

Тема: Дифтерія. Тонзиліти. Інфекційний мононуклеоз.

Актуальність теми: Дані інфекції реєструються в усіх країнах світу. Найчастіше хворіють не вакциновані діти. В Україні останнім часом відзначається підвищення захворюваності на дифтерію. Характеризуються сезонністю та розвитком специфічних ускладнень.

Знати:

1. Визначення інфекції з тонзиллярним синдромом.
2. Етіологія та епідеміологія ангіни, дифтерії, інфекційного мононуклеозу.
3. Основні клінічні прояви ангіни, дифтерії, інфекційного мононуклеозу. Найчастіші ускладнення даних інфекцій.
4. Основні принципи лікування хворих з ангіною, дифтерією, інфекційним мононуклеозом.
5. Профілактика та протиепідемічні заходи.

Це гостра інфекційна хвороба, що спричиняється токсигенними коринебактеріями з повітряно-краплинним шляхом передачі, характеризується дифтеритичним або крупозним запаленням з утворенням на місці локалізації збудника фібринозних плівок.

Етіологія:

Збудник дифтерії – ***Corynebacterium diphtheriae***, або паличка Лефлера. Це нерухлива, грампозитивна паличка, не утворює спор, має вигляд римської цифри V, має на кінцях булавоподібні стовщення - зерна валютину. Продукує екзотоксин, нейрамінідазу, гіалуронідазу.

Розрізняють біологічні варіанти збудника- **gravis, mitis, intermedius**. Gravis- найбільш токсигенний. Збудний стійкий до факторів зовнішнього середовища.

Епідеміологія:

Джерелом інфекції - хворі на дифтерію (заразні з останнього дня інкубаційного періоду до 10- 25-го дня хвороби) і бактеріоносії токсигенного штаму.

Основний механізм передачі - повітряно-краплинний, контактний, аліментарний (через інфіковані продукти).

Сприйнятливість невисока. В більшості випадків на дифтерію хворіють підлітки і дорослі, що пояснюється дефектами імунопрофілактики. Сезонність - осінньо-зимова. Після перенесеної хвороби формується імунітет різної напруги і тривалості, окремі особи можуть хворіти повторно.

Патогенез:

Вхідними воротами інфекції є слизові оболонки піднебінних мигдаликів, носа, глотки, гортані, статевих органів, кон'юнктива, пошкоджена шкіра, де збудник розмножується і продукує токсин. Далі розвивається клінічна картина.

Клініка:

За локалізацією процесу розрізняють дифтерії:

- | | | |
|-----------------|--------------|------------------------|
| - зів (85-90%); | - трахеї; | - зовн. стат. органів; |
| - носа; | - бронхів; | - шкіри; |
| - гортані; | - очей, вух. | |

За ступенем інтоксикації дифтерія поділяється на:

- | | |
|----------------|------------------|
| - нетоксичну; | - геморагічну; |
| - субтоксичну; | - гіпертоксичну; |
| - токсичну. | |

За поширенням нальоту:

- локалізовану;

- поширену.

Дифтерія

Це гостра інфекційна хвороба, що спричиняється токсигенними коринебактеріями з повітряно-краплинним шляхом передачі, характеризується дифтеритичним або крупозним запаленням з утворенням на місці локалізації збудника фібринозних плівок.

Етіологія:

Збудник дифтерії – **Corynebacterium diphtheriae**, або паличка Лефлера. Це нерухлива, грампозитивна паличка, не утворює спор, має вигляд римської цифри V, має на кінцях булавоподібні стовщення - зерна валютину. Продукує екзотоксин, нейрамінідазу, гіалуронідазу.

Розрізняють біологічні варіанти збудника- **gravis, mitis, intermedius**. Gravis- найбільш токсигенний. Збудний стійкий до факторів зовнішнього середовища.



Епідеміологія:

Джерелом інфекції - хворі на дифтерію (заразні з останнього дня інкубаційного періоду до 10- 25-го дня хвороби) і бактеріоносії токсигенного штаму.

Основний механізм передачі- повітряно-краплинний, контактний, аліментарний (через інфіковані продукти).

Сприйнятливість невисока. В більшості випадків на дифтерію хворіють підлітки і дорослі, що пояснюється дефектами імунoproфілактики. Сезонність - осінньо-зимова. Після перенесеної хвороби формується імунітет різної напруги і тривалості, окремі особи можуть хворіти повторно.

Патогенез:

Вхідними воротами інфекції є слизові оболонки піднебінних мигдаликів, носа, глотки, гортані, статевих органів, кон'юнктива, пошкоджена шкіра, де збудник розмножується і продукує токсин. Далше розвивається клінічна картина.

Клініка:

За локалізацією процесу розрізняють дифтерії:

- зіва (85-90%); - трахеї; - зовн. стат. органів;
- носа; - бронхів; - шкіри;
- гортані; - очей, вух.

За ступенем інтоксикації дифтерія поділяється на:

- нетоксичну; - геморагічну;
- субтоксичну; - гіпертоксичну;
- токсичну.

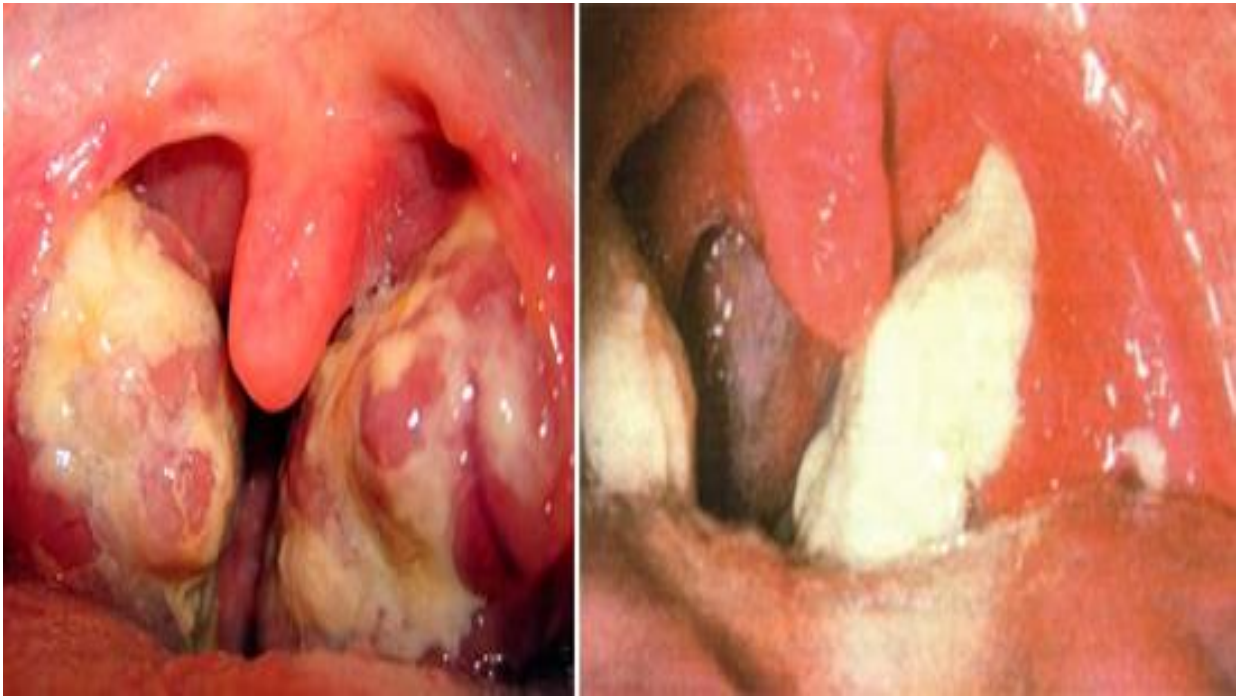
За поширенням нальоту:

- локалізовану;
- поширену.

Дифтерія зіва

Інкубаційний період триває від 2 до 10 днів. Основні ознаки запального процесу - набряклість слизових оболонок, їх нерізка гіперемія з ціанотичним відтінком. *Фібринозний наліт* щільний, суцільний, сірувато-білого кольору, іноді з перламутровим відтінком, поверхня його гладка, блискуча. Характерне підвищення над рівнем слизових оболонок нальоту (плюс тканина). Наліт формується протягом перших 2-3 днів: спочатку він має вигляд напівпрозорої павутиноподібної сітки, потім потовщується, ущільнюється, при знятті його - кровоточивість (кров'яна роса). Зняті плівки не розчиняються у воді, не розтираються шпателем. Спостерігається відповідність ступеня місцевих проявів та

інтоксикації. Чим поширеніший фібринозний наліт, тим значніша інтоксикація. Наліт зникає поступово - тоншає і меншає від країв, подібно до танення льоду. Також можливе його відторгнення у вигляді пластинок.



Фібринозний наліт

Катаральна форма

Характеризується лише незначним набряком і гіперемією з ціанотичним відтінком. Інтоксикація незначна, нальоту на мигдаликах немає.



Дифтерія зів катаральна форма

Локалізована форма

Характеризується утворенням типового фібринозного нальоту, що не виходить за межі мигдаликів. Залежно від його розміру розрізняють острівцеву і плівчасту дифтерію. У разі острівцевої - наліт має вигляд острівців фібринозних нашарувань розміром до кількох міліметрів. При плівчастій - наліт більший за розміром, може вкривати весь мигдалик.

Початок хвороби гострий, t 38-38,5°C, з 2 - 3-го дня нормалізується. Інтوکсикація помірна, відзначається головний біль, нездужання, зниження апетиту, блідість шкіри. Біль у горлі під час ковтання слабший, характерне формування фібринозного нальоту в криптах і на опуклій поверхні мигдаликів. Локалізація процесу двостороння. Ця форма належить до легких форм. В разі своєчасного введення протидифтерійної сироватки наліт зникає на 2- 3-ю добу, при плівчастій - 4-5день.



Дифтерія зів локалізована форма

Поширена форма

Характеризується поширенням нальоту за межі мигдаликів на піднебінні дужки, язичок, іноді на бічні і задню стінку глотки. Хвороба починається гостро, t 38-39°C, через 2-3 доби знижується. Симптоми загальної інтоксикації помірні: головний біль, слабкість, анорексія, блідість шкіри. Регіонарні лімфатичні вузли незначно збільшені, дещо болючі. При своєчасному введенні протидифтерійної сироватки наліт зникає протягом 3-6 днів.



Токсична форма

Характеризується бурхливим розвитком, $t-39-40^{\circ}\text{C}$, утримується 3-5 днів. Симптоми інтоксикації значні: блідість шкіри, повторне блювання, тахікардія, адинамія. Біль у горлі під час ковтання більш інтенсивний.

З перших годин відзначається швидко наростаючий набряк мигдаликів, піднебінних дужок, язичка, м'якого піднебіння. Гіперемія слизової оболонки інтенсивна з ціанотичним відтінком. Дихання через рот при цьому утруднене, голос набуває носового відтінку. На поверхні мигдалика з'являється желеподібна напівпрозора плівка. Плівчасті налети швидко поширюються на всю поверхню мигдалика і поза їх межами. З'являється специфічний солодкуватий запах з рота. Значно збільшені і стають болючими і щільними регіонарні лімфовузли.

Важливою ознакою токсичної дифтерії є набряк *підшкірної клітковини шиї*. Він завжди не болючий, тістуватої консистенції, розташований над регіонарними лімфовузлами, виникає наприкінці першої доби поступово поширюючись вниз на шию і грудну клітку. Шкіра над набряком незмінена.



Набряк підшкірної клітковини шиї

Поширеність набряку підшкірної клітковини відповідає *ступеню інтоксикації*:

- *набряк над лімфовузлами - субтоксична форма;*
- *до середини шиї - I-ст.;*
- *до ключиці II-ст.;*
- *нижче ключиці III-ст.*

Інші варіанти токсичної дифтерії спостерігаються рідко:

- *гіпертоксична* (важка інтоксикація, хворий гине у перші 2-5 дн. при ознаках ІТШ I-II ст.);
- *геморагічна* (крововиливи, криваве блювання, смерть настає на 4-7й дн.);
- *гангренозна* (гангренозний розпад у зіві).

Дифтерія гортані

При локалізації процесу в дихальних шляхах розвивається дифтерійний круп. **Круп** - це гострий ларингіт або ларинготрахеїт, що супроводжується стенозом гортані, проявляється осиплим голосом, гавкаючим кашлем та інспіраторною задишкою. На слизових оболонках надгортанника, голосових зв'язок, під'язикового, простору з'являється набряк, гіперемія, утворюються фібринозні плівки.

Дифтерія гортані спостерігається у дітей віком від 1 до 5 років. Основні симптоми: охриплий голос, грубий гавкаючий кашель,

стенотичне дихання. Характерний поступовий початок без різкого порушення загального стану в I-і дні хвороби.

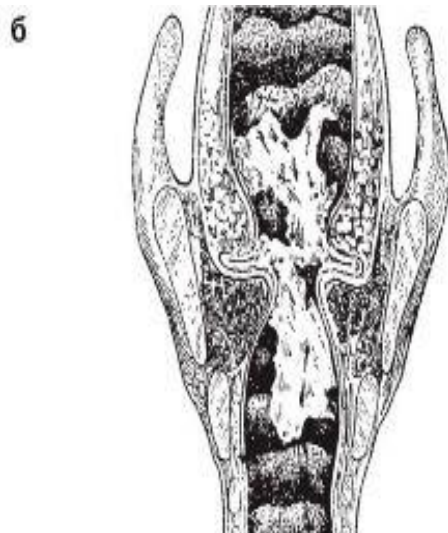
Розрізняють стадії хвороби:

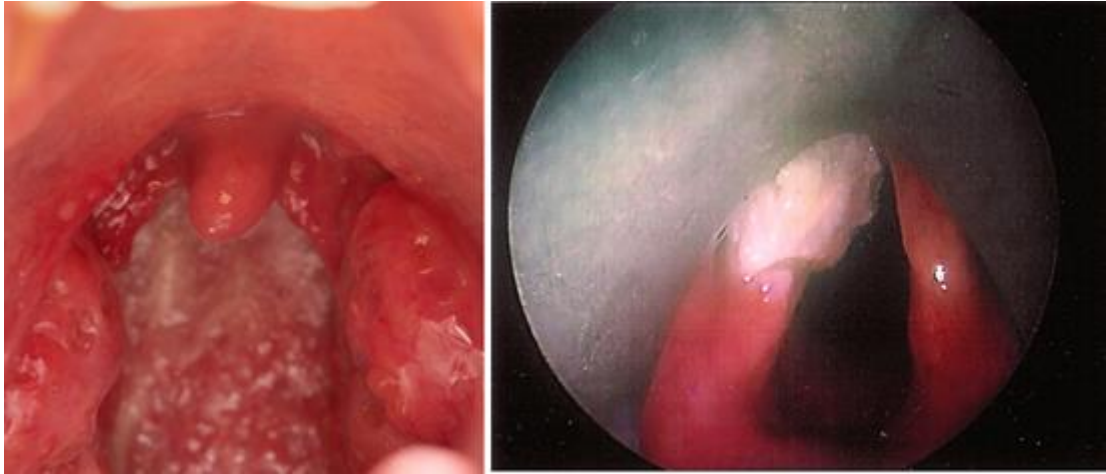
I ст. (катаральних проявів) - характеризується 2 основними симптомами: дисфонією і грубим гавкаючим кашлем, набряк і гіперемія надгортанника. Триває 1-3 дні.

II ст. (стенозу)- триває від кількох годин до 2-3 днів. Голос і кашель стають беззвучними, з'являється стеноз. Наростає шумне дихання, різке втягнення міжреберних проміжків, над-підключичної ямок. Далі хворий стає неспокійний, з'являється ціаноз, поверхневе дихання, парадоксальний пульс - випадіння пульсової хвилі на висоті вдиху. Поява парадоксального пульсу є ознакою переходу в стадію асфіксії і є одним з показів до первинної інтубації.

III ст. (асфіксії) - наростає дихальна недостатність, підвищений ціаноз, лице бліде, вкривається потом, сили хворого виснажуються, він спокійно лежить у ліжку, задишка знижена, гіпоксія м'язів. PS частий, знижений АТ. Свідомість затьмарена або непритомність, можливі судоми. Поява брадикардії передуює зупинці серця. Смерть настає від асфіксії.

Наведений розвиток симптомів відбувається лише при запізнілому лікуванні або його відсутності. Введення сироватки в I-II ст. запобігає прогресуванню крупу. через 12-18 год. ознаки стенозу поступово зменшується.





- Ускладнення:**
1. міокардит;
 2. поліневрит;
 3. нефроз;
 4. пневмонія.

Діагностика:

1. бактеріологічне дослідження (матеріал для дослідження отримують з мигдаликів і носа. Мазки з мигдаликів беруть натще або через 2 год. після їди, не торкаючись тампоном язика і зубів. Доставляють матеріал в лабораторію не пізніше, ніж через 3 год. Попередній результат можна отримати через 24-48 год, а остаточно через 48-96 год).
2. серологічна діагностика (РНГА з сироваткою крові)

Лікування:

Дифтерія зіва:

1. госпіталізація обов'язково;
2. гіперімунна сироватка за методом Безредко;
3. дезінтоксикаційна (глюкоза + інсулін, альбумін, реополі-глюкін). Доза рідини 20-30мл./кг.
4. діуретики (лазикс, манітол);
5. нікотинова, аскорбінова кислоти;
6. гормони (преднізолон 2-3 мг./кг, гідрокортизон 5-10мг/кг);
7. стрихнін 0,1 0,5-1,5мл. п/ш;
8. антигістамінні;
9. антикоагулянти (гепатит);
10. антибіотики (пеніцилін, цефалоспорини, еритроміцин);

Дифтерія гортані:

1. Медикаментозний сон (20% р-н На оксибутирату 50-100 мг/кг; + 0,5% р-н дроперидолу 0,1-0,15 мл/кг + сибазон);
2. Киснева терапія;
3. Тепла ванна, тепле содове пиття, гірчичники;
4. Гіпосенсибілізуючі;
5. Глюкокортикостероїди;
6. Дезінтоксикаційна терапія;
7. Первинна інтубація (трахеотомія).

Покази:

- а) парадоксальний пульс;
- б) постійне напруження *m.sternocleidomastoideus* під час вдиху (грудинно-ключично-сосочковий.);
- в) стійкий ціаноз губ і лиця.

Диференційно-діагностичні критерії захворювань, які перебігають із синдромом крупу

Ознаки	Парагрип	Дифтерія трахеї і бронхів	Вітряна віспа	Кір
Початок	Гострий, рідше раптовий	Поступовий, послідовна зміна періодів	Гострий	Гострий
Провідні ознаки	Катар верхніх дихальних шляхів, ларингіт	”Гавкаючий” кашель, задишка, ДН	Екзантема	Катар ВДШ, кан’юктивіт, висипка
Зовнішній вигляд	Звичайний	Звичайні, блідість шкіри, при стенозі ІІІ ст. - ціаноз	Поліморфна висипка на шкірі	Одуглість, гіперемія обличчя, кон’юктивіт, з 3-5 дня – екзантема
Катаральні прояви	Виражені нежить, кашель	Відсутні	Відсутні	Виражені
В’ялість, адинамія	Слабовиражена	Виражена	Відсутні	Відсутні
Нежить	Помірний чи виражений	Відсутній	Відсутній	Виражений
Кашель	Сухий, грубий	”Гавкаючий”,	Рідко	Сухий,

		потім беззвучний		вологий
Голос	Охриплий	Сиплий, далі афонія	Не змінений	Може бути охриплим
Ураження ротогорла	Помірна гіперемія	Немає(при ізолюваному ураженні)	Немає	Помірна гіперемія, енантема
Лімфаденіт	Немає	Регіонарний	Немає	Часто множинний
Патоморфо- логічна ознака синдрому крупі	Набряк слизової підзв'язкового простору гортані	Обструкція гортані плівками	Набряк слизової підзв'язкового простору гортані	Набряк слизової підзв'язкового простору гортані

Лікування носіїв:

Антибіотики (7 днів)

Профілактика:

Активна імунізація-АКДП і АДП, АД-М.

АКДП з 3-х місячного віку тричі з інтервалом 45дн. По 0,5 мл.
в/м Ревакцинація через 1,5-2р, АДП-анатоксин в 6,11 14-15р.
Дальше ревакцинація кожні 10р. АД-М.

Тонзиліти

Це гостра інфекційна хвороба, що спричиняється різними збудниками, переважно стрептококами, характеризується вираженими запальними змінами у лімфоїдній тканині глотки, регіонарних лімфатичних вузлах і проявляється гарячкою, болем у горлі, часто утворенням налетів на мигдаликах.

Етіологія.

Найчастіше збудником є *β-гемолімічний стрептокок групи А*. Рідше причиною є стафілокок, пневмокок, гриби, спірохетти, віруси.

Епідеміологія.

Джерелом інфекції є хворі на ангіну, ГРЗ, хронічний тонзиліт у період загострення, скарлатину, а також носії гемолітичного стрептокока. Заразливість висока. **Основний шлях передачі** – повітряно-краплинний. Значно рідше спостерігається аліментарний (через інфіковані стрептококами харчові продукти), що супроводжуються спалахами ангіни у колективах. За поширеністю ця хвороба поступається лише ГРВІ. **Сезонність** – з жовтня по березень. У перехворілих на ангіну не залишається імунітету, часто навпаки, з'являється підвищена чутливість до збудника і схильність до повторного захворювання

Патогенез.

Основні ворота інфекції – слизова оболонка поверхні мигдаликів. Мигдалики стають основним місцем розмноження збудника, де утворюється септичне вогнище, з якого інфекція може поширитись в організмі.

Клініка.

За фарингоскопічною картиною можна виділити такі форми ангіни:

1. Катаральну.
2. Фолікулярну.
3. Лакунарну.
4. Фібринозну.
5. Флегмонозну – паратонзиліт.
6. Виразково- некротичну (Сімановського-Венсана).

Критерії важкості перебігу

Ознака	Легка	Середньотяжка	Тяжка
Температура тіла	38-38,5 °С	39-40° С	Більша 40' С
Головний біль	Є	Виражений	Виражений
Блювання	Немає	Одноразове	Повторне
Свідомість	Нормальна	Збережена	Сплутана
Біль в животі	Немає	Ймовірні	Характерні
Артралгії	Немає	Ймовірні	Характерні
Біль у горлі	Помірний, при ковтанні	Виражений, постійний	Виражений, постійний
Гіперемія горла	Помірна	Яскрава	Яскрава

Нашарування	Поодинокі фолікули чи в лакунах (не виходять із них)	Багато гнійних фолікулів, нашарування із лакун поширюються на поверхню мигдалика	Ерозії із нашаруваннями, що поширюються на язичок, дужку, глотку
Лейкоцитоз	До $10 \cdot 10^9$ /л	10- $15 \cdot 10^9$ /л	Більше $15 \cdot 10^9$
ШОЕ	До 20 мм/год	20-25 мм/год	Більше 25 мм/год
Лімфаденіт	Слабовиражений	Катаральний, помірне збільшення лімфовузлів	Значне збільшення лімфовузлів

Періоди:

1.Інкубаційний період триває від кількох годин до 2-3 діб. Хвороба починається гостро із ознобу, t 38-40°C. З'являється наростаюче відчуття перешкоди і біль у горлі під час ковтання. Збільшуються і стають болючими регіонарні лімфатичні вузли. Можливе посилене слиновиділення, неприємний запах з рота. Спостерігається головний біль, ломота в кінцівках, розбитість, нездужання. У дітей першого року життя – блювання, менінгеальні симптоми, судоми. З боку органів кровообігу – тахікардія, приглушення серцевих тонів, систолічний шум.

2.Гарячковий період – триває до 4-5 днів. Характер ангіни визначається за місцевими змінами, які виявляють під час фарингоскопії.

Форми:

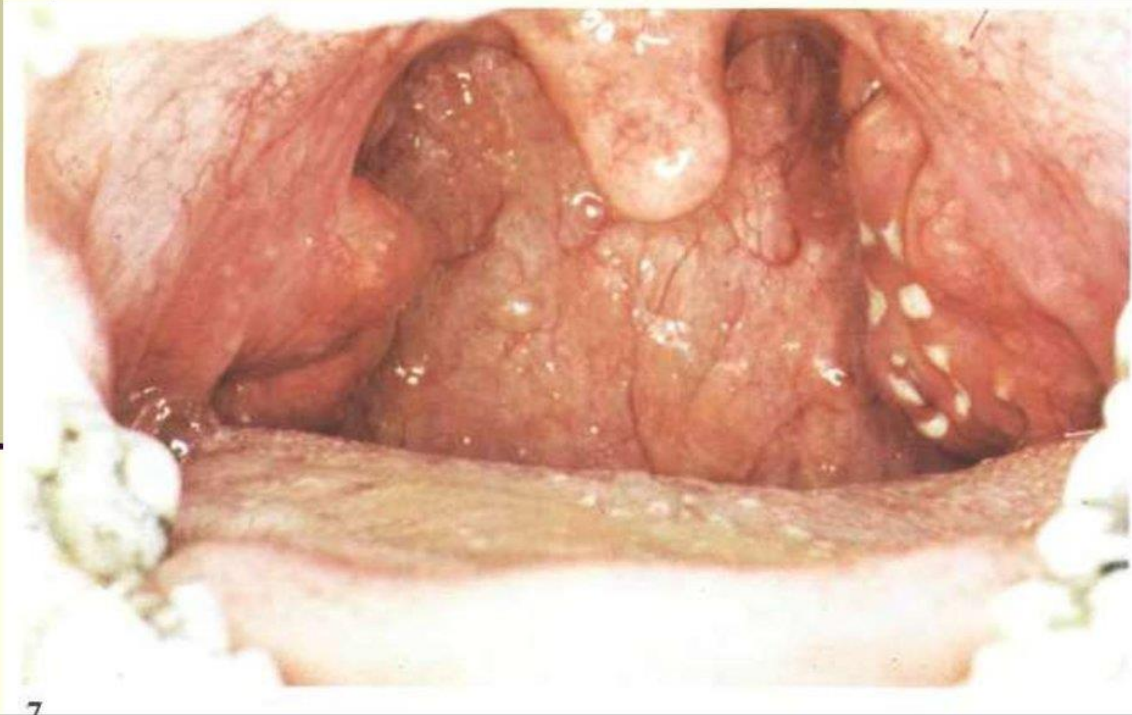
А) катаральна ангіна – набряк і гіперемія мигдаликів, нерідко піднебінних дужок, м'якого піднебіння. Можливі незначні збільшення і болючість регіонарних лімфатичних вузлів, підвищення температури, ознаки інтоксикації.



Б) фолікулярна ангіна – результат нагноєння лімфатичних фолікулів мигдаликів. На тлі вказаних змін помітні жовтувато - білі (із шпилькову головку) субепітеліальні абсцеси, які просвічують

через слизову оболонку і дещо підвищуються над поверхнею мигдалика. У разі прориву такого абсцесу виявляються однакові за розміром дрібні налети, які можуть зливатися в більші.

ФОЛІКУЛЯРНА АНГІНА (ЗНИКАЄ ЧЕРЕЗ 6-7 ДНІВ)



В) лакунарна ангіна – запальний процес призводить до накопичення в лакунах гною у вигляді різної форми жовтуватих, жовто-білих гнійних пробок або нальоту. Налети можуть зливатися, бути з одного або обох боків, легко зніматися, не залишаючи кровоточи-

вої поверхні. Налети не поширюються за межі мигдаликів. Така форма спостерігається значно частіше, ніж фолікулярна.



Г) флегмонозна ангіна – процес відбувається в товщі мигдалика, або, частіше в паратонзиллярній клітковині. Нагноєння призводить до паратонзиллярного абсцесу, як правило, з одного боку. При цьому наростає пульсуючий біль у горлі, який поширюється у вухо. Значно обмежене відкривання рота. Голос гугнявий, регіонарні лімфовузли збільшені і болючі. Під час руху голови і шиї відчувається біль. Спостерігається різке почервоніння і набряк

тканини глотки. Мигдалик збільшений і значно вип'ячений, внаслідок чого передня дужка згладжена. Язичок зміщений у протилежний бік. «Дозрівання» абсцесу можна визначити за вип'ячуванням жовтуватої ділянки слизової оболонки або за пом'якшенням і флюктуацією під час промацування пальцем.



Д) Сімановського-Венсана – зміни спостерігаються з одного боку, дно яких покрите брудним зеленувато-сірим налетом. Плівка легко знімається, але швидко відновлюється. Процес може поширитись за межі мигдаликів. Температура тіла субфебрильна, біль у горлі не завжди турбує. Лімфовузли збільшені, помірно чутливі.



В крові – нейтрофільний лейкоцитоз, прискорене ШОЕ.

Диференційна-діагностичні критерії захворювань, що перебігають із ознаками гострого тонзиліту

<i>Ознаки</i>	<i>Дифтерія ротогорла</i>	<i>Скарлатина</i>	<i>Інфекційний мононуклеоз</i>	<i>Стрептококова, стафілококова ангіна</i>
<i>Початок</i>	Гострий	Гострий	Гострий	Гострий
<i>Провідні симптоми</i>	Фібринозне запалення в ротогорлі, інтоксикаційний синдром	Ангіна, з 1-2 дня екзантема, симптом Філатова, інтоксикацій-ний синдром	Гіперплазія лімфаденоїдної тканини, ангіна не завжди (вторинна)	Ангіна (фолікулярна, лакунарна, некротична)
<i>Стан слизових ротогорла</i>	Гіперемія з ціанотичним відтінком, набряк	Яскрава ”палаюча” гіперемія	Яскрава гіперемія	Яскрава гіперемія
<i>Характеристика нашарувань</i>	Сіро-білі, жовті плівки, можуть поширюватись за межі мигдаликів, щільні, тяжко знімаються, слизова під ними кровоточить, після зняття виникають знову, не розтираються	Гнійні, осумковані чи в лакунах, не виходять за межі мигдаликів, легко знімаються, слизова не кровоточить, розтираються	Гнійні, осумковані чи в лакунах, біло-жовті, не виходять за межі мигдаликів, легко знімаються, слизова не кровоточить, розтираються	Гнійні, осумковані чи в лакунах, біло-жовті, не виходять за межі мигдаликів, легко знімаються, слизова не кровоточить, розтираються
<i>Лімфаденіт</i>	Регіонарний	Регіонарний	Генералізоване збільшення лімфовузлів	Регіонарний
<i>Гепатоспленомегалія</i>	Відсутня	Відсутня	Характерна	Відсутня
<i>Висипання</i>	Відсутні	Дрібноточкові	Можуть бути (при застосуванні ампіциліну) у 70-80 % хворих,плямисто - папульозні, еритематозні	Відсутні
<i>Інтоксикаційний синдром</i>	Виражений	Помірно виражений	Може бути виражений	Помірно виражений
<i>Набряк підшкірної клітковини шиї</i>	При токсичних формах	Відсутній	В ділянці регіонарних лімфовузлів у тяжких випадках	Відсутній
<i>Зміни з боку язика</i>	Обкладений	Обкладений, з 4-5 дня ” малиновий”	Обкладений	Обкладений

Ускладнення.

1. Гнійний лімфаденіт.
2. Отит.
3. Мастоїдит, синусит.
4. Ревматизм.
5. Гломерулонефрит.
6. Ревматоїдний поліартрит.

Прогноз.

Якщо немає ускладнень – сприятливий.

Діагностика.

1. Бактеріологічний метод.
2. Бактеріоскопічний метод.
3. Вірусологічний метод.
4. Серологічний метод.
5. Цитологічний метод.

Лікування.

1. Госпіталізація хворих з тяжким перебігом.
2. Бензилпеніцилін по 100-200 тис. ОД / кг/добу кожні 3-4 години – 3-4 доби, оксацилін, еритроміцин.
3. Протигрибкові препарати.
4. Полоскання рота.
5. Жарознижуючі препарати

Профілактика.

1. Ізоляція хворих на ангіну.
2. У вогнищі заключна дезінфекція.

Інфекційний мононуклеоз

Це гостра інфекційна хвороба вірусної природи переважно з повітряно-краплинним механізмом зараження, характеризується гарячкою, поліаденітом (шийним), гострим тонзилітом з нальотом, збільшенням печінки, селезінки, лейкоцитозом, лімфомоноцитозом, наявністю атипових мононуклеарів.

Етіологія:

Вірус Епштейна- Бара - ДНК вмісний.



Епідеміологія:

Джерелом інфекції є хворі і вірусоносії. Механізм передачі – повітряно-краплинний. Зустрічається у дітей 2-10 р. і молодих людей. Сезонність - холодна пора. Імунітет стійкий.

Патогенез:

Вхідними воротами є слизова оболонка носоглотки і верхніх дихальних шляхів. Лімфогенно збудник потрапляє в регіонарні лімфатичні вузли, далі розвивається первинний лімфаденіт, в результаті чого настає вірусемія, генералізація процесу і розвиток інфекційно-алергічної фази (хвилеподібний перебіг), формування імунітету і видужання.

Клініка:

Інкубаційний період коливається в межах 6-18 днів (30-40 днів).

- починається гостро з продромального періоду – 2-3 дні: втома, млявість, зниження апетиту, біль у м`язах, сухий кашель.
- t 38-39⁰ C, біль голови, нежить, біль у горлі під час ковтання, пітливість.

- в перші 3-5 днів – гарячка, ангіна, збільшення лімфатичних вузлів, утруднення носового дихання, збільшення печінки, селезінки.
- загальний вигляд хворого – набряклі повіки і надбрівні дуги, закладеність носа, напіввідкритий рот, сухість і почервоніння губ, злегка закинута голова назад, хрипле дихання, помітне збільшення лімфатичних вузлів. Тривалість гарячкового періоду – 4-5 днів – 2-4 тижні.

Лімфоденопатія – у першу чергу збільшені шийні лімфатичні вузли, особливо розташовані вздовж заднього краю м. sternocleidomastoideus, під кутом нижньої щелепи. Іноді лімфатичні вузли мають вигляд ланцюжка або пакета і часто симетрично розташовані, в діаметрі 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 переходить на підщелепову ділянку, шию, іноді аж до ключиці. Одночасно виявляють збільшення пахвових і пахвинних лімфатичних вузлів.



Закладеність носа, утруднення носового дихання, зміна голосу. Виділень з носа не має.

Гострий тонзиліт:

1. катаральний.
2. фолікулярний.
3. лакунарний.
4. виразково-плівчастий.

Налети можуть поширюватись за межі мигдаликів, що супроводжується посиленням гарячки.

Збільшення печінки і селезінки – постійний симптом. Виявляють уже в перші дні хвороби.



Висип – плямистий, плямисто – папульозний, уртикарний, геморагічний. Утримується 1-3 дні і без сліду зникає.



B

Source: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ:
Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Зміни в крові:

1. лейкопенія – у перші 2 дні хвороби, потім - лейкоцитоз $10-25-10^9$
2. збільшення лімфоцитів, моноцитів.
3. ШОЕ – 15-30 мм/год.
4. наявність атипових мононуклеарів (лімфоцити) – зрілі атипові одноядерні клітини – 20% і більше – з'являються на 2-3-й день і утримуються на протязі 3-4 тижнів.

Критерії тяжкості інфекційного мононуклеозу

Симптом, ознака	Легка	Середньотяжка	Тяжка
Інтоксикація	Відсутня, слабовиражена	Виражена	Різко виражена
Температура тіла	До 38°C	38,5-39°C	Понад 40°C
Ураження лімфовузлів	Незначне, переважно шийні	Значне, особливо шийні, видимі на око	Конгломерати, де фігурація ший, пастозність шийної клітковини
Дихання носом	Дещо утруднене	Утруднене, "хрюпляче" у сні	Відсутнє, "хрюпляче", відкритий рот, одуте обличчя
Ураження ротогорла	Катаральна ангіна	Гіперплазія мигдаликів II-III ст., значні нашарування	Гіперплазія мигдаликів III ст., Суцільні плівчасті нашарування
Гепато-, спленомегалія(виступають з-під реберної дуги)	До 2-3 см	3-4 см	4-5 см і більше, жовтяниця
Кількість атипових мононуклеозів	До 30 %	20-50 %	> 50 %
Кашель	Рідко	Часто	Часто
Екзантема	Рідко	Часто	У 1/3 геморагічна, носові кровотечі
Диспептичні явища	Рідко	Є, біль в животі, блювання	Біль в животі, повторне блювання

Зміни з боку серцево-судинної системи - "інфекційне серце"	Не характерні	Рідко	Часто
--	---------------	-------	-------

Ускладнення:

1. отит.
2. паратонзиліт.
3. пневмонія.
4. розрив селезінки.
5. гемолітична анемія.
6. менінгоенцефаліт.

Диф. діагностика:

1. дифтерія.
2. ангіна.
3. лімфогранулематоз.
4. феліноз.
5. гострий лейкоз.
6. лістеріоз.
7. вірусний гепатит.
8. СНІД.

Диференційна діагностика інфекційного мононуклеозу

Ознака	Інфекційний мононуклеоз	Дифтерія ротогорла	Адено-вірусна інфекція	Вірусний гепатит
1	2	3	4	5
Початок	Гострий	Гострий	Гострий	Гостро чи поступово
Провідні синдроми	Лімфопроліферативний, інтоксикаційний	Запалення ротогорла, інтоксикаційний	Катаральний кон'юнктивіт, лімфопроліферативний	Жовтяниця, гепатомегалія
Які групи лімфовузлів уражаються	Переважають шийні, часто втягуються всі	Підщелепні	Підщелепні, шийні, можуть інші	Не характерно

Зміни в ротогорлі	Фолікулярна чи лакунарна ангіна	Плівчасті нашарування	Нижні нальоти на мигдаликах, гіперплазія фолікулів	Не характерні (можлива гіперемія дужок, задньої стінки глотки)
Катаральний синдром	Задній риніт	Немає	Фарингіт, кан'юктивіт, риніт	Можливий у переджовтяничний період
Аденоїдит	Часто	Немає	Немає	Немає
Гепатоспленомегалія	Характерна	Немає	Можлива	Переважає гепатомегалія
Жовтяниця	Ймовірна (рідко)	Немає	Немає	Характерна
Підтвердження діагнозу	Атипові мононуклеари, лімфоцитоз	Виділення дифтерійної палички (мазки)	Виділення вірусу з носоглоткових змивів	Цитоліз, гіпербілірубінемія (за рахунок прямого білірубіну), виділення анти-ВГА IgM, HveAg, HBsAg

Лікування:

- антибіотикотерапія.
- десенсибілізуюча терапія.
- глюкокортикоїди.
- полоскання рота антисептичними розчинами.

Профілактика:

Специфічної профілактики не розроблено. Карантин не встановлюється.

Матеріали для підготовчого етапу:

1. Дати визначення "ангіни", "дифтерії", "інфекційного мононуклеозу".
2. Етіологія та епідеміологія ангіни, дифтерії, інфекційного мононуклеозу.
3. Основні клінічні прояви даних хвороб.

4. Перебіг захворювань та ускладнення.
5. Лабораторна діагностика.
6. Основні принципи лікування.
7. Особливості догляду та спостереженню за хворими на ангіну, дифтерію, інфекційний мононуклеоз.
8. Об'єм профілактичних заходів.

Тестові завдання:

- I. Збудник дифтерії є:
 1. Бета-гемолітичний стрептокок;
 2. Пневмокок;
 3. Паличка Лефлера;
 4. спірохета в поєднанні з веретеноподібними паличками.
- II. Тривалість інкубаційного періоду при інфекційному мононуклеозі:
 1. 2-50 діб;
 2. 12-24 год.;
 3. від 12 год. до 2 днів.
- III. Основні симптоми клініки інфекційного мононуклеозу:
 1. фібринозний наліт на мигдаликах, виражена інтоксикація, гарячка, збільшені регіонарні вузли;
 2. гарячка, гострий тонзиліт, поліаденіт, гепатоспленомегалія;
 3. озноб, гарячка, збільшення і болючість регіонарних лімфатичних вузлів, накопичення гною в лакунах.
- IV. При тяжкому перебігу дифтерії хворий повинен дотримуватись ліжкового режиму:
 1. 7-10 днів;
 2. 14 днів;
 3. 35-45 днів;
 4. в залежності від скарг.
- V. Основний метод специфічного лікування дифтерії:
 1. введення глюкокортикоїдів;
 2. введення специфічної антитоксичної сироватки;
 3. трахеостомія;
 4. введення еритроміцину.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Конспект лекцій.

2. Медсестринство в інфектології.

3. Діагностика, терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки за редакцією М.А. Андрейчина, 1996. С 107-122.

Додаткова:

1. Покровський В.И., Булкина И.Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии. М.: Медицина. - 1985, С. 98-106

2. Тітов М.Б. Інфекційні хвороби. Київ. "Вища школа", 1995. С. 265-273.

