипування менінгококів.

4. Латекс-аглотинація крові (антигени менінгококу).
5. Загальний аналіз крові (нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво, підвищена ШЗЕ).

## ГРИП

Грип – гостре інфекційне захворювання з групи гострих респіраторних вірусних інфекцій, спричинене Influenza virus.



### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – від декількох годин до 3-х днів.

- гострий початок з підвищення температури тіла до 38,5-40 °С;
- виражені симптоми інтоксикації (порушення загального стану, сильний головний біль, біль у м'язах, суглобах, очних яблуках, гіперестезія, млявість, блювання);
- закладеність носа, нерясні серозні виділення з носа;
- дряпання та біль у горлі, гіперемія задньої стінки глотки, м'якого піднебіння з ін'єкцією судин і петехіальними крововиливами на його слизовій оболонці;
- ін'єкція судин склер;
- сухий, болючий кашель з печінням і болем за грудниною;
- можливий геморагічний синдром: носові та інші кровотечі;
  - на висоті клінічних проявів може з'являтися петехіальний висип, переважно на обличчі, шиї та верхній частині тулуба. Розмір елементів висипу – до 1-2 мм.

#### ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- виявлення антигену вірусу у змиві з носоглотки за допомогою реакції імунофлуоресценції;
- визначення антитіл до вірусу за допомогою реакції зв'язування комплементу та реакції гальмування гемаглотинації. Використовують метод парних сироваток (реакція РПГА) з урахуванням наростання титру специфічних антитіл в чотири і більше разів протягом 10-14 днів;
- методи ІФА, ПЛР, імунохроматографії;
- виділення вірусу зі слизу ротогорла;
- у загальному аналізі крові – лейкопенія, нормоцитоз, зсув формули крові вліво.

## 5. Везикулярна екзантема

### ВІТРЯНА ВІСПА

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання, спричинене герпесвірусом *Varicella zoster*.



#### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

#### КЛІНІЧНІ:

**ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД** – від 10 до 21 дня (частіше 14-17 днів).

- гострий початок з підвищення температури тіла;
- у разі легких форм захворювання температура тіла може бути нормальною;
- висипання при вітряній віспі частіше відбувається одразу. Рідше за 1-5 днів до появи висипу спостерігають субфебрильну температуру тіла, в'ялість, неспокій, відсутність апетиту, іноді блювання, пронос. Також серед продромальних симптомів відзначають судоми і скарлатиноподібний висип, так званий реш-висип;
- елементи висипу у вигляді невеликих плям з'являються одночасно з підвищенням температури тіла чи на кілька годин пізніше. Вони швидко збільшуються в розмірах, середня частина піднімається над поверхнею шкіри – утворюється папула. Згодом у центрі елементів висипу з'являється пухирець. Пухирець, який щойно утворився, має вигляд краплі роси. Він досить великий, круглий, з прозорим вмістом і тонкою блискучою покришкою. Червоне забарвлення навколо нього може бути відсутнім. Пухирець розміщується на інфільтрованій основі. Згодом він набуває неправильної форми, краї його стають фестончастими. Вміст пухирця мутніє. Пухирці ніжні, м'які на дотик, покришка їх легко руйнується. Через 1-2 дні вони підсихають. Підсихання починається з центру, середина пухирця западає, темнішає, і поступово він увесь перетворюється на щільну, бурувато-коричневу кірочку. Зазвичай підсихання при вітряній віспі відбуваються протягом 2-4 днів. В окремих випадках пухирці продовжують з'являтися до 7-9-го, а іноді і до 14-го дня захворювання. Таке періодичне підсихання зумовлює поліморфний характер висипу при вітряній віспі. На одній і тій самій ділянці тіла хворого можуть бути і плямки, і папули, і везикули, і кірочки. Частіше кірочки відпадають між 12-м і 22-м днями захворювання. Окрім шкіри при вітряній віспі висипання спостерігають також на слизових оболонках рота, носоглотки, рідше – гортані, кон'юнктиви, статевих органів. Пухирці на слизовій оболонці мають правильну округлу форму, швидко руйнуються і перетворюються на ерозії з жовтувато-сірим дном;

- в окремих випадках пухирці при вітряній віспі можуть мати геморагічний або гнійний вміст.

#### **ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

- РФА дає змогу виявити антиген вірусу в мазках – відбитках із вмісту везикул;
- серологічна діагностика (виявлення специфічних IgM за допомогою реакції ІФА);
- молекулярні методи (ПЛР): виявлення РНК вірусу вітряної віспи у біологічних матеріалах (кров, спинномозкова рідина, вміст везикул);
- у загальному аналізі крові – лейкопенія, лімфоцитоз.

## Діагностичні критерії інфекційних екзантем

Захворювання Діагностичні ознаки	Кір	Краснуха	Скарлатина	Псевдотуберкульоз	Менінгококцемія	Інфекційний мононуклеоз
1	2	3	4	5	6	7
Початкові симптоми	катар ВДШ, кон'юнктивіт 2-4 дні	висипка	гострий початок, біль у горлі, блювання, підвищення температури тіла, висипка	гострий початок з наростанням симптомів і їх поліморфізмом	Інтоксикація, розвивається гостро, бурхливо	лихоманка, збільшення лімфовузлів (переважно шийних), печінки, селезінки
Час появи висипань	3-4 день хвороби	1-й день, рідко – 2-й	1-й день (у 20% - 2-й)	2-8 день	перші години хвороби	2-5 день хвороби
Морфологія висипки	плямисто-папульозна	дрібноплямиста, рідко плямисто-папульозна	дрібноточкова, переважно на згинальних поверхнях кінцівок, внизу живота, попереку, обличчі, бокових поверхнях тулуба	дрібноточкова, дрібноплямиста	плямиста, папульозна в перші години, потім геморагічна “зірчаста” з некрозом в центрі	поліморфна, частіше плямиста, плямисто-папульозна
Розміри елементів	середні, великі на 2-3 день висипки	дрібні, середні	дрібні розеоли, зливаються	дрібні	від дрібних до значних крововиливів	різні за розмірами (від дрібних до значного розміру)
Порядок висипання	1-й день – на обличчі 2-й день – на обличчі, тулубі 3-й – на обличчі, тулубі, кінцівках	по всьому тілу, переважно на розгинальних поверхнях кінцівок	по всьому тілу, на обличчі блідий трикутник Філатова	симптом “капюшона”, “рукавиць”, “шкарпеток”	сідниці, нижні кінцівки, рідше – тулуб, руки, обличчя	без певної вибіркової локалізації, частіше на тулубі
Яскравість і	яскраві, рожево-червоні	блідо-рожеві	яскраві	яскраві	геморагічні, яскраві,	рожеві

колір елементів					інколи ціанотичні	
Зворотній розвиток висипки	пігментація починаючи з обличчя	зникають на 3-4 день	поступово згасають на 4-5 день з лущенням на 2-му тижні		дрібні зникають поступов, значні залишають "сухий" некроз	зникають безслідно від кількох годин до 4-7 діб
Катаральні прояви	виражені в перші 5-6 днів	незначні, короткотривалі, 1-2 дні	обмежена яскрава гіперемія, енантема на м'якому піднебінні 4-5 днів	відсутні	відсутні, у 30-40% за 2-3 дні передують прояви назофарингіту	відсутні
Слизіві оболонки рота	гіперемовані, рихлі, на м'якому піднебінні енантем, на щоках – симптом Філатова	чисті, інколи поодинокі елементи енантеми	відмежована яскрава гіперемія, енантема на м'якому піднебінні, ангіна	гіперемія передніх дужок, мигдаликів	чисті, може бути гіперемія і зернистість задньої стінки ротогорла	чисті
Інттоксикація	значна, триває 5-7 днів	незначна або відсутня	відповідає виражено-сті місцевих ознак, короткотривала 1-3 дні	превалює над змінами в ротогорлі, на шкірі, тривала	різко виражена	помірна, тривала
Температурна реакція	субфебрильна в катаральному періоді, фебрильна в періоді висипань двогорба	нормальна, субфебрильна, рідко понад 38-39°C	швидкий ріст в перші години і на 1-2 день	висока, тривала лихоманка, може бути хвилеподібна	швидке наростання температури в перші години хвороби до високих цифр – 39-40°C	тривала – 2-3 тижні
Ураження інших органів і систем	пнеумонія, ларингіт, отит	збільшення і болючість задньо-шийних і потилич-	ангіна, зміни з боку язика (осука, з 4-5 дня "малиновий"), ускладне	артрит, міокардит, діарея, менінгіт, гепатит	назофарингіт, менінгіт, енцефаліт, артрит,	гепатоспленомегалія, шийний лімфаденіт, тонзиліт, фарингіт,

		них лімфо- вузлів	ння на 2-3 тижні		пневмонія, іридо- цикліт, ендо- кардит	міокардит, пневмонія
Лаборато- рні критерії	Лейко- пенія, лімфо- цитоз, анеози- нофілія, РГГА з коревим антиге- ном (+)	Лейко- пенія, лімфо- цитоз, збільше- ння числа плазматич- них клітин, РГГА з краснуш- ним антигеном (+)	Лейко- цитоз, зсув вліво, нейтрофі- льоз, ^ ШОЕ, в мазках з рота, носа стрето- кок	лейкоцитоз, висока ШОЕ, РНГА з псевдотубе- рку- льозним діагности- кумом (+), виділення ерсиній з калу		лейкоцитоз, атипові мононук- леари



## Диференційна діагностика вітряної віспи

Діагностичні ознаки	Вітряна віспа	Кір	Краснуха	Скарлатина
Початкові симптоми	Гострий початок, гарячка, катаральні висипка	Катар ВДШ, кон'юнктив 2-4 дні	Висипка	Гострий початок, біль у горлі, блювання, підвищення температури тіла, висипка
Час появи висипань	На 1-2 добу	3-4 день хвороби	1-й день, рідко – 2-й	1-й день (у 20% - 2-й)
Морфологія висипки	Поліморфна (плями, папули, везикули, кірочки)	Плямисто-папульозна	Дрібноплямиста, рідко плямисто-папульозна	Дрібноточкова, переважно на згинальних поверхнях кінцівок, внизу живота, попереку, обличчі, бокових поверхнях тулуба
Розміри елементів	Середні	середні, великі на 2-3 день висипки	Дрібні, середні	Дрібні рожеоли, зливаються
Порядок висипання	По всьому тілу, і на слизових, поява нових елементів впродовж декількох днів, еволюція старих	1-й день – на обличчі 2-й день – на обличчі, тулубі 3-й – на обличчі, тулубі, кінцівках	По всьому тілу, переважно на розгинальних поверхнях кінцівок	По всьому тілу, на обличчі блідий трикутник Філатова
Яскравість і колір елементів	Папули рожеві, везикули – на гіперемованій основі	Яскраві, рожево-червоні	Блідо-рожеві	Яскраві
Зворотній розвиток висипки	Після відпадиння кірочок – незначна пігментація	Пігментація починаючи з обличчя	Зникають на 3-4 день	Поступово згасають на 4-5 день з лущенням на 2-му тижні
Катаральні прояви	Помірні, можливий розвиток ларинготрахеїту	Виражені в перші 5-6 днів	Незначні, короткотривалі, 1-2 дні	Обмежена яскрава гіперемія, енантема на м'якому піднебінні 4-5 днів
Слизові оболонки рота	На рожевому фоні – поліморфні елементи	Гіперемовані, рихлі, на м'якому піднебінні енантема, на	Чисті, інколи поодинокі елементи енантеми	Відмежована яскрава гіперемія, енантема на м'якому

		щоках – симптом Філатова		піднебінні, ангіна
Інтоксикація	Незначна чи помірна	Значна, триває 5-7 днів	Незначна або відсутня	Відповідає вираженості місцевих ознак, короткотривала 1-3 дні
Температурна реакція	Субфебрильна, рідко понад 38-39°C	Субфебриль на в катаральному періоді, фебрильна в періоді висипань (двогорба)	Нормальна, субфебрильна, рідко понад 38- 39°C	Швидкий ріст в перші години і на 1-2 день
Ураження інших органів і систем	Рідко – ларингіт, генералізовані вісцеральні форми, менінгоенцефаліт	Пневмонія, ларингіт, отит	Збільшення і болючість задньошийних і потиличних лімфовузлів	Ангіна, зміни з боку язика (осуга, з 4-5 дня “малиновий”), ускладнення на 2-3 тижні
Лабораторні критерії	Імунофлуоресцентний метод серологічні: РСК, ІФА, ПЛР	Лейкопенія, лімфоцитоз, анеозинофілія, РГГА з коревим антигеном (+)	Лейкопенія, лімфоцитоз, збільшення числа плазматичних клітин, РГГА з краснушним антигеном (+)	Лейкоцитоз, зсув вліво, нейтрофіліоз, ↑ ШОЕ, в мазках з рота, носа - стрептокок

## Тестовий контроль знань

1. Дитина 3 років хворіє третій день. Температура  $37,5^{\circ}\text{C}$ . На шкірі тулуба, голови - плями, папули, везикули з прозорим вмістом, сверблячі, м'які, однокамерні, незгруповані. Частина пухирців на обличчі і руках швидко стихає з утворенням кірочок. Ваш діагноз?

**A.** \*Вітряна віспа **B.** Скарлатина **C.** Герпетична інфекція. **D.** Стрептодермія **E.** Натуральна віспа

2. Хлопчик 2 років, не щеплений проти кору, був у контакті з дитиною, яка хворіла на кір (катаральний період). Йому було введено імуноглобулін. Протягом якого часу він може захворіти?

**A.** \*21 день **B.** 17 днів **C.** 28 днів **D.** 14 днів **E.** 7 днів

3. Дівчинка 5 років захворіла на вітряну віспу (середньотяжка форма). На який строк треба ізолювати дитину?

**A.** \*До 5 дня з моменту останньої висипки **B.** На 17 днів від початку захворювання. **C.** На 21 день з моменту контакту з хворою дитиною. **D.** На 10 днів від початку підсихання висипань на шкірі. **E.** На 7 днів після зниження температури.

4. Хвору на кір дитину віком 9 місяців в перший день появи висипу було госпіталізовано. Її брат, якому 4 роки, на кір не хворів і проти цієї інфекції не щеплений у зв'язку з абсолютними протипоказаннями за станом здоров'я. За допомогою якого із перерахованих заходів можна попередити захворювання на кір у цієї дитини?

**A.** \*Введення нормального людського імуноглобуліну. **B.** Вакцинація **C.** Застосування антибіотиків **D.** Застосування хіміопрепаратів **E.** Фагопрофілактика

5. Дитина 5 років захворіла гостро з підвищення температури до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , нежиті, кашлю та кон'юнктивіту. На 4-й день хвороби з'явився плямисто-папульозний висип на обличчі, новий підйом температури до  $39,2^{\circ}\text{C}$ . Слизова оболонка піднебіння гіперемійована, на слизовій оболонці щік біля нижніх корінних зубів - залишки дрібних білуватих нашарувань. Ваш діагноз?

**A.** \*Кір. **B.** Аденовірусна інфекція. **C.** Герпетична інфекція. **D.** Краснуха. **E.** Ентеровірусна інфекція.

6. Дитина народилася на 8-му місяці вагітності. У неї встановлено: мікроцефалію, катаракту, ваду серця. Мати дитини на 2-му місяці вагітності хворіла: був нетривалий підйом температури до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , збільшення лімфатичних вузлів та дрібноплямистий висип на обличчі, тулубі і кінцівках, який пройшов через 3 дні без залишкових явищ. Найбільш вірогідний діагноз?

**A.** \*Вроджена краснуха. **B.** Цитомегаловірусна інфекція. **C.** Герпетична інфекція. **D.** Хламідійна інфекція. **E.** Токсоплазмоз.

7. У дитини 3 років захворювання починалося з підвищення температури, заложеності носу, збільшення шийних лімфовузлів. Лікарем був призначений ампіцилін. На 3-й день хвороби: температура  $38,3^{\circ}\text{C}$ , явища лакунарної ангіни, плямисто-папульозний висип по всьому тілу, збільшена печінка та селезінка. В загальному аналізі крові: лейкоцитоз, лімфомоноцитоз, віроцити - 20%. Найбільш вірогідний діагноз?

**A.** \*Інфекційний мононуклеоз. **B.** Кір. **C.** Краснуха. **D.** Скарлатина. **E.** Аденовірусна інфекція.

8. Дитина 4 років хворіє протягом 3 днів. Скарги на підвищення температури тіла до  $39,9^{\circ}\text{C}$ , сверблячку шкіри, зниження апетиту, висипання по всьому тілу. При огляді шкіра бліда,

на волосистій частині голови, обличчі, тулубі, кінцівках поліморфні висипання: плями, папули, везикули, кірочки. Який найбільш ймовірний діагноз?

**А.** \*Вітряна віспа **В.** Оперізуючий герпес **С.** Стрептодермія **Д.** Стафілодермія  
**Е.** Герпетична інфекція.

9. У дитини 5 років на 8 день захворювання, яке супроводжувалося підвищенням температури тіла, везикульозним висипом, переважно на шкірі тулуба та волосистої частини голови, з'явився сильний головний біль, блювота, атаксія, загальмованість, дискоординація рухів, тремор кінцівок. Діагностовано енцефаліт. Це є ускладненням якого захворювання?

**А.** \*Вітряна віспа **В.** Кір **С.** Краснуха **Д.** Ентеровірусна інфекція **Е.** Герпетична інфекція

10. У дитини 5 років захворювання почалося гостро з високої температури, одноразового блювання, збільшення тонзиллярних лімфовузлів. В ротоглотці відмічається відмежована яскрава гіперемія, гнійний наліт на мигдаликах, на шиї, грудях, в паховій ділянці - дрібноточковий висип на гіперемійованому фоні, блідий носогубний трикутник. Яке захворювання можна запідозрити?

**А.** \*Скарлатина **В.** Кір **С.** Краснуха **Д.** Ентеровірусна екзантема **Е.** Інфекційний мононуклеоз

11. Дитина 5 років хвора 5 днів. Захворювання почалось гостро: підвищилась температура тіла до 38,1°C, з'явився кашель, світлобоязнь, набряк повік. На 5 добу з'явився плямисто-папульозний висип на шкірі обличчя, шиї та за вухами, який на наступний день поширився на тулуб. Який найбільш вірогідний діагноз?

**А.** \*Кір **В.** Аденовірусна інфекція **С.** Краснуха **Д.** Інфекційний мононуклеоз **Е.** Скарлатина

12. Дитина 7 років хворіє другу добу. Турбує кашель, нежить, головний біль, підвищена температура тіла до 38° С. При огляді: гіперемія кон'юнктив, сльозотеча, на слизовій м'якого та твердого піднебіння енантема, на слизових оболонках щік проти малих корінних зубів дрібні, розміром з макове зерно, білуваті плями, навколо них - вінчик гіперемії. Яке захворювання найбільш імовірно в даному випадку?

**А.** \*Кір **В.** Краснуха **С.** Скарлатина **Д.** Ентеровірусна інфекція **Е.** Аденовірусна інфекція

13. Дитина 2 років захворіла гостро з появи висипу, підвищення температури. Об'єктивно: активна, відмічаються легкі катаральні явища, на м'якому піднебінні енантема. Висип дрібноплямистий, більше на спині та сідницях. Фон шкіри не змінений. Збільшені потиличні і задньошийні лімфовузли. Яке захворювання найбільш імовірно?

**А.** \*Краснуха **В.** Кір **С.** Скарлатина **Д.** Інфекційний мононуклеоз **Е.** Ентеровірусна екзантема

14. Хворий 10 років, на 4 день хвороби скаржить на нездужання, біль в горлі, утруднене носове дихання, підвищення температури тіла до 38—39°C. При огляді: блідість шкірних покривів, одутлість обличчя, набряк повік, значно збільшені задньошийні лімфатичні вузли, в меншій мірі підщелепні, пахові, пахвинні. Слизова ротоглотки гіперемійована, мигдалики гіпертрофовані, вкриті суцільним нальотом, який легко знімається. Збільшені печінка та селезінка. Ваш попередній діагноз?

**А.** \* Інфекційний мононуклеоз. **В.** Аденовірусна інфекція. **С.** Дифтерія мигдаликів. **Д.** Скарлатина. **Е.** Лімфогрануломатоз.

15. У дитини 3 років діагностовано типову середньоважку форму скарлатини. Лікується амбулаторно. Який препарат треба вибрати з метою етіотропного лікування?

**А.** \* Еритроміцин **В.** Бісептол **С.** Гентаміцин **Д.** Левоміцетин **Е.** Доксіциклін

16. Дитина 2 років була в контакті з хворим на оперізуючий герпес. На 15 день контакту в неї підвищилась температура тіла до 39, 3° С, з'явився висип на тулубі, кінцівках, обличчі та волосистій частині голови, який проходив стадії: пляма, папула, везикула, кірочка. Ваш діагноз?

**А.** \* Вітряна віспа **В.** Простий герпес **С.** Оперізуючий герпес **Д.** Натуральна віспа  
**Е.** Ентеровірусна екзантема

17. У дитини 3 років захворювання почалось з підвищення температури до 38° С, появи висипу, який спочатку мав вигляд плям, потім вони перетворились в пухирці. Висип підсилав 4 дні. При огляді на 4-ий день на шкірі обличчя, тулуба, кінцівок і на волосяній частині голови спостерігається рясний висип: папули, везикули, кірочки. Ваш діагноз?

**А.** \* Вітряна віспа. **В.** Імпетіго **С.** Герпетична інфекція. **Д.** Оперізуючий герпес.  
**Е.** Стрептококова інфекція.

18. Дівчинка 10 років госпіталізована в інфекційне відділення із скаргами на лихоманку, висипку, артралгії, болі в животі. При огляді визначаються симптоми “капюшона”, “рукавичок”, “шкарпеток”. Яке захворювання є найбільш вірогідним у даному випадку?

**А.** \* Псевдотуберкульоз **В.** Інфекційний мононуклеоз **С.** Кір **Д.** Скарлатина **Е.** Краснуха

19. Хворий 2-х років госпіталізований з кіроподібною висипкою, лімфоаденопатією, ангіною, порушеним носовим диханням, гепатоспленомегалією. Яка інфекція найбільш імовірна?

**А.** \*Інфекційний мононуклеоз **В.** Цитомегаловірусна інфекція **С.** Кір **Д.** Герпетична інфекція **Е.** Краснуха

20. У дитини 7 років на другий день хвороби: температура тіла – 39° С, однократне блювання, головний біль, болюче ковтання. При огляді хворого: яскрава гіперемія мигдаликів та білуватий наліт у лакунах. На животі, бокових поверхнях тулуба, на згинальних поверхнях кінцівок на гіперемійованому фоні дрібно крапкова висипка. Який діагноз можна встановити?

**А.** \*Скарлатина. **В.** Псевдотуберкульоз. **С.** Кір. **Д.** Інфекційний мононуклеоз. **Е.** Дифтерія.

21. Дитина 6 місяців на грудному годуванні. 3 дні тому контактувала із хворою на кір. Які профілактичні заходи доцільно провести?

**А.** \*Вести дитині нормальний людський імуноглобулін та спостерігати протягом 21 доби.  
**В.** Провести термінову активну імунізацію живою вакциною, та спостерігати 17 днів. **С.** Ввести вакцину одночасно з імуноглобуліном та спостерігати 21 день. **Д.** Нічого не робити.  
**Е.** Спостерігати 17 днів.

22. Дитина 3-х років хворіє 3 доби. На підставі підвищення температури, кашлю, нежиті, кон'юктивіту, світлобоязні, білуватого крапчастого висипу на слизовій оболонці ясен та внутрішньої поверхні щок та плямистої енантеми твердого та м'якого піднебіння яке захворювання можна діагностувати?

**А.** \*Кір, катаральний період. **В.** Гостра респіраторна вірусна інфекція, ускладнена стоматитом. **С.** Герпетичний стоматит. **Д.** Ентеровірусна інфекція, катаральна форма.  
**Е.** Інфекційний мононуклеоз.

23. Дитина 8 років звернулася зі скаргами на гарячку на протязі 8 днів, утруднення носового дихання, болю у горлі. У ротоглотці - помірна гіперемія, гнійно-творожисті нашарування на мигдаликах, поліаденопатія. Гепатоспленомегалія. У гемограмі: лейкоцитоз, підвищення паличкоядерних лейкоцитів, лімфомоноцитоз, віроцити 12 %. Ваш діагноз?

**А.** \*Інфекційний мононуклеоз **В.** Гострий лейкоз **С.** Аденовірусна інфекція **Д.** Дифтерія **Е.** Лакунарна ангіна

24. У дитини 8 років висипу у вигляді макул та папул на різних ділянках тіла. На другий день при новому підйомі температури до 38° С було підсипання макул, папул, з'явилися поодинокі везикули. Яке захворювання найбільш ймовірне?

**А.** \*Вітряна віспа **В.** Герпетична інфекція, шкіряна форма **С.** Ентеровірусна інфекція **Д.** Алергічна висипка **Е.** Оперізуючий герпес

25. В дитини, яка перенесла вдома захворювання з ангіною та висипом на шкірі, при огляді на 10 день спостерігається “малиновий язик”, пластинчасте лущення на шії, тулубі, кінцівках, позитивний симптом Пастіа. Яке захворювання з найбільшою вірогідністю перенесла дитина?

**А.** \*Скарлатину **В.** Кір **С.** Вітряну віспу **Д.** Менінгококову інфекцію **Е.** Краснуху

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

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

27. Дитина 6 років захворіла на інфекційний мононуклеоз. Які клітини периферійної крові підтверджують діагноз цього захворювання?

**А.** \*Віроцити **В.** Лімфоцити **С.** Моноцити **Д.** Нейтрофіли **Е.** Базофіли

28. Дитина хворіє 3-й день. Турбує підвищена до 39-40°С температура тіла, настирний, частий, глибокий, малопродуктивний кашель, світлобоязнь, заложеність носа. Об'єктивно - одутлість обличчя, слизова оболонка рота гіперемійована, плямиста енантема на м'якому піднебінні, на слизовій оболонці щік проти малих корінних зубів - плями Філатова-Копліка. Ваш діагноз?

**А.** \*Кір **В.** Скарлатина **С.** Краснуха **Д.** Аденовірусна інфекція **Е.** Грип

29. Дитина 5 років захворіла гостро: підвищилася температура тіла до 38,0° С, скарги на біль у горлі при ковтанні, відмічалось одноразове блювання, з'явилася дрібнокрапчаста екзантема на гіперемійованому фоні. Дільничний педіатр поставив діагноз “Скарлатина”, призначив стаціонар на дому. Який препарат слід обрати для етіотропної терапії?

**А.** \*Пеніцилін **В.** Тетрациклін **С.** Ацикловір **Д.** Поліміксину М сульфат **Е.** Інтерферон

30. Дитина 8 років захворіла гостро: температура 38,5° С, блювання, біль в животі. При огляді на 3 добу виявлено: жовтушність шкіри та склер, на шкірі тулуба, кистях, стопах гіперемія, дрібнокрапковий висип, збільшення печінки, селезінки. Напередодні хвороби їла салат із свіжої капусти. Який найбільш вірогідний діагноз?

**А.** \*Псевдотуберкульоз **В.** Вірусний гепатит **С.** Скарлатина **Д.** Ентеровірусна інфекція **Е.** Інфекційний мононуклеоз

## Список використаної літератури

- 1.Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей. – Симферополь: Изд-во «Вперед», 2008. – 688 с.
- 2.Богадельников И.В, Кубышкина А.В. Справочник по инфекционным болезням у детей. – Издание 8-е дополненное и переработанное. – Симферополь: ИТ «АРИАЛ», 2012. – 304 с.
- 3.Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. – К.: Здоров'я, 2001. – Т. 1. – 854 с.
- 4.Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – Л.: Медицина, 1991. – 327 с.
- 5.Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей. – М.: МИА, 2002. – 907 с.
- 6.Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей. – К.: МОРІОН, 2003. – 479 с.
- 7.Крамарев С.О., Надрага О.Б., Пипа Л.В. Інфекційні хвороби у дітей– К.: ВСВ «Медицини». – 2010. – 392 с. + 14 с. кольор. вкл.
- 8.Мари Д. Инфекционные болезни у детей. – М.: Практика, 2006. – 872 с.
- 9.Михайлова А.М., Тріскова Л.О., Крамарев С.О., Кочеткова О.М. Інфекційні хвороби у дітей – К.: Здоров'я, 1998, с.с. 35-37, 126-146, 171-178.
- 10.Новикова А.И. Экзантематозные инфекции у детей. – М.: Медицинская книга, 2005. – 217с.
- 11.Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. – СПб.: ЭЛБИ, 2004. – 376 с.
- 12.Davies E.G., Elliman D., Rudd P.T. Childhood Infections. – Edinburg, London, New York, Sydney, Toronto: Sunders,2001. – 496p.
- 13.Long S.S., Pickering L.K., Prober C.G. Pediatric infectious diseases. – N.Y., London, Madrid, Melbourne, San Francisco, Tokyo: Churchill Livingstone, 1997. – 1713 p.
14. Андрейчин М.А. Відкриття збудників інфекційних хвороб: сучасні досягнення і перспектива / М. Андрейчин // Тернопільський осередок Наукового товариства ім. Шевченка. Збірник праць. Том 5. Нобелівський рух і Україна. – Тернопіль: Джура, 2010. – С. 204-223. 4. Андрейчин М.А. Біологічна зброя і біотероризм [Текст] / М.А.
15. Андрейчин, В.С. Копча // Здоров'я України: Медична газета. – 2004. – №5. – С. 40-41.
16. Андрейчин М.А. Епідеміологічна оцінка захворювань, що становлять біотерористичну загрозу. [текст]. М.А. Андрейчин, В.С. Копча, К.Ю. Вишневська // Профілактична медицина. – 2009. – №1. – С.69-73.
17. Андрейчин М. А. Біотероризм [Текст]: медична протидія / М.А. Андрейчин, В.С. Копча. – Т.: "Укрмедкнига", 2005. – 300 с.
18. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформ. бюл. – 2011. – № 35. – 62 с.
19. Крамарев С.О. Проблема щодо інфекційних хвороб в Україні // <http://health.unian.net/ukr/detail/187580>
20. World Health Organization. World malaria reponition. – 2011. – P. 248.