

**“ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ  
З СИНДРОМОМ АНГІНИ.  
ДИФТЕРІЯ”**

# **АНГІНА** (від лат. *angere* – душити, стискати) **гострий тонзиліт (tonsillitis acuta)**

це загальне інфекційне захворювання з місцевими проявами у вигляді гострого запалення одного або декількох компонентів лімфаденоїдного глоткового кільця Пирогова-Вальдемейєра, частіше всього піднебінних мигдаликів

**Значно рідше вживаються**  
– ангіна горлова (**angina pharyngis**)

# ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ

## Бактерії:

- $\beta$ -гемолітичний стрептокок групи А
- стафілокок
- диплокок

## Віруси:

- аденовіруси

## Вірусно-бактеріальні асоціації

## Спірохети

## Гриби

**Ангіна Сімановського-Венсана** – симбіоз збудників  
веретеноподібна паличка (Вас. Fusiformis)  
спірохета ротової порожнини (Spirochaeta buccalis)



# ФУНКЦІЇ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ

1. ЗАХИСТНА
2. БАР'ЄРНА
3. УТВОРЕННЯ ІМУНІТЕТУ
4. ІНФОРМАЦІЙНА

*(площа піднебінних мигдаликів ~ 300 см<sup>2</sup>)*

*МІСЦЕВИЙ ІМУНІТЕТ ВИРОБЛЯЄТЬСЯ ЗА РАХУНОК ПРОДУКЦІЇ  
БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН: ІМУНОГЛОБУЛІНУ,  
ІНТЕРФЕРОНУ, ЛІЗОЦИМУ, ЛЕЙКОЦИТІВ ТА МАКРОФАГІВ*

# КЛАСИФІКАЦІЯ АНГІН

- ❑ **ПЕРВИННІ АНГІНИ** *(запальне захворювання з клінічними ознаками враження лімфаденоїдного кільця глотки)*
- ❑ **ВТОРИННІ АНГІНИ**
  - враження мигдаликів при гострих інфекційних захворюваннях (дифтерії, скарлатині, інфекційному мононуклеозі)
- ❑ **СПЕЦИФІЧНІ АНГІНИ** — етіологічним фактором виступає специфічна інфекція (грибкова ангіна, ангіна Сімановського-Венсана)

# В залежності від характеру та глибини враження



**По ступенню важкості:** легка, середньоважка, важка



# Провокуючі фактори розвитку ангіни:

- переохолодження та перевтома
- фонові гострі респіраторні та інші вірусні інфекції
- утруднене або відсутнє носове дихання
- хронічний тонзиліт
- карієс зубів
- імунодефіцитний стан

# КАТАРАЛЬНА АНГІНА

- ▣ **ОЗНАКИ ІНТОКСИКАЦІЇ  
ВИРАЖЕНІ ПОМІРНО**
- ▣ **ТЕМПЕРАТУРА ТІЛА  
СУБФЕБРИЛЬНА**

## ФАРИНГОСКОПІЧНА КАРТИНА

**яскрава гіперемія, що поширюється на м'яке та  
тверде піднебіння, задню стінку глотки,  
мигдалики збільшуються переважно за рахунок  
інфільтрації та набряку**



# ЛАКУНАРНА АНГІНА

## ФАРИНГОСКОПІЧНА КАРТИНА

- виражена гіперемія
- набряк та інфільтрація поширюється на м'яке та тверде піднебіння і задню стінку глотки
- мигдалики збільшуються переважно за рахунок інфільтрації та набряку
- в лакунах знаходиться гнійний вміст

# ФОЛІКУЛЯРНА АНГІНА

*ВРАЖЕННЯ ФОЛІКУЛЯРНОГО АПАРАТА*

## ФАРИНГОСКОПІЧНА КАРТИНА

мигдалики гіпертрофовані  
різко набрякші, через  
епітеліальний покрив  
виглядають фолікули.  
Фолікули, що дозріли  
прориваються,  
утворюючи гнійний наліт,  
що не виходить за межі  
мигдалика

# АНГІНА СІМАНОВСЬКОГО-ПЛАУТА-ВЕНСАНА

## Клінічні форми:

- ▣ Дифтероїдна
- ▣ Виразкова
- ▣ Некротична

## СИМПТОМАТИКА

- ▣ Стан порушений мало
- ▣ Поступовий розвиток хвороби
- ▣ Температура нормальна або субфебрильна
- ▣ Місцевий процес носить односторонній характер

## При виразково-некротичній формі:

на тлі гіперемованої слизової оболонки мигдаликів утворюється сирково-подібне, жовто-зеленого кольору утворення, що знаходяться на дні кратероподібної виразки

Відмічається гнилісний запах з ротової порожнини та значно збільшений лімфатичний вузол на стороні враження



# ГЕРПЕТИЧНА АНГІНА

## ВИКЛИКАЄТЬСЯ:

- ✓ Простим герпесом 1 типа
- ✓ Ентеровірусами Коксакі
- ✓ Аденовірусами

*Виникає переважно у дітей молодшого віку*

## СИМПТОМИ:

- 📌 *Гострий початок*
- 📌 *Помірний біль в горлі при ковтанні*
- 📌 *Підвищення температури до 38-40°C*

## ФАРИНГОСКОПІЧНА КАРТИНА:

- 📌 *Помірна гіперемія слизової оболонки м'якого піднебіння*
- 📌 *Наявність папул (d – 1-2 мм.), які швидко перетворюються в червоні пухирці. Через 3-4 дні вони лопаються і утворюються поверхневі ерозії, які заживають до 4-7 доби.*
- 📌 *Можливі герпетичні висипання на слизовій щік, м'якого піднебіння, дужок, шкірі обличчя.*

# УСКЛАДНЕННЯ

- **СЕПТИЧНІ:** гнійний лімфаденіт, синусит, отит
- **ІНФЕКЦІЙНО-АЛЕРГІЧНІ:** гломерулонефрит, міокардит, синовіт, ревматизм

# ОСОБЛИВОСТІ АНГІНИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ:

- Часто виникає на фоні ГРВІ, поєднання симптомів ГРВІ та ангіги;
- Тривало зберігаються катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів;
- Повільне очищення мигдаликів;
- Стійка гіперемія та набряклість слизових ротогорла;
- Виражене збільшення регіонарних лімфовузлів;
- Часті ускладнення



# “Особливості перебігу дифтерії у дітей”

# КІЛЬКІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ДИФТЕРІЮ ТА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ У 1989 – 1997

Р О К И	ЗАХВОРІЛО	ПОМЕРІЛО	ЛЕТАЛЬНІСТЬ
1989	25	5	20
1990	34	2	5,8
1991	225	12	5,3
1992	362	27	7,5
1993	543	24	4,4
1994	631	27	4,2
<b>1995</b>	<b>1069</b>	<b>56</b>	<b>5,2</b>
1996	568	28	4,9
1997	228	12	5,8
<b>В С Ь О Г О</b>	<b>3685</b>	<b>193</b>	<b>5,2</b>

Крамарев С.О. Сучасні інфекції 1991

# ДИФТЕРІЯ

CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE Гм (+)

Gravis

Mitis

Intermedius

Токсигенні та нетоксигенні дифтерійні палички

*Мікроорганізми ростуть на телурітово - кров'яному агарі*

Із фільтратів культур дифтерійних коринебактерій виділяють фактори патогенності:

Класичний екзотоксин

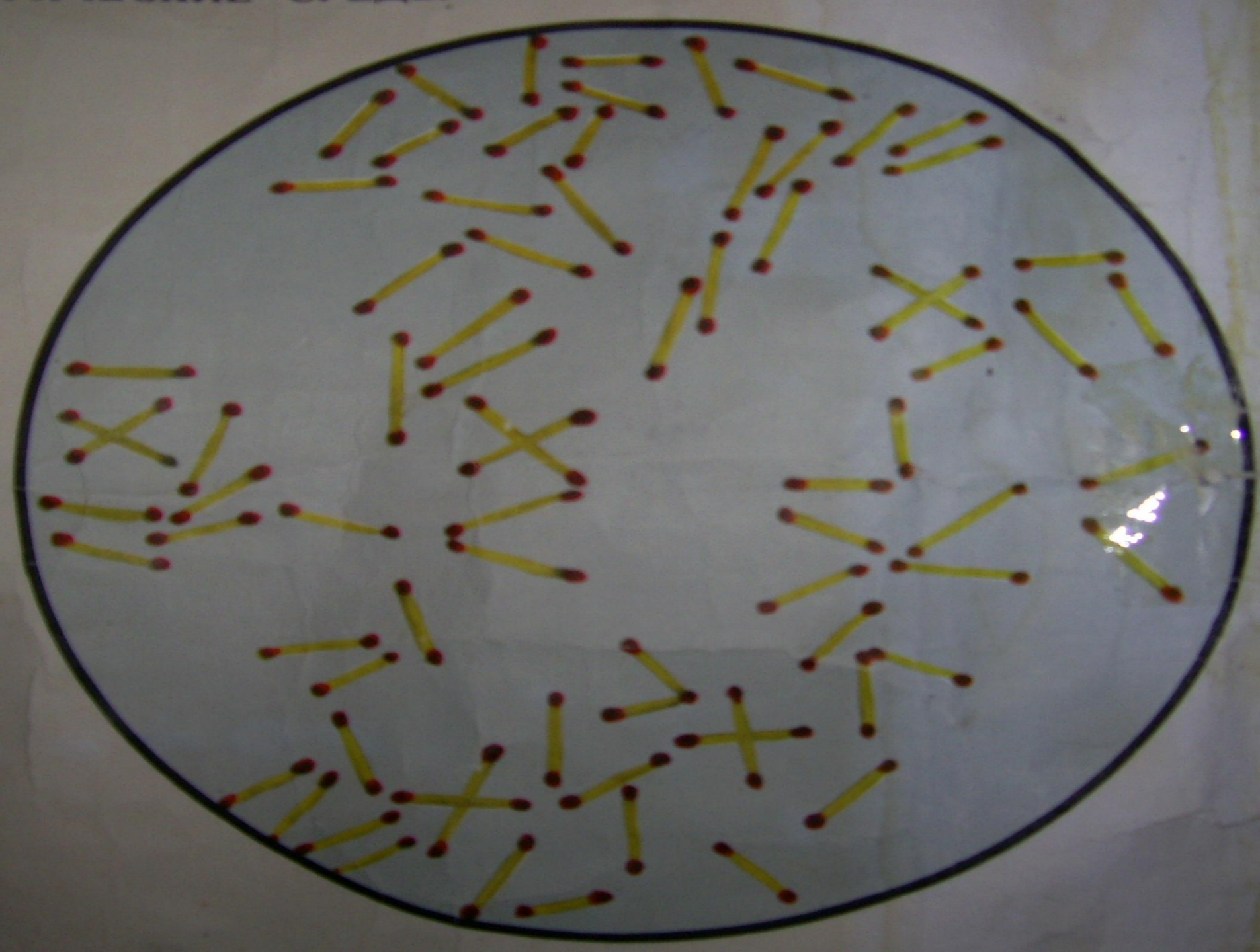
Первинний некротичний фактор

Гемолітичний фактор

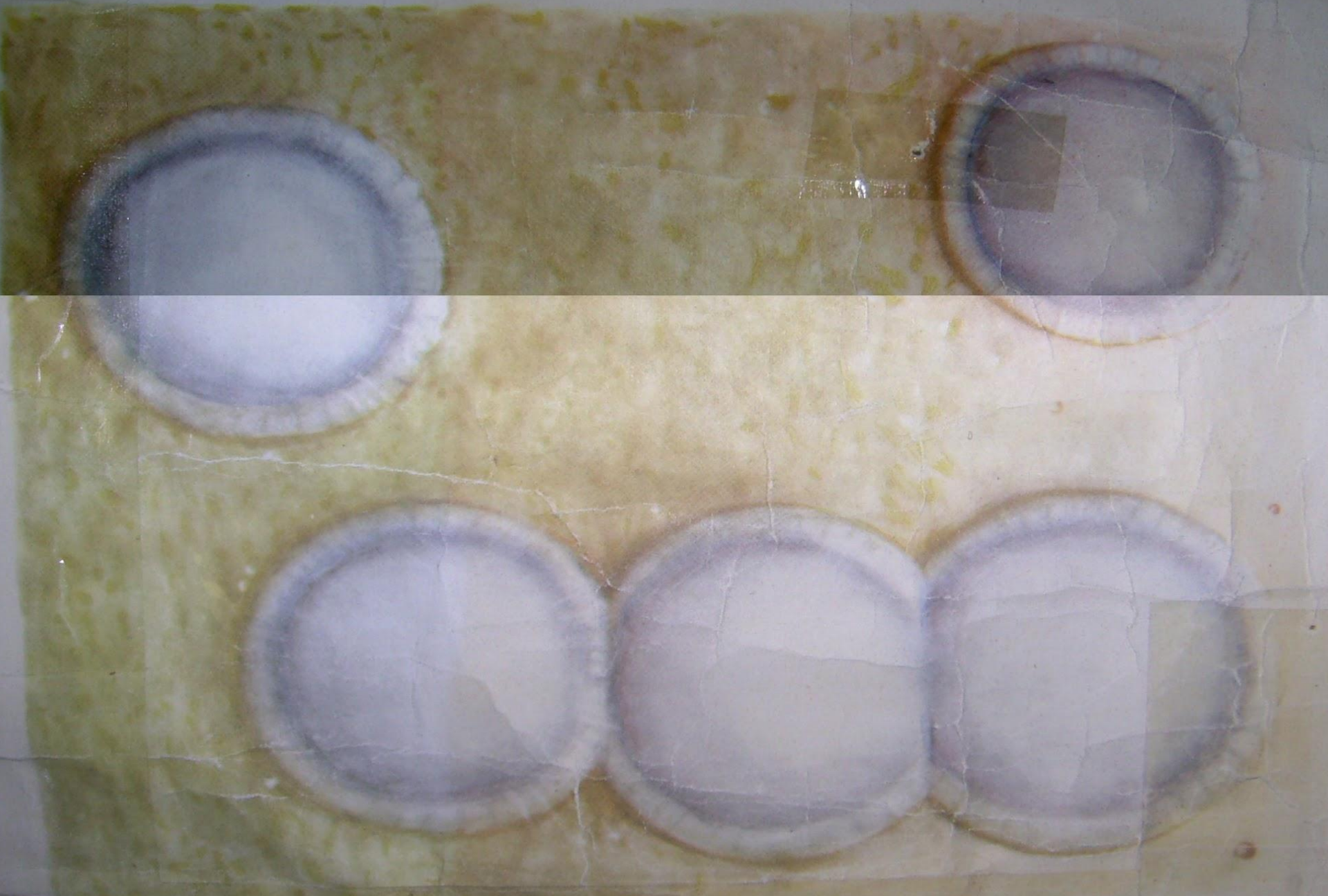
Нейрамінідаза  
Гіалуронідаза

біологічні  
активні ферменти









ТИПИЧНЫЕ КОЛОНИИ НА ШОКОЛАДНОМ АГАРЕ

# ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

## ДЖЕРЕЛО ІНФЕКЦІЇ

ХВОРИ НА ДИФТЕРІЮ

БАКТЕРІОНОСІЇ  
*(ГОЛОВНЕ ДЖЕРЕЛО ІНФЕКЦІЇ)*

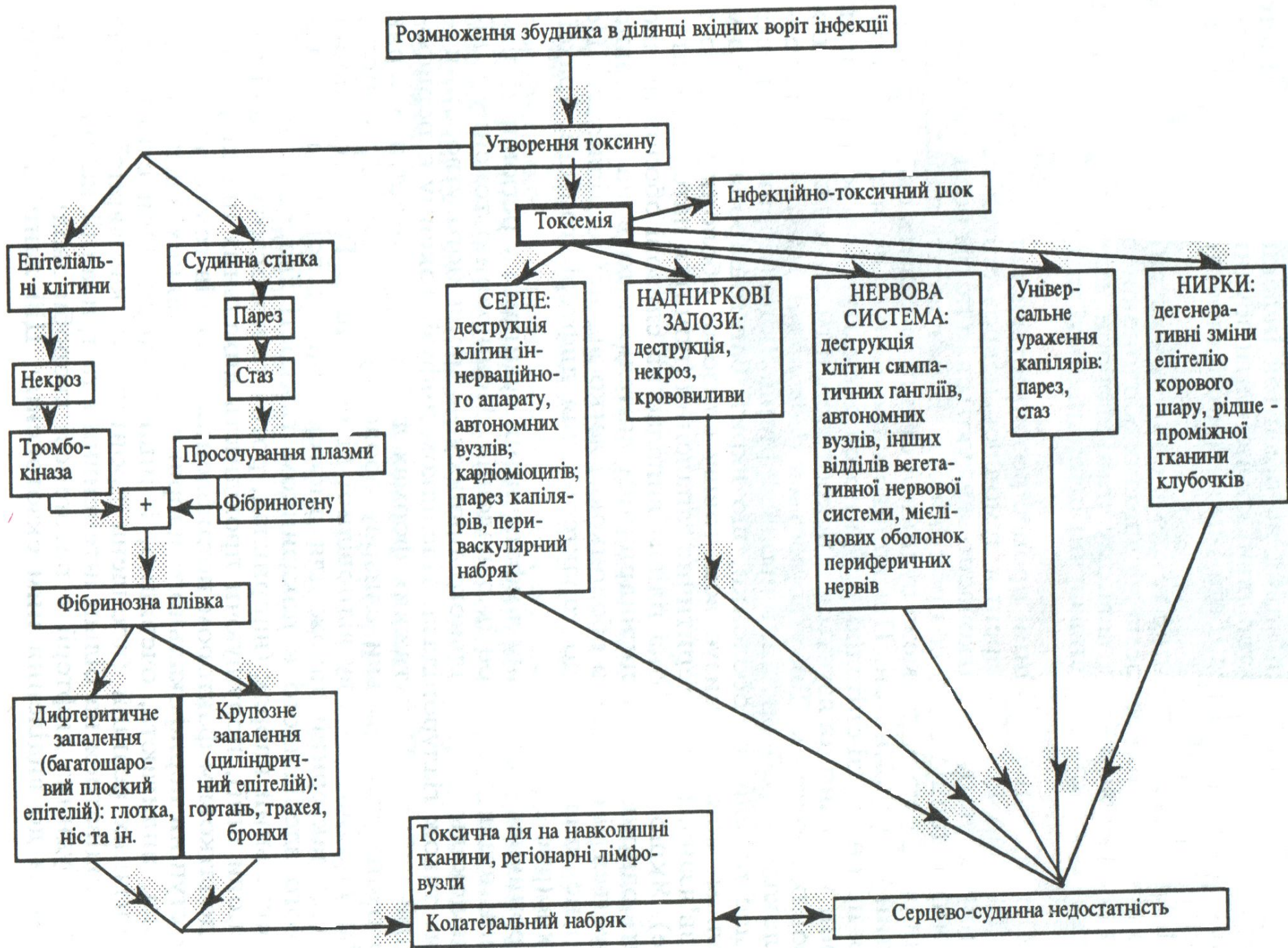
## ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ

ПОВІТРЯНО-  
КРАПЕЛЬНИЙ

КОНТАКТНО-ПОБУТОВИЙ

АЛІМЕНТАРНИЙ







# КЛАСИФІКАЦІЯ ДИФТЕРІ

## I. За локалізацією

1. Дифтерія ротоглотки
2. Дифтерія дихальних шляхів
3. Дифтерія носоглотки
4. Дифтерія носа
5. Дифтерія ока
6. Дифтерія шкіри
7. Дифтерія вуха
8. Дифтерія статевих органів
9. Комбіновані форми дифтерії

## II. За тяжкістю

*легка форма*

*середньотяжка форма*

*тяжка форма*

## III. За перебігом

Дифтерія з ускладненнями і без ускладнень

## IV. Бактеріоносійство

Бактеріоносійство реконвалесцентів

Бактеріоносійство транзиторне

*(одноразове виділення корінобактерій дифтерії)*

Короткочасне – до 2 тижнів

Затяжне – більше 1 місяця

Хронічне – більше 6 місяців

# Дифтерія ротоглотки

ЛОКАЛІЗОВАНА

КАТАРАЛЬНА

ОСТРІВЧАТА

ПЛІВЧАСТА

ТОКСИЧНА

I

ст.

II

ст.

III

ст.

ПОШИРЕНА

ГІПЕРТОКСИЧНА

# Локалізована форма

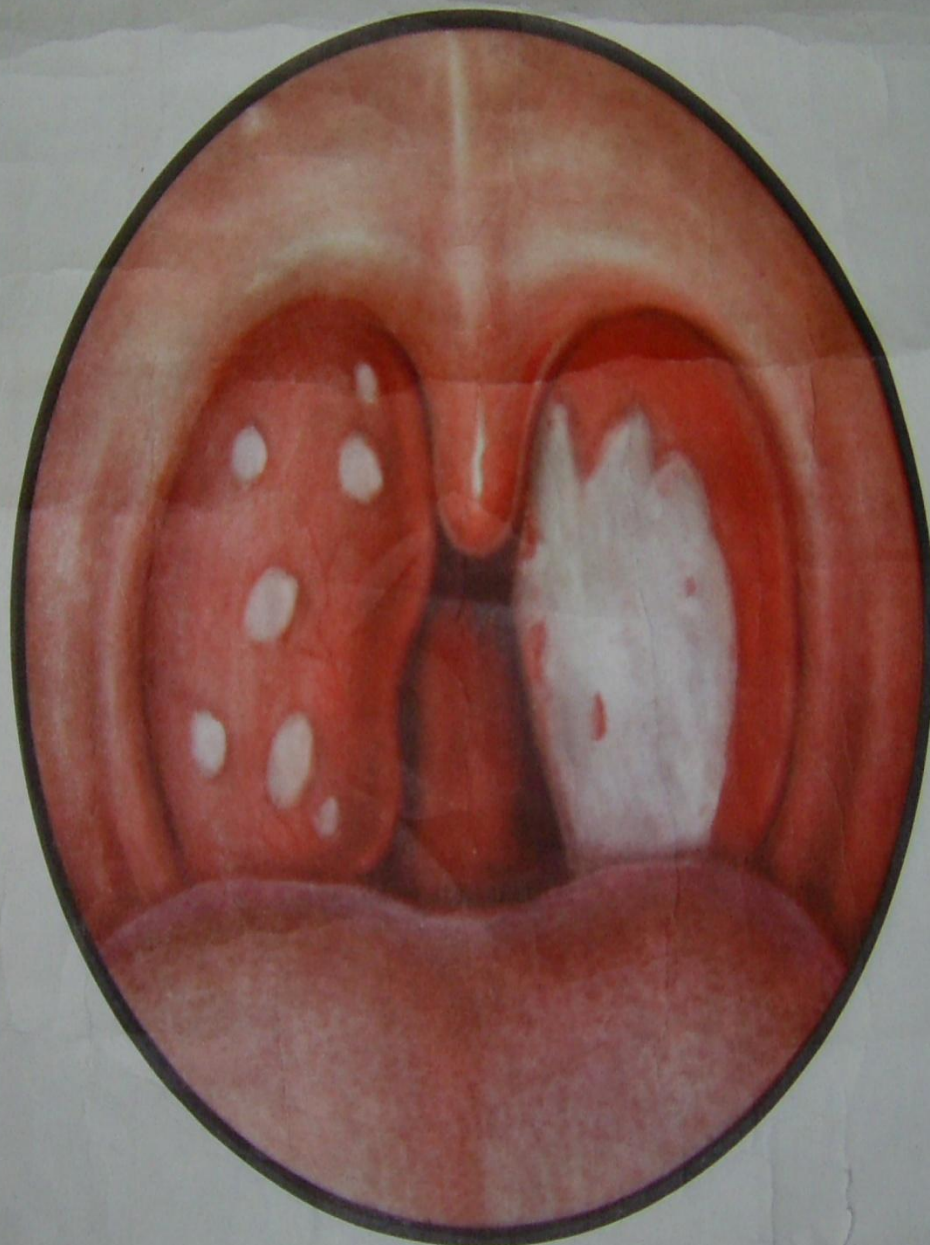
- розпочинається гостро
- температура 37- 38,5 ° С
- тривалість температури (3-4 дні), самовільне пониження температури
- біль при ковтанні
- незначно виражені симптоми інтоксикації
  - ✓ *головний біль*
  - ✓ *кволість*
  - ✓ *зниження апетиту*
  - ✓ *порушення сну*
  - ✓ *інколи нудота та блювання*



# Фарингоскопічна картина локалізованої форми:

- ❑ Застійна гіперемія слизової ротоглотки з ціанотичним відтінком
- ❑ Кулясте збільшення мигдаликів, білуваті та білувато-сірі фібринозні плівки щільно з'єднанні з поверхнею мигдалика, в межах мигдалика
- ❑ Після знаття нальоту поверхня мигдалика кровоточить
- ❑ (+) – тканина
- ❑ Перші години захворювання нальоти мають вигляд тонкої плівки, яку легко зняти
- ❑ Кінець першої доби – плівка більш щільна
- ❑ Друга доба – плівка потовщується стає хвилястою
- ❑ набряк піднебінних дужок, язичка інколи паратонзілярних тканин збільшених регіонарних вузлів

# ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ДИФТЕРИЯ ЗЕВА



ОСТРОВЧАТАЯ ФОРМА

ПЛЕНЧАТАЯ ФОРМА



# Поширена форма ротоглотки

- ❑ гострота процесу
- ❑ температура  $39^{\circ}\text{C}$  протягом 2 - 3 днів
- ❑ інтенсивний головний біль при ковтанні
- ❑ загальна слабкість, зниження апетиту
- ❑ нудота, блювота
- ❑ блідість шкіри
- ❑ тони приглушені, тахікардія
- ❑ збільшені регіонарні лімфатичні вузли



РАСИРОВОЖАЕННАЯ ДИФТЕРИЯ ЗЕВА



## **Фарингоскопічна картина поширеної форми ротоглотки:**

- ❖ **на мигдаликах сірувато-білого або брудно-сірого кольору нальоти, здебільшого з хвилястою поверхнею, які поширюються за межі мигдаликів: на передні піднебінні дужки, язичок**
- ❖ **нальоти зберігаються до 10-12 днів**
- ❖ **слизова оболонка ротоглотки гіперемована з ціанотичним відтінком**

# Токсична форма ротоглотки

- ◆  $t^{\circ} 39 - 40^{\circ}C$
- ◆ блювота
- ◆ біль в животі
- ◆ обличчя бліде, губи сухі, потріскані
- ◆ рот напіввідкритий
- ◆ із рота відчувається неприємний солодкувато гнилісний запах
- ◆ щільний набряк слизової оболонки та підлеглих тканин підшкірної основи шиї. Шкіра над ділянкою набряку не змінена
- ◆ набряк до середини шиї – I ступінь
- ◆ набряк до ключиці – II ступінь
- ◆ набряк нижче ключиці – III ступінь
- ◆ міокардити, полірадікулоневрїти

## **Фарингоскопічна картина токсичної форми ротоглотки:**

- плівки покривають всі поверхні мигдаликів**
- поширюються на піднебінні дужки, язичок, м'яке піднебіння, задню стінку глотки**
- просоченні кров'ю**



# УСКЛАДНЕННЯ:

- Міокардит
- Полінейропатії
- Інфекційно-токсичний шок
- ДВЗ – синдром
- Нефроза – нефрит
- Пневмонія



# Дифтерійний міокардит

ранній – 2 – 7 день

пізній 2 – й тиждень хвороби

## Ураження розгалуженої мережі нервової системи серця

- \* вузли автоматизму
- \* інтрамуральні ганглії
- \* провідна система серця
- \* ураження інтра- та екстракардіального іннерваційного апарата серця та інших відділів розгалуженої мережі вегетативної нервової системи

# ДИФТЕРІЯ ГОРТАН

I



**Локалізована  
форма**

**Поширена  
форма**

*(запальний процес обмежується  
слизовою оболонкою гортані)*

*А. переходить на трахею  
Б. Переходить на бронхи*

# **Неврологічні ускладнення:**

**Під дією токсину вражаються рухові та чутливі гілки периферичних нервів.**

**Основні циліндри не ушкоджуються, тобто ураження периферичних нервів при дифтерії має зворотній характер.**



# РАННІ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ -

*(1 – 2 тиждень від початку захворювання)*

**Ураження периферичних відділів IX  
язикоглоткового та X блукаючого  
нервів**

## Бульбарний синдром:

парез, параліч м'якого піднебіння  
порушення фонації  
носовий відтінок голосу  
виливання рідкої їжі через ніс

# ПІЗНІ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ -

*(3 – 8 тиждень від початку захворювання)*

в'ялі, периферичні парези кінцівок

## Розвиваються:

- ★ **зниження м'язової сили**
- ★ **гіпотонія**
- ★ **гіпоарефлексія**
- ★ **гіпотрофія**
- ★ **розлади поверхневої та глибокої чутливості**

## **Першими симптомами пізніх нейропатій є:**

*оніміння язика, ясен, обличчя, парестезії в пальцях рук і ніг*

**Далі з'являються в'ялі парези** (атонія, арефлексія, атрофія)

**Відновлення втрачених функцій відбуваються**

**повільно:** *активні рухи з'являються на 10 – 12 тижні від початку захворювання.*

# ДІАГНОСТИКА:

1. Бактеріоскопічний метод
2. Бактеріологічний метод
3. Серологічний метод (РПГА)

*(реакція пасивної гемаглютинації)*

4. Ланцюгова полімеразна реакція (ЛПР)

*(визначення гена дифтерійного токсину)*



# ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ:

1. Загальний аналіз корові
2. Загальний аналіз сечі
3. Кал на яйця глистів
4. Зіскоб на ентеробіоз
5. Пряма бактеріоскопія мазка
6. Мазок із зівка і носа на BL
7. Мазок із зівка на патогенну флору та чутливість до антибіотиків
8. Кров на напруженість імунітету (захисний титр антитіл)
9. Консультація ЛОР та кардіолога
0. ЕКГ
11. Біохімія крові (сечовина, креатинін, загальний білок та фракції, білірубін, трансамінази)
2. Група крові та Rh – фактор
3. Коагулограма

# ЛІКУВАННЯ:

I. Ліжковий режим

II. Введення протидифтерійної сироватки (ПДС)

Введення сироватки по Безредко:

Кінська сироватка розведена (1: 100) - введення внутрішньошкірно

папула < 1 см негативна реакція

> 1 см позитивна реакція

підшкірне введення 0,1 мл нерозведеної ПДС

При відсутності загальної та локалізованої реакції через  $45 \pm 15$  хв. необхідну кількість ПДС вводять внутрішньом'язово.

**А)** Доза ПДС визначається формою дифтерії, ступенем інтоксикації і не залежить від віку та ваги хворого.

**Б)** Кратність введення визначається формою дифтерії.

Перша доза ДПС відповідає формі дифтерії (див. таблицю)

При локалізованій формі дифтерії вся доза ПДС вводиться одноразово.

При локалізованій і поширеній формі дифтерії інтервал між введеннями ПДС складає – 24 години

При токсичних

комбінованих

гіпертоксичних

**12 годин**

**8 годин**

При пізніх строках від початку лікування первинна доза сироватки збільшується на 1/ 2 від курсової дози, що вказана в таблиці.

**В)** ПДС – вводиться внутрішньом'язово

**Г)** Тривалість введення ПДС не повинна перевищувати 2 доби.



*Дози ПДС при різних клінічних формах дифтерії  
(в тис. МО)*

Клінічна форма	Перша доза	Повторна доза	Сумарна доза (на курс)
Дифтерія ротоглотки			
острівцева	10	—	10
плівчаста	20-30	10	30-40
поширена	40-50	20	60-70
токсична I ст.	60-70	40	100-120
токсична II ст.	80-100	50	130-180
токсична III ст.	100-120	70-80	200-250
гіпертоксична	120-130	80	250
Дифтерія носоглотки			
локалізована	20-30	10	30-40
Дифтерія гортані			
локалізований круп	30-40	—	30-40
поширений круп	40-50	20-30	60-80
низхідний круп	40-50	20-30	60-80
Локалізовані форми			
дифтерії носа, ока,			
шкіри	15-20	—	15-20
статевих органів	20-30	10	30-40
Токсичні форми			
дифтерії (носа, ока,			
шкіри статевих ор-			
ганів)	50-80	40	90-120



# III. Етіотропна терапія

кларитроміцин (10 мг/кг/ 2 р добу)

Макроліди

рулід 5-8 мг/кг/добу

Пеніцилін

50 – 100 мг/кг

(амоксіцилін)

20 - 40 мг/кг

Рифампіцин

10 - 20 мг/кг

Цефалоспорины II і III покоління –

цефтазидим 50 – 100 мг/кг

цефуроксим 8 мг/кг

## IV. Інфузійна терапія

*(5% глюкоза, плазма, реополіглюкін) 20 – 30 мл/кг)*

**V.** Преднізолон – 2–3 мг/кг на добу або  
гідрокортизон - 5 - 10 мг/кг

Курс лікування при локалізованих і  
поширених формах складає – 5 – 7 днів  
при важких формах, ускладнених  
міокардитом – 1,5 місяці

# Міокардит

1. Суворий ліжковий режим не менше ніж 2 тижні
2. Преднізолон 2 – 3 мг/кг/ добу в/в, потім 1,5 мг/кг на протязі 3 – 4 тижнів
3. При легкому та середньо-тяжкому міокардиті показано: застосування протизапальних препаратів  
вольтарен, по 2 – 3 мг/кг/добу на протязі 3 – 6 тижнів  
ібупрофен – 10 мг/кг/добу
5. Для покращення метаболізму міокарда використовують АТФ 1 – 2 мг/добу в 3 прийоми
6. При появі симптомів серцевої недостатності використовують:  
фуросемід ( 2 - 4 мг/кг)  
верошпірон (1 – 4 мг/кг)  
при порушеннях ритму - ізоптін 0,1 мг/кг  
антигіпоксанти - цитохром С  
- мульти-табс



КАЛЕНДАР ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ

Вік	Щеплення проти :						Примітка
	Туберкульозу <sup>1</sup>	Гепатиту В <sup>2</sup>					
1 день		Гепатиту В <sup>2</sup>					
3-7 день	Туберкульозу <sup>1</sup>						
1 міс.		Гепатиту В <sup>2</sup>					
3 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>3</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ІПВ	Гемофільної інфекції <sup>5</sup>		Дітям з високим ризиком розвитку післявакцина-льних ускладнень вакциною АаКДП
4 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>3</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ІПВ	Гемофільної інфекції <sup>5</sup>		Дітям з високим ризиком розвитку післявакцина-льних ускладнень вакциною АаКДП
5 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>3</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	Гемофільної інфекції <sup>5</sup>		Дітям з високим ризиком розвитку післявакцина-льних ускладнень вакциною АаКДП
6 міс.		Гепатиту В <sup>2</sup>					
12 міс.						Кору, красну-хи, пароти-ту <sup>6</sup>	
18 міс.			Дифте-рії, кашлю-ку, правця <sup>3</sup> вакциною АаКДП	Поліо-мієлі-ту <sup>4</sup> ОПВ	Гемофіль-ної інфекції <sup>5</sup>		
6 років			Дифте-рії, правця <sup>3</sup>	Поліо-мієлі-ту <sup>4</sup> ОПВ		Кору, красну-хи, пароти-ту <sup>6</sup>	
7 років	Тубер-кульозу <sup>1</sup>						
14 років	Тубер-кульозу <sup>1</sup>		Дифте-рії, правця <sup>3</sup>	Поліомієлі-ту <sup>4</sup> ОПВ			
15 років						Красну-хи (дівча-та), пароти-ту (хлоп-ці) <sup>6</sup>	
18 років			Дифте-рії, правця <sup>3</sup>				
Дорослі			Дифте-рії, правця <sup>3</sup>				

# КЛАСИФІКАЦІЯ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Підродина герпесвірусу	Герпес вірус	Тип герпесу	Первинна інфекція
α-Herpesviridae	Herpes simplex	HSV-1	гінгівостоматит HSV-енцефаліт неонатальна HSV-інфекція
		HSV-2	кератокон'юнктивіт неонатальний герпес менінгоенцефаліт, дисемінований герпес
	Varicella-Zoster Вірус герпесу людини 3-го типу	VZV чи HHV-3	Вітряна віспа
β-Herpesviridae	Cytomegalovirus hominis Вірус герпесу людини 5-го типу	CMV чи HHV-5	гетерофільний мононуклеоз цитомегалія при імунодефіциті
		HHV-6	розеольозний висип, еритематозний висип у новонароджених
		HHV-7	екзема у новонароджених

<b>γ-Herpesviridae</b>	<b>Epstein-Barr virus</b>	<b>EBV чи HHV - 4</b>	<b>інфекційний мононуклеоз, саркома м'язів, енцефаліт у новонароджених, лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія у дітей</b>
		<b>HHV8</b>	<b>Саркома Капоши</b>



# ЕТІОЛОГІЯ

*Вірус Епштейна-Барр відноситься до родини Herpesviridae 4-го типу*

*Інфекційний мононуклеоз вперше описаний Філатовим у 1885 році під назвою  
«гостра залозиста лихоманка»*

*У 1920 р. американські вчені Спрант (Sprunt) та Еванс (Evans) описали це  
захворювання та ввели термін, як*

*«Інфекційний мононуклеоз»*

*У 1932 р. Пауль і Буннель виявили антитіла в сироватці пацієнтів з клінікою  
інфекційного мононуклеозу, які вступали в реакцію аглютинації з  
еритроцитами різних тварин, і назвали їх*

*гетерофільними антитілами*

*1964 р. вченими Епштейн, Ахонг і Барр був виділений вірус із клітин  
злюкисної пухлини – ендемічної лімфоми Беркітта*

*В 1968 р. встановлений етіологічний зв'язок інфекційного мононуклеоз (ІМ) і  
вірусу Епштейна-Барр*

С К Л А Д: ДНК-геном, капсид, протеїн  
та зовнішня ліпідна оболонка

Специфічні маркери: VCA – капсидний антиген  
EBNA – ядерний антиген

EAD – *д и ф у з н и й*  
EAR – *локалізований* } *ранні*  
*антигени*

Перебіг:  
гострий, латентний, хронічний

# Е П І Д Е М І О Л О Г І Я

**95 – 100 % населення земної кулі інфіковані вірусом**

**В країнах, що розвиваються, інфікування відбувається  
у віці до 3 років, все інше населення – до повноліття**

**В розвинутих країнах - в більш пізні строки**

В країнах з помірним кліматом – **інфекційний моноклеоз**

В умовах тропіків – **назофарингеальна карцинома, лімфома Беркітта та інші**

**Шляхи поширення:**

**– повітряно-крапельний  
(орофарингеальний секрет)**

**- через поцілунки**



# КЛІНІЧНІ ФОРМИ EBV - ІНФЕКЦІЇ

В і р у с  
Епштейн -  
Барр

Інкубаційний період  
30 - 50 діб

## Інфекційний мононуклеоз

### Лімфома Беркітта:

Поширена серед дітей Уганди, характеризується утворенням пухлин у верхній щелепі, нирках, яєчниках, печінці, ЦНС, кістках

### Назофарингеальна карцинома:

Ушкодження епітелію ротової порожнини. Поширена в Китаї

### Хронічна активна EBV-інфекція:

Проявляється пневмонією, рецидивуючим проліферативним синдромом, гепатитом, увеїтом, паротитом. Спостерігається рецидивуючий перебіг, іноді з летальним кінцем

### Синдром хронічної втомленості:

Субфебрильна температура, хронічний фарингіт, збільшення лімфатичних вузлів, м'язові та суглобові болі, порушення сну, зниження апетиту, порушення функції шлунково-кишкового тракту

### Лімфоцитарна інтерстиціальна пневмонія -

у хворих на СНІД. Наявність перибронхіальних та інтерстиціальних інфільтратів, які складаються з лімфоцитів. Дихальна недостатність, лімфаденопатія, симптом „барабаних паличок”

### „Волосата” лейкоплакія:

ушкодження слизової ротової порожнини, особливо бокової поверхні язика, статевих органів, шийки матки

### Природжена EBV-інфекція:

Активна EBV-інфекція в період вагітності производить до ранньої загибелі плода, передчасних пологів, вад розвитку у новонародженого (катаракта, крипторхизм, ушкодження кісток).

У разі інтранатального інфікування - розвивається енцефаліт.

# ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОГО ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ:

- початок гострий
- лихоманка неправильного типу, температура з першого дня хвороби фебрильна, може тривати від 3 днів до 3 тижнів;
- головний біль, слабкість, кволість, міальгії, артралгії.
- закладення носу, утруднення носового дихання, храп під час сну
- стрептококова ангіна, фарингіт, біль у горлі
- гіперплазія лімфоїдної тканини носоглотки
- гепатоспленомегалія
- генералізована лімфаденопатія  
(ЗБІЛЬШЕННІ ЗАДНЬОШИЙНІ, ПЕРЕДНЬОШИЙНІ ТА ПІДЩЕЛЕПНІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ)
- екзантема

# ЛІКУВАННЯ

## Гострий перебіг:

- **Ацикловір** (герпевір) - 100 мг дітям до 2-х років 5 разів на добу, старше 2-х років по 200 мг 5 разів на добу - курс лікування складає 5 - 10 днів

## Антибіотики:

### *Цефалоспорины I–III покоління:*

цефадроксил (дурацеф), цефикс, цефутил, цефотаксим

### *Макроліди:*

klarитроміцин, азітроміцин, роваміцин

- 2) Інфузійна терапія
- 3) Лімфоміозот – по 10-15 кр. 3 р. на добу
- 4) **Гропрінозин** 50 мг/кг в 3-4 прийоми (1 таб.-500 мг) курс 10 днів.
- 5) Гормони (**преднізолон 1-2 мг/кг на протязі 5-7 дн.**)
- 6) Місцеві антисептики
- 7) Індуктори ендогенного інтерферону: протекфлазид (5к. 3 р. на добу на протязі 2-х діб; далі по 10 к. 3 р. на добу), флавозид по схемі; циклоферон в розчині 12,5% – 2 ml 6 мг в/м по схемі 1-й, 2, 3, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 день, або в таблетках (фаза ремісії).



# СКАРЛАТИНА

*Гостре інфекційне  
захворювання, що викликається  
 $\beta$ -гемолітичним стрептококом  
групи А, передається повітряно-  
крапельним шляхом*

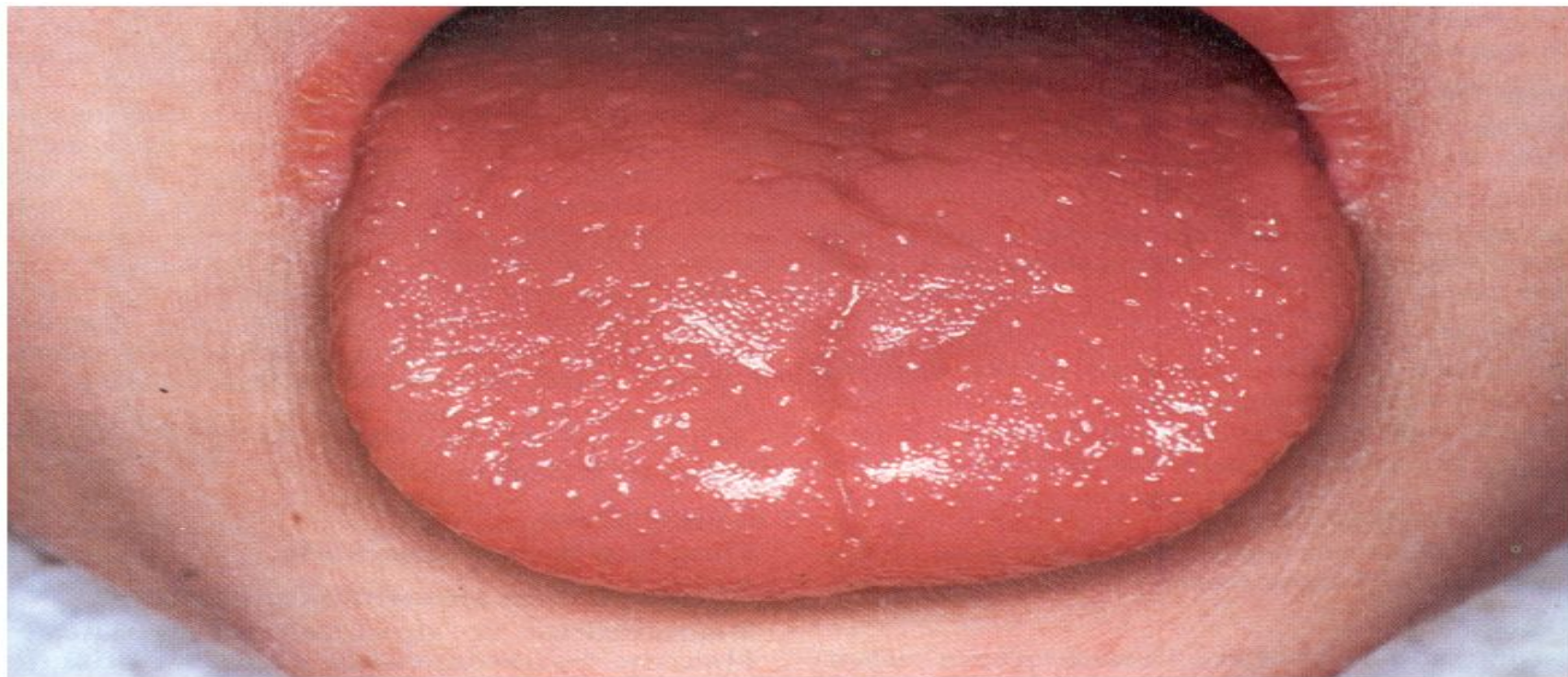
# Діагностичні критерії:

- ✓ Гострий, раптовий початок;
- ✓ Гіпертермія з помірно вираженим інтоксикаційним синдромом;
- ✓ **Ураження ротогорла:** *чітко відмежована гіперемія ротогорла від твердого піднебіння, точкова енантема, гіпертрофовані мигдалики, катаральна, фолікулярна чи некротична ангіна*
- ✓ Екзантема (дрібнокрапчастий висип на гіперемованому фоні, міліарна, геморагічна висипка)
- ✓ Регіонарний лімфаденіт





**Скарлатина: шелушение.** Больная — взрослая женщина. Заболевание началось с фарингита, а спустя 10 дней она обратилась к врачу из-за шелушения подушечек пальцев. При посеве мазка из зева выделены стрептококки группы А



**Скарлатина: красный земляничный язык.** Ярко-красный язык с выступающими сосочками. Ребенок болен уже пятые сутки



# Ускладнення:

- За характером:

- ▣ *Інфекційні*

(некротична ангіна, вторинна ангіна, отит, синусит, синовіт, мастоїдит, гнійний лімфаденіт)

- ▣ *Алергічні*

(ревматизм, міокардит, артрит, нефрит)