

Лекція № 7

Тема лекції: Герпесвірусні інфекції. Інфекційний мононуклеоз. Ангіна.

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Герпесвірусні інфекції. Види герпесу.
2. Простий герпес. Оперізувальний герпес.
3. Етіологію. Епідеміологію. Сприйнятливість населення. Імунітет.
4. Клінічні прояви герпесвірусних інфекцій, їхню характеристику.
5. Класифікацію.
6. Діагностику.
7. Диференціальну діагностику.
8. Лікування хворих з різними клінічними формами герпесу. Показання до госпіталізації. Диспансеризацію.
9. Профілактику і заходи в осередку.
10. Інфекційний мононуклеоз. Визначення хвороби, актуальність.
11. Етіологію. Епідеміологію.
12. Патогенез.
13. Клінічний перебіг хвороби.
14. Ускладнення.
15. Діагностику. Опорні симптоми клінічної діагностики. Специфічні зміни картини крові, серологічну діагностику.
16. Диференціальну діагностику.
17. Лікування.
18. Догляд за хворими.
19. Профілактику.
20. Етапи медсестринського процесу.

Вміти:

1. Розповісти про герпесвірусні інфекції. Види герпесу.
2. Охарактеризувати простий герпес, оперізувальний герпес.
3. Розповісти про етіологію. Епідеміологію. Сприйнятливість населення. Імунітет.
4. Назвати клінічні прояви герпесвірусних інфекцій, їхню характеристику.
5. Дати класифікацію.
6. Назвати методи діагностики.
7. Провести диференціальну діагностику.
8. Розповісти про лікування хворих з різними клінічними формами герпесу. Показання до госпіталізації. Диспансеризацію.
9. Розповісти про профілактику і заходи в осередку.
10. Охарактеризувати інфекційний мононуклеоз. Дати визначення хвороби, актуальність.
11. Розповісти про етіологію, епідеміологію.

12. Охарактеризувати патогенез.
13. Клінічний перебіг хвороби.
14. Назвати ускладнення.
15. Назвати методи діагностики, опорні симптоми клінічної діагностики.
Специфічні зміни картини крові, серологічна діагностика.
16. Провести диференціальну діагностику.
17. Розповісти про лікування.
18. Назвати особливості догляду за хворим.
19. Розповісти про профілактику.
20. Розповісти про етапи медсестринського процесу.

Виховна: виховати у здобувачів освіти відповідальність за доручену справу, ознайомити з наслідками порушення своїх функціональних обов'язків.

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість освітнім компонентом, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

Спеціальні компетентності:

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

СК. 13. Здатність до використання професійно профільованих знань, умінь та навичок для здійснення санітарно-гігієнічних і лабораторних досліджень, протиепідемічних та дезінфекційних заходів.

СК. 15. Здатність до здійснення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинацію згідно з календарем профілактичних щеплень та екстрену імунопрофілактику, включаючи її популяризацію.

Результати навчання:

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 4. Вести медичну документацію за формами, встановленими нормативно-правовими документами.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги.

РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування,

вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.

РН. 16. Вживати заходи, спрямовані на специфічну та неспецифічну профілактику захворювань.

РН. 17. Вживати протиепідемічні заходи в осередку інфекційних та особливо небезпечних захворювань при здійсненні професійної діяльності.

РН. 18. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції:

1. Герпесвірусні інфекції. Види герпесу.
2. Простий герпес. Оперізувальний герпес. Етіологія. Епідеміологія. Сприйнятливість населення. Імунітет.
3. Клінічні прояви герпесвірусних інфекцій, їхня характеристика.
4. Класифікація.
5. Діагностика.
6. Диференціальна діагностика.
7. Лікування хворих з різними клінічними формами герпесу. Показання до госпіталізації. Диспансеризація.
8. Профілактика і заходи в осередку.
9. Інфекційний мононуклеоз. Визначення хвороби, актуальність.
10. Етіологія. Епідеміологія.
11. Патогенез.
12. Клінічний перебіг хвороби.
13. Ускладнення.
14. Діагностика. Опорні симптоми клінічної діагностики. Специфічні зміни картини крові, серологічна діагностика.
15. Диференціальна діагностика.
16. Лікування.
17. Догляд за хворими.
18. Профілактика

Зміст лекції

ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Віруси простого герпесу є ДНК-умісними і поділяються на два типи: вірус простого герпесу 1 (ВПГ-1) і вірус простого герпесу 2 (ВПГ-2). За останні кілька десятиліть епідеміологія герпетичної інфекції різко змінилася (Mell, 2008). ВПГ-1 спричинює ураження ротової порожнини приблизно у 80% випадків, а статеві ураження – у 20%. У підлітків до 30–40% генітального

герпесу зумовлені ВПГ-1, оскільки, як вважають, ця частка зростає в розвинутих країнах світу через поширення ороегенітального контакту. Зворотнє стосується ВПГ-2, який спричинює ураження статевих органів у 80% і порожнини рота – у 20%. Приблизно 65% населення Сполучених Штатів вже до 40 років є серопозитивними до ВПГ-1 і 25% – до ВПГ-2, причому жінки заражаються частіше, ніж чоловіки (Mell, 2008).

Віруси герпесу зумовлюють широкий спектр захворювань, зокрема:

- гінгівостоматит;
- кератокон'юнктивіт;
- енцефаліт;
- захворювання статевих органів;
- інфекція новонароджених;
- вітрянка;
- оперізувальний лишай.

Первинні герпесвірусні інфекції, як правило, мають легкий і, в багатьох випадках, безсимптомний перебіг. У пацієнтів з ослабленим імунітетом можуть розвиватися тяжкі прояви захворювання з ураженням різних систем органів. У імунокомпетентних осіб також можуть розвиватись тяжкі первинні інфекції.

Після того як у пацієнта починають вироблятися антитіла, інфекція стає латентною, зберігаючись у сенсорних нервових гангліях. Найчастіше ВПГ-1-інфекція залишається прихованою у **трійчастих гангліях**, а ВПГ-2 – у **крижових**.

Віруси реактивуються внаслідок дії таких факторів, як лихоманка, фізичний чи емоційний стрес, вплив ультрафіолетового опромінення та травмування аксонів. Повторні інфекції, як правило, менш тяжкі завдяки наявному клітинному та гуморальному імунітету після попереднього епізоду захворювання. Хоча багато людей є серопозитивними до ВПГ-1, частота рецидивів після первинної інфекції коливається від 10 до 40%.

Патофізіологія.

Поширення ВПГ-1-інфекції відбувається повітряно-крапельним шляхом або під час безпосереднього впливу зараженої слини. ВПГ-2 зазвичай передається через статевий контакт. Контактна передача ВПГ відбувається при контакті слизових, пошкодженої шкіри та слизової або контакті пошкодженої шкіри з вагінальним секретом або слиною.

Інкубаційний період може тривати від 2 до 12 днів, а везикули зазвичай виникають через 6–48 год після початку продромального періоду.

Безсимптомний носій вірусу, навіть без відкритого ураження, може передавати ВПГ-2 під час статевого контакту (Tronstein et al., 2011).

ВПГ виявляють цитолітичний ефект, отже, патологічні зміни при ВПГ-інфекції обумовлені некрозом клітин, а також запальними змінами. Рідина

накопичується між дермою і епідермальними шарами шкіри, призводячи до утворення везикул. Потім рідина всмоктується, утворюється кірочка; загоєння завершується без утворення рубців. Після розриву везикул на слизових утворюються неглибокі виразки.

Під час первинного інфікування ВПГ ураження, як правило, формуються повільніше та зберігаються довше. Вірус переходить з місця проникнення на шкірі або слизовій до сенсорного спинномозкового корінця, де залишається латентним до спалаху захворювання.

Епідеміологія.

Приблизно 80% дорослих мають антитіла до ВПГ-1, тоді як антитіла до ВПГ-2 виявляють приблизно у 20% населення. Захворюваність на генітальний герпес оцінюють у 500 000–1 000 000 випадків на рік.

У клініках, де лікуються пацієнти із захворюваннями, що передаються статевим шляхом, серопозитивними до ВПГ-2 є близько 40–50%. Загалом серопоширеність ВПГ-2 зменшується, особливо в межах певних культурних груп (Fanfair et al., 2013).

Серед незвичних причин енцефаліту в дорослих найчастішою причиною є ВПГ-1 (1 на 200 000–1 000 000 випадків).

ВПГ-інфекція новонароджених розвивається в 1 на 2 000–10 000 живонароджених на рік. Приблизно 70% випадків ВПГ-інфекції в новонароджених трапляються в разі безсимптомного вірусовиділення в матері незадовго до пологів. Ризик передачі новонародженому підвищується у випадку загострення ВПГ-інфекції під час пологів.

Приблизно 90% ВІЛ-позитивних осіб є серопозитивними до ВПГ-1, а 77% – до ВПГ-2. Вищі показники можуть бути наслідком небезпечної сексуальної поведінки та імунодепресії, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією. Імуносупресія підвищує ймовірність загострення інфекції, таким чином збільшуючи ризик передачі вірусу.

Трохи більше двох третин населення світу мають періодичні клінічні прояви ВПГ-інфекції. Як повідомляють, 13–40% населення світу, залежно від країни, є серопозитивними до ВПГ-2, а 67% – до ВПГ-1. Африка має вищі показники серопозитивності як до ВПГ-1, так і до ВПГ-2.

У більшості пацієнтів з герпетичною інфекцією спостерігають короткочасні місцеві болі та подразнення зі слабо вираженими загальними симптомами.

Інколи зараження може стати небезпечним для життя.

Пацієнти з ослабленим імунітетом мають підвищений ризик розвитку тяжких ВПГ-інфекцій. ВПГ-1 є частою причиною **летального енцефаліту** в США, летальність при якому становить 60–80%. Лише менше 10% пацієнтів одужують без значних неврологічних наслідків.

Кератокон'юнктивіт може спричинюватись ВПГ-1. ВПГ-інфекція є другою після травми ока причиною сліпоти в США. Як правило, зараження відбувається в разі занесення інфекції з місця активного ураження в око руками (Porter, 2018).

Афроамериканці частіше заражаються ВПГ-2, ніж будь-яка інша расова чи етнічна група (Biggs, Williams, 2009). Антитіла до ВПГ-2 виявляють приблизно у 20% дорослих кавказців і 65% дорослих афроамериканців.

У чоловіків на 20% частіше виникають рецидиви ВПГ-2-інфекції, ніж у жінок, хоча жінки частіше заражаються ВПГ-2 (Fanfair et al., 2013).

Найвищу частоту інфікування ВПГ-1 спостерігають у дітей віком від 6 міс до 3 років (Ahmad, Storch, Miller, 2015; Amel Jamehdar et al., 2014). ВПГ-2 найчастіше зустрічається в осіб віком 18–25 років.

Прогноз.

У більш ніж 85% пацієнтів з генітальним герпесом, спричиненим ВПГ-2, розвивається принаймні **один рецидив** захворювання. До того ж рецидиви **можуть бути досить частими**: 38% населення з генітальним герпесом мають більше ніж 6 рецидивів, а 20% – більше ніж 10 рецидивів на рік.

Освіта пацієнта

Противірусна терапія може зменшити клінічні прояви захворювання, але не виліковує його. Заохочуйте пацієнта починати противірусну терапію щойно він помітить симптоми захворювання.

У пацієнтів, які мають більше 6 рецидивів на рік, має сенс проводити профілактичне лікування.

Важливо пояснити пацієнту, що ВПГ-2 належить до інфекцій, які передаються статевим шляхом. Тому за наявності захворювання важливо використовувати саме бар'єрні засоби контрацепції, а під час загострень взагалі бажано утриматися від статевих контактів.

Особливості перебігу захворювання.

Типовий *інкубаційний період* ВПГ-інфекції (від інфікування до розвитку симптомів) становить 4 дні, але може коливатися від 1 до 26 днів.

Продромальними симптомами є локальний біль, поколювання, свербіння та печіння, які часто передують розвитку висипу. Також первинну ВПГ-інфекцію часто супроводжують такі симптоми, як лихоманка, втома, міалгії та головний біль.

Герпетичні ураження зазвичай починаються зі скупчення невеликих папул, які потім перетворюються на везикули, що трансформуються в ерозії.

Ураження мають тенденцію до злиття. Зазвичай вони заживають, вкриваючись кіркою, з різною швидкістю впродовж декількох тижнів. Однак часто ці класичні ураження в ділянці статевих органів можуть спостерігатися

не в усіх пацієнтів, і їх може бути важко відрізнити, наприклад, від **сифілісу та шанкроїду**.

Місцевий біль може бути досить вираженим і є доволі поширеною скаргою. Пацієнти з генітальним герпесом можуть також скаржитися на біль у паховій ділянці, що є вторинним по відношенню до місцевої аденопатії. Жінки часто пред'являють скарги на набряки статевих органів, виділення та дизурію.

Багато первинних ВПГ-інфекцій мають **безсимптомний перебіг**. До 63% жінок з антитілами до ВПГ-2 не мають в анамнезі клінічних проявів захворювання (Bernstein et al., 2013). Однак, коли первинні інфекції супроводжуються клінічними проявами, вони зазвичай тяжчі, ніж повторні епізоди захворювання. Особи з безсимптомною генітальною ВПГ-2-інфекцією є переносниками вірусу, але рідше, ніж люди з вираженими клінічними симптомами (Tronstein, 2011). Повторні ураження зустрічаються досить часто і зазвичай пов'язані зі стресом.

У пацієнтів може бути в анамнезі:

- **Професійний вплив:**
 - герпетичний панарицій, який часто зустрічається в медичних працівників;
 - *Herpes gladiatorum*, який буває у борців.
- **Попередня історія герпетичних захворювань.**
- **Зміни імунного статусу:**
 - ВІЛ;
 - недоїдання;
 - гематологічні злоякісні утворення;
 - пересадка кісткового мозку;
 - трансплантація нирки;
 - пересадка серця.
- **Неврологічні симптоми:**
 - головний біль;
 - спантеличеність;
 - лихоманка.
- **Місцеві ураження різної локалізації з болем різної інтенсивності:**
 - тенезми, свербіж з анальними/періанальними ураженнями;
 - дизурія і/або виділення з ураженнями статевих органів;
 - ангіна з ураженням ротової порожнини.
- **Продромальні симптоми (наявні до ураження герпесом):**
 - жар;
 - свербіж;
 - поколювання;
 - біль.

- **Конституційні симптоми (як правило, під час розвитку герпетичних уражень):**
 - анорексія;
 - загальне нездужання;
 - лихоманка;
 - головний біль;
 - міалгії.

Фізикальне обстеження

Результати фізикального обстеження при ВПГ-інфекції варіюють залежно від місця ураження.

- Зазвичай ураження везикулярні або виразкові на еритематозній основі.
- Ураження зливаються, а потім заживають упродовж кількох тижнів.
- При ураженні статевих органів виникає незначна двостороння лімфаденопатія.

Інфекції шкіри (ВПГ-1 або ВПГ-2)

- Герпетичний панарицій або пароніхія у медичних працівників (не плутати з абсцесом) зазвичай пов'язані з інфікуванням ВПГ-1, але ВПГ-2-інфекції можуть виникати при пальцево-вагінальному контакті.
- *Herpes gladiatorum* може виникати на тілі в борців та інших спортсменів, які мають тісні фізичні контакти. Було підраховано, що серед борців Національної асоціації студентського спорту (NCAA) частота цього виду герпесу становить 20–40%.

Орофарингеальні ураження

- Гінгівостоматит (герпес на губах).
- Підщелепна лімфаденопатія.
- Лихоманка.

Генітальний герпес

- Болісні везикулярні або виразкові ураження можуть здаватися схожими на шанкроїд або сифіліс.
- Пахова лімфаденопатія.
- Ураження статевих органів, особливо ураження уретри, можуть спричинити транзиторну затримку сечі в жінок.
- Вагінальні виділення.

Кератокон'юнктивіт

- Дендритний кератит, виявлений за допомогою щілинної лампи (дендритна виразка).
- Виразки рогівки.
- Везикули на повіках.

Неврологічні ураження

- Психіатричні симптоми (що свідчать про енцефаліт): сплутаність свідомості; судоми; менінгеальні знаки (періодичний лімфоцитарний

менінгіт – доброякісна форма менінгіту, яка може виникнути під час первинної ВПГ-2-інфекції).

- Параліч Белла – неврит лицевого нерва (можливий зв'язок з ВПГ-1).

Анальне/періанальне ураження

- Виділення.
- Везикули.
- Виразки.
- Пахова аденопатія.

Механізм передачі

Передача ВПГ відбувається під час контакту з герпетичними ураженнями, поверхнею слизової оболонки і виділеннями статевих органів або ротової порожнини (Corey, Wald, 2008). ВПГ-1 передається при безпосередньому контакті із зараженою слиною або інструментами. ВПГ-2 зазвичай передається статевим шляхом. Ризик передачі інфекції від матері до плоду більший під час первинного епізоду захворювання (30–50%), ніж при повторних епізодах (<1%) (Biggs, Williams, 2009).

Реактивація вірусу, тобто рецидив захворювання, може відбуватися через певні чинники: лихоманка, фізичний чи емоційний стрес, вплив ультрафіолетового опромінення або пошкодження аксонів.

Ускладнення

- Енцефаліт: рідкісне ускладнення герпетичної інфекції, зазвичай зумовленої ВПГ-1 (передбачається, що вірус поширюється в мозок нейронними шляхами після первинної або рецидивної інфекції).
- Інфекції новонароджених: від легкої локалізованої інфекції до летального поширеного захворювання; інфікування ВПГ-2 може відбутися через статеві шляхи матері; можливі вроджені інфекції.
- Імунокомпрометований хазяїн: можливе прогресуюче та поширене захворювання.
- Інфекція статевих органів: гостра затримка сечі.

Захворювання, з якими треба проводити диференційну діагностику ВПГ-інфекції

- Гострий проктит.
- Афтозні виразки.
- Мультиформна еритема.
- Оперізувальний лишай.
- Фарингіт.
- Сифіліс.
- Вірусний енцефаліт.
- Вірусний менінгіт.

- Уретрит у чоловіків.
- Фарингіт, менінгіт і енцефаліт у педіатричній практиці.
- Шанкроїд, ящур в екстреній медицині.

Лабораторні дослідження

Зішкріб з ділянки ураження при підозрі на ВПГ (мазок Тцанка)

- Це ненадійний скринінговий тест із зафіксованою чутливістю 65%. Крім того, він не визначає ВПГ.
- Виявляють багатоядерні гігантські клітини, як показано на рисунку.
- Наявні внутрішньоядерні включення.

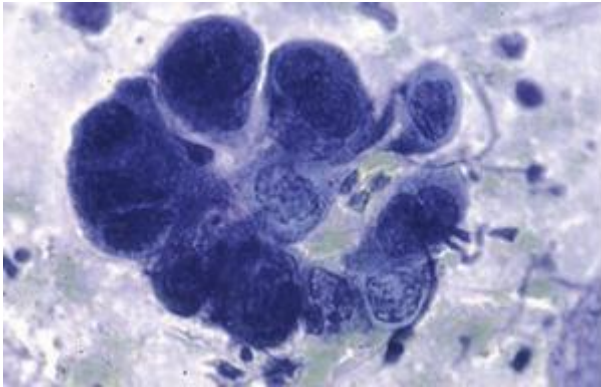


Рисунок. Мазок Тцанка. Багатоядерні гігантські клітини при ВПГ-інфекції

Посів вмісту везикул (чутливіший, ніж мазок Тцанка, але результат залежить від тривалості вірусовиділення):

- Бажано робити посів вмісту везикулярних уражень упродовж 3 днів після їх появи.
- Що раніше відібрана проба, то точніші результати.

Тестування на наявність антитіл застосовують, коли:

- інші методи не можуть бути використані (тобто за відсутності активних уражень для проведення мазка);
- інші методи дають негативні результати, але все ще існує підозра на ВПГ-інфекцію (Singh et al., 2005).

Серологія

- Виявлення IgG до ВПГ за допомогою ІФА або методу вестерн-блоту.

Аналіз ліквору на лімфоцитарний плеоцитоз

- Виявлення крові у лікворі.
- Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) виявляє ДНК ВПГ.

Інші дослідження

- КТ та МРТ можуть бути корисні для диференційної діагностики ВПГ-енцефаліту.
- Дослідження щілинною лампою на дендритний кератит при ураженні очей.
- Поперекова пункція при підозрі на енцефаліт.

- Біопсія мозку при підозрі на енцефаліт.

Невідкладна допомога

Невідкладна допомога складається з діагностики і відповідного лікування. Підозра щодо можливої інфекції є приводом для початку лікування. Більшість пацієнтів можуть лікуватися в амбулаторних умовах. Вагітним потрібно вказати на важливість наступного спостереження, щоб зменшити ризик передачі інфекції плоду (Brown et al., 2003). Визначення пацієнтів, які потребують стаціонарного лікування (наприклад, при енцефаліті), і своєчасний початок протівірусної та підтримувальної терапії є обов'язковою умовою невідкладної допомоги при тяжкій ВПГ-інфекції (ВООЗ, 2017).

Профілактика

Пацієнтам з генітальним герпесом в анамнезі слід використовувати методи бар'єрної контрацепції, щоб запобігти передачі ВПГ партнеру, навіть якщо симптоми захворювання відсутні. При виявленні в пацієнта ВПГ-2, який належить до інфекцій, що передаються статевим шляхом, необхідно, аби всі сексуальні партнери пацієнта пройшли обстеження та лікування.

За наявності активного ураження пацієнтам з генітальним герпесом рекомендовано утриматися від сексуальних контактів.

Медичний персонал повинен застосовувати універсальні заходи захисту (наприклад, рукавички) для запобігання виникненню герпетичного панарицію.

Нині експериментальні вакцини проходять клінічні випробування.

Використання сонцезахисного крему дає змогу зменшити частоту рецидивів лабіального герпесу.

Наступна допомога пацієнтам

Акушери-гінекологи повинні ретельно спостерігати за вагітними, аби зменшити ризик розвитку захворювання під час пологів.

Пацієнти з герпетичним кератитом мають спостерігатися в офтальмолога.

Будь-якому пацієнтові з генітальним герпесом може знадобитися консультація психолога через негативний емоційний вплив цієї стигматизуючої хвороби.

Стаціонарна допомога пацієнтам з ВПГ-інфекцією необхідна в разі:

- ВПГ-енцефаліту, гепатиту або пневмоніту;
- тяжкого гінгівостоматиту;
- ослабленого імунітету;
- тяжкого перебігу або широкого поширення захворювання.

Настанови Центру з контролю та профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом (CDC STD), 2015 р. щодо герпетичної інфекції (Workowski, Bolan, 2015)

Перший клінічний епізод генітального герпесу:

- ацикловір по 400 мг перорально тричі на добу впродовж 7–10 днів, АБО
- ацикловір у дозі 200 мг перорально 5 разів на добу впродовж 7–10 днів, АБО
- валацикловір по 1 г перорально двічі на добу впродовж 7–10 днів, АБО
- фамцикловір по 250 мг перорально тричі на добу впродовж 7–10 днів.

* Лікування може бути продовжено, якщо через 10 днів терапії загोєння буде неповним.

Супресивна терапія рецидивного генітального герпесу:

- ацикловір у дозі 400 мг перорально двічі на добу, АБО
- валацикловір по 500 мг перорально один раз на добу*, АБО
- валацикловір по 1 г перорально один раз на добу, АБО
- фамцикловір у дозі 250 мг перорально двічі на добу.

* Валацикловір у дозі 500 мг 1 раз на добу може бути менш ефективним, ніж інші схеми дозування валацикловіру або ацикловіру в осіб, які мають дуже часті рецидиви (тобто ≥ 10 епізодів на рік).

Епізодична терапія рецидивного генітального герпесу

в імунокомпетентних осіб:

- ацикловір у дозі 400 мг перорально тричі на добу впродовж 5 днів, АБО
- ацикловір по 800 мг перорально двічі на добу впродовж 5 днів, АБО
- ацикловір по 800 мг перорально тричі на добу впродовж 2 днів, АБО
- валацикловір у дозі 500 мг перорально двічі на добу впродовж 3 днів, АБО
- валацикловір по 1 г перорально один раз на добу впродовж 5 днів, АБО
- фамцикловір у дозі 125 мг перорально двічі на добу впродовж 5 днів, АБО
- фамцикловір по 1 г перорально двічі на добу впродовж 1 дня, АБО
- фамцикловір у дозі 500 мг один раз, а потім по 250 мг двічі на добу впродовж 2 днів.

Епізодична терапія рецидивного генітального герпесу в пацієнтів з ослабленим імунітетом (ВООЗ, 2016):

- ацикловір у дозі 400 мг перорально тричі на добу впродовж 5 днів, АБО
- валацикловір по 500 мг перорально двічі на добу впродовж 5 днів, АБО
- фамцикловір по 500 мг перорально двічі на добу впродовж 5 днів.

Тяжкий перебіг ВПГ-інфекції (ВПГ-менінгоенцефаліт, дисемінована інфекція, пневмоніт):

- ацикловір у дозі 5–10 мг/кг внутрішньовенно кожні 8 год упродовж 2–7 днів або до клінічного покращення, після чого проводиться пероральна протівірусна терапія щонайменше 10 днів;
- енцефаліт ВПГ потребує внутрішньовенної терапії впродовж 21 дня; у разі порушення функції нирок потрібно коригувати дози ацикловіру.

Протівірусні препарати, що впливають на синтез вірусної ДНК, пригнічують розмноження вірусу і можуть зменшувати клінічні прояви інфекції, але не виліковують від захворювання. Оскільки ВПГ залишається прихованим у сенсорних гангліях, частота рецидивів у пацієнтів, які отримували й не отримували лікування, однакова.

У настановах CDC 2015 р. з лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, рекомендується при всіх перших епізодах генітального герпесу призначати протівірусні препарати, щоб зменшити можливі ускладнення.

Ацикловір забезпечує початкову та супресивну терапію ВПГ-інфекції статевих органів. Він ефективний при слизово-шкірній ВПГ-інфекції в пацієнтів з імунodefіцитом, а також при ВПГ-енцефаліті. Мало доказів підтверджує рутинне використання ацикловіру для лікування первинного оралабіального герпесу. Доведено, що пероральний ацикловір ефективний у придушенні лабіального герпесу в пацієнтів з ослабленим імунітетом з частими рецидивними інфекціями, проте бажано почати застосовувати препарат під час продромального періоду. Щоденна супресивна терапія ацикловіром виявилась ефективною на 80% у запобіганні рецидивам, тому вона може бути використана в пацієнтів, які мають часті рецидиви (Frenkl, Potts, 2008).

Для лікування герпесвірусного кератокон'юнктивіту необхідно призначити місцевий 1% трифлуридин або ганцикловір (Bucher J, Koofman, 2016).

Під час вагітності використання протівірусних препаратів, таких як валацикловір та ацикловір, є безпечним і не збільшує ризик вроджених вад розвитку (Pasternak, Hviid, 2010).

За необхідності призначайте знеболювальні препарати, такі як ібупрофен або ацетамінофен. Місцеві анестетики також можуть полегшити біль і свербіж (Kaminester et al., 1999). Деяким пацієнтам для полегшення сильного болю від уражень можуть знадобитися наркотичні аналгетики.

Протівірусні засоби

Головною метою використання протівірусних препаратів є прискорення одужання, запобігання ускладненням, рецидивам, розвитку латентних

інфекцій, зменшення передачі вірусу та усунення вже наявних латентних інфекцій.

Ацикловір

Ацикловір зменшує тривалість симптомів при ураженні ВПГ. Призначають пацієнтам, у яких після появи висипу пройшло не більш ніж 48 год.

У пацієнтів, які отримують ацикловір, спостерігають менше больових відчуттів і швидше загоється ураження шкіри, зумовлені ВПГ-інфекцією.

Також в лікуванні ВПГ застосовують наступні препарати. Фамцикловір: проліки, які після біотрансформації на активний метаболіт пенцикловір можуть інгібувати синтез/реплікацію вірусної ДНК. Валацикловір: проліки, які швидко перетворюються на ацикловір, перш ніж проявляти свою протівірусну активність. 1% трифлуридин: замінює тимідин у ДНК ВПГ, в результаті чого виробляються дефектні білки і, таким чином, пригнічується реплікація вірусу; корисний при лікуванні кератокон'юнктивіту. Крем докозанолю: запобігає проникненню та розмноженню вірусів на клітинному рівні; варто застосовувати при перших ознаках герпесу.

Таким чином, ВПГ є надзвичайно поширеними збудниками інфекцій.

На сьогодні протівірусні засоби не втрачають своєї актуальності в їх лікуванні і мають застосовуватися майже в усіх випадках герпесвірусної інфекції.

Серед усіх протівірусних препаратів, що їх на сьогодні використовують в лікуванні тих чи інших герпесвірусних інфекцій, ацикловір, напевно, є найбільш вивченим та застосовуваним засобом, ефективність та безпечність якого доведені часом. Отже, можна стверджувати, що ацикловір є препаратом вибору в лікуванні різноманітних форм інфекцій, спричинених ВПГ.

ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Інфекційний мононуклеоз (син.: залозиста гарячка, хвороба Філатова, хвороба Прайффера, хвороба Тюрка, моноцитарна ангіна тощо) – гостра інфекційна хвороба вірусної природи переважно з повітряно-краплинним механізмом зараження, характеризується гарячкою, поліаденітом (особливим шийним), гострим тонзилітом з нальотами, збільшенням печінки і селезінки, лейкоцитозом, лімфоцитозом, наявністю атипівих мононуклеарів (віроцитів).

Історичні дні.

У 1885 р. Н.Ф. Філатов перший описав цю хворобу як самостійну нозологічну одиницю і дав їй назву «Ідіопатичне збільшення лімфатичних вузлів». У 1889 р. Е. Прейффер описав клінічну картину хвороби під назвою залозистої гарячки. З 1962 р. використовується єдина назва цієї хвороби – інфекційний мононуклеоз. У 1964 р. М. Ерстеін і Дж. Барр виділили герпесоподібний вірус, який з високою постійністю виявляється у хворих на інфекційний мононуклеоз.

Етіологія.

Останнім часом найбільш вірогідною вважають вірусну природу інфекційного мононуклеозу. Більшість авторів вважають, що в еріології інфекційного мононуклеозу основну роль відіграє вірус Епштейна – Барра, що належать до ДНК – вмісних лімфопроліферативних вірусів. Вірус Епштейна – Барра виявляють не лише при інфекційному мононуклеозі, а й при інших хворобах – лімфомі Беркітта, при якій він був вперше виділений, карциномі носоглотки, лімфогранульоматозі. Антитіла при цьому вірусу виявляються також у крові хворих на системний червоний вовчак, саркоїдоз.

Епідеміологія.

Джерелом інфекції при інфекційному мононуклеозі:

- хворі;
- вірусоносії.

Вважається, що збудник міститься у секреті порожнини рота і виділяється зі слиною.

Механізм передачі:

- переважно повітряно-краплинний;
- не заперечується можливість контактного, аліментарного і трансфузійного шляхів передачі інфекції.

Реєструється інфекційний мононуклеоз переважно у дітей (2 – 10 років) і молодих людей. У віці понад 35 – 40 років хвороба майже не спостерігається. **Контагіозність хворих** на інфекційний мононуклеоз відповідно **не висока**. Захворюваність має **спорадичний характер**. Епідемічні спалахи виникають рідко. **Сезонність не визначена**, але більшість випадків хвороби припадає на холодну пору року. **Імунітет** після перенесеної хвороби **стійкий**, про що свідчить відсутність повторних випадків захворювання.

Патогенез і патоморфологія.

Вхідними воротами інфекції є слизова оболонка носоглотки і верхніх дихальних шляхів. Вірус інфекційного мононуклеозу є тропним до лімфоїдної і ретикулярної тканини, внаслідок чого уражуються лімфатичні вузли, печінка, селезінка, деякою мірою – кістковий мозок, нирки. Лімфогенно збудник потрапляє в регіонарні лімфатичні вузли, де розвивається **первинний лімфаденіт**. У руйнуванні лімфатичного бар'єру виникає вірусемія і відбувається генералізація процесу. Наступна фаза патогенезу – **інфекційно-алергічна**, яка зумовлює хвилеподібний перебіг хвороби. Остання фаза - **формування імунітету і видужування**.

Ураження лімфоїдної і ретикулярної тканини призводить до збільшення в крові кількості лімфоцитів, моноцитів і наявності моноцитоподібних лімфоцитів, які називають по-різному: атипові мононуклеари, клітини залозистої гарячки, віроцити, плазматизовані лімфоцити тощо.

Останнім часом велика увага приділяється інфекційному мононуклеозу як хворобі імунної системи. Вірус не руйнує інфіковані клітини (В - лімфоцити), стимулює їх розмноження; може довго персистувати в

лімфоцитах. Фіксація збудника на поверхні В – лімфоцитів спричиняє активізацію факторів захисту організму. До них належать циркулюючі антитіла проти поверхневого антигена вірусу Епштейна-Барра, цитотоксичні лімфоцити, природні кілери. Основний механізм руйнування інфікованих клітин при інфекційному мононуклеозі – це утворення специфічних цитотоксичних Т – кілерів, які здатні розпізнавати інфіковані клітини. Під час інтенсивного руйнування В – лімфоцитів, можливо виділяються речовини, які зумовлюють гарячку і токсично впливають на печінку. Крім того, в лімфо- і кровотік потрапляє значна кількість антигенів вірусу, які спричиняють загальну алергічну реакцію повільного типу. Для інфекційного мононуклеозу характерна також активація Т – лімфоцитів – супресорів, які пригнічують розмноження і одночасно диференціацію В – лімфоцитів. Це робить неможливим розмноження інфікованих клітин.

Гістологічно виявляють генералізовану гіперплазію лімфатичної і ретикулярної тканини усіх органів і систем, а також інфільтрацію мононуклеарного характеру, іноді неглибокий вогнищевий некроз у печінці, селезінці, нирках, центральній нервовій системі.

К л і н і к а.

Інкубаційний період при інфекційному мононуклеозі коливається в межах 6 – 18 днів (до 30 – 40 днів). Іноді хвороба починається з **продромального періоду** тривалістю 2 – 3 дні, під час якого з'являються втома, млявість, зниження апетиту, біль у м'язах, сухий кашель.

У **типових випадках початок хвороби гострий**, температура тіла підвищується до 38 – 39°C. Хворі скаржаться на головний біль, нежить, біль у горлі під час ковтання, пітливість.

Уже в перші 3 – 5 днів з'являються характерні клінічні ознаки хвороби: гарячка, ангіна(гострий тонзиліт), збільшення лімфатичних вузлів, утруднення носового дихання, збільшення печінки і селезінки.

Звертає на себе увагу характерний вигляд хворого на інфекційний мононуклеоз – набряклі повіки і надбрівні дуги, закладеність носа, напіввідкритий рот, сухість і почервоніння губ, злегка закинута назад голова, хрипле дихання, помітне збільшення лімфатичних вузлів. Гарячка при інфекційному мононуклеозі може бути постійною, ремітую чою або неправильного типу, іноді – хвилеподібною. Тривалість гарячкового періоду – від 4 – 5 днів до 2 – 4 тижнів і більше.

Л і м ф а д е н о п а т і я - найбільш сталий симптом хвороби. У першу чергу збільшуються шийні лімфатичні вузли, особливо розташовані вздовж заднього краю грудино-ключично-соскового м'яза, під кутом нижньої щелепи. Збільшення цих вузлів помітне на відстані при повертанні голови в бік. Іноді лімфатичні вузли мають вигляд ланцюжка або пакета і часто симетрично розташовані, розмір (діаметр) їх може сягати 1 – 3 см. Вони еластичні, помірно болючі на дотик, не спаяні між собою, рухомі, шкіра над ними не змінена. **Можливий набряк підшкірної клітковини** (лімфостаз), що поширюється на підщелепну ділянку, шию, іноді аж до ключиць. Одночасно виявляють збільшення пахвових і пахвинних лімфатичних вузлів.

Рідше спостерігається збільшення бронхолегеневих, середостінних і брижових лімфатичних вузлів.

Внаслідок **ураження глоткового мигдалика** з'являється закладеність носа, утруднення носового дихання, змінюється голос. Однак, незважаючи на це, виділень з носа в гострому періоді хвороби майже не спостерігається тому, що при інфекційному мононуклеозі розвивається задній риніт – уражується слизова оболонка нижньої носової раковини, входи в носову частину глотки.

Одночасно з аденопатією з'являються симптоми **гострого тонзиліту**. Ангіна може бути катаральною, фолікулярною, виразково-некротичною, іноді з утворенням перламутрово-білого або кремового за кольором нальоту, а в ряді випадків – фібринозних плівок, які нагадують дифтерійні. Налюти можуть посилюватися за межі мигдаликів, що супроводжується посиленням гарячки або її відновленням після попереднього зниження температури тіла. Описані випадки інфекційного мононуклеозу без ознак ангіни.

Збільшення печінки і селезінки - один з постійних симптомів інфекційного мононуклеозу. У більшості хворих збільшення селезінки виявляють уже з перших днів хвороби, вона порівняно м'якої консистенції, досягає максимального розміру на 4 – 10 – й день хвороби, після нормалізації розмірів печінки. Печінка максимально збільшується також на 4 – 10 – й день хвороби. У деяких випадках (15%) збільшення печінки може супроводжуватися незначним порушенням її функції, помірною жовтяницею.

У 5 – 25 % хворих на інфекційний мононуклеоз з'являється **висип**, який може бути плямистим, плямисто-папульозним, уртикарним, геморагічним. Терміни появи висипу різні, утримується він протягом 1 – 3 днів і без сліду зникає.

Зміни в крові хворих на інфекційний мононуклеоз є характерними. Лейкопенія, яка може виявитися у перші 2 дні хвороби, змінюється лейкоцитозом $10 - 25 \cdot 10^9$ в І л. Значно збільшується (до 50-80%) кількість одноклітинних клітин (лімфоцитів, моноцитів); ШОЕ 15 – 30 мм\год. Найбільш характерною особливістю є наявність атипових одноклітинних клітин, розміром від середнього лімфоцита до великого моноцита, які мають велике губчасте ядро. Протоплазма клітин широка, базофільна, містить ніжну азурофільну зернистість. Кількість їх може досягти 20 % і більше. Атипові мононуклеари виявляють у 80 – 85% хворих. Вони з'являються на 2 – 3 –й день хвороби і спостерігаються у крові протягом 3 – 4 тижнів, іноді до 2 місяців і більше.

Єдиної класифікації клінічних форм інфекційного мононуклеозу немає. Виділяють:

- типові;
- атипові форми.

До атипових форм відносять випадки захворювання, коли виявляються лише деякі типові симптоми (наприклад, поліаденіт) або найбільш значні ознаки, які є типовими – екзантема, жовтяниця, симптоми

ураження нервової системи тощо. Спостерігається стертий, безсимптомний перебіг хвороби.

У 10 – 15 % випадків можливий рецидив хвороби (іноді - кілька), легший за перебігом, з менш тривалою гарячкою. Значно рідше спостерігається **затяжний перебіг хвороби** – більш як 3 місяці.

У с к л а д н е н н я розвиваються **рідко**.

Можливе виникнення:

- отиту;
- паратонзиліту;
- пневмонії, що пов'язане з приєднанням бактеріальної флори;
- **в окремих випадках може спостерігатися розрив селезінки;**
- **гостра гемолітична анемія;**
- **менінгоенцефаліт;**
- **неврит;**
- **полірадикулоневрит тощо.**

Пр о г н о з.

Хвороба. Як правило, закінчується **повним видужанням**. Летальний кінець спостерігається дуже рідко.

Д і а г н о з.

1) Опорними симптомами клінічної діагностики інфекційного мононуклеозу є:

- гарячка;
- гострий тонзиліт;
- полі аденіт;
- гепатоспленомегалія;
- лімфоцитом;
- моноцитоз;
- наявність у крові **атипових мононуклеарів**.

2) У сумнівних випадках застосовують серологічні дослідження, якими є різні модифікації гетерогемаглютинації. Серед них найбільш поширена **реакція Пауля – Бунелля в модифікації Девідсона**, яка дозволяє виявити в сироватці крові хворих на інфекційний мононуклеоз гетерофільні антитіла проти еритроцитів барана(діагностичний титр 1 : 32 і вище).

3) Найбільш простою і досить інформативною є реакція Гоффа-Бауера з формалінованими еритроцитами коня на предметному склі. Для проведення її потрібна лише одна крапля сироватки крові хворого. Відповідь отримується миттєво. Реакція є позитивною в 90 % випадків.

4) Використовують також реакцію аглютинації трипсинізованих бичачих еритроцитів сироваткою крові хворого, яку попередньо обробляють екстрактом нирок гвінейської свинки. У хворих на інфекційний мононуклеоз ця реакція позитивна у 90 % випадків.

5) Застосовується також реакція, що ґрунтується на здатності сироватки крові хворого на інфекційний мононуклеоз гемолізувати білі тільця еритроцитів.

Наведені реакції неспецифічні, деякі з них можуть бути позитивними при інших хворобах, що знижує їх діагностичну інформативність.

Лікування.

Специфічна терапія інфекційного мононуклеозу не опрацьована, тому в практиці проводиться **симптоматичне, десенсибілізуюче, загально-зміцнювальне лікування**.

Антибіотики застосовують лише у випадках, коли гарячка триває довше 6 – 7 днів, прояви ангіни різко виражені і супроводжується значним збільшенням тонзиллярних лімфатичних вузлів.

Для лікування хворих на тяжкі форми застосовують **глюкокортикостероїди**, підставою для призначення яких є і морфологічний субстрат хвороби (гіперплазія лімфоїдної тканини). Проводиться **дезінтоксикація**.

Місцеве лікування.

В усіх випадках потрібне полоскання горла розчинами риванолу, йодинолу, фурациліну та іншими антисептичними засобами.

Профілактика.

Специфічна профілактика інфекційного мононуклеозу не розроблена.

Хворих госпіталізують за клінічними показниками. **Карантин не встановлюється**. Дезінфекційних заходів у вогнищі інфекції не проводять.

Питання для самоконтролю:

1. Види герпесу?
2. Охарактеризуйте простий герпес, оперізувальний герпес?
3. Розкажіть про етіологію? Епідеміологію? Сприйнятливність населення? Імунітет?
4. Назвіть клінічні прояви герпесвірусних інфекцій, їхню характеристику?
5. Дайте класифікацію?
6. Назвіть методи діагностики?
7. Проведіть диференціальну діагностику?
8. Розкажіть про лікування хворих з різними клінічними формами герпесу? Показання до госпіталізації? Диспансеризацію?
9. Розкажіть про профілактику і заходи в осередку?
10. Охарактеризуйте інфекційний мононуклеоз? Дайте визначення хвороби, актуальність?
11. Розкажіть про етіологію, епідеміологію?
12. Охарактеризуйте патогенез?
13. Розкажіть про клінічний перебіг хвороби?
14. Назвіть ускладнення?

15. Назвіть методи діагностики, опорні симптоми клінічної діагностики?
Специфічні зміни картини крові, серологічна діагностика?
16. Проведіть диференціальну діагностику?
17. Розкажіть про лікування?
18. Назвіть особливості догляду за хворими?
19. Розкажіть про профілактику?

Тести:

- 1. Яке ускладнення може розвинути у пацієнта внаслідок стрептококової ангіни?**
 1. гемолітична анемія
 2. лімфогрануломатоз
 3. ревматизм
 4. астигматизм
 5. набряк Квінке

- 2. Провідний метод діагностики інфекційного мононуклеозу:**
 1. мікроскопічний
 2. бактеріологічний
 3. алергологічний
 4. біологічний
 5. серологічний

- 3. Типові клінічні симптоми ангіни:**
 - 1 - лихоманка, інтоксикація, полілімфаденіт, тонзиліт
 - 2 - лихоманка, інтоксикація, гепатоспленомегалія, тонзиліт
 - 3 - субфібрилітет, помірна інтоксикація, екзантема, тонзиліт
 - 4 - лихоманка, інтоксикація, регіонарний лімфаденіт, тонзиліт
 - 5-лихоманка, помірна інтоксикація, екзантема, спленомегалія, тонзиліт

- 4. Основний шлях передачі HSV-2:**
 1. Повітряно-крапельний
 2. Фекально-оральний
 3. Статевий
 4. Трансмісивний
 5. Аліментарний

- 5. Яке ускладнення найбільш характерне для оперізуючого лишая?**
 1. Міокардит
 2. Пневмонія
 3. Постгерпетична невралгія

4.Менінгококцемія

5.Аднексит

6. Основним місцем латентної персистенції HSV є:

1.Лімфатичні вузли

2.Печінка

3.Чутливі нервові ганглії

4.Селезінка

5.Наднирники

7. Який вірус викликає як первинну вітряну віспу, так і оперізуючий лишай?

1.HSV-1

2.HSV-2

3.Varicella-zoster virus

4.Epstein–Barr virus

5. HSV-1 та HSV-2

8. Для якого захворювання характерні: лейкоцитоз, лімфомоноцитоз, атипові мононуклеари 10% і більше?

1.Черевний тиф

2.Вітряна віспа

3.Аденовірусна інфекція

4.Інфекційний мононуклеоз

5.Грип

9. Вкажіть характерні ознаки інфекційного мононуклеозу

1.Усі відповіді вірні

2.Гострий початок захворювання

3.Генералізована лімфаденопатія

4.Гепатолієнальний синдром

5.Назофарингіт, ангіна

10. До якої групи мікроорганізмів відноситься збудник інфекційного мононуклеозу?

1.Бактерії

2.Грибки

3.Віруси

4.Рікетсії

5. Найпростіші

Завдання та задачі:

1. Хворий 16 років, госпіталізований на 5-й день хвороби зі скаргами на помірний головний біль у лобово – скроневих областях, закладання носа, болю в горлі при ковтанні, підвищення температури до 38 – 38,5°C. Стан при надходженні задовільний. Носовий подих утруднений, рясні слизуваті виділення з носа, гіперемія слизуватої рото глотки, збільшені підщелепні і шийні лімфовузли.

Ваш попередній діагноз?

2. Герпес у вагітної Р. 27 років. Діагноз: первинний генітальний герпес (HSV-2).

Яка небезпека для плода?

3. До фельдшера з'явився юнак 16 р. зі скаргами на високу температуру, біль в горлі при ковтанні. Хворіє 2 дні. При огляді: температура 39, 6, лице одутле, некротична ангіна, потиличні та задньошийні лімфатичні вузли значно збільшені. Пальпується печінка та селезінка.

Про яке захворювання повинен подумати фельдшер?

Література:

Основна:

Козько В. М. Інфекційні хвороби : підручник – Київ ВСВ «Медицина» 2019 150 -164, 167 - 172 ст.

Додаткова:

Чорновіл А. В., Грицко Р. Ю. Клінічне медсестринство в інфектології з елементами епідеміології – К.: Здоров'я, 2002 266 – 284 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет сайт <https://chmfc.com.ua/>