

СТРАШКО С.В. КРИВИЧ І.П. ЛЕВИЦЬКА Л.М.
ЧОРНЕНЬКА В.Д. ФЛОРЕНЦОВА К.М.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

що набули соціального значення

*Додаток до підручника
з основ медичних знань
для студентів усіх спеціальностей
вищих педагогічних навчальних закладів*

**Міністерство освіти і науки України
Науково-методичний центр вищої освіти МОН України
Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова**

**ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ,
ЩО НАБУЛИ СОЦІАЛЬНОГО ЗНАЧЕННЯ**

**(додаток до підручника з основ медичних знань
для студентів усіх спеціальностей вищих
педагогічних навчальних закладів)**

Київ
«Освіта України»
2006

УДК 574.24 (075)
ББК 51.204.0

Інфекційні хвороби, що набули соціального значення // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів усіх спеціальностей вищих педагогічних навчальних закладів. – Київ: «Освіта України», 2006. – 56с.

Розробники: С.В. Страшко, І.П. Кривич, Л.М. Левицька,
В.Д. Чоренька, К.М. Флоренсова

Рецензенти: О.Ф. Гавриленко, доктор медичних наук, професор
М.В. Гриньова, доктор педагогічних наук, професор

*Рекомендовано Науково-методичним центром вищої освіти
Міністерства освіти і науки України
(лист від 16.11.05 № 14/18.2-2550)*



Це видання було профінансовано МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні” в рамках реалізації програми “Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні”, підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

ISBN 966-8847-13-X

© Страшко С.В. та ін., 2006
© «Освіта України», 2006

Вступ

Першочерговим завданням України як соціально-орієнтованої держави є сприяння розвитку молодого покоління, його життєтворчості й духовному зростанню. Як підкреслюється у “Програмі дій Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку” (Каїр, 1994 р.), однією з найважливіших цілей світової спільноти та окремих держав є забезпечення охорони здоров'я, безпеки життєдіяльності дітей, підлітків та молоді. Тому формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління є одним з пріоритетів політики нашої держави.

Демографічні процеси, які почалися в Україні в останній чверті ХХ століття, особливо загострилися в умовах економічної кризи. Показниками демографічної кризи є не тільки негативний приріст населення, а й різке зниження загального рівня здоров'я, середньої тривалості життя, зростання кількості спадкових хвороб, інвалідизація населення, розповсюдження інфекційних хвороб, зокрема, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Ситуація із станом здоров'я населення значною мірою обумовлена низьким рівнем знань переважної більшості людей щодо закономірностей формування, збереження і зміцнення власного здоров'я, легковажним і нерідко безвідповідальним ставленням до цієї цінності, якою природа нагороджує людину разом з життям.

Згідно з прийнятим у 1998 р. міжнародним документом “Політика досягнення здоров'я для всіх у ХХІ столітті” усі держави-члени Євробюро ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), у тому числі й Україна, повинні здійснювати політику формування здорового способу життя населення, і особливо молоді, на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Це вимагає перегляду сформованих стереотипів поведінки сучасної молоді, переосмислення концептуальної моделі здоров'я з урахуванням того, що провідне значення у його збереженні та зміцненні належить такому фактору як спосіб життя.

Ідея створення у молоді мотивації до здорового способу життя повною мірою реалізувалася в Національній доктрині розвитку освіти України в ХХІ ст., прийнятій у 2001 р. на ІІ з'їзді освітян. У ній визначено **формування здоров'я нації через освіту** як один з пріоритетів державної політики в освітній галузі.

Стан здоров'я населення України

Україна постійно поповнювала страшні спустошення, заподіяні їй монголо-татарами, громадянською війною, голодомором, другою світовою війною. Сучасний же аналіз перебігу демографічних процесів і даних про стан здоров'я нашого населення свідчить про те, що в країні склалася демографічна криза. Смертність переважає над народжувальністю більше, ніж у 2 рази. Водночас, за кількістю хірургічних втручань щодо штучного припинення вагітності, Україна займає одне з перших місць у світі в розрахунку на кількість населення.

За даними офіційної статистики у 2000 р. середня тривалість життя чоловіків в Україні становила 62 роки, проти 66 у 1986 р. Останні роки тривалість життя продовжує скорочуватись. Водночас цей показник упродовж останніх 20 років у більшості країн світу підвищився. В Центральній Америці й Азії він збільшився на 10-11 років, у країнах Східної Європи – на 2-3 роки.

Причини загальної смертності по всіх регіонах України практично не відрізняються. Найчастіше, як чоловіки (48,5%), так і жінки (66,5) помирають від серцево-судинних хвороб. Від нещасних випадків, отруень і травм смертність серед чоловіків становить 16,2 %, а серед жінок – 4,4%, від зл�якісних новоутворень серед чоловіків – 14,5%, серед жінок 10,9%, від хвороб органів дихання серед чоловіків – 7,6%, серед жінок – 3,8%. В Україні смертність чоловіків у всіх вікових групах вища, ніж смертність жінок.

Занепокоєння викликає здоров'я школярів. Перелік хронічних хвороб учнів загальноосвітніх шкіл різноманітний. Лише один з десяти першокласників сьогодні не має патології. Результати досліджень показують, що за останні роки тенденція до погіршення стану здоров'я учнів набула сталого характеру. За період навчання у школі кількість хронічних захворювань у дітей збільшується в 1,5-2 рази. Відмічається значне омолодження "хвороб похилого віку", зокрема, онкозахворювань. Є випадки інсультів та інфарктів у дітей віком до 15 років.

Серед новонароджених **кожне 3 немовля має певні генетичні вади, а кожна 17 дитина народжується психічно неповноцінною.** Основними причинами дитячої смертності є вроджені вади розвитку, патологія органів дихання, інфекційні хвороби, нещасні випадки, травми. Високим є рівень мертвонароджуваності. За рівнем смертності немовлят Україна займає 49 місце у світі.

Внаслідок зменшення народжуваності зменшується кількість підлітків, віком 15-17 років, які складають репродуктивний потенціал нашої країни. Саме ці юнаки і дівчата в найближчий час будуть визначати приріст населення.

Народження великої кількості дітей з вадами розвитку зумовлює ріст і без того **високих показників інвалідизації населення**. Сьогодні в Україні налічується майже 150 тис. дорослих інвалідів з дитинства і понад 160 тис. дітей-інвалідів. Вагомим чинником інвалідизації дітей є зловживання батьками алкоголю, наркотиків та тютюнопаління.

Статистика свідчить про **постійне зростання безплідності** та нездатність багатьох жінок виносити і народити дитину. Жіноче та чоловіче безпліддя зумовлене багатьма причинами. Серед них, на першому місці знаходяться запальні процеси різної етіології. Навіть серед дівчат 15-17 років майже 8% страждають на запалення жіночих статевих органів, які в основному є ускладненням після штучного переривання вагітності.

Недостатня поінформованість молоді з проблем планування сім'ї, лібералізація сексуальних стосунків, негативний вплив сучасних засобів масової інформації зумовлюють підвищений інтерес підлітків до цієї сфери, випадкові та ранні сексуальні контакти, що за браком знань про засоби контрацепції та профілактики венеричних захворювань призводить не тільки до **поширення венеричних хвороб**, а й до випадків **ранньої вагітності**. Щорічно реєструють близько 300 випадків штучного переривання вагітності у дівчат до 14 років та понад 30 тис. – у дівчат 15-17 років. Незапланована вагітність може призвести до народження хворої дитини, яка поповнить ряди дітей-інвалідів, а небажані діти – ряди дітей-сиріт.

Щодо інфекційних хвороб, то підвищилась захворюваність на грип, кишкові інфекції, тяжкі форми сальмонельозу, дизентерії, гепатитів. Кількість хворих на туберкульоз у 2000 р. збільшилась майже в 2 рази порівняно з 1990 р. На даний час щоденно реєструється 82 хворих. Смертність від туберкульозу складає 16,3 на 100 тис. населення, порівнюючи з 1996 р. вона підвищилась майже у 6 разів. Цей показник в Україні вищий, ніж у Японії в 2,4 раза і в 5,6 раза – ніж у Франції.

За останні роки значно зросла захворюваність на венеричні хвороби як серед дорослих, так і серед підлітків. Захворюваність на сифіліс статистично свідчить про епідемію. Загальна кількість хворих збільшилась з 9,7 у 1991 р. до 91,5 на 100 тис. населення у 2000 р. В Україні також розповсюджується епідемія СНІДу, яка має найбільші темпи росту серед країн СНД. Але насправді ситуація значно складніша. Спеціалісти вважають, що у 2010 р. кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в Україні може досягти 1,5-2,5 млн. Найвищий рівень захворюваності має вікова група від 15 до 29 років, тобто група з найбільшою сексуальною активністю та здатністю до реалізації репродуктивної функції. Це негативно впливає на соматичне і репродуктивне здоров'я молоді та є причиною народження ВІЛ-інфікованих дітей.

Інфекційні хвороби в історії людства

В історію людства інфекційні хвороби вписали значну кількість страшних сторінок. Видатний радянський біофізик, засновник геліо-біології, О.Л. Чижевський багато років вивчав за архівними даними періодичність виникнення епідемій і пандемій найбільш небезпечних інфекційних захворювань.

До наших днів дійшли свідоцтва про **чумні епідемії** древньо-грецьких істориків Геродота і Фукидіда, видатного лікаря давнини Гіппократа та інших. Особливо страшні епідемії чуми, що залишилися в історії пов'язані з іменами правителів та визначних людей того часу. В 125 році лютувала “чума Орозія”, в 165-168 роках – “чума Антоніна і Галена”, в 251-266 роках – “чума Кіпріана”, VI ст. – “чума Юстиніана”. У VII-XIV ст. чума прокотилася по Візантії, в IX ст. вона майже спустошила Європу, на території Київської Русі чума з'явилася в XI ст. У XII-XIII ст. вона лютувала в Єгипті, Сирії, Греції, Італії і буквально викошувала армії хрестоносців. Кістява рука “чорної смерті” в XIV ст. охопила весь світ. Під час цієї пандемії загинула чверть населення Землі. В XV– XVIII ст. чума з'являлась у різних частинах світу. В XIX ст. вона зосередилась у Єгипті, Персії, Вірменії, Індії та періодично у Європі.

Епоху небувалого “розквіту” переживала не лише чума, але й такі тяжкі хвороби як проказа, холера, сифіліс, віспа...

Перші історичні свідоцтва про **холерну епідемію** в Індії відносяться до 1031 року. В 1364-1367 мала місце епідемія холери в Персії. У Константинополі, Аравії та Єгипті вона з'являється незадовго до завоювання Візантії турками – у 1453 році. В XVIII і XIX ст. мали місце спустошливі епідемії в Індії, які забрали сотні тисяч людей.

Перша пандемія холери описана у період 1816-1823 роки. Вона прокотилась від Індії до південних міст Росії. Друга пандемія (1827-1837) теж прийшла з Індії. Три роки, незважаючи на зимовий холод, вона лютувала в Росії. У 1830 році вона проникла в Західну Європу і дала надзвичайно смертоносні спалахи в Італії й Англії. Третя пандемія холери припадає на 1844-1860 роки. Цього разу вона охоплює всі губернії Росії, Азію, Африку і Європу. Четверта пандемія (1863-1875 р.р.) охоплює весь Старий Світ. У 1869 році вона набуває спустошливого характеру. П'ята пандемія виникає у 1883 році знову в Індії і розповсюджується на захід, охоплюючи Аравійський півострів, північ Африки, Росію, Західну Європу. Остання пандемія XIX століття датована 1892-1895 роками, інтенсивність її розповсюдження була дуже велика. Так, у Гамбурзі за один день кількість

хворих зростала приблизно на 1000 осіб. Всього протягом двох місяців у Гамбурзі захворіло понад 17 тисяч осіб і 8605 з них померло.

Епідемії грипу не залишають людство в спокої і сьогодні. Історичні свідчення про них обмежені, але вони дозволяють стверджувати, що сильні епідемії грипу виникають з досить чіткою періодичністю в 10-12 років, а пандемії – з періодом в 35 років. Максимальна захворюваність на грип відповідає піку 11-річної сонячної активності та 33, 4-річному ритму. Так, згідно з даними Х. Гезера епідемії грипу виникали в 1403, 1414 і 1427 роках. За даними Гірша, починаючи з XVI ст., грипозні епідемії за 340 років десять раз охоплювали всю Європу, дев'ять разів більшу частину західної півкулі, чотири рази всю західну півкулю і шість разів усю східну півкулю. Оскільки спалахи грипу виникають майже постійно в різних країнах і носять характер сезонних катарів, то Гірш у своїх дослідженнях описав лише масові інфекції, що охоплювали цілі країни, материки, півкулі, іноді більшу частину землі.

У XIX ст. медицина досягла значних успіхів у боротьбі з інфекційними хворобами, особливо бактеріального походження. Люди навчилися захищатися від збудників, створюючи штучний імунітет. Поліпшення умов життя також сприяло, особливо в країнах Європи і Північної Америки, подоланню багатьох інфекцій. **Сьогодні головні вороги людини вже не чума або холера, а серцево-судинні захворювання, рак, травматизм тощо.** На жаль, кінець XX ст. ознаменувався загостренням епідемічної ситуації. **З'являються нові інфекційні хвороби, наприклад, СНІД, атипова пневмонія, хіміорезистентний туберкульоз.** Епідемічна ситуація в Україні та інших країнах пострадянського простору загострюється ще й у зв'язку з соціальними та економічними негараздами.

Загальна характеристика інфекційних хвороб

Людину все її життя оточує велика кількість різних мікроорганізмів, таких як віруси, бактерії, одноклітинні, гриби тощо. Багато з них є патогенними, тобто здатними викликати певні захворювання. Наприклад, віруси викликають понад 200 інфекційних хвороб у людини (віспу, поліомієліт, енцефаліт, кір, СНІД, злоякісні новоутворення, гепатит, тропічну лихоманку тощо), що супроводжуються високою летальністю.

Всі мікроорганізми можна поділити на **три групи – сапрофіти, умовнопатогенні та патогенні**. *Сапрофіти* – це мікроорганізми які не спричиняють заразних хвороб.

Умовнопатогенні мікроорганізми в організмі є завжди, але спричиняють хворобу лише за певних умов (переохолодженні, порушенні санітарно-гігієнічного режиму, зниженні захисних механізмів тощо).

Патогенні мікроорганізми здатні викликати інфекційну хворобу, патогенність – їх властивість спричиняти захворювання та виділяти особливі отруйні речовини – токсини.

Процес вторгнення патогенних мікроорганізмів в організм людини та їх розмноження з наступним розвитком хвороби називається інфікуванням. Наслідком інфікування є інфекційна хвороба – взаємодія патогенного мікроорганізму з організмом людини, що супроводжується відповідною реакцією останнього. Взаємодія мікро– і макроорганізму зовні може не проявлятися. У таких випадках протікає безсимптомний інфекційний процес, що супроводжується певною імунною відповіддю. Людина в такому випадку є бактеріо– або вірусоносієм. Інфекційні хвороби мають особливість швидко розповсюджуватись серед людей. Якщо інфекційним захворюванням охоплюються великі групи людей, пов'язані між собою ланкою зараження, говорять про **епідемії**. Розповсюдження інфекційних захворювань на цілі континенти, або на всю земну кулю – характеризується терміном **пандемія**. Поодинокі захворювання, що з'являються від випадку до випадку, називають **спорадичними**.

Характерною особливістю гострих інфекційних захворювань є циклічний перебіг. Виділяють чотири періоди циклу: **інкубаційний, продромальний, період розвитку хвороби, реконвалесценції**.

Інкубаційний (прихований) період – це час від проникнення збудника в організм до появи перших ознак хвороби. Він триває від кількох годин до кількох діб, або навіть років. У цей період відбувається активне розмноження збудника і накопичення в організмі людини продуктів його життєдіяльності.

Продромальний період, або період передвісників характеризується

появою перших ознак хвороби загального характеру (нездужання, загальна слабкість, головний біль, погіршення апетиту тощо). Його тривалість – 1-4 доби.

У період розвитку хвороби стають помітними типові для неї ознаки, які з'являються у певній послідовності.

Протягом *реконвалесценсії* спостерігається зменшення інтоксикації, виразності та прояву специфічних ознак. Організм звільняється від мікробів, видужує. Проте можливі й рецидиви – перехід у хронічну форму, а також летальний кінець.

Складовими компонентами епідемічного процесу є джерело інфекції, механізм розповсюдження інфекції і сприйнятливості до даного захворювання населення.

Джерелом тієї чи іншої заразної хвороби можуть бути хворі люди або тварини з клінічно-вираженою, стертою або атиповою формою хвороби та носії збудника. Заразні хвороби, джерелом інфекції яких є людина, називаються **антропонозами**. Хвороби, джерелом інфекції яких є тварини – **зоонозами**. Деякі заразні хвороби (черевний тиф) можуть передаватися не тільки через хворих осіб, а й через тих, які видужали, але в їхньому організмі ще залишились хвороботворні мікроби. Джерелом розповсюдження таких інфекцій як чума, туляремія, кліщовий енцефаліт тощо є гризуни.

Існують такі **основні шляхи передачі інфекції**: контактний, повітряно-крапельний, фекально-оральний, трансмісивний. Шляхом прямого контакту передаються венеричні захворювання, СНІД, короста, деякі грибкові захворювання шкіри, лептоспіроз, ящур і т. ін. Досить часто збудник передається через руки хворої людини, яка, торкаючись різних предметів, залишає на них мікроби. Найчастіше таким контактно-побутовим шляхом передаються кишкові інфекції. Повітряно-крапельним шляхом передаються збудники грипу, вітрянки, віспи, кашлюка, туберкульозу; фекально-оральним – дизентерії, черевного тифу, паратифів. Трансмісивний спосіб передачі збудника забезпечують членистоногі.

Сприйнятливості організму людини до збудника інфекції є третьою ланкою епідемічного ланцюга. При цьому важлива не стільки сприятливість окремої людини, скільки загальна сприйнятливості населення до даної інфекції. Так, до деяких інфекційних хвороб (наприклад, грип) існує загальна висока сприйнятливості, до інших – низька.

Залежно від шляхів проникнення збудника в організм і його виділення та місця локалізації інфекційного процесу в організмі розрізняють чотири види інфекцій: інфекції дихальних шляхів, кишкові інфекції, інфекції зовнішніх покривів і кров'яні інфекції.

Імунітет

Виникнення інфекційного захворювання тісно пов'язане з сприйнятливістю організму людини до нього.

Сприйнятливість до захворювань – це здатність реагувати на вторгнення в організм збудників інфекцій розвитком хвороби. Несприйнятливість людини до збудників інфекційних захворювань забезпечується факторами специфічної несприйнятливості (імунітет) і неспецифічної фізіологічної резистентності (НФР).

До неспецифічних факторів імунітету як таких, що перешкоджають проникненню мікроорганізмів в організм та діють бактерицидно належать:

- 1) здорова неушкоджена, чиста шкіра як бар'єр для мікробів;
- 2) бактерицидні кислоти сальних та потових залоз шкіри;
- 3) лізоцим сліз, слини, крові, міжклітинної рідини, клітин;
- 4) бактерицидні речовини дихальних шляхів, травного каналу, сечовидільних шляхів;
- 5) біологічно активні речовини травних соків, жовчі, крові, лімфи тощо;
- 6) видільна функція нирок, кишечника, печінки, лімфовузлів.

НФР організму можна зміцнювати. Для цього використовують різноманітні гігієнічні заходи: раціональне харчування, загартовування, раціональний режим праці й відпочинку, оптимальний руховий режим.

Захист організму від пошкоджуючих подразників, які несуть на собі генетично сторонню інформацію називається **імунітетом**.

Основою специфічного, тобто протиінфекційного імунітету є несприйнятливість до мікроорганізмів та їх життєдіяльності. Імунітет пов'язаний зі спадковими і набутими механізмами, які запобігають проникненню в організм і розмноженню в ньому збудників захворювань та сприяють знешкодженню продуктів їх життєдіяльності (токсинів). Він є проявом імунної системи (лімфопровузлів, селезінки, кісткового мозку, вилочкової залози – лімфоїдних органів). Імунна система не лише захищає організм від збудників захворювань, а й знищує злякисні клітини, бере участь у відторгненні пересаджених органів, контролює нормальний розвиток плоду і захищає новонародженого, діалізує відмерлі тканинні структури.

Імунний процес – це утворення в організмі специфічних **антитіл** у відповідь на проникнення в нього збудників інфекції (**антигенів**). Особливістю антитіл є їх здатність специфічно взаємодіяти з відповідними антигенами. Антитіла можуть нейтралізувати токсини (антитоксини), розчиняти мікроорганізми (бактеріолізини), зумовлювати випадання в осад білкових решток, що утворились внаслідок руйнування мікроорганізмів (преципітини),

склеювати мікроорганізми (аглоутиніни) тощо.

Розрізняють імунітет **вроджений** і **набутий**.

Вроджений імунітет стійкий, він наслідується спадково, що пов'язано з біологічними властивостями організму. Наприклад, домашні тварини не хворіють венеричними хворобами людини, а людина не хворіє чумою великої рогатої худоби.

Набутий імунітет виробляється у тварин і людини після перенесення ними якої-небудь хвороби (природно набутий імунітет), або після щеплення вакцинами, до складу яких входять мертві/ослаблені збудники даного захворювання (штучно набутий імунітет). Ще виділяють **активний** і **пасивний** імунітет. Активний імунітет утворюється при безпосередньому перенесенні організмом даної хвороби; пасивний – при введенні в організм готових антитіл (сироватки крові з організму, який перехворів на дану хворобу). Активний імунітет довготривалий, пасивний – короткий, декілька тижнів. Діти до 3-х місячного віку володіють “материнським імунітетом”. Цей вид імунітету зумовлений наявністю у новонароджених антитіл, які передаються від матері через плаценту або з молоком (молозивом). Він може бути у дитини за наявності материнського імунітету до певної інфекції.

Профілактика інфекційних захворювань включає в себе комплекс заходів.

Перша група – це державні загальносанітарні заходи, які передбачають поліпшення умов праці і побуту населення з метою попередження будь-яких захворювань, будівництво різноманітних споруд із врахуванням санітарних і протиепідемічних вимог. Такі заходи, як благоустрій міст і сіл, спорудження водоводів і каналізації, також спрямовані на боротьбу з інфекційними хворобами.

Друга група – це медичні заходи. Вони проводяться цілеспрямовано з урахуванням всіх трьох ланок епідемічного процесу (джерела інфекції, механізму її передачі і сприйнятливої частини населення). Заражену людину та носія (бактерію– або вірусоносія), як джерело інфекції, ізолюють від оточуючих і лікують (інфікованих тварин, як правило, знищують). З метою попередження розповсюдження інфекції за межі епідемічного вогнища застосовують карантин – комплекс адміністративних і санітарно-гігієнічних заходів, спрямованих на виявлення хворих і осіб, які підлягають ізоляції або нагляду. Для знищення збудника хвороби проводять дезінфекцію і дератизацію (знищення гризунів-переносників хвороб).

Третя група – підвищення рівня санітарної культури населення.

За умови комплексного і своєчасного проведення протиепідемічних заходів можна запобігти багатьом інфекційним захворюванням, а деякі з них – знищити зовсім.

Щеплення

Для формування імунітету до певних інфекційних захворювань в Україні проводять вакцинації. Вакцинопрофілактика є специфічною профілактикою, спрямованою проти певних інфекційних захворювань. Вона здійснюється за рахунок щеплень.

При щепленні в організм вводять специфічні антигени. У відповідь на це він активно виробляє специфічний імунітет. В якості антигенів можуть використовуватися вакцини, токсини, антитоксини. Живі вакцини містять живих, але послаблених тим чи іншим засобом збудників. Прикладом таких вакцин для імунізації є вакцини проти віспи, сказу, туберкульозу, сибірки, бруцельозу, туляремії, грипу, поліомієліту тощо. Вбиті вакцини (нагріванням або хімічними речовинами культури мікробів) використовуються проти черевного тифу, паратифів А і Б, дизентерії, холери, кашлюку, висипного тифу та інших. Крім того, є полівакцини (проти тифу, паратифів, дизентерії і правця; кашлюку, дифтерії і правця тощо). Прикладом антитоксину, що знешкоджений дією 0,3-0,4% формаліну з термічною обробкою є дифтерійний і правецький анатоксини.

Після щеплення формується **штучний активний імунітет**. Ефективність щеплення залежить від реактивності організму, стану здоров'я під час щеплення, повноцінності харчування.

Для підтримання імунітету на належному рівні через певні періоди повинна проводитись **ревакцинація**.

При проведенні щеплення можливі післящепленеві реакції: загальні та місцеві.

Згідно з наказом МОЗ України за № 276 від 31.10.2000р., розроблено "календар профілактичних щеплень в Україні":

Вік	Щеплення
1 день	гепатит b
3 день	туберкульоз
3 місяці	гепатит b; дифтерія, кашлюк, правець; поліомієліт
4 місяці	дифтерія, кашлюк, правець; поліомієліт
5 місяців	гепатит b; дифтерія, кашлюк, правець; поліомієліт
12-15 міс.	кір, краснуха, епідемічний паротит
18 місяців	дифтерія, кашлюк, правець; поліомієліт
3 роки	Поліомієліт
6 років	дифтерія, правець; поліомієліт; кір, краснуха, епідемічний паротит
7 років	Туберкульоз
11 років	дифтерія, правець; кір, краснуха, епідемічний

	паротит (при відсутності вакцинації у 6 років)
14 років	туберкульоз; дифтерія, правець; поліомієліт
15 років	краснуха (дівчатка), епідемічний паротит (хлопчики)
18 років	дифтерія, правець
дорослі	гепатит b; дифтерія, правець

Існують певні **медичні протипоказання** щодо проведення профілактичних щеплень.

Планове щеплення відкладається до одужання від гострих захворювань та загострення хронічних. Щеплення БЦЖ і пробу Манту не роблять протягом 4-х тижнів після перенесеного кіру, щеплення проти нього або контакту з хворим на кір.

Щеплення проти кіру, епідемічного паротиту, коревої краснухи після введення імуноглобуліну проводяться не раніше, ніж через 3 місяці.

Дітям, які лікувалися цитостатиками і кортикостероїдними препаратами, можна проводити щеплення через 1 місяць після їхньої відміни.

Протипоказані щеплення особам, які мали тяжкі ускладнення після введення вакцин і анатоксинів у вигляді анафілактичного шоку, алергію, прогресуючі захворювання нервової системи, гідроцефалію, епілепсію, тяжку анемію та захворювання крові тощо.

ВІЛ-інфікованим дітям без клінічних проявів СНІДу, або зі слабкими проявами не роблять щеплення проти поліомієліту і туберкульозу. Інші щеплення виконують згідно з календарем.

Дітей із злоякісними новоутвореннями вакцинують проти вірусного гепатиту b.

Таким чином, **щеплення проводять після детального обстеження з метою виявлення протипоказань**. Його слід проводити лише в спеціально обладнаних кабінетах, де можна надати необхідну допомогу, якщо виникли ускладнення. Профілактичні щеплення проводяться в залежності від показань усьому населенню, або тільки особам, які мали контакт з хворим.

Інфекційні хвороби крові

До інфекційних хвороб крові відносять захворювання, що виникають внаслідок потрапляння збудника **безпосередньо у кров** людини. Зазвичай перенесення інфекції відбувається паразитичними членистоногими (блохами, вошами, кліщами, комарами, москітами). До цієї групи належать давно відомі людству захворювання, такі як чума, висипний тиф, малярія, кліщовий енцефаліт, лейшманіоз). Більшість з них на даний час Україні не загрожують, але в багатьох країнах Південно-східної Азії деякі з них, наприклад, малярія, забирає сотні й тисячі людських життів.

До кров'яних інфекцій відносять також збудника СНІДу. Інфікування вірусом, що викликає дану хворобу, відбувається лише при безпосередньому потрапленні його в кров від однієї людини до іншої. Розповсюдження зазначеної хвороби вже набуло характеру пандемії, що охопила майже всі країни світу, включаючи Україну. На жаль, засобів лікування СНІДу та методів його медичної профілактики ще не винайдено. Єдиним способом попередження захворювання є захищена поведінка, що знижує ризик інфікування.

Малярія

Малярія – гостре інфекційне захворювання, що супроводжується періодичними нападами гарячки, прояв яких відповідає циклу розвитку збудника малярії. Захворювання знайоме людству здавна і розповсюджене по всій земній кулі, особливо у країнах із жарким кліматом.

Збудником малярії є **малярійний плазмодій** з класу найпростіших, їх описано чотири види: тропічний, триденний (2 види), чотириденний. Збудник проходить складний цикл розвитку в організмі людини і комара.

Джерелом хвороби є хвора людина, або носій, а переносить збудника самка комара роду *Anopheles*. Малярія характеризується сезонністю, пов'язаною з активністю комарів.

Шлях передачі інфекції трансмісивний – при укусі комара, в організмі якого є плазмодій, або при переливанні зараженої крові.

Інкубаційний період. При тропічній малярії – 8-10 діб, при триденній – 10-14 діб, при чотириденній – 20-25 діб.

Клінічні ознаки. В клінічній картині захворювання, викликаного різними видами збудників малярії, є багато спільного, але є й відмінності. Для малярії взагалі характерні приступи гарячки, що виникають вранці: раптовий озноб, який триває упродовж 1,5 години.

При триденній малярії приступи повторюються через добу, при чотириденній – через 2 доби.

Температура тіла під час ознобу швидко піднімається і через 1-1,5 години досягає 41-41,5⁰ С. Хворі скаржаться на головний біль, нудоту, спрагу, біль у крижах, печінці і селезінці. Під час приступу збільшується печінка та селезінка. Потім температура швидко падає до 35,5-36⁰ С, хворий починає пітніти і засинає. Між приступами самопочуття хворого цілком задовільне. Ускладненнями хвороби є розвиток анемії, малярійної та/або гемоглобінурійної коми, що виникає в наслідок прийому хініну.

Діагноз малярії ставиться на основі клінічної картини, епідеміологічних та бактеріологічних досліджень, які не тільки можуть встановити діагноз, але й з'ясувати форму захворювання. Сприйнятливість людей до малярії загальна, особливо часто хворіють діти.

Невідкладна допомога. Потрібно негайно починати системне і комплексне лікування, яке проводиться специфічними протималярійними препаратами з метою припинення нападів малярії, відновлення порушених функцій організму хворого, запобігання рецидивів, а також ліквідації носіїв.

При ранній діагностиці та своєчасному, правильному лікуванні хвороба виліковується.

Профілактика і протиепідемічні заходи. Запобігання укусам комарів роду *Anopheles*. При виїзді за кордон у країни, де велика небезпека зараження малярією, проводять індивідуальну профілактику протималярійними препаратами. Протиепідемічні заходи направлені на знищення місць, де розмножуються комарі роду *Anopheles* (осушування боліт), використання репелентів.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД)

Особлива увага світової спільноти наприкінці ХХ початку ХХІ століття приділяється СНІДу – хворобі, що охопила більшість країн і стала реальною загрозою для кожної людини. За прогнозами пандемія, пов'язана з розповсюдженням вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), до 2010 року призведе до зниження середньої тривалості життя на 10-20 років, а 10-20 млн. дітей взагалі залишаться без батьків. Незважаючи на зусилля вчених і лікарів, ще не знайдені ефективні медичні засоби, здатні зупинити розвиток пандемії ВІЛ/СНІДу.

Найбільш сприйнятливою до ВІЛ-інфекції групою є молоді люди віком 25-30 років. Темпи розповсюдження інфекції переважають серед жіночої частини населення, а швидкість розвитку хвороби максимальна у дітей віком до 12 місяців. Зараз СНІД відносять до числа основних причин смерті дітей 1-4 років життя. Високими темпами хвороба прогресує в підлітковому віці на фоні загального зниження резистентності організму в період статевого дозрівання.

Аналіз шляхів зараження ВІЛ, патогенез та протікання інфекції у дітей став самостійним напрямом вивчення проблеми в педіатрії.

Стан здоров'я ВІЛ-інфікованих значно погіршується за наявності у них інших захворювань, особливо туберкульозу (“смертоносне партнерство”), алкоголізму, наркоманії тощо.

Поширеність ВІЛ-інфекції в регіонах України нерівномірна.

Найбільш уражені Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Миколаївська області, АРК, тобто регіони, розташовані на сході й півдні країни. Важливо відзначити, що саме схід і південь України є лідерами за кількістю споживачів ін'єкційних наркотиків, які перебувають на обліку, а також за захворюваністю на гепатит b – інфекцію, що має аналогічні ВІЛ шляхи передачі.

ВІЛ/СНІД, враховуючи основні групи ризику зараження, є багатосторонньою соціальною проблемою.

Історична довідка про СНІД.

Вперше повідомив про нову хворобу, пов'язану з ураженням імунної системи організму, у 1981 р. американський “Щотижневий вісник захворюваності і смертності”.

На грудень 1982 р. вже було зареєстровано 711 випадків цієї хвороби у 16 країнах світу.

В лютому 1987 р. до ВООЗ надійшли повідомлення з усіх континентів про 41919 випадків СНІДу в 91 країні.

Сьогодні, за даними ООН кількість людей у світі, що живуть зі СНІДом, перевищує 38 млн., з них 1,5 млн. дітей. Понад 20 млн. вже померло.

У Росії перший хворий був зареєстрований у 1986 р., а в Україні – у 1987 р.

У 1989 і 1990 рр. в Україні було виявлено всього два випадки, а в 1991 – шість.

У 1997 році в Україні вже було зареєстровано понад 16 тисяч ВІЛ-інфікованих, в цьому ж році ВІЛ вперше був виявлений у вагітної жінки.

За даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД ***на червень 2005 р. діагноз ВІЛ-інфекції встановлений у 81200 українців, з яких 71575 – дорослі й 9665 – діти. Кількість хворих на СНІД становить 10687, у тому числі 360 дітей.***

Кількість померлих від СНІДу в Україні з початку епідемії 6348, у тому числі 165 дітей.

За статистикою ВООЗ серед країн СНД Україна утримує перше місце з розповсюдження СНІДу. Щомісяця у нас реєструється 800-900 нових випадків інфікування ВІЛ. За припущеннями експертів ООН, кожен сотий дорослий українець може бути носієм ВІЛ.

Європейськими лідерами за кількістю хворих є Іспанія, Італія, Франція, Німеччина, Великобританія. **У світі перше місце по розповсюдженню ВІЛ належить Центральноафриканським країнам**, звідки, як вважає більшість учених, і почалася хвороба. Друге місце за кількістю ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД займають Сполучені Штати Америки. Взагалі поширення цієї хвороби у світі має характер пандемії.

Поняття про СНІД. Збудник СНІДу.

Синдром набутого імунodefіциту – хронічне інфекційне захворювання, яке зумовлює порушення діяльності імунної системи, внаслідок чого організм втрачає здатність до захисту від патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів, і характеризується комплексом клінічних проявів.

У 1983 р. Л.Монтаньє (Франція) і в 1984 р. Р.Галло (США) виділили у хворих на СНІД та їх статевих партнерів вірус, який вибірково вражав лімфоцити людини. Вірус було знайдено в крові та спермі обстежених.

Збудник СНІДу – ретровірус, який у 1986 р. дістає назву ВІЛ (вірус імунodefіциту людини). Він має складну будову та хімічний склад, чутливий до фізичних і хімічних факторів. У зовнішньому середовищі при 25° С вірус зберігає здатність до зараження протягом 15 діб, при 37° С – 11 діб. Нагрівання вірусомісних рідин при температурі 50° С протягом 30 хв. знешкоджує ВІЛ, але він легко переносить температуру нижче нуля (до –70° С). Часткова інактивація вірусу відбувається під впливом іонізуючого й ультрафіолетового випромінювання. Збудник гине від дії ацетону, ефіру, 20% етилового спирту та деяких інших дезінфікуючих речовин.

ВІЛ характеризується високою генетичною варіабельністю: виявлено два основних штами – ВІЛ-1 та ВІЛ-2. Останній менш патогенний і розповсюджений у регіонах Західної Африки. Збудник має багато варіантів структурних білків, що різняться рядом властивостей: одні штами пошкоджують Т-лімфоцити, інші – макрофаги.

В організмі однієї й тієї ж людини, зараженої вірусом, може бути одночасно декілька штамів вірусу, дуже схожих між собою за генетичною структурою. В міжнародній генетичній базі даних накопичено інформацію про 75000 різних геномів ВІЛ.

Клінічна картина хвороби, викликаної ВІЛ-1 і ВІЛ-2 подібна.

Джерела інфекції та шляхи передачі ВІЛ.

Єдиним джерелом збудника інфекції для людини є людина, хвора на СНІД, або носій ВІЛ. Інфікування ВІЛ відбувається такими шляхами:

I. Статевий (70-80%):

- а) гомосексуальний – між чоловіками або між жінками;
- б) гетеросексуальний – від чоловіка до жінки і від жінки до чоловіка.

II. Через ВІЛ-інфіковану кров (18-28%):

- а) переливання крові та її препаратів;
- б) використання спільного шприца наркоманами для паренерального введення наркотиків (внутрішньовенно або внутрішньом'язово);
- в) ураження, забрудненими ВІЛ-інфікованою кров'ю інструментами, слизових оболонок або шкіри;
- г) трансплантація органів (zareєстровані випадки ВІЛ-інфікування реципієнтів після трансплантації нирок, серця, печінки, підшлункової залози, кісток, шкіри; ризик інфікування становить 1:250000);
- д) штучне запліднення (за даними різних авторів ризик інфікування жінок при штучному заплідненні становить 0,75-1,8%);
- ж) надання невідкладної допомоги ВІЛ-інфікованим на догоспітальному етапі при відкритих травмах і різних видах кровотеч та при хірургічному втручанні.

III. Перинатальний або вертикальний (1%).

За даними ВООЗ, 25% інфікованих ВІЛ жінок мають репродуктивний вік, що зумовлює народження ними ВІЛ-інфікованих дітей. Супутні інфекційні хвороби (сифіліс, гонорея, хламідіоз, мікоплазмоз, герпес та ін.) є додатковими чинниками вертикальної трансмісії ВІЛ.

Існує три періоди, коли ВІЛ-інфікована мати може передати вірус дитині:

- перинатальний (внутрішньоутробно через плаценту);
- пологовий (під час пологів);
- післяпологовий (після народження дитини через грудне молоко).

Інфікування дітей ВІЛ може мати місце при переливання ВІЛ-інфікованої крові або її компонентів.

Частота зараження дитини перинатально від ВІЛ-інфікованої матері залежить від багатьох факторів: тривалості хвороби матері, наявності у неї безсимптомної або клінічно маніфестної стадії, рівня вірусного навантаження, стану імунної системи. Повторна вагітність у порівнянні з першою підвищує ризик зараження дитини в 2-3 рази.

Перинатальний шлях зараження зумовлює тяжкий перебіг хвороби у ВІЛ-інфікованих дітей. Навіть діти, які не отримали вірус під час вагітності, мають знижений імунітет. Серед них 12% не доживає до 5 років, а серед ВІЛ-інфікованих – 25%. Інкубаційний період розвитку СНІДу у дітей значно коротший, ніж у дорослих. Приблизно у 15%

дітей ознаки СНІДу реєструються вже в кінці першого року життя, а до чотирьох років – у 50%. Більше виражені прояви хвороби, пов'язані з прямим впливом ВІЛ на центральну нервову систему (ураження клітин нейроглії, оболонки мозку), що призводить до суттєвих порушень її функції. Ознаки ВІЛ-енцефалопатії можуть стати першими клінічними проявами СНІДу. На перший план виступає затримка психомоторного розвитку, який не відповідає віковим характеристикам і супроводжується втратою певних поведінкових реакцій. Ураження ЦНС у дітей реєструються у 2 рази частіше, ніж у дорослих.

Суттєвою особливістю перинатального інфікування є народження дітей з глибоким ураженням імунної системи. У них вірус вражає не лише Т-лімфоцити, а й В-лімфоцити, що знижує процес утворення антитіл. Цим пояснюється виникнення численних бактеріальних інфекцій (отитів, менінгітів, пневмоній, складних гнійних процесів на шкірі, мікобактеріозу та інших). Важкими проявами СНІДу в дітей є гематологічні порушення: анемія, тромбоцитопенія.

До СНІД-асоційованих захворювань у дітей відносять:

- лімфоцитарну інтерстиціальну пневмонію та гіперплазію пульмональних лімфовузлів;
- цитомегаловірусне ураження різних органів;
- герпетичне ураження шкіри (слизових оболонок), внутрішніх органів у дітей віком більше 1 місяця;
- неспецифічні ознаки (збільшення лімфатичних вузлів, селезінки, печінки, хронічна діарея, інфекції вуха, кандидоз, відставання в розвитку);
- токсоплазмоз головного мозку.

Наявність цих захворювань у поєднанні з імунодефіцитом дозволяє говорити про розвиток СНІДу в дитини.

Онкологічні захворювання рідко супроводжують СНІД у дітей.

Зазначені особливості перебігу хвороби характерні для дітей віком до 5 років.

Швидке прогресування захворювання і більша вразливість дитячого організму зумовлює високий рівень смертності ВІЛ-інфікованих дітей.

IV. Інші шляхи зараження (1%).

Є повідомлення про випадки інфікування ВІЛ у побуті, наприклад при догляді за хворими на СНІД. Імовірним джерелом передачі інфекції могли бути багаторазові контакти з кров'ю, сечею, калом чи іншими виділеннями хворого при порушенні санітарних вимог і можливим пошкодженням шкіри тієї людини, яка доглядала за хворим. Ризик такого шляху інфікування ВІЛ є незначним.

Епідеміологічні спостереження не підтверджують припущення про можливість передачі вірусу комахами. Відомо, що ВІЛ не розвивається в організмі комах, а механічна трансмісія комахою вірусу із кров'ю мало ймовірна.

Групи, сприйнятливі до ВІЛ.

Згідно з даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом при Інституті епідеміології та інфекційних хвороб Академії медичних наук, майже 70% інфікованих в Україні отримали ВІЛ під час ін'єкції наркотиків. У той же час, у країнах Західної Європи і США основним є шлях зараження при гетеросексуальному статевому контакті.

Серед ВІЛ-інфікованих багато гомосексуалістів, повій і наркоманів. Разом з ін'єкційними наркоманами вони складають основні групи ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні.

До уразливих груп слід віднести осіб, котрим була перелита кров донорів, або вводились препарати крові без попереднього контролю на ВІЛ; людей, яким часто переливають кров за терапевтичними показаннями.

Особливу групу ризику складають підлітки без певних занять, безпритульні та бездоглядні діти. Багато “дітей вулиці” схильні до ризикованої сексуальної поведінки, мають венеричні захворювання, деякі з них є ін'єкційними наркоманами.

Тобто, в Україні є своєрідна специфіка шляхів зараження ВІЛ-інфекцією. Разом з тим, кількість споживачів ін'єкційних наркотиків із загального числа випадків ВІЛ-інфекції, офіційно зареєстрованих з 1987 по 2005 рр. в Україні, має тенденцію до зниження.

Сприйнятливність до СНІДу загальна. Хворіють люди всіх вікових груп.

Клінічна характеристика ВІЛ-інфекції.

Стадія інкубації триває в середньому від трьох до п'яти тижнів до проявів перших клінічних симптомів і являє собою безсимптомне носійство. Після потрапляння вірусу в організм людини, він інтенсивно розмножується в крові. При ВІЛ-інфікуванні може тривалий час зберігатися фаза “сплячого” вірусу: ВІЛ довгий час знаходиться в неактивному стані і тому тривалість періоду без ознак захворювання може тягнутись до 10 років. ***У стадії інкубації ВІЛ-інфіковані є джерелом зараження і становлять небезпеку для здорових людей.***

Стадія первинних проявів складається з:

1. Фази гострої лихоманки.
2. Фази без клінічних проявів (вторинний прихований період).

3. Фази лімфаденопатії (певні зміни у лімфатичних вузлах).

4. Фази ураження нервової системи.

Перші симптоми захворювання на ВІЛ/СНІД, що проявляються у 40-50% інфікованих, наступні: нагадують ангіну – біль, першіння в горлі, збільшення мигдаликів, почервоніння слизової оболонки ротової порожнини. Спостерігаються також виражені ознаки загальної інтоксикації: підвищення температури тіла, головний біль, біль у м'язах та суглобах, пітливість, особливо вночі. На другу-третю добу на руках та тулубі з'являється висипання; на слизовій оболонці рота, статевих органів – болючі виразки. Крім зазначених симптомів може бути біль у животі, нудота, блювання, пронос. Фаза триває від 5 до 44 діб. Її називають фазою гострої лихоманки.

На зміну цій фазі приходить фаза безсимптомного перебігу, або вторинний прихований період, який характеризується відсутністю будь-яких ознак хвороби, може тривати впродовж багатьох років (за даними деяких авторів до 20 років). Не виключено, що у деяких ВІЛ-інфікованих осіб, перехід безсимптомного періоду у клінічний може і не відбутися. Цьому сприяють індивідуальні генетичні особливості, відсутність комплексу негативних факторів, що пригнічують імунітет, здоровий спосіб життя. Але ці люди також можуть бути джерелом розповсюдження ВІЛ.

Фаза лімфаденопатії характеризується збільшенням шийних, надключичних, підключичних та пахвових лімфовузлів. Рідше збільшуються ліктьові, заушні лімфозалози. Пальцями можна намацати дрібні, малочутливі до тиску, м'які лімфатичні вузли. З часом вони ущільнюються. Слід звертати увагу на збільшення лімфовузлів у будь-яких ділянках тіла. Воно може відбуватися без додаткових клінічних ознак, а може супроводжуватися підвищенням температури, ознобом, пітливістю.

Фаза ураження нервової системи свідчить про проникнення ВІЛ у спинномозковий канал та нейроглію. Вона проявляється психогенними та неврологічними розладами: почуттям тривоги, нестійкістю настрою, швидким стомлюванням, нездатністю зосередити увагу, порушенням сну, відчуттям ранкової важкості; дратівливістю, намаганням вступати в конфлікти з оточуючими, спробами суїциду; больовим відчуттям переважно у ногах. Дані симптоми складають стан так званої "ВІЛ-деменції," що проявляється у 50% хворих і може бути як єдиним проявом ВІЛ/СНІДу так і у комбінації з вищеназваними іншими ознаками.

Стадія вторинних проявів. ВІЛ створює в організмі людини умови імунодефіциту за рахунок знищення Т-кілерів, що відіграють

важливу роль у формуванні імунної відповіді. Людина стає беззахисною не стільки від зовнішніх, скільки від внутрішніх інфекцій. При цьому руйнується система постійного контролю з боку ураженої ВІЛ імунної системи організму за мікробною флорою, що знаходиться на зовнішніх покривах, остання активізується, стає агресивною. Внаслідок цього СНІД надалі характеризується розвитком так званих **опортуністичних захворювань**.

Оскільки вірус імунодефіциту пошкоджує і так звані Т-кілери, в організмі активізується ріст пухлин, що веде до розвитку злоякісних новоутворень (*"онко-СНІД"*).

Для стадії вторинних проявів характерні повторні інфекційні захворювання, інколи збільшення лімфовузлів, втрата маси тіла, субфібрильна температура, прогресуюче порушення інтелекту, загальна слабкість, швидка стомлюваність, зниження працездатності, поганий апетит, пронос, пітливість; відсутність ранкової бадьорості. Спочатку проявляються опортуністичні захворювання з локалізацією патологічних змін на шкірі та слизових (кандидоз порожнини рота, герпес, ворсиста лейкоплакія язика, себорейний дерматит). Виникають також захворювання легень: пневмоцистна пневмонія, крипто споридіоз та інші. Ступінь виразності опортуністичних інфекційних хвороб визначається рівнем розвитку імунодефіциту. Подальше прогресування призводить до повної нездатності імунної системи захищати організм. При цьому опортуністичні захворювання набувають більшої сили, характеризуються дуже важким перебігом, доводячи організм хворого навіть до термінальної стадії.

Термінальна стадія. Розвивається повномасштабний СНІД – найбільш тяжкий період захворювання, що закінчується смертю. Характерним для даної стадії є те, що опортуністичні інфекції проявляються в різних комбінаціях. Залежно від переважної локалізації патологічного процесу в організмі, розрізняють такі форми СНІДу: а)легеневу; б)кишкову; в)мозкову; г)розповсюджену (десиміновану), д)недиференційовану, яка має ознаки, подібні до гострої фази захворювання.

Легенева форма:

1. Пневмоцистна пневмонія – запалення легень, яке спричиняють пневмоцисти, що є у всіх видів домашніх та диких тварин, у людей-носіїв інфекцій.

2. Туберкульоз, що реєструється у ВІЛ-інфікованих із особливою частотою та характеризується швидким і важким перебігом – "смертоносне партнерство".

3. Гістоплазмоз – небезпечна грибкова інфекція, джерелом якої є ґрунт, забруднений послідом птахів, кажанів. Характеризується утворенням у легенях гнійних осередків інфекції – абсцесів.

4. Важкі бактеріальні пневмонії різного походження – мають перебіг із ускладненнями, несумісними з життям.

Кишкова форма:

– криптоспоридіоз. Джерелом інфекції є молодняк домашніх та сільськогосподарських тварин. Основні ознаки – біль у верхній частині живота, пронос. Триває місяці, інколи роки, призводить до виснаження організму, розвитку дистрофії;

– ізоспороз – це хвороба людей та тварин, що характеризується затяжним перебігом і наступними основними ознаками: безперервним проносом, судомоподібним болем у ділянці живота, блюванням, дистрофією.

Мозкова форма:

– багатоосередкова лейкоенцефалопатія – ураження головного мозку вірусом поліоми, що супроводжується запаленням менингеальних оболонок (менингіти) і мозкової тканини (енцефаліти). Ознаки, що свідчать про даний патологічний процес: апатія, почуття жаху, тривоги, дратівливість, зниження уваги, розгубленість;

– криптококовий менингоенцефаліт – ураження ЦНС мікроскопічною грибковою інфекцією, що переносять голуби. Збудник проникає через дихальну систему та ушкоджені ділянки шкіри, слизові оболонки. Основні ознаки: головний біль, переважно в лобній області, запаморочення, дратівливість, порушення гостроти зору і пам'яті, загальмованість аж до втрати свідомості, характерні ураження шкіри;

– токсоплазмоз головного мозку. Серед хворих з мозковою формою СНІДу частка цього захворювання складає 50-70%. Перебіг характеризується прогресуючими неврологічними симптомами: порушенням чутливості, втратою мовлення; порушенням свідомості, сну і зору, судомами, загальмованістю.

– нейрогерпес - ураження нервової системи вірусом герпесу. Зараження відбувається від людини-носія, або хворої. Спочатку виникають характерні ураження – герпетичні висипи на шкірі, слизових, що характеризуються пекучим болем, довготривалим перебігом. Ураження нервової системи проявляється менингоенцефалітом (нестерпний головний біль, нестримне блювання, загальмованість, запаморочення, сонливість, паралічі – відсутність чутливості та рухомості у кінцівках, тілі, втрата свідомості).

– цитомегаловірусна інфекція, спричинена вірусом, який при проникненні у клітину збільшує її розміри в 3-4 рази. Схожий на вірус

герпесу. Здатний до безсимптомного існування в організмі людини, а в умовах імунodefіциту викликає захворювання. Серед вірусних опортуністичних інфекцій посідає перше місце – проявляється у 20-50% хворих на СНІД. Ознаки: ураження очей (завіса перед очима, зниження гостроти зору), головний біль, сонливість, загальмованість, стомлюваність, нездатність концентрувати увагу, психічні відхилення, розлади свідомості, біль, порушення чутливості в ногах, руках та ін.

– лімфома головного мозку – онкологічне захворювання, (“онко-СНІД”). Характеризується важким перебігом із безліччю неврологічних симптомів.

Десимінована форма проявляється найбільш відомим опортуністичним захворюванням – **саркомою Капоші** (“онко-СНІД”). За симптомами цієї хвороби у восьмидесятих роках в СРСР встановлювали діагноз “СНІД”. Зазвичай хвороба починається з появи на шкірі нижніх кінцівок червоно-синюшних, або червоно-бурих плям, що поступово збільшуються та досягають розмірів 3-5 см. Далі плями стають темно-бурими і одночасно з цим з’являються еластичні, щільні, розміром з горошину, рожеві, червоно-синюшні напівкулясті вузлики, що розміщуються групами, або ізольовано. Вузлики потім збільшуються, на них з’являються виразки, ускладнені кровотечею. Пухлини розростаються на набряклих тканинах. Крім описаних змін на шкірі спостерігаються пухлинні утворення на слизовій рота (щоках, язика, губах, гортані), синюшно-червоні, інколи коричневі, розміром з лісний горіх. Також характерним для даного захворювання є враження лімфатичних залоз, особливо в паховій ділянці, майже всіх внутрішніх органів: печінки, шлунку, підшлункової залози, нирок, тонкого кишечника, навіть кісток. Осередки саркоми Капоші можуть бути на будь-якій ділянці шкіри. Не обходить патологічний процес серце, головний мозок.

Таким чином, *ВІЛ-інфіковані люди страждають численними опортуністичними захворюваннями, які називають “ВІЛ-маркерами”*. Дана група захворювань маскує ВІЛ/СНІД, який не має власного специфічного прояву. Виникнення опортуністичних хвороб є ознакою повномасштабного СНІДу і вказує на початок термінальної стадії хвороби. Більшість людей вмирає протягом одного-трьох років після її початку.

Принципи діагностики ВІЛ-інфекції.

Для діагностики ВІЛ-інфекції використовують спеціальні тест-системи. *Діагностика ґрунтується на виявленні в крові антитіл до вірусу*. Найбільш ранній термін появи позитивної реакції – *другий-третій тиждень з моменту зараження*.

В Україні широко використовуються дані серологічних досліджень. Виявлено, що антитіла до ВІЛ з'являються в 90-95% інфікованих протягом 3 місяців після зараження, у 5-9% після 6 місяців і в 0,5-1% – після 1 року. Найкоротший термін для можливого виявлення антитіл – 2 тижні від моменту зараження. У термінальній фазі СНІДу кількість антитіл може значно знизитись аж до зникнення, тобто, як правило, спостерігається негативна реакція на наявність ВІЛ– антитіл. Отже, імунологічний метод визначення ВІЛ-антитіл доцільно застосовувати на ранніх стадіях розвитку інфекції. На пізніх стадіях СНІДу ці дослідження малоінформативні.

Значну роль у встановленні діагнозу відіграють епідеміологічні та клінічні показники, а також імунологічний статус хворого, ретельно зібраний анамнез життя і хвороби.

Зазначимо **п'ять основних симптомів**, за наявності лише одного з яких необхідно провести обстеження на ВІЛ/СНІД:

1. Спонтанне підвищення температури до 38°C і більше протягом декількох місяців, поява висипань на другу-третю добу на кінцівках, тулубі, слизових оболонках ротової порожнини та статевих органах – виразок, що супроводжуються болем.
2. Пронози.
3. Різка втрата маси тіла без зміни раціону харчування.
4. Запалення легень, яке не виліковується традиційною антибактеріальною терапією.
5. Двостороннє збільшення лімфатичних вузлів.

Принципи лікування.

Незважаючи на значні успіхи у вивченні патогенезу ВІЛ-інфекції, **сьогодні не існує методу, що забезпечує повне одужання.**

Основними принципами терапії ВІЛ-інфекції є попередження прогресування хвороби, збереження стану хронічної інфекції, яка протікає в'яло, застосування противірусної терапії і лікування опортуністичних хвороб. Це подовжує тривалість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Сучасні підходи до лікування ВІЛ/СНІДу дозволяють лише зменшувати кількість вірусу в крові, але не можуть повністю вивести його з організму. Існують лікарські засоби, що не дають вірусу можливості відтворюватись. Використання комбінації зазначених препаратів отримало назву **антиретровірусної терапії.**

Рішення про початок антиретровірусної терапії приймає лікар на основі аналізів ВІЛ-інфікованої людини. Сигналом для початку терапії є високий рівень вірусу в крові і низькі показники імунітету. В цей момент використання антиретровірусної терапії дозволяє суттєво

знизити розмноження вірусу в організмі, в результаті чого рівень імунітету відновлюється і організм може деякий час нормально функціонувати.

Також існує антиретровірусна терапія для майбутніх матерів та їхніх малят. Спеціальні методики дозволяють знизити інфікування новонароджених з 30% до 5%.

На жаль, **вартість антиретровірусних препаратів**, як і необхідних методів діагностики, **робить їх недоступними** для більшості ВІЛ-інфікованих в Україні. Крім хворих на СНІД, профілактичне лікування надається вагітним ВІЛ-інфікованим жінкам і немовлятам. “Дитячі” препарати проти СНІДу коштують у кілька разів дорожче, ніж для дорослих. Річний курс лікування найдешевшим препаратом для дорослого пацієнта коштує 200 доларів, а лікування дитини – 1300 доларів. Без застосування ефективних антиретровірусних препаратів тривалість життя ВІЛ-інфікованої людини скорочується.

Методів специфічної профілактики СНІДу не існує. Науковці всього світу працюють над відкриттям вакцини проти СНІДу. Але вакцина не дасть абсолютної гарантії захисту від ВІЛ, тому що він має здатність до високої генетичної мінливості та добре пристосовується. Зараз розроблено десять субтипів вакцин, які проходять клінічне випробування.

Неспецифічна профілактика СНІДу.

В умовах відсутності спеціальних засобів профілактики і лікування дуже важливе значення мають заходи неспецифічної профілактики СНІДу такі, як:

- санітарно-освітня робота, в процесі якої слід інформувати населення про шляхи і фактори поширення інфекції, основні ознаки хвороби, підвищення грамотності населення щодо небезпеки СНІДу;
- пропаганда здорового способу життя серед різних верств населення;
- інформування населення щодо небезпеки випадкових статевих стосунків, що має базуватися на знаннях про шляхи розповсюдження вірусу;
- наполеглива боротьба з проституцією і наркоманією;
- обов’язкове використання презервативів при випадкових статевих контактах, хоча це не забезпечує цілковитого захисту від вірусної інфекції;
- обстеження осіб групи ризику: наркоманів, повій, гомосексуалістів і бісексуалів, хворих на гемофілію, інші хвороби крові та венеричні захворювання;

- своєчасне виявлення інфікованих осіб серед різних верств населення (донори; вагітні; особи, що готуються до операції, перебувають на стаціонарному лікуванні; медичні працівники; персонал дитячих закладів та інші);
- використання одноразового медичного інструментарію, суворе дотримання умов стерилізації медичних інструментів багаторазового використання;
- обов'язкове тестування всіх донорів крові, плазми, сперми, органів і тканин;
- запобігання вагітності інфікованих жінок і народженню ВІЛ-інфікованих дітей;
- забезпечення в перші 1,5 року життя обов'язкового повного обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками;
- дотримання правил особистої гігієни, а саме: користування індивідуальними лезами для гоління, зубними щітками, манікюрним приладдям, що можуть бути забруднені кров'ю або іншими виділеннями інфікованих;
- обов'язкова дезінфекція інструментарію в перукарнях і косметичних кабінетах, а також використання одноразових стерильних інструментів;
- правильне статеве виховання дітей і підлітків, пропаганда безпечної статевої поведінки, особливо серед безпритульних дітей, учнів спецшкіл та інтернатів;
- обов'язкове обстеження іноземців, особливо тих, що прибули з країн епідемічних щодо СНІДу, та осіб, що повернулися з тривалих відряджень з-за кордону;
- організація і поширення діяльності “кабінетів довіри” – своєрідних структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають консультацію і обстеження на ВІЛ за умов анонімності або конфіденційності;
- неухильне виконання норм законодавства, і особливо Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту та соціальний захист населення”, де встановлена юридична відповідальність громадян і організацій за попередження розповсюдження цієї хвороби.

У разі виникнення невідкладного стану при захворюваннях, отруєннях, травмах та нещасних випадках та наданні першої медичної допомоги при різних видах кровотеч (легеневих, кишково-шлункових, носових, ротових, маткових, травматичних, відкритих пораненнях, переломах), необхідно дотримуватись суворих гігієнічних вимог:

- користуватися латексними або вініловими рукавичками;

- якщо їх немає, - слідкувати за збереженням цілісності шкіри;
- ушкодження шкіри потребують негайної обробки дезінфікуючим розчином з подальшим накладанням пластиру або пов'язки. Можна ретельно помити милом з теплою водою, а якщо вода недоступна – протерти серветкою з антисептичним розчином;
- кров на підлозі та інших місцях повинна бути оброблена хлорним вапном.

У червні 2001 р. на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН 182 держави визнали ВІЛ/СНІД глобальною пандемією. Ініціатива скликання спеціальної сесії ООН належала Україні. Була визнана необхідність концентрації міжнародних зусиль для боротьби зі СНІДом та мобілізації необхідних для цього ресурсів.

Слід зазначити: **найбільш ефективним методом індивідуальної безпеки і профілактики СНІДу є дотримання правил попередження інфікування ВІЛ**, що базується на обізнаності населення в питаннях, пов'язаних з цією проблемою.

Запам'ятайте:

20 травня – день пам'яті померлих від СНІДу;

1 грудня – Всесвітній день боротьби зі СНІДом.

Інфекційні хвороби органів дихання

Людину все її життя оточує велика кількість різних мікроорганізмів, таких як віруси, бактерії, одноклітинні, гриби тощо. Багато з них є патогенними, тобто здатними викликати певні захворювання. Наприклад, *віруси викликають більше 200 інфекційних хвороб у людини* (віспу, поліомієліт; енцефаліт, кір, СНІД, злоякісні новоутворення, гепатит, тропічні лихоманки тощо), що супроводжуються високою летальністю.

До інфекції дихальних шляхів відносять велику групу захворювань, які мають високу здатність до зараження і здебільшого є вірусними або бактеріальними. Вони викликають запалення в дихальній системі і тяжку інтоксикацію (отруєння токсинами). Завдяки повітряно-краплинному шляху розповсюдження цих інфекцій вони спричиняють епідемічні спалахи, що інколи охоплюють більшість країн світу. Королем епідемії є грип. Враховуючи велику небезпеку для життя та здоров'я інфекцій дихальної системи, населення повинно мати достатню інформацію про ці хвороби, що може значно обмежити їхнє розповсюдження і зменшити негативні наслідки.

Більшість ставиться до небезпеки інфекційних хвороб байдуже, кожен сподівається, що його хвороба не вразить і починає діяти тільки тоді, коли тяжко захворів. Якби кожна людина належним чином піклувалась про своє здоров'я і здоров'я оточуючих, швидке розповсюдження інфекційних хвороб можна було б зупинити.

Грип

Серед інфекційних хвороб найбільш розповсюджений на земній кулі *грип* – це *гостре епідемічне захворювання*, яке охоплює десятки мільйонів людей щорічно, воно проявляється у високій температурі, загальній інтоксикації, переважному враженні нервової, серцево-судинної систем та органів дихання.

Цю хворобу раніше називали “іспанкою”, “інфлюенцією”, зараз її називають грипом від латинської “грипер”, що означає “напасти”. Епідемії та пандемії грипу були відомі в далекому минулому ще в III–IV ст. до нашої ери, але особливо небезпечна пандемія була в 1918–1920 р.р. (іспанка), яка викликала захворювання 1,5 млрд. чоловік, з них померло більше 20 млн. Грип у 1957–1958 р.р. викликав захворювання у 2 млрд. чоловік. Важко назвати іншу хворобу, яка мала б таке розповсюдження, а збудник був би таким мінливим, підступним і приносив би таку шкоду здоров'ю людей та величезні економічні збитки державі.

Збудник грипу – вірус, вперше був відкритий в 1933 році. За серологічними властивостями віруси грипу поділяються на типи А;

A₂; В; С. **Віруси грипу дуже мінливі, а поява нових штамів обумовлює періодичний розвиток епідемій та пандемій.**

Стійкість вірусів грипу значна. Так, під впливом ультрафіолетових або сонячних променів при температурі 50-60⁰ С вірус гине через кілька хвилин. При мінусових температурах вірус не втрачає життєздатності роками, у повітрі він зберігається до 6 годин, а на вовняному, хутряному одязі він може виживати від 1 до 30 діб, в кімнатному пилу – до 5 тижнів. Віруси чутливі до дезінфікуючих препаратів (хлораміну, хлорного вапна, перекису водню, йодних сполук тощо).

Хворий стає заразним з перших днів хвороби, особливо при грипоznій лихоманці. Певну небезпеку створюють хворі при легких формах грипу. Інфекція передається в основному повітряно–краплинним шляхом. Так, при одному чханні виділяється біля 85 млн. часток грипоznих вірусів, котрі розповсюджуються від хворого на 3–4 м. Можливе зараження на грип також контактно–побутовим шляхом через рушник, посуд, іграшки, тощо, хоча цей шлях менш небезпечний.

Хворий перестає бути заразним після 5–7 днів хвороби.

Розповсюдженню вірусу сприяють: висока скупченість людей, незадовільні побутові умови, низька санітарна культура дорослих та дітей, хронічні хвороби, відсутність імунітету, екологічні фактори, важка праця, переохолодження тощо.

Сприйнятливість людей до вірусу грипу, особливо дітей та людей похилого віку **надзвичайно висока.** Найчастіше епідемії грипу виникають і розповсюджуються в осінньо–весняний період. Воротами інфекції є слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, носоглотки, трахеї і т.д., де вірус розмножується.

Після захворювання на грип в організмі формується імунітет, який існує протягом 1-2 років до грипу А і 3-4 роки до грипу В. При цьому наявність імунітету до одного з штамів вірусу не забезпечує захисту від інших.

Грипоznа інфекція пошкоджує захисні механізми, **викликає ускладнення,** сприяє загостренню хронічних процесів. Досить частим ускладненням, особливо у дітей, може бути пневмонія, набряк легень, отит, гайморит, нефрит, неврит, міокардит, пригнічення психічної діяльності, менінгіт; можуть виникати некротичні ділянки в печінці та нирках.

Інкубаційний період розвитку хвороби – від 12 годин до 3 днів, частіше 1-2 дні. Захворювання починається раптово. Клінічні ознаки: лихоманка, підвищення температури до 38-40⁰ С; ознаки загальної інтоксикації: інтенсивний головний біль в лобній ділянці, біль в очах

при їх рухах, сльозотеча, підвищена чутливість до світла, біль у м'язах та м'язова слабкість, запаморочення, пітливість, подразнення у горлі та біль, охриплість голосу, кашель, сухість у роті, погіршення нюху, відсутність апетиту, поганий сон, дратівливість, можлива задишка, носові кровотечі, біль у серці.

Грип може протікати у легкій, середній та важкій формі. Можливий нетиповий перебіг з нормальною або субфібрильною (37-37,2° С) температурою. При огляді хворого відмічають почервоніння горла, вологість шкіри, аритмію. Можуть бути ознаки грипозної пневмонії. Тяжкий перебіг хвороби, особливо у дітей, іноді супроводжується набряком легень (при температурі 40° С: дихання поверхове, часте – 40-60 вдихів за хвилину, задишка, ціаноз, порушується серцево-судинна діяльність). Висока температура у дітей може супроводжуватись судомним синдромом, що небезпечно для життя.

Температура тримається 3-4 дні і поступово знижується до норми. Якщо вона утримується або підвищилась, слід думати про ускладнення. Стерті та безсимптомні форми грипу межують з вірусноносійністю. Діагноз грипу встановлюють на підставі клінічних ознак, епідеміологічного стану, вірусологічних лабораторних досліджень.

Лікування хворих грипом з типовим перебігом проводять у домашніх умовах, а хворих з тяжким станом, з ускладненням та малих дітей – в стаціонарах. Незалежно від складності захворювання хворі повинні дотримуватись постільного режиму, а також повинні бути ізольованими від членів сім'ї до повного зниження температури. Лікування хворих на грип повинно бути раннім, комплексним, спрямованим на збудника та патологічний процес. Необхідно враховувати вік хворого та наявність хронічних захворювань (нефрит, ревматизм, інфаркт, тощо). В першу чергу застосовують препарати, що діють на збудника – такі як вакцини, лікувальні сироватки, гамма-глобуліни, інтерферон, лаферон та різні хімічні препарати: ремантадин, антигрипін тощо. Ці препарати бажано приймати в перші 2 доби.

При підвищенні температури до 38-39° С розмноження вірусу в організмі припиняється, він втрачає свою токсичність і гине. Інколи хворі або лікарі застосовують ліки, які знижують температуру тіла, але це не виправдано.

Слід пам'ятати, що при температурі тіла 38° С в організмі відбувається інтенсивне утворення інтерферону і умови для життєдіяльності вірусу стають несприятливими. Інтерферон

– це речовина білкової природи, що забезпечує неспецифічний імунний захист від вірусних інфекцій.

Використовувати ліки, що знижують температуру тіла, необхідно лише у випадках, коли вона занадто висока (вище 39⁰ С) або її тяжко переносить хворий, особливо діти. Для зниження температури краще обтирати тіло розчином столового або фруктового оцту, приймати до 2 л на добу гарячих напоїв, що сприяють зниженню температури (відвари лікувальних трав та квітів липи; чай з лимоном, малиною, калиною).

Велике значення в лікуванні хворого мають симптоматичні засоби: лікувальне харчування і вітамінотерапія. Зокрема вітамін С, що підвищує опірність організму, потрібно приймати в досить великих дозах (по 0,5 г 3 рази на день).

Антимікробне лікування призначають для попередження ускладнень, що можуть бути спричинені бактеріальними інфекціями. Профілактику грипу поділяють на загальну та специфічну.

Загальна профілактика включає проведення санітарно-гігієнічних та оздоровчих заходів: загартування, заняття фізкультурою і спортом, раціональне харчування, а також уникнення контактів з хворими і переохолоджень.

Специфічна профілактика спрямована на підвищення опірності організму – це вакцинація і прийом препаратів, що обумовлюють несприйнятливість організму до вірусних інфекцій. Важливим компонентом профілактики є обмеження розповсюдження інфекції за рахунок ізоляції хворих, використання респіраторів, проведення дезінфекцій в приміщеннях, карантинні заходи в дитячих садках, школах, лікарнях тощо.

Атипова пневмонія (SARS)

Захворювання під назвою “важкий гострий респіраторний синдром” – SARS (severe active respiratory syndrome), або “атипова пневмонія” було вперше виявлено в листопаді 2002 р. в провінції Китаю – Гуандонге. За даними ВООЗ це був початок епідемії невідомої раніше хвороби. До середини лютого було зареєстровано вже декілька сот хворих. Захворювання швидко поширилось в інші країни, такі як Іспанія, Словенія, Таїланд, США, Італія, Румунія та інші. В кінці березня 2003 р. за даними ВООЗ вже налічувалось 1408 хворих на атипову пневмонію (53 померло). У квітні хвороба вже була зареєстрована в 22 країнах світу. На даний час кількість людей, що захворіли сягає майже 10 тис., а кількість померлих перевищує 700.

Китайським лікарям вдалося виділити від перших хворих невідомий раніше **короновірус**, який в кінці березня експерти ВООЗ визнали збудником атипової пневмонії.

Пізніше було доведено експериментально, що геном виявленого вірусу, який викликає атипову пневмонію, не схожий ні на один відомий вірус людини або тварин, і що він є новим представником групи коронавірусів. Цей штам був увічнений, як штам Урбані на честь італійського лікаря, який вивчав цей вірус, багато спілкувався з хворими, заразився та помер під час роботи.

Встановлено, що коронавірус атипової пневмонії містить молекулу РНК. Його форма під електронним мікроскопом нагадує корону, що і зумовило назву цієї групи. **Стійкість його невисока** і у зовнішньому середовищі при кімнатній температурі він гине протягом 3–4 годин. А при температурі 56° С вірус гине за 15 хвилин.

Типова коронавірусна **інфекція клінічно проявляється грипоподібним захворюванням** та шлунково–кишковими розладами. Середня та тяжка форма хвороби головним чином пов'язана з розвитком пневмоній. Небезпеку для життя представляє набряк легень. Вірус вражає альвеолярний епітелій. Вже через 5-7 діб від початку хвороби, спостерігається розвиток тотальної пневмонії. Віруси викликають розпад уражених тканин, а після видужування на місці пошкодженої тканини в легенях з'являються фіброзні рубці. В гострий період хвороби значно підвищується проникність клітин легеневого епітелію, що викликає порушення водно–солевого балансу і зумовлює набряк легень.

Найбільш **небезпечна властивість коронавірусів** – це здібність **уражати макрофаги**, що веде до зменшення кількості лімфоцитів в організмі і, в особливо важких випадках, призводить до розвитку лімфопенії. Коронавіруси можуть блокувати первинну неспецифічну імунну відповідь організму людини, пригнічуючи синтез інтерферону і тим самим знижуючи імунітет.

Підозра на розвиток хвороби у людини, яка знаходилась у контакті з хворим на атипову пневмонію, може виникнути за **наявності наступних ознак:**

- підвищення температури тіла до 38° С і вище;
- респіраторних порушень – кашлю, гіпоксії, задишки, дихальної недостатності (в 10–20% випадках виникає необхідність штучної вентиляції легень);
- рентгенологічних показників пневмонії;
- зниження кількості лейкоцитів та лімфоцитів, а інколи і тромбоцитів у крові.

Обстеження хворого повинно включати рентгенологічне дослідження легень, бактеріологічне та серологічне дослідження крові й виділень епітелію дихальних шляхів.

Атипова пневмонія найчастіше передається *повітряно–краплинним* шляхом, але можлива передача *повітряно–пиловим* або *контактним* шляхами. Найбільше наражаються на небезпеку члени сім'ї хворого та медичний персонал.

Розповсюдження атипової пневмонії за межі країни відбувається завдяки пересуванню хворих, у яких хвороба ще не проявилась. *Інкубаційний період розвитку SARS становить від 2 до 12 діб.*

Незважаючи на зусилля вчених усього світу, ще не знайдено засобів специфічної профілактики та лікування атипової пневмонії.

Хворі з симптомами цієї хвороби підлягають лікуванню в стаціонарі, ізолювано від інших, під постійним наглядом лікарів. *Лікування в основному зводиться до активної неспецифічної антивірусної терапії і спрямоване на підсилення імунних можливостей організму.*

В Китаї експериментально проводили лікування антитілами, отриманими з сироватки крові людей, які перехворіли атиповою пневмонією. Але фактично ні одна країна світу ще не має ефективної вакцини проти коронавірусу. Тому основна увага лікарів сьогодні спрямована на профілактичні заходи, що мають обмежити розповсюдження SARS. ВООЗ розроблено рекомендації щодо попередження захворювання на атипову пневмонію.

При контакті з хворим протягом всього періоду хвороби і 10 діб після його одужання необхідно **дотримуватись таких правил:**

- часто і ретельно мити рук з милом гарячою водою або обробляти їх спиртовим розчином;
- уникати доторкань до обличчя та очей;
- користуватись одноразовими гумовими рукавицями під час гігієнічного обслуговування хворого;
- надівати захисну маску та окуляри під час знаходження в одному приміщенні з хворим;
- проводити дезінфекцію речей, що використовує хворий;
- всі виділення хворого треба обробляти дезінфікуючими розчинами;
- якщо людина, яка була у контакті з хворим, помітила у себе зазначені вище симптоми, необхідно негайно повідомити про це лікаря;

- особам, які перехворіли на атипову пневмонію, забороняється протягом 10 днів після зникнення ознак хвороби відвідувати роботу, учбові заклади і місця скупченості людей;
- населенню слід утриматися від поїздок у країни, де зареєстровані випадки атипової пневмонії;
- представникам відповідних служб усіх країн світу посилити спостереження за переміщенням людей в різних видах транспорту (особливо в літаках) для запобігання розповсюдженню SARS;
- при виявленні осіб з симптомами атипової пневмонії, необхідно негайно ізолювати їх та оточуючих, провести обстеження та утримувати в карантині протягом 10 днів.

При появі нової інфекційної хвороби, як правило, соціальна система захисту відстає. Тому загроза SARS дуже серйозна. Вона потребує уваги і активних дій лікарів усього світу, а також санітарно-просвітницької роботи серед населення.

Туберкульоз

Туберкульоз (від латинського *tuberculum* – *горбик*) – інфекційне захворювання, що викликає запальний процес, який супроводжується утворенням дрібних горбиків переважно в легенях та лімфатичних вузлах. Хвороба має схильність до хронічного перебігу.

Туберкульоз (сухота, чахотка) **одна з найбільш поширених хвороб**, яка відома ще з давнини. Лікарі стародавніх Греції та Риму, зокрема Гіппократ, описували клінічну картину легеневої чахотки, а Аристотель підкреслював її підвищену заразність. Встановлено, що давньоєгипетські мумії, вік яких понад 4 тис. років, мають кістки, уражені туберкульозом.

Туберкульоз був дуже поширеною і страшною хворобою з високим відсотком смертності. Та розвиток медицини у другій половині ХХ ст. майже вирішив цю проблему в країнах Європи і Північної Америки. Переломним моментом у боротьбі з туберкульозом стало відкриття в 1944 р. стрептоміцину американським бактеріологом Салманом Ваксманом, за що він отримав Нобелівську премію. Однак, значний резервуар цієї інфекції залишився в слаборозвинутих країнах світу.

Ще 15 років тому здавалося, що туберкульоз переможено. Та в середині 80-х захворюваність на нього швидко пішла вгору. Хвороба підняла голову не тільки в країнах, що виникли на території колишнього Радянського Союзу, де причиною можна було б вважати загострення соціально-економічних проблем, а і в розвинутих країнах. Туберкульоз перетворився на нову чуму ХХІ ст. **Кожної секунди в світі збудник туберкульозу вражає одну людину, а**

кожні 10 секунд від нього помирає одна людина. В даний час на туберкульоз страждають 50–60 млн. людей. Внаслідок різкого збільшення захворюваності ВООЗ у 1993 р. проголосила туберкульоз глобальною небезпекою.

Відповідно до критеріїв ВООЗ та динаміки захворюваності на туберкульоз Україна з 1995 р. увійшла в число країн, охоплених епідемією туберкульозу. З 1990 по 2000 р.р. захворюваність на туберкульоз у нашій країні збільшилась майже у два рази (з 32,0 до 60,0 осіб на 100 тис. населення). Всього в Україні майже 30 тис. хворих на туберкульоз і більше ніж 100 тис. інфікованих.

У квітні 1999 р. Постановою Кабінету Міністрів затверджені Комплексні заходи боротьби з туберкульозом в Україні. Але, незважаючи на всі зусилля лікарів, кількість хворих неухильно зростає.

Що ж відбулось, чому хвороба, яка вважалась майже ліквідованою, знову швидко поширюється? Можна виділити **три основні причини**, що зумовлюють цей процес в Україні:

1 – патогенні бактерії змінюються під впливом зовнішніх факторів, зокрема, має місце підвищення стійкості бактерій, що викликають туберкульоз, до дії лікарських препаратів;

2 – не діє система контролю за розповсюдженням цієї хвороби, не існує статистичного контролю за хворими на туберкульоз з урахуванням результатів лікування, як це прийнято в усьому світі;

3 – погіршились побутові умови життя, відбулося зниження життєвого рівня населення, погіршилося харчування, виникла необхідність вимушених міграцій.

На фоні погіршення епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу у світі з початку 90-х років дуже актуальною стала проблема стійкості мікобактерії туберкульозу до лікарських препаратів. Тому **в структурі загальної епідемії варто виділяти епідемію хіміо-резистентного туберкульозу**. Так, у хворих на туберкульоз легень хіміорезистентність сягає 81%.

Нинішню епідемію називають триєдиною. В ній умовно виділяють три взаємопов'язаних епідемії:

Перша – це традиційна епідемія, що стосується так званого **типового туберкульозу**, який був поширений ще у повоєнні роки. Він добре піддається лікуванню. Серед усіх хворих на туберкульоз питома вага цієї епідемії має тенденцію до зменшення.

Друга – це епідемія, обумовлена **хіміорезистентним туберкульозом**, поширюється швидкими темпами і створює велику небезпеку. Ефективність лікування низька, смертність висока, кіль-

кість цих хворих налічується до 40% від загальної кількості і продовжує збільшуватись.

Третя – це *епідемія туберкульозу і СНІДу*, а також туберкульозу у ВІЛ– інфікованих. Таких хворих 20–30% і їх кількість має тенденцію до зростання.

Шляхи зараження на туберкульоз.

Туберкульоз – інфекційне захворювання, яке спричиняється мікобактеріями туберкульозу. Вони були відкриті Р.Кохом у 1882 р., тому мають назву БК – бацили Коха. Останні нерухомі, не мають капсул, дуже стійкі – при температурі 100⁰ С зберігають життєздатність до 5-ти хвилин. У сухій мокроті вони живуть до 10 місяців, при низькій температурі збудник зберігається довгий час. Мікобактерії туберкульозу зберігаються в навколишньому середовищі в різних місцях від 3–4 до 8–12 місяців. Вони не бояться кислот, спирту, низьких температур, тривалий час зберігаються у ліжку, папері, у кімнаті, де знаходився хворий, на посуді та особистих речах хворого, в молочних продуктах від хворої на туберкульоз худоби. Не переносять препаратів, які містять хлор, ультрафіолетові промені знищують їх через декілька годин.

Зараження туберкульозом у 90–95% випадків відбувається через дихальну систему аерогенним шляхом: під час розмови, при кашлі, спілкуванні з хворим, через заражені предмети побуту. Можливе інфікування через травну систему в разі, коли інфекція потрапляє в організм з харчовими продуктами від хворих тварин, або через їжу, заражену хворою людиною. Отже шляхи передачі такі: повітряно–краплинний, повітряно–пиловий, контактнo–побутовий, харчовий та інколи через плаценту. Основним джерелом інфекції є хворі люди, домашні тварини, здебільшого корови.

Більшість людей, заражених збудником туберкульозу, залишаються здоровими внаслідок імунітету – вродженого або набутого після вакцинації БЦЖ. Достатня опірність організму, в особливості при зараженні малою дозою збудника, дає можливість побороти хворобу. Але під впливом несприятливих умов: порушенні нормального харчування, тяжких захворювань, незадовільних побутових і виробничих умов, дії алкоголю тощо стійкість організму знижується й інфекція може активуватись.

Первинне зараження частіше відбувається в дитячому віці. Мікобактерії туберкульозу, які попали в організм, розповсюджуються різними шляхами – лімфогенним, гематогенним, бронхолегеневим. В легенях виникають окремі або множинні горбки. Якщо мікобактерії не виходять за межі горбиків, то процес називають закритим –

виділення організмом інфекції з мокротою не відбувається. Така людина незаразна. При клінічно вираженій формі туберкульозу відбувається розпад легеневої тканини і збудник виділяється з мокротою. Цю форму називають відкритою. Для оточуючих такий хворий дуже небезпечний.

Існують два основні чинники, що визначають індивідуальний ризик зараження: концентрація мікобактерій у зараженому повітрі та тривалість перебування людини у цьому середовищі. Найбільший ризик інфікування – від осіб, що виділяють бактерії і значно менший – від хворих на позалегеновий туберкульоз.

Ознаки туберкульозу. В залежності від форми туберкульозу, шляхів зараження та імунних властивостей організму, можливі різні прояви захворювання. Але найбільш постійною ознакою туберкульозу є кашель, який супроводжується виділенням мокроту. Можуть бути горлові кровотечі, задишка та біль при диханні. Підвищення температури тіла може бути незначним (37,1-37,2⁰ С) або сягати 39-40⁰ С. У хворого спостерігається слабкість, блідість, пітливість, особливо вночі, він втрачає апетит і худне.

Перебіг хвороби можливий від легкої форми, коли людина нічого не підозрює, до тяжкої – коли смерть настає через декілька місяців. Останнім часом збільшилась кількість хворих на туберкульоз з нетиповим перебігом та кількість хворих похилого віку, що раніше було рідкістю. Це приводить до несвоечасної діагностики хвороби, тяжких ускладнень та смерті. Сьогодні в Україні вмирає кожен третій із хворих на туберкульоз (у 2000 р. 22,3 людини на 100 тис. населення).

В дитячому віці туберкульозна інфекція найчастіше проявляється у вигляді загальних розладів: слабкість, стомлюваність, відставання у вазі і рості. Поведінка дитини змінюється, вона стає кволою, дратівливою, плаксивою, не проявляє активності в житті дитячого колективу. При медичному обстеженні відмічаються зміни лімфатичних вузлів – вони значно збільшені, ущільнені, спаяні між собою. Це свідчить про те, що туберкульозна інфекція гніздиться в лімфатичній системі. Такий стан називають бронхоаденітом і розглядають його як прояв первинного туберкульозу. У дітей значно частіше, ніж у дорослих зустрічаються нелегенові форми цієї хвороби. У період статевого дозрівання часто відбувається загострення перебігу туберкульозу.

Факторами ризику інфікування і захворювання дітей на туберкульоз є контакт з хворими на відкриту форму туберкульозу, відсутність або неякісне проведення вакцинації (ревакцинації) БЦЖ,

часті гострі респіраторні захворювання, несприятливі соціально-побутові умови. Наявність трьох і більше факторів ризику інфікування є безумовним показанням до більш ретельного обстеження дітей з метою виключення прихованої форми туберкульозу.

Профілактика захворювань на туберкульоз включає три аспекти – соціальний, санітарний і специфічний.

Соціальна профілактика – це сукупність державних заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення: розвиток трудового законодавства, законодавства про охорону здоров'я, поліпшення матеріальних умов життя, підвищення рівня санітарної культури населення.

Санітарна профілактика включає заходи, спрямовані на попередження зараження туберкульозом:

– ізоляція хворих на відкриту форму туберкульозу, їхня госпіталізація і лікування;

– постійне обстеження осіб, які контактують з хворим;

– проведення один раз на рік флюорографічного обстеження населення, особливо осіб, які живуть в гуртожитку, працюють в дитячих закладах, пов'язані з виготовленням та продажем харчових продуктів. Для дітей та підлітків необхідно проводити щеплення;

– здійснення санітарно-просвітницької роботи з населенням, особливо з дітьми і підлітками.

– *Кожна людина повинна пам'ятати, що:*

– збудник хвороби передається від хворого на відкриту форму туберкульозу, і що кожен такий хворий заражає за рік 10-20 осіб;

– збудник туберкульозу є в організмі кожної людини, а захворювання є наслідком зниження імунітету;

– здоровий спосіб життя забезпечує підвищення імунітету і тим самим опірність щодо туберкульозу;

– дотримання санітарно-гігієнічних умов значно знижує вірогідність захворювання на туберкульоз.

Специфічна профілактика туберкульозу – це щеплення. Його проводять всім новонародженим на четвертий день у пологовому будинку, а ревакцинацію здійснюють у 7, 12 та 17 років, а потім, до 30 років – через кожні 7 років.

Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом

Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, або венеричні хвороби, викликають більше, ніж 20 збудників. Всі вони досить заразні і швидко розповсюджуються, особливо серед окремих груп населення (наркоманів, алкоголіків, повій тощо). Увага суспільства до проблеми венеричних хвороб обумовлена їх розповсюдженістю, тяжкими наслідками для здоров'я хворого і впливом на нащадків.

За класифікацією ВООЗ хвороби, які передаються статевим шляхом, поділяють на такі групи:

– “класичні” венеричні хвороби – це сифіліс та гонорея (існує ще декілька хвороб, розповсюджених переважно у тропічних країнах, наприклад м'який шанкер);

– інфекції, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів (хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, генітальний герпес);

– інфекції, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням інших органів (СНІД, гепатит b).

Джерелом зараження венеричними хворобами є хворі люди, а чинниками, що сприяють розповсюдженню цих хвороб – пияцтво і алкоголізм, наркоманія, дошлюбні (особливо ранні) та позашлюбні статеві зв'язки, значна міграція населення тощо.

Медико-соціальні дослідження свідчать про тенденцію до підвищення сексуальної активності молоді в усьому світі. Це результат надмірно високої інформатизації через ЗМІ, які спекулюють на сексі, формуючи до нього неадекватний інтерес. В той же час, більшість молодих людей залишається безграмотною, не маючи необхідних медико-біологічних знань щодо статевих відносин, профілактики венеричних захворювань та інших питань взаємовідношення статей, зокрема, морально-етичних та психологічних. Крім того, вживання алкогольних напоїв, наркотиків, вплив молодіжної субкультури, незахищені статеві стосунки, більш висока сприйнятливність до інфекцій веде до підвищеної захворюваності молоді і людей активного репродуктивного віку.

**Показники захворюваності в Україні найбільш
розповсюджених статевих хвороб на 100 тис. населення**

Хвороба	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002
Сифіліс:	68,8	150,8	138,4	113,9	91,5	77,1	63,8
жінки у віці 15-19 р.					199,1		
жінки у віці 20-28 р.					306,0		
Гонорея	107,8		55,6	52,4	52,7	50,6	46,5
Хламідіоз				51,8	67,5	70,1	61,5
Урогенітальний мікоплазмоз				17,8	26,6	36,4	34,8

Сифіліс

Сифіліс – хронічна венерична хвороба, яка має хвилеподібний перебіг (періоди загострення змінюються прихованими періодами) і викликає ураження шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, кісток, нервової системи тощо. Вважається, що сифіліс був завезений у Європу з Америки в 1493 р. експедицією Христофора Колумба.

Збудник – бліда спірохета, яка проникає в організм здорової людини через ушкодження шкіри або слизової оболонки. У зовнішньому середовищі спірохета нестійка і швидко гине, особливо при висиханні заразного матеріалу, під впливом дезінфікуючих речовин, кип'ятіння.

Джерело зараження – тільки хвора на сифіліс людина.

Шляхи розповсюдження:

1. Основний – статевий шлях.
2. Побутовий шлях (через предмети, забруднені виділеннями хворого на сифіліс – склянки, зубні щітки, ложки, недокурки тощо).
3. Професійний шлях (через безпосередні контакти рук із виділеннями хворого в разі, коли підозра сифіліс ще не виникла).
4. Трансплацентарний (від хворої матері на 4–5 місяці вагітності бліда спірохета може проникати через плаценту і вражати плід). Частина плодів гине внутрішньоутробно або під час народження. Деякі діти народжуються живими, але з ознаками вродженого сифілісу (вадами розвитку кісток, нервової системи, органів слуху, зору, висипами на шкірі й слизових оболонках).
5. Зараження дитини від хворої матері може відбуватися при пологах. В цьому випадку розвивається набутий, а не вроджений сифіліс.

Інкубаційний період сифілісу (час від проникнення блідої спірохети в організм до появи першого прояву хвороби – твердого шанкеру) в середньому триває 3-4 тижні. Інкубаційний період може подовжуватися, якщо хворий у цей час приймав антибіотики в зв'язку з іншим захворюванням (запаленням легень, ангіною, гонореєю). Антибіотик затримує розвиток збудника й прояви хвороби на 10–90 днів. Людина відчуває себе в цей час здоровою.

З появою твердого шанкеру починається **первинний сифіліс**. Твердий шанкер – це безболісна виразка круглої або овальної форми, з чіткими, дещо піднятими краями, з щільною твердою основою червоного кольору (звідси і назва твердий). Розміщується в місцях проникнення блідої спірохети, як правило, на статевих органах, але може бути і поза ними (на лобку, стегнах, у порожнині рота тощо). Лімфатичні вузли, які розміщуються неподалік від шанкеру, збільшуються. Лише через місяць у хворих з'являється позитивна реакція Вассермана – специфічна проба на наявність у крові збудника сифілісу.

Вторинний сифіліс починається з появи на шкірі та слизових оболонках множинних висипів різної форми, розмірів, кольору (рожевих, червоних, жовтувато-бурих) на бокових поверхнях грудної клітки, живота, спини, згинальних поверхнях кінцівок, слизових оболонках ротової порожнини, носа, гортані, голосових зв'язках – це свідчить про розповсюдження збудника по кровоносних та лімфатичних судинах з первинного вогнища – твердого шанкеру.

Через 2–2,5 місяці, навіть коли хворий не лікується, висипи зникають безслідно, але позитивні лабораторні реакції на сифіліс залишаються. З часом знову настає загострення хвороби. Висипи з'являються в місцях травматизації шкіри, підвищеного потовиділення, перетворюються на великі пухлиноподібні розростання, поверхня яких запалюється. З них витікає тканинна рідина з великою кількістю спірохет. У хворих випадає волосся, вражаються нігті, суглоби, м'язи, судини, кісткова тканина, нервова система, внутрішні органи (шлунок, печінка, серце). При відповідному лікуванні збудник хвороби може бути знешкоджений і людина одужує.

У разі, якщо людина не лікується, прояви хвороби можуть теж поступово зникнути, не залишаючи після себе слідів. Хворий ні на що не скаржиться, але він продовжує бути заразним, надзвичайно небезпечним для оточуючих – це **вторинний прихований сифіліс**.

Загострення вторинного сифілісу може відбуватися багаторазово. Через 5–6 років розвивається **третинний сифіліс**, який продовжується до кінця життя хворого.

Під час розвитку третинного сифілісу відбувається руйнування тканин, органів серцево–судинної, нервової, опорно-рухової систем (руйнуються носові кістки, спотворюються суглоби, обличчя, зникає слух, голос, виникає параліч ніг тощо).

Принципи лікування хворих на сифіліс:

1. Лікування призначають тільки після встановлення діагнозу, воно повинно здійснюватись одночасно для статевих партнерів.
2. Схеми лікування на сифіліс затверджує Міністерство охорони здоров'я України, вони періодично переглядаються.
3. Хворі на сифіліс повинні бути обстежені на наявність ВІЛ та інших збудників, що передаються статевим шляхом.
4. Розрізняють *специфічну* і *неспецифічну* терапію хворих на сифіліс, яка здійснюється одночасно. Специфічна терапія передбачає застосування антибіотиків пеніцилінового ряду, неспецифічна – підвищення реактивності (опірності) організму.

Гонорея

Збудник гонореї був відкритий німецьким вченим А. Нейссером лише в 1879 р., хоча хворобу знали ще в стародавній Греції. Це **гонокок**, що вражає слизову оболонку сечовидільного каналу, каналу шийки матки, прямої кишки, кон'юнктиви. Проникнення гонококів в слизову оболонку відбувається досить швидко і вже через 3-4 дні виникає запалення. До місця запалення мігрують нейтрофіли і лімфоцити, що спричиняє гнійний процес.

Гонококи **нестійкі** у зовнішньому середовищі, швидко гинуть під впливом висушування, кип'ятіння, дезінфікуючих речовин, проте вони досить стійкі в організмі людини.

Вродженого і набутого імунітету до гонококової інфекції не існує.

Останніми роками статистичні показники захворюваності на гонорею в Україні зменшилися, особливо це стосується великих міст. Але не слід забувати, що багато хворих користується послугами приватних клінік, де не ведеться відповідний облік, частина з них займається самолікуванням. Тому вважається, що гонорея, як і раніше, досить поширена, зокрема серед підлітків.

Джерело зараження – хвора на гонококову інфекцію людина.

Шляхи розповсюдження такі ж, як і сифілісу, за виключенням трансплацентарного.

Інкубаційний період триває від декількох годин до 3–5 днів. Якщо хворий у цей час лікується антибіотиками, то зазначений період розтягується довше, ніж на місяць.

За перебігом розрізняють:

- гонококову інфекцію з гострим перебігом, що триває не більше 2-х місяців;
- хронічну гонококову інфекцію, що триває більше 2-х місяців;
- приховану гонококову інфекцію, коли у хворих відсутні ознаки захворювання, але в організмі є збудники гонореї.

Перші ознаки гонореї у чоловіків – скарги на свербіж і печію в уретрі (сечовидільному каналі), специфічні виділення, згодом приєднується різучий біль під час сечовиділення.

Можливими ускладненнями гонококової інфекції у чоловіків є запалення придатків яєчка (наслідком перенесеного запалення придатків яєчка, особливо двобічного, може бути безпліддя), запалення передміхурової залози – простати (призводить до зниження потенції), запалення сім'яних міхурців тощо.

Гонококова інфекція у жінок проявляється у запаленні сечовидільного каналу, як і у чоловіків, але ці ознаки короточасні, виражені значно слабше, ніж у чоловіків: з'являється біль внизу живота, кровотеча, підвищення температури тіла; зовнішні статеві органи червоніють, у цій області турбує біль, свербіж, печія. Одним із найчастіших проявів гонококової інфекції у жінок є запалення шийки матки.

Нерідко запальний процес розвивається повільно, нехворобливо, виділення можуть бути незначні або зовсім відсутні. Не відчуваючи себе хворою, жінка стає джерелом зараження.

Можливі ускладнення гонококової інфекції у жінок – запалення матки, фаллопійових труб, яєчників, очеревини. В ряді випадків це зумовлює безпліддя.

Принципи лікування гонококової інфекції:

1. Всебічне клінічне і лабораторне обстеження хворих з метою встановлення точного діагнозу та можливої наявності одночасно інших хвороб, що передаються статевим шляхом (трапляється дуже часто).
2. Одночасне лікування статевих партнерів, оскільки в разі відсутності такого лікування відбуватиметься повторне зараження.
3. Врахування статі, віку хворого, клінічної форми хвороби, ускладнень.
4. Заборона статевих контактів, вживання алкоголю хворими, дотримання ними режиму харчування.
5. Основними препаратами для лікування гонококової інфекції є антибіотики, які призначаються лікарем.

Урогенітальний хламідіоз

Урогенітальний хламідіоз є найпоширенішою інфекцією, що передається статевим шляхом. *За деякими даними 12-15% всього*

населення інфіковані хламідіями. Приблизно в 60% випадків інфекція відсутнього занепокоєння не викликає, аж доки не з'являються серйозні ускладнення (гострі запалення органів малого тазу, невиношування вагітності, безплідність та інші). Причинами такого широкого розповсюдження цієї хвороби є малосимптомний або безсимптомний перебіг, складність діагностики і лікування, відсутність специфічних засобів профілактики та інші загальні причини, що сприяють поширенню всіх хвороб, що передаються статевим шляхом.

Показники частоти урогенітальних хламідіозів у чоловіків і жінок залежать від соціокультурних факторів і стереотипів статевої поведінки. Згідно зі статистичними даними, *в Україні співвідношення інфікованих хламідіями чоловіків і жінок складає 3/5.* Вікові показники захворюваності свідчать про переважне поширення хламідійної інфекції в чоловіків і жінок активного статевого віку – *від 20 до 35 років.* Відзначається тенденція до збільшення захворюваності в жінок більш молодого віку. Найбільша сприйнятливість до хламідіозу спостерігається у віці 17–25 років.

Почастішали випадки інфікування немовлят під час народження. Хламідіоз у дітей зазвичай безсимптомний. Збудник може не проявляти себе довгі роки і активізуватися на початку статевого дозрівання, викликаючи урогенітальні запальні процеси.

Хламідії – нерухомі, патогенні бактерії, що розмножуються тільки в цитоплазмі клітин. Вони легко проникають у клітину, перебудовуючи її метаболізм і забезпечуючи власне розмноження. Хламідії здатні довго виживати в позаклітинному середовищі.

Хламідіоз – типовий приклад “повільної бактеріальної інфекції”. Такі бактерії можуть існувати в організмі хазяїна десятиліттями, або все життя, зберігаючи патогенні властивості. Однак хламідії не просто перебувають в організмі. Вони включають складний каскад запальних та імунних реакцій, які призводять до поступового розвитку патологічних проявів в уражених органах.

Джерелом зараження є хворі на хламідіоз.

Інкубаційний період від 5 до 30 днів. Вродженого і набутого імунітету не існує.

У чоловіків клінічно урогенітальна хламідійна інфекція проявляється симптомами запалення слизової оболонки уретри, яке не відрізняється від уретритів іншої етіології. Суб'єктивні скарги хворих – неприємне відчуття, специфічні виділення, свербіж, біль у сечовивідному каналі, часті позиви до сечовиділення.

Ускладнення: хламідійний простатит, запалення придатків яєчок, безпліддя.

У жінок клінічні прояви хламідійної інфекції різноманітні, часто спостерігається безсимптомний перебіг. Найбільш розповсюдженим проявом хламідіозу у жінок є запалення шийки матки та сечовидного каналу. Хворі звертають увагу на виділення, свербіж, рідко на невизначений біль внизу живота, часті позиви до сечовиділення. Ускладнення при хламідіозі такі ж як при гонореї.

Принципи лікування урогенітальних хламідіозів.

Лікування хворих на урогенітальні хламідіози можливе лише за умови припинення статевих відносин. Вживання алкоголю, гострої їжі, пряностей, надмірне фізичне навантаження також підлягають забороні. Оптимальні умови для лікування хворих можуть бути створені в стаціонарах, які мають можливість діагностики хламідійної інфекції.

При неускладнених ранніх формах хламідіозів лікування можливе в амбулаторних (диспансерних) умовах при відповідному лабораторному контролі. **Обов'язково одночасне лікування обох статевих партнерів.** Воно базується на загальних принципах комплексної терапії.

Урогенітальний мікоплазмоз

Урогенітальний мікоплазмоз відноситься до найбільш розповсюджених захворювань сечостатевої системи людини, часто є причиною порушення репродуктивної функції, інколи – інвалідності новонароджених. Це захворювання стало серйозною проблемою.

Збудником захворювання є **мікоплазма** – внутрішньоклітинний паразит. Вперше вона була виділена в 1954 році.

Основний **шлях зараження** – статевий, можливий також через предмети домашнього вжитку, медичні інструменти в акушерсько-гінекологічних та урологічних кабінетах при порушенні правил їх дезінфекції. Встановлена також можливість інфікування плода внутрішньоутробно та при проходженні його через інфіковані мікоплазмою пологові шляхи.

Інкубаційний період може тривати від 3 днів до 5 тижнів.

Клінічні прояви урогенітального мікоплазмозу не мають жодної специфіки, яка б відрізняла їх від урогенітальних запальних процесів, спричинених іншими збудниками, тому діагноз підтверджують тільки лабораторними дослідженнями. Клінічні прояви хвороби, **ускладнення та лікування** такі ж, як і у випадках урогенітального хламідіозу.

У вагітних жінок, хворих на урогенітальний мікоплазмоз, у 23% випадків має місце інфікування плода, що проявляється тяжкою клінічною картиною – вражаються органи дихання, очі, печінка,

нирки, центральна нервова система. *Приблизно 50% дітей, народжених хворими на мікоплазму жінками, вмирають після народження, у 12% спостерігаються вроджені вади розвитку.*

Вірусний гепатит b (ВГb)

Неможливо обійти увагою ще одну вірусну хворобу – вірусний гепатит. Вірогідність передачі його статевим шляхом підтверджується тим фактом, що *збудник ВГb знайдено у сперматозоїдах людини.* Збудник гепатиту довго зберігається в зовнішньому середовищі, не гине при кип'ятінні протягом 30–40 хвилин. **Місце його розмноження** в організмі – ядро та цитоплазма клітин печінки (гепатоцитів). Віруси, вражаючи клітини печінки, порушують структуру та функції одного з найважливіших органів.

Основними функціями печінки, що забезпечують нормальну життєдіяльність організму є:

- знешкодження отруйних речовин, що потрапляють в організм;
- обмін білків, жирів, вуглеводів, пігментів; синтез вітамінів та їх засвоєння; накопичення мікроелементів;
- утворення жовчі та її виділення в дванадцятипалу кишку.

Ушкодження клітин печінки призводить до різких порушень її функцій і супроводжується такими ознаками хвороби: жовтухою (жовтими шкірою, склерами, слизовими оболонками рота і очей внаслідок потраплення жовчних пігментів у кров); порушенням травлення, що пов'язано із запальними процесами у шлунку, жовчному міхурі, кишечнику, підшлунковій залозі; загальною інтоксикацією (підвищеною температурою, болем у суглобах, відсутністю апетиту, нудотою тощо). Найбільш тяжкою формою ураження печінки при ВГb є так звана печінкова недостатність, яка може спричинити смерть хворого.

Джерелом інфекції є хвора на ВГb людина або носій вірусу гепатиту b. Найбільш небезпечним для передачі збудника є хворий в інкубаційному періоді та в перші 2–3 тижні з моменту захворювання. Хвороба широко розповсюджена. Згідно з оцінками спеціалістів у світі нараховується більше, ніж 200 млн. носіїв вірусу ВГb. Відомо, що існують групи з високим ризиком виникнення цієї хвороби. До них відносяться особи, що ведуть неупорядковане статеве життя, гомосексуалісти, наркомани; діти, народжені від матерів, що хворіли на гепатит b; медичні працівники хірургічних спеціальностей, стоматологи, маніпуляційні сестри, які мали професійні контакти з хворими. Найбільш високий ризик зараження існує при переливанні крові. Збудника також знаходять у сім'яній рідині чоловіків та на слизових оболонках жіночих статевих органів, з чим пов'язаний

статевий шлях розповсюдження захворювання на ВГ**b**. Існують відомості про те, що серед гомосексуалістів 30% хворіють на ВГ**b**, в той час як у людей, що мають нормальні статеві контакти, захворювання виявляється лише у 5% випадків.

Лікування ВГ**b** здійснюється в умовах стаціонару і включає противірусну терапію і заходи, спрямовані на підвищення імунітету. Існують фармакологічні препарати для специфічної профілактики вірусного гепатиту **b** (вакцинація).

Статевий герпес

Існує два види вірусу герпеса. При зараженні **вірусом I типу**, герпес з'являється на обличчі у вигляді дрібних пухирців, а **вірусом II типу** – на статевих органах. Статевий герпес передається під час статевого контакту. Хвора людина є **джерелом інфекції** до тих пір, поки не відпаде герпесний струп. Як правило, ранки добре видно на чоловічих статевих органах, а на жіночих їх можна не помітити, особливо коли з'являються внутрішні висипання на слизовій оболонці статевих шляхів.

Інкубаційний період розвитку хвороби від 2 до 20 днів. Інфекція проявляється в першу чергу у вигляді висипань – з'являються плями червоного кольору, вкриті пухирцями з нагноєнням. Ранки можуть утворюватися у будь-якому місці, через яке вірус проник в організм. У людини виникає лихоманка, біль і неприємні відчуття в області висипання. Через 2-3 тижні ранки загоюються, але вірус залишається в організмі. Хвороба має рецидивуючий характер. Її загострення може бути наслідком переохолодження; інфікування іншим збудником, що веде до зниження опірності організму; виникнення стресової ситуації, або просто наслідком статевого контакту.

Статевий герпес – дуже розповсюджена хвороба. В США кожен рік реєструється приблизно 600 тис. нових захворювань на герпес, понад 30 млн. американців страждають від цієї хвороби. Відповідних статистичних даних щодо України немає. В той же час вчені вважають, що серед представників європеїдної раси кожна п'ята людина інфікована вірусом герпеса II типу, а серед негроїдів вірус зустрічається у трьох з п'яти людей. У 50-70% інфікованих статевим герпесом немає симптомів і навіть підозри на хворобу. Найбільш поширена вона серед гомосексуалістів (46%), безпритульних (60%) і повій (80%). У жінок хвороба зустрічається приблизно в п'ять разів частіше, ніж у чоловіків.

На жаль, **методи лікування** розроблені ще недостатньо, а існуючі не гарантують повного одужання. Значно полегшує стан хворого неспецифічна противірусна терапія. Останнім часом для

лікування обох типів герпеса широко застосовується препарат “герпевір” у таблетках, ін’єкціях і мазях. Наявність імунітету до вірусу I типу протидіє зараженню вірусом II типу. Деякий захист забезпечує використання презервативів.

Встановлено, що між виникненням раку шийки матки і наявністю в організмі жінки статевого герпеса існує пряма залежність. Герпес обох типів може передаватися від матері до дитини *трансплацентарним шляхом*, що може призвести до сліпоти, глухоти, розумової відсталості чи навіть смерті плоду або новонародженої дитини.

Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом (громадська профілактика)

1. Здійснення широкої санітарно–просвітницької роботи серед населення, особливо серед дітей та молоді.
2. Проведення профілактичних оглядів працівників дитячих закладів, установ громадського харчування, працівників громадського транспорту та інших груп населення, що регламентується відповідними інструкціями Міністерства охорони здоров’я.
3. Обстеження груп ризику (повій, алкоголіків, наркоманів, гомосексуалістів тощо).
4. Всебічне обстеження вагітних, донорів, стаціонарних хворих.
5. Виявлення хворих та обстеження осіб, що були у статевому або побутовому контакті з хворим (діти).
6. Збереження медичним персоналом лікарської таємниці щодо цього контингенту хворих, організація анонімного платного обстеження та лікування таких пацієнтів.
7. Профілактичні заходи щодо попередження алкоголізму та наркоманії, які створюють підґрунтя для поширення венеричних хвороб.

(індивідуальна профілактика)

1. Уникнення випадкових статевих контактів.
2. Використання презервативів.
3. Місцеве використання дезінфікуючих препаратів при підозрі на інфікування одразу після статевого контакту.
4. При підозрі на зараження – негайне звернення до лікаря.

Питання для самоконтролю

1. Які ви знаєте особливо небезпечні вірусні інфекції?
2. Які ви знаєте особливо небезпечні бактеріальні інфекції?
3. Що таке імунітет і які шлях його стимуляції?
4. Які основні ознаки захворювання на малярію?

5. Охарактеризуйте трансмісивний шлях передачі інфекцій.
6. Профілактичні заходи, спрямовані на запобігання захворюванню на малярію.
7. Що таке синдром набутого імунodefіциту?
8. Чим відрізняються хворі на СНІД від ВІЛ-інфікованих?
9. Розповсюдження СНІДу в Україні.
10. Групи ризику захворювання на СНІД.
11. Які основні засоби попередження захворювання на СНІД?
12. У чому полягає небезпека захворювання на грип?
13. Які ви знаєте шляхи розповсюдження грипу?
14. Основні клінічні ознаки грипу.
15. Як слід вести себе при захворюванні на грип?
16. Профілактичні заходи, спрямовані на попередження масового захворювання на грип.
17. Основні ознаки атипової пневмонії.
18. У чому полягає небезпека атипової пневмонії?
19. Які ви знаєте шляхи розповсюдження атипової пневмонії?
20. Загальна профілактика атипової пневмонії.
21. Що вам відомо про збудника атипової пневмонії?
22. У чому полягає небезпека туберкульозу?
23. Які ви знаєте шляхи розповсюдження туберкульозу?
24. Основні клінічні ознаки туберкульозу.
25. Загальна профілактика туберкульозу.
26. Що вам відомо про вірусний гепатит і його форми?
27. Шляхи зараження гепатитом *b*.
28. Наслідки захворювання на гепатит.
29. Назвати класичні хвороби, що передаються статевим шляхом.
30. Назвати інші інфекції, що передаються статевим шляхом із переважним ураженням статевих органів.
31. Через який час після зараження розвивається вторинний сифіліс?
32. Що є клінічною межею, яка відділяє первинний і вторинний сифіліс?
33. Які прояви вторинного сифілісу є дуже заразними?
34. Чи можуть вражатися внутрішні органи у хворих на вторинний сифіліс?
35. Які органи найчастіше вражаються при пізньому сифілісі?
36. Чи можна встановити діагноз сифілісу без лабораторного підтвердження?
37. Які можливі шляхи зараження гонококовою інфекцією?
38. Як класифікують за перебігом гонококову інфекцію?
39. Які основні симптоми гострого гонококового запалення?
40. Які можливі ускладнення гонококової інфекції?
41. Які основні прояви хламідіозу?
42. Яка профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом?

Рекомендована література

1. Акция для молодежи: Руководство по работе с молодежью в области профилактики СПИДа. – М., 1994.
2. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 64 с.
3. Антоняк С.Н. Эффективное применение комбинированной тройной терапии у пациента с ВИЧ-инфекцией в стадии клинических проявлений / Спид (СНІД) AIDS. – К., 1999. – № 3. – С.26-28.
4. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медична валеологія. – К.: Здоров'я, 1998. – 248 с.
5. Аряев Л., Загарін А.О., Котова Н.В. та ін. Перинатальні і педіатричні проблеми ВІЛ-інфекції / Спид (СНІД) AIDS. – К., 1999. – № 3. – с.23–26.
6. Асмолов А.Г. Психология личности. – М.: Изд-во МГУ, – 1990.
7. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни. – М.: Мир, 1997
8. Бовина И.Б. Особенности представлений молодежи о СПИДе и раке // Мир психологии. – 2002. – № 3. – С. 209-221.
9. Бондаровська В.М. У серці суспільства // Рідна школа. – 1994. – №11. – С. 68-71.
10. Булич Е.Г., Мурахов І.В. Валеологія. Теоретичні основи валеології. – К.: ІЗМН, 1997. – 224с.
11. Вазманова Ж.Т. Инфекционные и паразитарные болезни. – К.: Здоров'я, 2000. – 342 с.
12. Валеологія. Навч. посібник у 2 ч. / Бобрицька В.І., Гриньова М.В. та ін. – Полтава:Скайтек, 2000. – 306 с.
13. Вместе против СПИДа: Пособие в помощь педработникам и др. специалистам // В.М.Быкова и др. – Мн: Тонпик, 2003. – 86 с.
14. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. Введение в санологию. – К.: Здоров'я, -1991. – 246 с.
15. Ворник Б.М., Голоцван О.А., Голубов О.П.та ін. Безпечна поведінка. – К.: ВЦ “Сім'я”, 1999. – 56 с.
16. Ворник Б.М., Жилка Н.Я., Коломиец В.П., Талалаев К.А. Журналистам о репродуктивном и сексуальном здоровье: Пособие под. ред. Б.М.Ворника. – К.: ИЦ “Семья”, 2003. – 192 с.
17. Глобальный кризис – глобальные действия: Спец. сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. – Б.м.: Изд-во ООН, 2001.
18. Голоси молодих. Анкетне опитування дітей та молоді у країнах Європи та Центральної Азії. ЮНІСЕФ – “Атар Рото Пресс”, Женева, Швейцарія, 2001. – 132 с.

19. Грипп / Под редакцией Г.И.Карпухина. – М.: Медицина, 1986. – 340 с.
20. Гузенкова Т.С. Завтра будет поздно // Свободная мысль – XXI, 2003. – № 2. – С. 85—93.
21. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Спец. сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. – Б.м.: Изд-во ООН, 2001. – 50 с.
22. Джилл Таббот-Генри, Каролин Смит. Роль консультирования в профилактике и лечении инфекций, передаваемых половым путем // Планирование семьи. – 2000. – № 3-4.
23. Дородных О.В. “СПИД: сущность и проблемы”. Беседа с одиннадцатиклассниками // Биология в школе. – 2002. – № 7. – С. 51—54.
24. Зимівель Н.І., Крушельницький В.В., Мірошніченко Т.І. Сучасні підходи у сфері охорони здоров'я та його популяризації. – К.: Науковий світ, 2003 – 95 с.
25. Информационные кампании по ВИЧ/СПИДу: Пособие для организатора. – Новосибирск: – Изд-во ОЛДЕН, 2003. – 216 с.
26. Киселев Е.Н., Титов В.В. Вирусная эпидемия SARS. – К.: Полипром, 2003. – 158 с.
27. Лазарева Т. Без вины виноватые // Нарконет, 2003. – № 12 – С. 27-28.
28. Лицом к лицу со СПИДом: Приоритеты общества в условиях глобальной эпидемии: Программный доклад об исслед. Всемирного банка. – Б.м.: Весь мир, 1998. – 289 с.
29. Люди и ВИЧ. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2001. – 350 с.
30. Мавров И.И. Половые болезни. Энциклопедический справочник. – Киев-Москва, 1994. – 480 с.
31. Медико-біологічні основи валеології. Навч. посібник / За редакцією П.Д. Плахтія – Кам'янець-Подільський держпедуніверситет, 2000. – 408 с.
32. Нормализация учебной нагрузки школьников. Экспериментальное физиолого-гигиеническое исследование / Под ред. М.В. Андроповой, В.И. Козлова.– М.: Педагогика, 1988. – 160 с.
33. Основы безопасности жизнедеятельности: Учебник / Под ред. Лункевич Л.В. – Б.м.: АСТ-ЛТД, 1998. – 320 с.
34. Основы валеології. Навчальна програма для студентів всіх спеціальностей педагогічних ВНЗ / Інформаційний вісник (вища освіта). – К., 2001. – № 6. – с. 43-47.
35. Петрик О.І. Медико-біологічні та психолого-педагогічні основи здорового способу життя. – Львів: Світ, 1993. – 120 с.

36. Покровский В.И., Малеев В.В., Соминина А.А и др. Коронавирус SARS – возбудитель атипичной пневмонии. Временные методические рекомендации. – М.: Медицина, 2003. – 46 с.
37. Покровский В.И., Покровский В.В. СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита). — М.: Медицина, 1988. – 44с.
38. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД.— М.: Медицина, 1996.— 246 с.
39. Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій.
40. Програма Міністерства освіти і науки України “Сприяння просвітницькій роботі “рівний-рівному” серед молоді України щодо формування здорового способу життя.
41. Рудий В.М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Сучасний стан і шляхи вдосконалення. В-во “Сфера” за підтримки Міжнародного Фонду “Відродження”. – 2003.
42. Савельева И. Если вы пишете о СПИДе... Журналистам о СПИДе. – М.: ОББФ “Российский фонд “ИМЕНА”, ИЦ “Рубикон”, 1999.
43. Савчак В., Галнікіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 507 с.
44. Савчак В., Ковальчук М. Медсестринство у дерматовенерології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003 – 170 с.
45. Стиль 2000 – здоровый выбор. Региональная общественная организация, “Взгляд в будущее”, Санкт-Петербург.
46. Страшко С.В, Животовська Л.А., Гречишкіна О.Д. та інші. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу. – К.: Освіта України, 2005. – 291 с.
47. Тест-опросник для консультантов ВИЧ-сервисных служб. – Полтава, 1999. – 44 с.
48. Тесты для всех // Сост. Т.В. Орлова.– К.: Довіра, 1994.– 222 с.
49. Тимченко О.І., Сердюк А.М., Омельченко Е.М. Генотонд і здоров'я населення: значення шлюбних міграцій. – К.: Преса України, 2002. – 79 с.
50. Феценко Ю.І., Мельник О.В., Коблянська А.В. Хіміорезистентний туберкульоз. – К., 2003. – 134 с.
51. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи. О.Яременко, О.Балакірева, О.Вакулєнко та ін. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2000.

52. Формування навичок здорового способу життя в дітей і підлітків / За ред.В.Г.Панка.
53. Шалаева Д.А. Этико-правовые проблемы СПИДа // Социальная профилактика и здоровье. – 2003. – № 3. – С. 49-50.
54. Эндокринология // Под ред. А.С. Ефимова.– К.: Вища школа, 1983.– 328 с.
55. Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. – Новосибирск: НГОО “Гуманитарный проект”, 2001.

Рекомендовані сайти

1. База даних з ВІЛ/СНІДу у світі [http:// www. aegis. com](http://www.aegis.com)
2. Буклет [http://www. postman. ru /safelove/](http://www.postman.ru/safelove/)
3. Журнал “Секс, СНІД, здоров’я” [http:// www. aidsjournal. ru](http://www.aidsjournal.ru)
4. Збірник тематичних сайтів [http:// vn. iatp.org. ua /AIDS /aids/ linki. htm](http://vn.iatp.org.ua/AIDS/aids/linki.htm)
5. Міжнародна мережа НУО, що працюють у сфері СНІДу [www. icaso.org](http://www.icaso.org)
6. Сайт ВООЗ [http:// www. who. org](http://www.who.org)
7. Сайт для підлітків та молоді [www. vozmissoboi. ru](http://www.vozmissoboi.ru)
8. Сайт Дніпропетровської громадської організації “Центр сексуального здоров’я” [http://www. Spid. dp. ua](http://www.Spid.dp.ua)
9. Сайт Мережі людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом, [www. lgvs. org. ua](http://www.lgvs.org.ua)
10. Сайт Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу [www. aidsalliance. kiev. ua](http://www.aidsalliance.kiev.ua)
11. Сайт організації СНІД-інфозв’язок [http:// www. hiv-aids. ru](http://www.hiv-aids.ru)
12. Сайт Української асоціації планування сім’ї [http:// ufpa. com. ua](http://ufpa.com.ua)
13. Сайт UNFIDS (об’єднана програма ООН зі СНІДу) [www. unaids. org](http://www.unaids.org)
14. Український національний портал з питань ВІЛ/СНІДу, наркоманії [www. aids. ua](http://www.aids.ua)
15. Український сайт Міжнародної НУО “Лікарі без кордонів” [www. msf org. ua](http://www.msf.org.ua)
16. Усе про контрацепцію [http:// www. citycat.ru/contracept/](http://www.citycat.ru/contracept/)
17. [www. infosite. aids. ru](http://www.infosite.aids.ru)
18. [www. harm. reduktion. org . ua](http://www.harm.reduktion.org.ua)
19. [www. nospid. ru](http://www.nospid.ru)

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Стан здоров'я населення України.....	4
Інфекційні хвороби в історії людства.....	6
Загальна характеристика інфекційних хвороб.....	8
Імунітет.....	10
Щеплення.....	12
Інфекційні хвороби крові.....	14
<i>Малярія.....</i>	<i>14</i>
<i>Синдром набутого імунodefіциту (СНІД).....</i>	<i>15</i>
Інфекційні хвороби органів дихання.....	29
<i>Грип.....</i>	<i>29</i>
<i>Атипова пневмонія (SARS).....</i>	<i>32</i>
<i>Туберкульоз.....</i>	<i>35</i>
Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом.....	40
<i>Сифіліс.....</i>	<i>41</i>
<i>Гонорея.....</i>	<i>43</i>
<i>Урогенітальний хламідіоз.....</i>	<i>44</i>
<i>Урогенітальний мікоплазмоз.....</i>	<i>46</i>
<i>Вірусний гепатит b.....</i>	<i>47</i>
<i>Статевий герпес.....</i>	<i>48</i>
Питання для самоконтролю.....	49
Рекомендована література.....	51

Навчальне видання

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЩО НАБУЛИ СОЦІАЛЬНОГО ЗНАЧЕННЯ

(додаток до підручника з основ медичних знань для студентів усіх спеціальностей вищих педагогічних навчальних закладів)

Підписано до друку 21.12.2005. Формат 60×84/16

Друк офсетний. Папір офсетний

Ум. друк. арк. 3,5

Наклад 1000 прим.

ТОВ «Освіта України»,

04212, м. Київ, вул. Малиновського 11, кв. 25.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців

ДК№1957 від 27.09.2004 р.

Тел./факс (044) 418-46-74; 331-45-38; 237-59-92

E-mail: osvita2005@ukr.net

Видавництво ТОВ «Освіта України» запрошує авторів до співпраці з випуску видань, що стосуються питань управління, модернізації, інноваційних процесів, технологій, методичних і методологічних аспектів освіти та навчального процесу у вищих навчальних закладах. Надаємо усі види видавничих та поліграфічних послуг.

