

Алгоритми виконання завдань

1. Черевний тиф

1. Діагноз черевний тиф встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A01.0 Черевний тиф) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- контакт із хворими та або перебування в місцях, ендемічних щодо тифо-паратифозних інфекцій;
- поступовий початок захворювання з наростанням гарячки та тенденцією до постійного її характеру;
- блідість шкірних покривів;
- тенденція до відносної брадикардії, гіпотензії.
- схильність до загальмованості нервової діяльності, апатія;
- порушення формули сну, стійкий головний біль;
- характерний нальот на язичку;
- схильність до закрепу;
- гепатолієнальний синдром;
- поява розеолезного висипу.

2. Специфічними ускладненнями черевного тифу є кишкова кровотеча, перфорація кишок, ІТШ.

3. Необхідно дослідити кров, кал.

4. До методів обстеження при підозрі на тифо-паратифозне захворювання відносять ЗАК, де характерними є лейкопенія з лімфоцитозом, анеозинофілія, тромбоцитопенія, анемія.

Специфічну діагностику проводять за допомогою бактеріологічного методу, насамперед посіву крові (гемокультури). Серологічний метод можна застосовувати для підтвердження діагнозу з 2 тижня хвороби. Застосовують РА (реакція Відаля), РНГА, ІФА.

5. Етіотропне лікування: хлорамфенікол (левоміцетин) по 0,5 г 5 раз на добу до 2 дня нормальної температури, потім по 0,5 4 рази на добу до 10 дня нормальної температури. Також можливе застосування цефалоспоринів, фторхінолонів.

2. Холера

1. Діагноз холера встановлено згідно класифікації МКХ-10 (А00 Холера) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- перебування в ендемічному щодо холери регіоні;
- вживання для пиття води з відкритих водойм, контакт із хворими на холеру або подібною клінічною картиною;
- тривалість інкубаційного періоду до 5 днів (в середньому 2-3 дні);
- гострий початок захворювання;
- відсутність гарячки;
- діарея без болю, що передує блюванню;
- часті випорожнення по типу рисового відвару;
- швидке наростання зневоднення;

2. Згідно з рекомендаціями ВООЗ виділяють ступені зневоднення:

1. Рання дегідратація. Або без клінічних ознак, або скарги на помірну слабкість, спрагу, сухість у роті.

2. Помірна дегідратація. Спрага, слабкість, запаморочення, дратівливість. Зниження тургора шкіри, осиплість голосу, акроціаноз, холодні кінцівки. Тахікардія, помірна гіпотонія. Зниження діурезу.

3. Тяжка дегідратація. Сонливість або сплутаність свідомості. Різке зниження тургору шкіри, запалі очі, симптом «темних окулярів», генералізований ціаноз, холодні кінцівки. Пульс слабкий або не визначається. Артеріальний тиск дуже низький або не визначається. Анурія.

3. Лабораторними критеріями для встановлення діагнозу холера є: збільшення гематокриту, гіпокаліємія, гіпохлоремія, специфічним методом є бактеріологічне дослідження випорожнень чи блювотних мас.

4. Основним напрямком лікування хворого є регідратаційна терапія із застосуванням сольових розчинів. Для осіб з початковою та помірною дегідратацією без блювання, призначаються оральні регідратаційні суміші. Для хворих з помірною регідратацією, що супроводжується блюванням і тяжким ступенем дегідратації, потрібна парентеральна регідратація. Для прискореного виведення вібріонів з організму при холері здегідратацією у разі припинення блювання, призначають доксициклін по 0,3 г або азитроміцин по 1г усередину одноразово.

3. Лептоспіроз

1. Діагноз лептоспіроз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A27.0 Лептоспіроз) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- контакт із водою із непроточних і відкритих водойм;
- перебування у місцях поширення гризунів;
- професійний чинник (тваринники, ветеринари, фермери, мисливці, рибалки тощо);
- раптовий початок хвороби з ознобом;
- висока гарячка;
- міальгія, особливо литкових м'язів;
- геморагічний синдром;
- патологія печінки з можливим розвитком жовтяниці;
- патологія нирок з можливим розвитком ГНН.

2. Методи дослідження для підтвердження діагнозу: виявлення лептоспір під час мікроскопії в темному полі, РНГА, РЗК, функціональні проби печінки, сечовина, креатині, коагулограма.

3. Етіотропне лікування: бензилпеніцилін, цефалоспоріни.

Патогенетичне лікування: дезінтоксикація, гемостатики, форсований діурез

4. Гострий гепатит А

1. Діагноз гострий гепатит А (ГГА) встановлено згідно класифікації МКХ-10 (B15. Гострий ВГА) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- розвиток хвороби після контакту з хворим ВГА або перебування в неблагополучному регіоні щодо ГГА;
- циклічний розвиток хвороби з виникненням характерних синдромів дожовтяничного періоду (диспепсичний, псевдогрипозний, астеновегетативний);
- зменшення інтоксикації, жовтяниця, гепатоспленомегалія в період розпалу хвороби.

2. До методів дослідження належать: біохімічне дослідження крові: загальний білірубін та його фракції, АлАТ, АсАТ, тимолова проба.

Специфічна діагностика: ІФА сироватки крові на aHAV IgM.

3. Принципи лікування: дезінтоксикаційна терапія, ентеросорбенти, Вітаміни.

6. Гострий гепатит В

1. Діагноз гострий гепатит В (ВГВ) встановлено згідно класифікації МКХ-10 (B16. Гострий ВГВ) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Позитивний епідеміологічний анамнез (відомості про гемоконтактну чи статеву передачу);
 - Тривалий дожовтяничний період, частий артралгічний варіант його перебігу;
 - наростання інтоксикації, жовтяниці, гепатоспленомегалія в період розпалу хвороби.
2. Найважчим ускладненням ГВГВ є гостра печінкова недостатність (гостра печінкова енцефалопатія), яку поділяють на стадії за ступенем нервово-психічних розладів:
- I стадія характеризується емоційною лабільністю, ейфорією, що змінюється апатією, інверсією сну, рухомими розладами, порушенням пам'яті.
- II стадія характеризується дезорієнтацією в просторі та часі, провалами в пам'яті, можливим психо-моторним збудженням, геморагічним синдромом, наростанням жовтяниці, зменшенням розміру печінки, тахікардією.
- III стадія (кома 1) – повне порушення свідомості, тремор, судоми, патологічні рефлексії.
- IV стадія (кома 2) - повне порушення свідомості, арефлексія, глибокі розлади дихання.
3. До методів біохімічного дослідження крові належать: загальний білірубін та його фракції, АЛАТ, АсАТ, тимолова проба, протромбіновий індекс.
4. Специфічна діагностика: HBsAg, HBeAg, aHBc IgM, ПЛР ДНК HBV.
5. Специфічна профілактика захворювання – вакцинація.
- ### 5. Грип
1. Діагноз грип встановлено згідно класифікації МКХ-10 (J.09 Грип) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:
- Контакт із хворим на грип, наявність епідемії у певній місцевості;
 - Гострий початок з інтоксикаційного синдрому, максимальні прояви хвороби в перші години захворювання;
 - Головний біль з переважною локалізацією в лобовій ділянці й скронях;
 - Катаральний синдром характеризується трахеїтом, зернистістю м'якого піднебіння й дужок
2. Ускладнення при грипі спостерігаються з боку респіраторної (геморагічний набряк легень, пневмонія), нервової (набряк-набухання головного мозку) та серцево-судинної системи (міокардит)

3. Для специфічної діагностики захворювання використовують швидкі тести для експрес-діагностики.
4. Для етіотропного лікування хворого використовують інгібітори нейрамінідази – озельтамівір (таміфлю).
5. Специфічна профілактика захворювання – вакцинація.

7. Дифтерія ротоглотки

1. Діагноз дифтерія глотки встановлено згідно класифікації МКХ-10 (А 36.0 Дифтерія глотки (дифтерійна мембранозна ангіна, тонзиллярна дифтерія)) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- початок захворювання зазвичай гострий
- наявний інтоксикаційний синдром, що корелює з місцевими змінами
- є нашарування на мигдаликах або інших лімфоїдних утвореннях у ротоглотці, що мають фібринозний, плівчастих характер
- біль у горлі помірний, часто не відповідає характеру місцевих змін
- голос може набувати гугнявого відтінку
- набряк слизової оболонки і ціаноз переважають над гіперемією
- підщелепні й шийні лімфовузли збільшені, помірно болісні

2. Інструментальні методи дослідження: ЕКГ

Специфічні методи дослідження:

- Бактеріоскопічний метод
- Бактеріологічний метод
- ПЛР

3. Лікування:

- Обов'язкова госпіталізація в інфекційний стаціонар
- Протидифтерійна антитоксична сироватка
- Антибактеріальні препарати (еритроміцин, бензилпеніцилін)

4. Специфічна профілактика: планова вакцинація

8. Триденна малярія

1. Діагноз малярія (триденна) встановлено згідно класифікації МКХ-10 (В 54 Малярія, неуточнена, (В 51 Малярія, спричинена *P. Vivax*, В 53 Малярія, спричинена *P. ovale*)) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- перебування в місцях, ендемічних щодо малярії (Африка, Азія Центральна та Південна Америка та інші) протягом останніх 2 років
- переливання препаратів крові протягом останніх 14 діб
- пароксизмальна гарячка (озноб, гарячка, рясне потовиділення)
- під час триденної малярії пароксизми повторюються через 1 добу
- гепатоспленомегалія
- анемія

2. Основні методи дослідження:

- ЗАК
- Дослідження товстої краплі на малярію
- Дослідження тонкого мазка на малярію

3. Лікування:

- Обов'язкова госпіталізація в інфекційний стаціонар
- Етіотропна терапія: протималярійні препарати (Делагил (хлорохін), примахін)

4. Специфічна профілактика малярії: хіміопротифілактика протималярійними препаратами (за тиждень до виїзду, протягом усього періоду перебування в ендемічній зоні та протягом тижня після повернення)

9. Ботулізм

1. Діагноз ботулізм встановлено згідно класифікації МКХ-10 (А 05.1 Ботулізм) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- уживання хворим продуктів, що можуть містити ботулотоксин (м'ясні, рибні, овочеві, грибні консерви, в'ялена або слабосолена риба, ковбаса)
- відсутність гарячки
- розлади травного тракту - біль в епігастральній області, блювота, рідкі випорожнення, які наступного дня змінюються на синдром парезу кишок (здуття живота, закреп)
- Офтальмоплегічний синдром (зниження зору, двоїння в очах, «сітка», «імла» перед очима, зіниці розширені, анізокорія, реакція на світло слабка)
- Бульбарний синдром (утруднене ковтання, скарги на «комочок у горлі», поперхування, голос набуває гугнявого відтінку)

2. Специфічний метод дослідження: біологічний метод

3. Лікування:

- Обов'язкова госпіталізація в інфекційний стаціонар
- Перший етап: промивання шлунку (з використанням зонду) і кишок (сифонна клізма) 5% розчином гідрокарбонату натрію;
- Другий етап – полівалентна протиботулінічна сироватка
- Третій етап – дезінтоксикаційна терапія, гіпербарична оксигенація

10. Шигельоз

1. Діагноз шигельоз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (А 03 Шигельоз) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- уживання підозрілого щодо контамінації збудником продукту (особливо м'ясних та молочних), контакт із хворим, незадовільні умови побуту
- гострий початок, гарячка
- відповідність ступеня інтоксикації висоті гарячки
- біль у животі, особливо в лівій здухвинній та клубовій областях
- часті скудні випорожнення, із слизом і прожилками крові
- болючість, спазм і ущільнення сигмоподібної кишки
- тенезми

2. Ускладнення:

- ІТШ
- Кишкова кровотеча
- Перфорація кишки та перитоніт

3. Основні методи дослідження:

- ЗАК
- Копрограма
- Бактеріологічне дослідження фекалій
- Серологічні дослідження: РНГА, РА

4. Лікування:

- Етіотропне лікування: антибактеріальні препарати (Ципрофлоксацин або інші нереспіраторні фторхінолони)- Патогенетичне лікування: дезінтоксикаційна терапія, ентеросорбенти, гемостатична терапія

11. ВІЛ-інфекція

1. Діагноз ВІЛ-інфекція встановлено згідно класифікації МКХ-10 (В 20 Захворювання, зумовлене ВІЛ, яке супроводжується інфекційними та паразитарними захворюваннями) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- данні анамнезу (уживання ін'єкційних наркотиків, перенесені хвороби, що передаються статевим або парентеральним шляхом, «поведінка ризику»)
- клінічні прояви відповідні стадії хвороби
- в загальному аналізі крові: помірна гіпохромна анемія, тромбоцитопенія, нейтропенія, збільшення ШОЕ.

2. Клінічні стадії захворювання за ВООЗ:

КЛІНІЧНА СТАДІЯ I

- Бессимптомное носійство
- Персистуюча генералізована лімфаденопатія

КЛІНІЧНА СТАДІЯ II

- Втрата маси тіла до 10% від початкової
- Мінімальні ураження шкіри і слизових оболонок (себореїчний дерматит, грибкові ураження нігтів, рецидивуючі виразки слизової оболонки ротової порожнини)
- Епізод оперізуючого герпесу протягом останніх 5 років
- Рецидивуючі інфекції верхніх дихальних шляхів

КЛІНІЧНА СТАДІЯ III

- Втрата маси тіла більше 10% від початкової
- Невмотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.
- Невмотивована лихоманка (інтермітуюча або постійна) тривалістю понад 1 міс.
- Кандидоз ротової порожнини (набряк та гіперемія слизової оболонки ротоглотки, білі пухкі нашарування).
- Волосиста лейкоплакія слизової оболонки ротової порожнини
- Часто рецидивуючий оперізуючий герпес
- Туберкульоз легень, який розвинувся протягом року, що передувало огляду
- Важкі бактеріальні інфекції
- Як правило, зберігається генералізована лімфаденопатія

КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV

- синдром виснаження (кахексії) на фоні ВІЛ-інфекції

- пневмоцистна пневмонія
- церебральний токсоплазмоз
- криптоспоридіоз з діареєю більше 1 міс.
- позалегеневий криптококкоз
- цитомегаловірусна інфекція з ураженням будь-яких органів, крім печінки, селезінки або лімфатичних вузлів
- інфекція, спричинена вірусом простого герпесу, з ураженням внутрішніх органів або хронічним ураженням шкіри і слизових оболонок
- прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія
- будь-який ендемічний мікоз
- кандидоз стравоходу, трахеї, бронхів або легенів
- дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз
- сальмонельозна септицемія (крім *S.typhi*)
- позалегеневий туберкульоз
- саркома Капоші
- ВІЛ-енцефалопатія

3. Методи дослідження:

- Експрес-тест на ВІЛ
- ІФА
- ПЛР
- Імуноблотінг
- Рівень імуносупресії, CD4/CD8

4. Найбільш небезпечні біологічні рідини хворого: кров, грудне молоко та вагінальний секрет - у жінок, сперма – у чоловіків

12. Правець

1. Діагноз генералізований правець встановлено згідно клінічної класифікації (генералізований правець, місцевий правець, головний правець, правець новонароджених) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- наявність в анамнезі поранення або травми, опіків, обморожень, оперативних втручань, пологів, абортів в позалікарняних умовах, а також інформації про попередню вакцинацію проти правця

- наявність класичної ранньої триади симптомів (тризм, сардонічна посмішка, дисфагія)
- постійне тонічне напруження м'язів (опістотонус)
- тетанічні судоми
- збереження свідомості під час судом
- гарячка
- рясне потовиділення

2. Найбільш імовірні ранні ускладнення

- Бронхіт або пневмонія або набряк легень
- Переломи кісток та хребта
- Розриви сухожиль
- Інфаркт міокарда або міокардит

3. Лікування:

- Обов'язкова госпіталізація в інфекційний стаціонар
- Основний метод специфічної терапії: протиправцева антитоксична сироватка

4. Препарати для специфічної профілактики

- Протиправцева антитоксична сироватка
- Правцевий анатоксин

Людський протиправцевий імуноглобулін

13. Чума

1. Діагноз чума встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A20.0 Чума, бубонна форма), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Гострий початок
- Гарячка
- Тяжка інтоксикація
- Серозно-геморагічне запалення лімфатичних вузлів и сильний локальний біль у місці утворення бубону

2. Методи обстеження

- Бактеріоскопічний (досліджують пофарбовані за Грамом, метиленовим синім або оброблені специфічною люмінесцентною сироваткою мазки, виявляють овоїдної форми грам негативні палички, біполярно забарвлені)

- Бактеріологічний (посів матеріалу на агар Мартена або Хоттінгера із натрію сульфідом, МПБ із подальшою ідентифікацією культур і визначенням вірулентності)
- Серологічний (РПГА, РГПГА, РНАг, РНАт, ІФА з моно- чи поліклональними антитілами). Для експрес-діагностики використовують РІФ (100% специфічність)
- Алергічна проба з пестином
- Біологічний метод (внутрішньочеревинне, підшкірне, внутрішньо шкірне введення матеріалу морським свинкам чи білим мишам)
- ПЛР

3. Чума згідно міжнародним медико-санітарним нормам є особливо небезпечним захворюванням. Хворі на чуму підлягають обов'язковій госпіталізації в спеціалізовані стаціонари, які працюють у суворому протиепідемічному режимі.

4. Засоби етіотропної терапії

- Стрептоміцин 30 мг/кг/день 7-14 днів до 5 дня нормальної температури
- Левоміцетин 80 мг/кг/день

5. Профілактика

- Вакцинація груп підвищеного ризику
- Антибіотикопрофілактика призначається контактним (ципрофлоксацин по 0,4 г двічі на добу або докисциклін)

14. Бешиха

1. Діагноз бешиха встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A46 Бешиха, еритематозно-бульозна форма), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Гострий початок з гарячки та інтоксикації
- Пізніше виникнення місцевих проявів
- Наявність у пацієнта своєрідних ознак запалення шкіри (еритема із чіткою окресленістю – «язики полум'я», «географічної мапи» і запальним валиком по периферії, поява бульозних і геморагічних елементів, відсутність у спокої), лімфангіту і регіонарного лімфаденіту, наявність вхідних воріт при первинній бешисі і такій, що раніше спостерігалась одноразово (повторна бешиха), або аналогічного патологічного стану, що кілька разів повторюється (хронічний процес).

2. При легкому та середньотяжкому перебігу хвороби можливе лікування в умовах ЦПМСД. При тяжкому перебігу та ускладнених формах бешихи необхідна госпіталізація в інфекційний стаціонар.

3. Провідним напрямом лікування бешихи є антибактеріальна терапія (етіотропна)

Антибіотиком вибору є пеніцилін (по 1 млн ОД 6 разів на добу протягом 7-10

днів). Також застосовують амінопеніциліни, цефалоспорини, макроліти, фторхінолони.

Патогенетична терапія включає наступні напрямки: дзінтоксикційна, протизапальна. Основою профілактики рецидивування бешихи є систематична біцилінопрофілактика (біцилін-5), санація хронічних вогнищ інфекції, стабілізація хронічних захворювань, корекція імунного статусу організму.

15. Сальмонельоз

1. Діагноз сальмонельоз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A02.0 Сальмонельозний ентерит), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Механізм передачі – фекально-оральний, через продукти твариннопташиного походження (яйця, м'ясо, молоко, молочні продукти)
- Інкубаційний період від 2-6 год до 2-3 діб
- Основною клінічною фоמוю сальмонельозу є ентерит
- Гарячка
- Інтотоксикація
- Діарейний синдром з випорожненнями зеленкуватого кольору, дегідратації або інфекційно-токсичного шоку
- Можливий розвиток сепсису з туфоподібним перебігом або септикопiємією

2. Обстеження хворого має обов'язково включати

- Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, нейтрофільний зсув лейкоцитарної формули вліво, анеозинофілія, токсична зернистість нейтрофілів, прискорення ШОЕ)
- Копрограма (крохмальні зерна, м'язові волокна, неперетравлена клітковина, жири, мила жирних кислот, патологічні домішки – слиз, лейкоцити, зрідка еритроцити)
- Бактеріологічне дослідження калу (при ентериті), крові та сечі (при генералізації процесу). Псів провдять на щільні диференційні середовища (вісмут-сульфiтний агар, Ендо, Плоскірева), середовища збагачення, жовчний бульйон, МПБ

- Серологічна діагностика використовується наприкінці 1 тижня а через 7-10 днів.

Можна використовувати РА (діагностичний титр 1:160)

3. У стаціонарі мають лікуватися пацієнти із сальмонельозом, сепсисом, тяжким перебігом ентериту, тяжкими фоновими хворобами

4. Антибактеріальні препарати показані лише при домінуючих ознаках дистального коліту, розвитку ускладнень (ІТШ, колапс, ГНН, гостре порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, отит, ендо- та міокардит, тромбоз мезентеріальних судин). Перевагу віддають фторхінолонам. Головним напрямом лікування сальмонельозу є дезінтоксикаційні та регідратаційні заходи. При явищах ІТШ до патогенетичного лікування додають глюкокортикостероїди

16. Сказ

1. Діагноз сказ встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A82.0 Сказ), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Тривалість інкубаційного періоду 7 днів-1 рік, у середньому 30-90 днів
- Укус, ослинення твариною в анамнезі
- Клінічна картина, яка при типовій формі проходить три послідовні стадії: провісників, збудження, паралітичну.
- Гідро-, аеро-, акустикофобія
- Напади збудження
- Гіперсалівація

2. При сказі можлива прижиттєва специфічна діагностика

- Дослідження відбитків рогівки та біоптату шкіри потилиці за допомогою ІФА
- Виділення вірусу із слини шляхом інтрацеребрального зараження новонароджених мишей або культивування вірусу за допомогою культури тканин мишиної нейробластоми
- ПЛР зі слиною хворого

Посмертно діагноз можна підтвердити за допомогою наступних методів:

- Виявлення в нервових клітинах головного мозку померлого патогномонічних тілець Негрі

3. При сказі показана негайна госпіталізація в ОРІТ

4. Лікувальні заходи направлені на зменшення страждань хворого (симптоматичне лікування). Екстрена профілактика полягає у призначенні антирабічної вакцини по 1 мл за схемою 0, 3, 7, 14, 30, 90 день

17. Висипний тиф

1. Діагноз висипний тиф встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A75.0 Епідемічний вошивий висипний тиф, спричинений рикетсією Провасека), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Наявність хворих н висипний тиф, вошивісь
- Гострий початок з гарячки, головного болю
- Характерна поведінка хворого зі схильністю о збудження ЦНС (галюцинації, ейфорія)
- Типовий вигляд хворого; тійка гіперемія й одутлість обличчя, червоні очі характерним блиском («п'яне обличчя» і «кролячі очі»)
- Позитивні симптоми Кіарі, Лендорфа-Розенберга, Годельє-Ремлінже, Діча
- Поява з 4-5 дня хвороби після температурного «врізування» типового поліморфного розеольозно-петехіального висипу на шкіі тулуба і кінцівок із появою вторинних петехій у центрі розеол
- Розвиток у період розпалу тифозного статусу, делірію
- Переважання енцефалітичних розладів а менінгеальними
- Помірне збільшення печінки і селезінки
- Характерна температурна крива (тривалість 2-2,5 тижні) з двома «врізуваннями»

2. Специфічну діагностику проводять за допомогою серологічних реакцій:

- Реакція аглютинації рикетсій (РАР) – реакція першої ланки, позитивною вважається при розведенні сироватки 1:40-1:80- РНГА – реакція вторинної ланки, діагностичний титр 1:1000-1:2000
- РНІФ – найчутливіша, рекомендована ВООЗ як золотий стандарт, титри наприкінці 1 тижня 1:320-1:2560, на 10-15 день – 1:2560-1:10240

3. Усі хворі підлягають обов'язковій госпіталізації

4. Застосовують етіотропне лікування (антибіотики, наприклад, доксициклін), патогенетичне (дезінтоксикаційна, ГКС, інгібітори протеолізу, антикоагулянти, седативні речовини або транквілізатори)

18. Сибірка

1. Діагноз сибірка встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A22.0 Шкірна форма антраксу), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- Догляд за хворими тваринами, білування померлих тварин, обвалення м'яса, робота із забрудненою сировиною (шкіра тварин тощо, споживання м'яса невідомого походження)
- Поява плями, що супроводжується свербіжем, і її швидка трансформація (протягом кількох годин) у пухир, а потім у виразку
- Характер виразки (темний струп, набряклий валик, триколірне забарвлення межі запалення, відсутність болю в місці локалізації виразки)
- Дочірні пухирці навколо виразки (симптом «перлового намиста»)
- Желеподібний безболісний поширений набряк тканини
- Драглистоподібне тремтіння набряку при постукуванні перкуторним молоточком (симтом Стефанського)

2. Обстеження хворого включає наступні пункти:

- ЗАК (лейкоцитоз, нейтрофіліоз, прискорення ШОЕ)
- ЗАМ (протеїнурія, лейкоцитурія)
- Бактеріоскопічний метод
- Бактеріологічний метод
- Біологічний метод (зараження лабораторних тварин)
- Серологічні реакції (РЗК, РНГА, ІФА)
- Внутрішньошкірна алергічна проба з антраксином
- ПЛР

3. Хворий підлягає обов'язковій госпіталізації до інфекційного стаціонару

4. Хворому призначають:- Етіотропну терапію (пеніцилін 1-2 млн ОД 6 разів на добу протягом 7-10 днів)

- Патогенетичну терапію (дезінтоксикаційну)

19. Хвороба Лайма (системний кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз)

1. Діагноз хвороба Лайма (системний кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз) встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A 69.2 хвороба Лайма) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- перебування в ендемічній місцевості, відвідування лісу, виявлення кліщів, що присмокталися
- наявність інтоксикаційного синдрому, гарячки
- типова мігрувальна еритема на місці присмоктування кліща (еритематозне ураження шкіри з просвітлінням всередині)

2. Специфічні дослідження:

- серологічні дослідження (ІФА, РНІФ)
- бактеріологічне дослідження (виявлення збудника у спинномозковій рідині, біоптатах шкіри)
- ПЛР

3. Лікування:

- Легкий перебіг – амбулаторне лікування, середньої тяжкості й тяжкий перебіг - госпіталізація
- Антибіотикотерапія (доксидиклін, амоксицилін або цефалоспорини)
- Дезінтоксикаційна терапія

20. Кір

1. Діагноз кір встановлено згідно класифікації МКХ-10 (B05.9Кір без ускладнень) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- контакт із хворим на кір;
- гарячка, інтоксикація, тріада Стімсона, плями Копліка;
- виражена плямисто-папульозна екзантема, що має тенденцію до злиття, її низхідна послідовність;

2. Ускладнення захворювання: пневмонія, енцефаліт.

3. Специфічна діагностика – виявлення антитіл IgM до вірусу кору.

Інструментальне дослідження – рентгенографія ОГК

4. Принципи лікування: дезінтоксикація, антигістамінні засоби, вітаміни.

5. Строки ізоляції хворого до 4 дня з моменту появи висипу.

Специфічна профілактика – вакцинація

21. Коронавірусна інфекція, COVID-19

1. Діагноз коронавірусна інфекція, викликана вірусом SARS-Cov-2, встановлено згідно класифікації МКХ-10 (U07.2 - COVID-19), враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- гострий початок з гарячки та інтоксикації;
- наявність першіння у горлі, сухого кашлю,
- втрата запаху та смаку,
- відчуття нестачі повітря та зниження SpO_2

2. Ускладнення: Двобічна полісегментарна пневмонія. ГДН I-II ст. - задишка (ЧД- 28-30 за хвилину), SpO_2 - 90%, аускультативно у нижніх відділах обох легень ослаблене дихання, крепітація.

3. Основний метод лабораторної діагностики для підтвердження діагнозу - виявлення РНК вірусу SARS-Cov-2 методом ПЛР, крім того використовують швидкі тести для експрес-діагностики (антиген коронавірусу SARS-Cov-2)

4. Неспецифічна лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові з визначенням рівня еритроцитів, гематокриту, лейкоцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули;
- Біохімічні аналізи крові (сечовина, креатинін, електроліти, печінкові ферменти, білірубін, глюкоза, альбумін).
- Пацієнтам з ознаками ГДН рекомендовано виконання коагулограми з визначенням протромбінового часу, міжнародного нормалізованого відношення і активованого часткового тромбопластинового часу.
- Дослідження рівня С-реактивного білка (СРБ) в сироватці крові. Рівень СРБ корелює з тяжкістю перебігу, поширеністю запальної інфільтрації і прогнозом при пневмонії.

Інструментальні методи дослідження:

- Комп'ютерна томографія легень або оглядова рентгенографія органів грудної клітки в передній прямій і бічній проекціях;
- Електрокардіографія в стандартних відведеннях рекомендується всім пацієнтам.

5. При легкому та середньотяжкому перебігу хвороби можливе лікування в амбулаторних умовах. При тяжкому перебігу та ускладнених формах COVID – 19 необхідна госпіталізація.

6. Специфічна профілактика захворювання – вакцинація.

22. Туляремія

1. Діагноз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A21 Туляремія) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- контакт із гризунами, укуси комах;
- вживання води з відкритих водоймів;
- робота в полі, складських приміщеннях, зерносховищах тощо;

клінічні критерії:

- наявність помірно болючих великих рухомих лімфатичних вузлів (бубонів), не з'єднаних між собою і прилеглими тканинами;
- тривалий перебіг хвороби

2. Клінічна форма - гландулярна (бубонна) - наявність помірно болючих великих рухомих лімфатичних вузлів (бубонів), не з'єднаних між собою і прилеглими тканинами

3. Лабораторні дослідження для підтвердження діагнозу.

Використовують бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, які проводять у спеціальних лабораторіях. Матеріал від хворих (кров, пунктат бубону, виділення з виразки на шкірі, кон'юнктиві, наліт із мигдаликів, мокротиння) по можливості збирають у перші дні хвороби, до застосування антибіотиків.

Серологічні дослідження: РА з використанням туляремійного діагностичного; ІФА (виявлення антитіл класу IgM і IgG).

Перспективною вважають ПЛР.

4. Неспецифічна діагностика:

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі

5. Госпіталізація в інфекційний стаціонар обов'язкова.

6. Етіотропна терапія. Згідно з рекомендаціями ВООЗ призначають стрептоміцин внутрішньом'язово в дозі 0,5 г 2 рази на добу 7—10 днів, для лікування легеневої і генералізованої туляремії — по 1 г 2 рази на добу. При тяжкому перебігу вважають необхідним продовжувати антибактерійну терапію аж до 5—7-го дня апірексії.

23. Гострий бруцельоз

1. Діагноз гострий бруцельоз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (A23.0 Бруцельоз, спричинений *Brucella melitensis*), враховуючи клініко-анамнестичні

дані:

- гострий початок з помірною інтоксикацією, але підвищенням температури до 38-39°C, яку переносила задовільно,
- тахікардія, гіпотонія;
- симптоми поліаденопатії – збільшення усіх груп периферійних лімфатичних вузлів розміром до 1 см, рухливі, безболісні, еластичні;
- гепатолієнальний синдром – збільшення печінки та селезінки;
- синдром ураження опорно-рухового апарату - біль в тазостегновому і колінному суглобах, та незначна обмеженість їх рухливості;
- синдром ураження вегетативної нервової системи - шкірні покриви вологі, бліді.

дані епідеміологічного анамнезу:

- бруцельоз у більшості випадків – це професійне захворювання у працівників тваринництва і підприємств, що обробляють продукти від тварин.
2. Дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу:
- Серологічні –реакція Райта та Хеддельсона, ІФА, РЗК у парних сиворотках
 - Бактеріологічне виділення збудника зі крові
 - ПЛР
3. Неспецифічні методи досліджень.:
- Загальний аналіз крові
 - Загальний аналіз сечі
 - Біохімічні аналізи крові (СРБ, протеїнограма, АЛАТ, АсАТ, білірубін)
- Інструментальні дослідження:
- УЗД органів черевної порожнини
 - Рентгенографія великих суглобів
4. Етіотропна терапія: антибактеріальні препарати (доксидиклін)
5. Патогенетичне та симптоматичне лікування: дезінтоксикаційна терапія, нестероїдні протизапальні засоби.

24. Гострий гепатит С

1. Діагноз гострого гепатиту С встановлено згідно МКБ 10 (B17.1 – гострий ВГС) з урахуванням клініко-епідеміологічних даних:
- належність пацієнта до груп ризику – особи, які вживають наркотичні речовини

- парентеральним шляхом; хворі на гемофілію; медичні працівники;
- наявність в анамнезі хірургічних втручань або маніпуляцій (операції, пірсинг, татуювання, манікюр), гемодіалізу або гемотрансфузій;
 - симптоми астеновегетативного синдрому (слабкість, нездужання, зниження концентрації та пам'яті, підвищена втомлюваність), можливі артралгії та легкі диспептичні прояви (нудота, зниження апетиту, біль у правому підребер'ї);
 - субіктеричність склер, гепатоспленомегалія.
2. Провідним механізмом передавання HCV є гемоконтактний (парентеральний). Передача вертикальним та статевим шляхом можлива, але реалізується значно рідше.
3. Специфічна діагностика: ІФА сироватки крові на aHCV IgM та виявлення РНК HCV методом ПЛР.
4. До неспецифічних методів дослідження належать: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові (загальний білірубін та його фракції, АлАТ, АсАТ, тимолова проба).
- Інструментальний метод – УЗД органів черевної порожнини
5. На сьогодні основним напрямом лікування є застосування протівірусних препаратів прямої дії – інгібіторів вірусної протеази та полімерази.

25. Інфекційний мононуклеоз

1. Діагноз інфекційний мононуклеоз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (B27.0 Гаммагерпесвірусний інфекційний мононуклеоз) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:
- вік хворого (до 3 років або 15-18 років)
 - гарячка
 - помірна інтоксикація
 - тонзиліт
 - генералізована лімфаденопатія
 - легка жовтяниця шкіри та склер
 - гепатоспленомегалія
2. Методи дослідження для підтвердження діагнозу:
- серологічний метод (ІФА сироватки крові на aVEB IgM)

- ПЛР (ДНК VEB)

3. Із загально-клінічних методів обстеження обов'язково призначають загальний аналіз крові, де характерними є лейкоцитоз, лімфоцитоз, поява великої кількості атипичних мононуклеарів;
біохімічні дослідження крові: загальний білірубін та його фракції, АЛТ, АсАТ, тимолова проба.
З інструментальних методів дослідження доцільно призначити УЗД органів черевної порожнини.
4. Етіотропне лікування: противірусні препарати групи ацикловіра (валцикловір, ганцикловір)
5. Патогенетичне лікування: дезінтоксикація, короткий курс глюкокортикостероїдів. Симптоматична терапія (НПЗП, антисептичні розчини).

26. Токсоплазмоз

1. Діагноз токсоплазмоз встановлено згідно класифікації МКХ-10 (B58.9 Токсоплазмоз, неуточнений) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:
 - проживання у сільській місцевості,
 - контакт з котами;
 - вагітність, підозра на ураження плоду (вроджений токсоплазмоз);
 - тривале (понад 3 тижні) підвищення температури тіла до субфебрильних цифр невстановленого походження;
 - збільшення периферичних лімфатичних вузлів (шийних, потиличних, пахових, пахових), якщо воно не може бути пояснене іншими причинами;
 - збільшення печінки, селезінки,
 - біль у м'язах і суглобах.
2. Найбільш характерні шляхи зараження:
 - пероральний
 - контактний
 - вертикальний
 - ятрогенний
3. Необхідна консультація інфекціоніста, акушера-гінеколога, підозра на ураження

- плоду (вроджений токсоплазмоз) та офтальмолога, для виключення хоріоретиніту
4. Виділяють такі методи специфічної діагностики:
 - паразитологічний метод — виявлення збудника під час мікроскопії мазків крові, спинномозкової рідини, навколоплідних вод, плаценти, абортівного матеріалу
 - серологічні методи (ІФА), які дають змогу підтвердити наявність специфічних антитіл у сироватці крові, спинномозковій рідині, навколоплідних водах.
 - ПЛР — виявлення ДНК токсоплазм у матеріалі, узятим у хворого (амніотична рідина, пуповинна кров, спинномозкова рідина);
 5. Етіотропне лікування: антибіотики (доксидиклін, спіраміцин) та антипаразитарні (хлорохін, метронідазол, піриметамін) препарати.

27. Краснуха

1. Діагноз краснуха встановлено згідно класифікації МКХ-10 (B06.9 Краснуха без ускладнень) враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:
 - гострий початок хвороби;
 - помірне підвищення температури тіла;
 - помірні катаральні симптоми;
 - задньошийна та, особливо, двобічна потилична лімфаденопатія;
 - дрібноплямистий висип (відсутність етапності висипу);
 - контакт з хворим, у якого спостерігалась подібна висипка.
2. Ускладнення вагітності:
 - ураження плоду.
3. Неспецифічна лабораторна діагностика- загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі.
4. Методи специфічної діагностики – серологічні (виявлення антитіл IgM до вірусу краснухи), ПЛР.
5. Рекомендації щодо вагітності: констатація інфікування на ранній стадії (до 14-16-го тижня) є абсолютним показанням до переривання вагітності.
6. Принципи лікування – симптоматична терапія (НПВС, антигістамінні препарати)
7. Специфічна профілактика – вакцинація живою краснушною вакциною або комбінованою вакциною КПК.

28. Вітряна віспа

1.Діагноз вітряної віспи встановлено згідно класифікації МКХ – 10: B01.9 Вітряна віспа без ускладнень, враховуючи клінічні критерії:

- гострий початок з підвищення температури тіла, слабкості та появи сверблячої екзантеми везикулярного характеру,
- розповсюдження елементів по всій поверхні шкіри включно з волосистою частиною голови в перший день захворювання,
- явища «помилкового» поліморфізму,
- помірні катаральні прояви.

2. Найбільш поширені ускладнення при вітряній віспі:

- бактеріальні ускладнення шкіри та підшкірної клітковини
- пневмонія
- несправжній круп
- ураження нервової системи – менінгіт, менінгоенцефаліт
- ураження органу зору

3.Специфічні методи діагностики захворювання:

- виявлення ДНК VZV методом ПЛР
- серологічні дослідження (ІФА)

4.Загальноклінічні дослідження:

- загальний аналіз крові
- загальний аналіз сечі

5. Етіотропне лікування:

- протівірусні препарати на основі ацикловіру, показані у випадку ускладнень, спричинених інфікуванням VZV, тяжкого перебігу вітряної віспи або у групах ризику щодо ускладнень.

6. Патогенетичне та симптоматичне лікування: антипіретики, за винятком ацетилсаліцилової кислоти (ризик синдрому Рея), лікарські засоби проти свербіжу - антигістамінні препарати, обробка елементів висипки розчинами 1% метиленового синього (водний розчин).

7. Специфічна профілактика: вакцинація («Варілрикс»).

8. Протиепідемічні заходи:

- ізоляція хворого до 5 дня після появи останніх елементів висипки

29. Жовта гарячка

1. Діагноз «жовта гарячка» встановлено згідно класифікації МКХ-10 враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- епідеміологічний анамнез (перебування у Південній Америці);
- гострий початок хвороби;
- поєднання геморагічного синдрому та жовтяниці;
- ураження нирок;
- пізніше виникнення місцевих проявів

2. Методи досліджень, необхідні для підтвердження діагнозу: вірусологічне дослідження, серологічні дослідження (ІФА), ПЛР.

3. Неспецифічні методи досліджень:

- загальний аналіз крові,
- загальний аналіз сечі
- біохімічні дослідження: печінкові проби (загальний білірубін та його фракції, АлАт, АсАт, тимолова проба), ниркові проби (сечовина, креатинін),
- коагулограма

4. Госпіталізація в інфекційний стаціонар обов'язкова.

5. Основні напрямки лікування: Специфічна етіотропна терапія не розроблена. Патогенетична терапія: дезінтоксикаційна терапія, гемостатичні засоби, протишокові та глюкокортикостероїди, проведення гемодіалізу при нирковій недостатності.

6. Провідний засіб профілактики – вакцинація.

30. Менінгококова інфекція: менінгококцемія.

1. Діагноз «Менінгококова інфекція: менінгококцемія» встановлено згідно класифікації МКХ-10, враховуючи клініко-епідеміологічні критерії:

- гострий початок хвороби
- гарячка та інтоксикація

- наявність характерного геморагічного висипу з некрозом в центрі,
 - а також епідеміологічного анамнезу (контакт с людиною з респіраторними ознаками)
2. Ускладнення - інфекційно-токсичний шок (шкірні покриви бліді, пульс 110 ударів за хвилину, артеріальний тиск 80/50 мм рт.ст.)
 3. При середньотяжкому та тяжкому перебігу менінгококової інфекції необхідна госпіталізація в інфекційний стаціонар.
 4. Дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу: бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження крові та
 5. Неспецифічні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі.
 6. Провідним напрямом етіотропної терапії менінгококової інфекції є антибактеріальна терапія. Антибіотиками вибору є левоміцетін або цефалоспорини.
 7. Патогенетичне лікування передбачає дезінтоксикаційну терапію, глюкокортикостероїди та протишокові препарати. Симптоматичне лікування – НПЗП.
 8. Специфічна профілактика: вакцинація.