

Лекція №4

Тема: Гострі кишкові інфекції . Черевний тиф. Харчові токсикоінфекції.

Черевний тиф – гостра інфекційна хвороба, антропоноз, що характеризується вираженою загальною інтоксикацією, бактеріемією, типовою гарячкою, ураженням лімфатичних вузлів тонкої кишки.

Актуальність - Спалахи та навіть епідемія черевного тифу можуть виникати в Україні в зоні проведення військових дій, під час повеней, підтоплень, в умовах антисанітарії.

Етіологія - *Salmonella typhi abdominalis*, - бактерії, що належать до роду сальмонел, родини ентеробактерій. Рухливі, мають форму паличок, мають джгутики, добре ростуть на живильних середовищах, що містять жовч, виробляють ендотоксин.

Стійкі до факторів зовнішнього середовища, у ґрунті зберігається до 9 місяців, у воді – 4 тижні, у фекаліях близько року. Добре зберігаються та розмножуються у м'ясних та молочних продуктах, на фруктах і овочах, у сирі, маслі, хлібі. Витримують низькі температури, при кип'ятінні та під дією дезрозчинів гинуть через декілька хвилин.

Епідеміологія – джерелом інфекції є хвора людина та бактеріоносій. виділяють збудника з сечею, калом, слиною та молоком матері. Виділення починається з кінця інкубаційного періоду, максимальне в період розпалу, зменшується при видужуванні, може залишатись бактеріоносійництво на кілька місяців та навіть кілька років ,також зафіксовані випадки пожиттєвого носійства

Механізм передачі – фекально-оральний.

Шляхи зараження:

- Водний – через некип'ячену воду з сумнівних джерел, самий небезпечний шлях зараження, виникає найбільша кількість хворих;
- Харчовий – при вживанні некип'яченого молока, заливних блюв, салатів, тощо;
- контактнo-побутовий – через предмети побуту та брудні руки.

Клініка – *інкубаційний період* – від 7 днів-до 2 – 3 тижнів

Початковий період – температура підвищується поступово, слабкість, головний біль, порушення сну та апетиту, схильність до закрепів.

Розпал хвороби - виражений метеоризм, закреп ,який може змінюватись проносом, виділення у вигляді «горохового супу». Язик збільшений, густо вкритий нальотом, має відбитки зубів по краях, кінчик та краї язика вільні від нальоту (черевнотифозний язик), печінка та селезінка збільшені, у правій здухвинній ділянці при пальпації відмічається бурчання блідість шкіри, відмічається відносна брадикардія, сухе покашлювання..з`являється типовий розеолезний висип на передній черевній стінці та на бокових поверхнях грудей, елементи поодинокі

на 8-10 день температура встановлюється на високих цифрах з добовими коливаннями біля 1°C (постійна гарячка)

В тяжких випадках виникає тифозний статус (тифозний делірій) – з маренням та галюцинаціями, тому необхідний індивідуальний медсестринський пост.

На другому - третьому тижні захворювання можливі ускладнення :

1) кишкова кровотеча – стан хворого погіршується, наростає слабкість, температура знижується, АТ знижується, виникає відносна тахікардія, в калі з`являється кров;

2) перфорація кишок – виникає “кинжальний” біль у животі, симптоми гострого живота, стан погіршується, необхідна термінова операція.

Діагностика –

1) епіданамнез – вживання некип`яченої води або молока, салатів, холодцю, недотримання гігієни, контакт з хворою людиною тощо.

2) клінічні прояви – характерна гарячка, сильна інтоксикація, розеоли на шкірі живота, гепатолієнальний синдром, метеоризм, закрепи або пронос.

3) Лабораторна діагностика:

3.1 бактеріологічні дослідження:

- гемокультура - *в перші дні хвороби* роблять посів крові на жовчний бульйон, це *самий ранній метод діагностики* черевного тифу;

- копрокультура – посів калу роблять з другого тижня хвороби;

- урінокультура - з третього тижня хвороби роблять посів сечі;

- білікультура – перед випискою проводять дуоденальне зондування та посів жовчі;

3.2) серологічні дослідження:

–з 7 дня хвороби беруть 3-5 мл крові з вени на РНГА

(реакцію непрямой гемаглютинації) та реакцію аглютинації Відаля, через 10 днів аналіз повторюють(метод парних сироваток) – спостерігається зростання титру антитіл.

Лікування –

1) обов`язкова госпіталізація до інфекційного стаціонару;

2) суворий ліжковий режим до 10 дня нормальної температури;

3) дієта № 4, 4б, перетерта їжа;

4) етіотропна терапія- призначають антибіотики тривалістю до 10 дня нормальної температури разом з антибіотиком призначають пробіотики для підтримки нормальної мікрофлори

5) патогенетична терапія – вплив на інтоксикацію, запалення, метеоризм, брадикардію тощо)

- протизапальні препарати

- антигістамінні препарати

- дезінтоксикаційна терапія

- серцеві препарати та ін.

б) симптоматична терапія- жарознижувальні препарати, знеболювальні, снодійні, заспокійливі

Медсестринський догляд :

- забезпечити індивідуальний пост біля важкохворих

- вимірювання Рс, АТ, t° кожних 6 год.

- контролювати дотримання суворого ліжкового режиму та дієти

- при гарячці :застосування міхура з льодом до області скронь, обтирання

шкіри напівоцтовим розчином,препарати за призначенням лікаря

- при метеоризмі постановка газовідвідної трубки
- при загрозі колапсу підняти нижній кінець
- запобігати приєднанню вторинної інфекції
- профілактика пневмонії,пролежнів
- профілактика флебіту, напівспиртові компреси на область венепункції
- догляд при проносі
- при кровотечі — суворий ліжковий режим, на 12-24 години відмінюють їжу, холод на живіт, призначають кровозупинні препарати, іноді переливання цільної крові.
- виконання лікарських призначень
- знезараження виділень, поточна та заключна дезінфекція
- саносвітня бесіда з пацієнтом та його родиною по профілактиці кишкових інфекцій.

Пацієнта виписують на 20 день нормальної температури для

попередження рецидиву хвороби, при негативних посівах калу, сечі та жовчі.

Профілактика

I- Заходи у відношенні джерела інфекції (I ланки епідпроцесу)

- 1) раннє виявлення хворого, госпіталізація та лікування, виписка після контрольних бактеріологічних досліджень
- 2) нагляд за контактними особами протягом 21 дня, їх обстеження
- 3) виявлення та лікування бактеріоносіїв, (профілактичне обстеження працівників харчових, дитячих та лікувальних установ при прийомі на роботу)

II – заходи спрямовані на механізм передачі інфекції (II ланка епідпроцесу) –

- 1) загальносанітарні міри – покращення водопостачання, каналізації, боротьба з мухами-переносниками , санітарний нагляд за підприємствами харчової промисловості
- 2)поточна та заключна дезінфекція у вогнищі інфекції.
- 3) кип'ятіння домашнього молока,вживання кип яченої води з джерел водопостачання,миття рук перед приготуванням їжи,та ін.

III - заходи спрямовані на сприйнятливє до інфекції населення -

- 1) щеплення живою протичеревнотифозною вакциною осіб, за епідемічними показаннями

Харчові токсикоінфекції (ХТІ) - група гострих інфекційних хвороб, обумовлених вживанням харчових продуктів, в яких відбулося розмноження збудників і накопичення їх токсинів. ХТІ характеризуються гострим початком, поєднанням диспепсичного синдрому та інтоксикації, нетривалим перебігом. В тяжких випадках-порушенням гемодинаміки та водно-електролітного балансу

Актуальність - В умовах війни, відключення електропостачання та водопостачання, порушення умови зберігання харчових продуктів та їх приготування, можуть виникати харчові отруєння.

Етіологія. :патогенні бактерії (сальмонели, шигели, золотистий стафілокок,патогенні штами кишкової палички), умовно-патогенні бактерії (протеї, ентерококи, стафілококи, стрептококи, спорові анаероби, гемофільні вібріони ін.).

Епідеміологія: джерело інфекції –хворі та бактеріоносії -тварини і люди. (хворі з гнійнимиінфекціями (панарицій, ангіна, фурункульоз і ін.),бактеріоносії кишкової палички,стафілококку,сальмонелл іт.д, тварини, що хворіють на мастити.Збудники під час приготування їжі від людини або зінфікованим молоком потрапляють в харчові продукти , де починають продукувати та виділяти екзотоксини . Продукти - готові страви,що не підлягають вже термічній обробці (тістечка з кремом,особливо масляним,холодець,салати,особливо з майонезом,сметаною,та ін.продукти).Активному розмноженню збудників та виділенню токсинів сприяють недодержання умов їх зберігання(неналежний температурний режим),збільшення термінів зберігання готових страв .

Шлях зараження- аліментарний(харчовий). Захворювання реєструються частіше *увигляді групових* (сімейних, серед осіб, що харчуються в одній їдальні і т. п.)або спорадичних випадків.

КлінікаІнкубаційний період від 0,5 ч-5 діб Після короткочасного відчуття слабкості, дискомфортуз'являються нудота, багатократна блювота,що приносить полегшення , болі в епігастральній області ,потім-пронос 5—15 разів на добу.. В більшості випадків захворюванняшвидко закінчується одужанням. Проте можливий і важкий перебіг хвороби,коли наростають явища зневоднення. В найважчих випадках розвивається гіповолемічний або інфекційно-токсичний шок.

Діагностика . Грунтується на типових симптомах хвороби, груповому характері захворювань, вживанні в їжу одного і того ж зараженого продукту.

З метою уточнення збудника проводиться:

- 1) бактеріологічний посів калу, блювотних мас, промивних вод шлунку, залишків їжі
- 2) серологічне дослідження - реакція аглютинації (РА), реакція непрямой гемаглютинації (РНГА);
- 3) біологічні проби.

Лікування:

- 1) госпіталізація за клінічними та епідеміологічними показниками
- 2) дієта № 4 (слизові супи, чай, сухарі)
- 3) промивання шлунку 2% розчином гідрокарбонату натрію або слаборожевим розчином марганцю до чистих промивних вод (першу порцію промивних вод беруть для бактеріологічного дослідження)
- 4) постановка очисної клізми, сольові проносні засоби
- 5) ентеросорбенти (ентеросгель,смекта,активоване вугілля та ін.)
- б) регідратаційна терапія –оральна(глюкозосольовими розчинами для внутрішнього прийому ,наприклад,«Регідрон»,мінеральна вода) , або/та парентеральна-(глюкозосольовими розчинами для внутрішньовенного введення,наприклад, р-н Рінгера ,р-н Трисіль)
- б) Етіотропна терапія –антибактеріальні препарати (наприклад, ніфуроксазід), антибіотики - в тяжких випадках

7 препарати ,що нормалізують нормальну мікрофлору кишечника

8 симптоматичне лікування

Профілактика:

профілактичні обстеження на носійство збудників кишкових працівників харчових установ,

ветеринарний нагляд за худобою,

додержання умов приготування, зберігання та транспортування продуктів харчування,санітарний нагляд за харчовими підприємствами

кип`ятіння , пастерізація молока,

не вживати в їжу яйця водоплаваючих птахів

Деякі збудники харчових токсикоінфекцій мешкають у відкритих водоймищах, в ґрунті(збудник ботулізму). Потрапляючи в харчові продукти, що знаходяться в умовах, сприятливих для розвитку збудника ботулізму , (анаеробні умови) мікроби розмножуються і накопичуються в них,виділяючи екзотоксини,які також накопичуються в продукті в великій кількості(консервовані продукти,вялена,солена риба, товсті шматки м`яса шинки,ковбаси)

Лекція № 5: БОТУЛІЗМ . ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ А, В, С.

Ботулізм – харчова токсикоінфекція, яка виникає внаслідок вживання продуктів, інфікованих ботулотоксином- екзотоксином,що продукується збудником ботулізму в анаеробних умовах ,характеризується тяжким ураженням нервової системи, з порушенням нервово-м`язової передачі

Етіологія – збудник ботулізму *Clostridium botulinum*, належить до роду клостридій, це велика бактерія у вигляді палички, з заокругленими кінцями, малорухлива, абсолютний анаероб,тобто функціонує у вигляді вегетативної форми та виділяє екзотоксин тільки в безкисневому середовищі, а у зовнішньому середовищі (при наявності кисню)-утворює спори,які є неактивною формою

Розрізняють 7 типів збудника – А, В, С, D, Е, F, G. У хворих частіше виділяють А, В, Е. В умовах стерилізації автоклавуванням при температурі 120°С спори гинуть через 10–20 хв. Вегетативні форми гинуть при нагріванні до 80°С.Ботулотоксин-це екзотоксин клостридий ботуліни, є сильним нейротоксином.Не руйнуєтьсяшлунковим соком,при кип`ятінні руйнується через 5-10 хв. Великаконцентрація солі, цукру та кислоти послаблюють дію токсину.

Епідеміологія – джерело інфекції чітко не визначене, вважають, що це природний сапрофіт ґрунту.(сапронозна хвороба) Резервуаром можуть бути травійдні теплокровнітварини, з фекаліями яких збудник виділяється в ґрунт, де у вигляді спор може зберігатися роками.

ґрунт зі спорами може забруднити продукти харчування і при утворенні анаеробних умов вони проростуть у вегетативну форму, що продукує токсин.

Фактори передачі- домашні ковбаси, в`ялена,або слабосолена

непатрана риба, великі шматки в`яленого м`яса, домашні консерви з грибів, овочей, фруктів, риби та м`яса. Токсин накопичується гніздами у товщі ковбаси, балика тощо.

Сприйнятливість до ботулізму суцільна,

Клініка – інкубаційний період при ботулізмі триває від 1 год. до 10 діб.

Початок підгострий. Хвороба починається з нудоти, болю в животі, нетривалого блювання, може бути пронос. Надалі пронос змінюється запором, блювання – згасанням блювотного рефлексу. Характерною є сухість слизових оболонок та шкіри, спрага, блідість шкіри. Температура залишається нормальною, хворий скаржиться на м'язову слабкість (“ватні руки та ноги”). Потім з'являються розлади зору, ковтання, мови. Виникає **очний синдром** - хворі скаржаться погіршення зору, на двоїння (диплопія), “сітку”, “туман” перед очима. Можлива косоокість, ністагм, птоз – опущення повіка.

Бульбарний синдром пов'язаний з ураженням ядер IX, X, XII пар черепно-мозкових нервів, характеризується порушенням ковтання, мови, голосу.

Симптоми ураження об'єднуються у синдром трьох “Д”: *дизартрія*-порушення артикуляції мови (хворий не може чітко вимовити слова), *дисфонія*-порушення голосу (слабкість, гугнявість, осиплість, голосу, може розвиватись афонія), *дисфагія*- порушення ковтання (поперхування, утруднення при ковтанні, потім хворий не може

ковтати тверду їжу, рідка їжа виливається через ніс) Свідомість не порушується. М'язова слабкість прогресує, найнебезпечнішим її проявом є порушення дихання через парез діафрагми та міжреберної мускулатури: наростає задишка, раптово може виникнути зупинка дихання та смерть в наслідок паралічу діафрагми, тому пацієнта одразу госпіталізують в реанімаційне відділення найближчої лікарні.

У випадку видужування період реконвалесценції триває до 10 місяців.

Діагностика –

- 1) клініка – очний та бульбарний синдроми, м'язова слабкість
- 2) епіданамнез – вживання консервів домашнього приготування, в'яленої риби, і т.п
- 3) біологічна проба на мишах.

Лікування –

- 1) госпіталізація у реанімаційне відділення найближчої лікарні
- 2) зондове промивання шлунку 5% розчином гідрокарбонату натрію до 10 літрів
- 3) сифонна клізма кожних 30 хвилин до чистих промивних вод
- 4) введення у шлунок сорбентів (активоване вугілля)
- 5) введення протиботулінічної сироватки за *методом Безредко* (з попереднім забором крові для постановки біологічної проби на білих мишах) необхідний для визначення чутливості до чужеродного білка та упередження анафілактичного шоку. Для цього проводять внутрішньошкірну пробу, вводячи 0,1 мл. розведеної (1:100) сироватки в згинальну поверхню передпліччя. Проба вважається негативною, якщо папула або гіперемія не перевищує 0,9 см. Через 30 хв. 0,1 мл. нерозведеної сироватки вводять підшкірно, а при відсутності реакції через 30 хв. внутрішньом'язово вводять підігріту до 37°C усю призначену лікувальну дозу. У випадках позитивної реакції і прямій загрози життю хворого сироватку вводять під наркозом. Для лікування використовують полівалентну сироватку, яка містить антитіла

типів А, В, Е . Введення сироватки продовжується 2-3 дні до покращання стану хворого. На 7 день після лікування сироваткою може виникати **сироваткова хвороба** – на шкірі з`являється свербляча висипка – кропив`янка. Це прояв алергійної реакції уповільненого типу. В такому випадку призначають десенсибілізуючі препарати – дімедрол, супрастин, тавегіл. Можуть призначатись кортикостероїдні гормони.

б) для знищення вегетативних форм призначають левоміцетин, або тетрациклін

7) внутрішньовенно краплинно 5% розчин глюкози, реосорбілакт

8) серцеві засоби

9) при наростанні дихальної недостатності хворого переводять на штучну вентиляцію легень (ШВЛ).

Догляд -

- годування хворого через зонд

- вимірювання Рs, АТ, ЧД та t° кожних 6 год.

- оксигенотерапія

- при порушенні дихання негайно сповістити лікаря для вирішування питання про переведення хворого на ШВЛ

- при метеоризмі постановка газовідвідної трубки

- догляд за шкірою та слизовими оболонками

- зміна натільної та постільної білизни

- запобігати приєднанню вторинної інфекції

- профілактика пневмонії, пролежнів, профілактика флебіту,

- догляд при блюванні та проносі

- саносвітня бесіда з пацієнтом та його родиною

Профілактика -

- Державний санітарний нагляд за підприємствами харчової промисловості та дотримання санітарно-гігієнічних правил та технології приготування, транспортування та зберігання рибних та м`ясних продуктів, напівфабрикатів, консервованих продуктів, ковбас, . (консервують ретельно вимиті та очищені овочі, фрукти, гриби; в маринадах та сиропях витримуються пропорції солі, оцту та цукру, стерілізація-методом автоклавування , вялять та солять патрану та ретельно промиту рибу , м`ясо для виготовлення ковбас, шинки готують з додержанням санітарно-гігієнічних вимог, і т.д , та ін.)-
- перед вживанням підозрілих продуктів, доцільно їх прокип`ятити протягом 15 хвилин

Вірусні гепатити - захворювання печінки, що викликаються гепатотропними вірусами

Гепатотропні віруси є частою причиною гепатитів (гепатит-запалення печінки), їх первинна реплікація відбувається в клітинах печінки (гепатоцитах), в наслідок чого відбувається руйнування та загибель цих клітин, та порушуються функції печінки

За механізмом передачі виділяють:

Вірусні гепатити з фекально-оральним механізмом передачі - А (ВГА) та Е(ВГЕ); F (ВГФ)

Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі - В (ВГВ), С (ВГС),

D (BDG), G (BGG), SEN (SENV), TT (TTV)

Структура вірусів гепатитів:

ДНК –вмістні віруси: B, D, TT SEN

РНК –вмістні віруси: A, C, E.

ГОСТРИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ А (ВГА)

Вірусний гепатит А (інфекційний або епідемічний гепатит) – гостра антропонозна інфекційна хвороба, що спричиняється вірусом гепатиту А,

Етіологія –вірус гепатиту А (HAV)належить до сімейства ентеровірусів, стійкий у зовнішньому середовищі, при кімнатній температурі може зберігатись декілька місяців, витримує заморожування, чутливий до дезрозчинів, під дією текучої пари при температурі 120°C протягом 20 хв. повністю інактивується.

Епідеміологія – джерело інфекції хвора людина. Виділення вірусу починається наприкінці інкубаційного періоду, максимальне - перші три дні захворювання, завершується після 10-14 дня хвороби. Збудник міститься в калі, слині. Механізм зараження – фекально-оральний.

Шляхи передачі – 1) водний – вживання некип`яченої води; 2) харчовий – , немиті овочі та фрукти тощо; 3) контактено-побутовий через багаторазовий посуд у їдальнях, білизну, рушники.

Сприйнятливість суцільна. Частіше хворіють діти та молодь. Сезонність осінньо-зимова. Імунітет довічний. Поширюється під час війни через розбиті водогони, антисанітарію, неможливість кип`ятити воду, безпечно готувати їжу.

Клініка – виділяють жовтяничну, безжовтяничну та субклінічну форми. Інкубаційний період 15-35 днів.

Продромальний період :зникає апетит, хворі скаржаться на слабкість, важкість в підребрі справа

грипоподібний варіант–, підвищується температура до 38°C, нежить,, першіння в горлі

диспептичний варіант-нудота, блювота, пронос, відрижка , важкість в животі

артралгічний варіант-біль у суглобах

астено-вегетативний варіант-роздратованість, апатія, лабільність

артеріального тиску, пітливість, порушення сну

Період основних клінічних проявів: сеча набуває темно-коричневого кольору ,,

кал знебарвлюється та нагадує білу глину. шкіра , склери жовтішають, що свідчить про наявність **синдрому жовтяниці** . Типовим варіантом розпалу

хвороби є жовтянична форма, тому цей період називають жовтяничним, а

продромальний період-переджовтяничним. Жовтяниця протягом 2-3 днів

досягає максимуму, після чого утримується в середньому 5-7 днів. Хворий може скаржитись на свербіння шкіри. Явища інтоксикації зникають з появою

жовтяниці, покращується апетит та самопочуття. При пальпації живота

визначається збільшення печінки, помірна її болючість. Селезінка збільшується лише в 10% випадків.

З третього тижня починається *видужування*. Вірусний гепатит А має доброякісний перебіг, сприятливий прогноз, хронізації процесу не дає.

Діагностика –

1. Клініка – жовтяниця, відсутність апетиту, збільшення печінки, продромальний період
2. Епіданамнез – контакт з хворими на жовтяницю, відвідування їдальні, незадовільні санітарно-гігієнічні та побутові умови проживання, вживання некип'яченої води тощо;
3. біохімічне дослідження крові: підвищення ферментів АЛТ та АСТ, тимолової проби, білірубину;
4. В сечі хворого виявляють жовчні пігменти, в калі- стеркобілін
5. antiHAVIgM (серологічне дослідження)-ІФА. сіто-тести
- 6 ПЛР на наявність РНК вірусу гепатиту А
- 7 УЗД ОЧП

Лікування – етіотропного лікування не існує. Основою лікування є режим та дієта, додатково-патогенетична та симптоматична терапія

1. Дієта № 5, постільний режим, госпіталізація за епідемічними та клінічними показниками
2. дезінтоксикаційна терапія (р-н глюкози, Рінгера, реосорбілакт, та ін)
3. вітамінотерапія (вітаміни гр. В, віт. С)
4. ентеросорбенти
5. ферменти
6. при видужуванні жовчогінні препарати

Заходи профілактики: –

I ланка епіпроцесу-джерело інфекції:

-раннє виявлення хворих, ізоляція їх, лікування, диспансерний нагляд за реконвалесцентами, нагляд за контактними, їх обстеження

II ланка епіпроцесу-механізм передачі- додержання санітарно-гігієнічних умов на харчових підприємствах, держсаннагляд за водопостачанням, знезараженням стоків, саносвітня робота, кип'ячена вода або бутилірована для вжитку, миття рук,

III ланка епіпроцесу-сприятливий організм

- імунопрофілактика: вакцинація молоді по епідемічним показникам

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В (ВГВ)

ВГВ – антропонозне вірусне захворювання із ураженням печінки, схильністю до хронічного перебігу.

Етіологія – вірус гепатиту В (HBV) належить до сімейства гепаднавірус. Має складну антигенну будову. Три основні антигени:

HBsAg – поверхневий антиген (австралійський) входить до складу оболонки вірусу і виявляється в периферійній крові,

HBcAg- антиген серцевинний, міститься в гепатоцитах і в периферійній крові не виявляється,

HBe Ag антиген інфекційності, який виявляється в крові

Вірус дуже стійкий у зовнішньому середовищі та до дії високої температури, деззасобів, УФО, висушування. У замороженому стані зберігається десятиріччями, у препаратах крові - роками. Інактивується при кип'ятінні протягом 45 - 60 хвилин, та під дією високих концентрацій перекису водню, хлораміну, формаліну. Надмала інфікуюча доза вірусу здатна призвести до захворювання.

Епідеміологія - джерело інфекції хворі люди. Заразними є кров, , сперма, у меншому ступені слина, піт, сеча.

Механізм зараження-контактний, що реалізується статевим шляхом передачі, парентеральним(при інвазивних процедурах та маніпуляціях нестерильним інструментарієм(в т.ч при татуюваннях ,пірсінгі,манікюрі і т.п),при переливанні крові,трансплантації органів),вертикальним(від матері до дитини внутрішньоутробно трансплацентарно)

Клініка: розрізняють гострий та хронічний перебіг

Гострий ВГВ:

- інкубаційний період - від 35 до 180 днів.

Початковий(продромальний період - поступовий, варіанти:

✓диспептичний

✓артралгічний

✓астеновегетативний

✓катаральний, або грипоподібний.

Жовтяничний період - наростають прояви інтоксикації та жовтяниця: сеча набуває кольору міцного чаю, кал - білої глини, шкіра та слизові-іктеричні, Апетит відсутній, турбує нудота, може бути блювання. При інтенсивній жовтяниці виникає свербіж шкіри. Печінка збільшена, чутлива при пальпації, селезінка також збільшена. Можливий важкий перебіг та ускладнення з розвитком гострої печінкової недостатності(ГПН) : посилюється нудота та блювання, виникає солодкуватий запах з рота, наростає слабкість, апатія, сонливість(особливо вдень, проти безсоння вночі), розміри печінки зменшуються, можуть виникати носові та інші кровотечі, геморагічна висипка. Може розвинути печінкова кома: АТ падає, тахікардія, пульс наткоподібний, слабкий, свідомість відсутня, «печінковий» запах

Період реконвалесценції- поступово зникають диспептичні явища, інтоксикація, жовтяниця, але досить тово зберігається астено-вегетативний синдром. Після виписки диспансерний нагляд до 1 року, контроль за позбавленням від вірусу, адже в 25% випадків хвороба може перейти у хронічну форму, якщо не відбулася елімінація вірусу на протязі року після видужання. Гострий вірусний гепатит може протікати в безжовтяничній формі (майже безсимптомній), яка може бути не діагностована. Вона так само може закінчитися видужанням та елімінацією збудника і формуванням імунітету, або перейти в хронічну форму

Хронічний вірусний гепатит В— є однією з причин цирозу печінки та раку печінки(гепатоцелюлярної карциноми)

Перебіг може бути *латентним(неактивним)*(без клінічних проявів ,або з мінімальними змінами, реплікація вірусу відсутня або наявна) або *активним* (з клінічно ,або лише біохімічно вираженими загостреннями та наявною реплікацією вірусу) . В разі клінічного загострення клініка нагадує гострий гепатит. Частіше за все хронічна форма протікає безсимптомно, або з наявністю маловиражених загальних симптомів

Діагностика -

1. Клініка – продромальний період, слабкість, артралгії, відсутність апетиту,

нудота, збільшення печінки та селезінки

2. Епіданамнез – переливання донорської крові, операції та парентеральні втручання, група ризику, контакт з хворим

3 біохімічне дослідження крові :підвищення ферментів АЛТ та АСТ, тимолової проби,білірубину;

4. Аналіз сечі на жовчні пігменти та калу на стеркобілін

5. серологічне дослідження(ІФА) або експрес-діагностика сіто -тест на наявність HBs Ag та anti-HBc or IgM/IgG ,серологічні тести на наявність інших серологічних маркерів

6 ПЛР на наявність ДНК HBV(свідчить про реплікацію вірусу)

7 УЗД,КТ ОЧП

Лікування гострого гепатиту В:

1. госпіталізація, фізичний та психічний спокій

2. Дієта № 5, велика кількість рідини

3. постільний режим

4. дезінтоксикаційна терапія

5. лікування геморагічного синдрому,глюкокортикостероїди у випадку тяжкого перебігу , печінкової недостатності,перевод в реанімаційне відділення при ГПН,комі

6. вітаміни В.С

7. ентеросорбенти

8. метоклопрамід при нудоті,блюванні

9. ферменти

10. при видужуванні жовчогінні препарати, гепатопротектори

Лікування хронічного гепатиту:

1 диспансерний нагляд з періодичними обстеженнями, гепатопротектори,ферменти за необхідністю

2 в період загострення амбулаторне або стаціонарне лікування (см.вище)

3 при наявності реплікації вірусу-противірусне лікування:противірусніпрепарати

(тенофовір,рібавірін),імуномодулятори,індуктори ендogenousного інтерферону,іноді-препарати інтерферону

4 санаторно-курортне лікування

Сестринська оцінка загального стану хворого при вірусних гепатитах :

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, адекватність, стан свідомості, порушення сну.

2. Стан гемодинаміки – артеріальний тиск, пульс.

3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання.

4. Колір шкіри та склер, висипи на шкірі, крововиливи у шкіру та склери.

5. Колір сечі та фекалій, добовий діурез.

6. Диспептичні явища – відраза від їжі, нудота, блювання, пронос,

7. Наявність солодкуватого печінкового запаху з рота.

Заходи профілактики:–

І ланка епідпроцесу-джерело інфекції:

-раннє виявлення хворих: профілактичне обстеження донорів,осіб з групи ризику(реципієнтів крові,хворих ,що отримують часті інвазивні

процедури, ,рятівники, поліцейські, медпрацівники,)профілактичне обстеження

вагітних, контактних осіб (статевий партнер) Обстеження хворих за клінічними показниками (жовтяниця, гострий або хронічний гепатит, цироз печінки та ін.) - лікування, диспансерний нагляд за реконвалесцентами

II ланка епідрозесу-механізм передачі- використання одноразового інструментарію де це можливо , додержання режимів дезінфекції та стерилізації(не лише в лікувальних закладах, а і в манікюрних кабінетах, тату-салонах, перукарнях, косметологічних кабінетах та ін) та державний санітарний нагляд за сан-епідрезимом та протиінфекційними заходами в . Застосування ЗІЗ(гумові рукавички, захисні маски, екрани, окуляри при роботі з біологічними рідинами), захищені статеві відносини, додержання санітарно-гігієнічних норм в побуті(індивідуальна бритва, зубна щітка, манікюрні ножиці) саносвітня робота з молодю, щодо профілактики наркоманії, безпечних статевих відносин

III ланка епідрозесу-сприятливий організм

- імунопрофілактика: планова вакцінація від гепатита В(вакцінують дітей за календарем щеплень , та дорослих з групи ризику)
екстрена імунопрофілактика (вакціною по прискореній схемі або /та введення специфічного імуноглобуліна)

Вірусний гепатит С (ВГС)

Етіологія. Вірус гепатиту С (HCV) - дрібний РНК-містить вірус, що відноситься до сімейства флавівірусів. Має складну будову. Стійкий до специфічних чинників імунітету , внаслідок високого рівня мутацій, що визначає присутність в організмі безлічі антигенних варіантів вірусу, що постійно змінюються. Виділяють 6 основних генотипів ВГС і більше 100 його субтипів. Встановлені істотні географічні відмінності їх поширеності. В Україні частіше за все виявляються генотипи: 1 (а і Б), 2а і 3а

Епідеміологія. Така сама, як при ВГВ. Але парентеральний шлях превалує над статевим

Клініка. Інкубаційний період від 2 тижнів до 6 місяців

В перебігу ГС виділяють гостру і хронічну форму хвороби. Остання включає дві фази: латентну і активну.

Для *продромального періоду* характерні диспепсичний синдром (зниження апетиту, нудота), досить часто слабкість, нездужання.

В періоді розпалу жовтяниця часто відсутня, а якщо і розвивається, то вона помірно виражена, інтоксикація незначна. Гострий ВГС має легкий, дуже рідко середньотяжкий перебіг. Але частіше всього (80% випадків) гострий ВГС протікає в безсимптомній формі. Тому своєчасна діагностика її значно утруднена. Будь-яка форма гострого ВГС може закінчитися одужанням із стабільним зникненням вірусу з організму, проте у більшості хворих (в 75-80%) розвивається хронічна форма. Хронічна форма вірусного гепатиту С має такі ж особливості, як і хронічна форма вірусного гепатиту В (може бути латентна, або активна) Частіш за все хронічний гепатит С має безсимптомний перебіг на протязі довгого періоду часу, як наслідок, вчасна діагностика його утруднена, тому так само як і ВГВ, вірусний гепатит С має значення у формуванні цирозу печінки і виникненні гепатоцелюлярної карциноми.

Діагностика

- 1) епіданамнез –(так само як при ВГВ)
- 2) біохімічний аналіз крові – підвищення показників ферментів АЛТ та АСТ, білірубину, тимолової проби;
- 3) серологічне дослідження та експрес діагностика: виявлення специфічних антитіл: анти-НСV IgM, IgG
- 4) визначення РНК вірусу НСV методом ПЛР.(визначення реплікації вірусу)
- 5) УЗД,КТ ОЧП

Частіш за все ВГС діагностується в хронічній формі ,враховуючи в більшості випадків безсимптомний перебіг гострої форми

Лікування. *Гострий гепатит С* (в разі його клінічної маніфестації) лікується так само, як інші гострі вірусні гепатити(см.вище)

Хронічний гепатит С: при реплікації вірусу призначають препарати прямої противірусної дії на вірус гепатиту С(софосбувір, велпатасвір, даклатасвір та ін), інші противірусні препарати (рібавірін) Противірусна терапія має високу ефективність(95-97%) .При відсутності реплікації-спостереження, з періодичними обстеженнями на наявність реплікації і подальшим лікуванням

Профілактика. Заходи у відношенні I та II ланок епіпроцесу-см.ВГВ
Вакцини проти ГС та специфічної профілактики немає

Лекція № 6 Повітряно-краплинні інфекції.(ГРВІ.Менінгококова інфекція) Віл-інфекція

ГРВІ-група інфекційних захворювань, зі схожими симптомами катарального запалення верхніх дихальних шляхів, що викликані респіраторними вірусами

Етіологія : респіраторні віруси-ті, що тропні до епітелію верхніх дихальних шляхів. Найчастіше грві викликають: ріновірус, різні типи коронавірусів, РС-вірус, аденовірус, вірус грипу, вірус парагрипу та ін.

Джерело інфекції-хворі люди, Механізм передачі-повітряно-краплинний, первинна реплікація вірусів-слизова оболонка верхніх дихальних шляхів.

Клінічна картина різних грві схожа, провідний синдром-*катаральне запалення верхніх дихальних шляхів*(з симптомами нежитю, кашлю, болю в горлі, чхання, першіння, об'єктивно-гіперемія слизової оболонки зеву,) та *інтоксикаційний*(підвищення температури тіла, ломота в тілі, головний біль, загальна слабкість, іт.д) Деякі хвороби мають певні відмінності, наприклад:

- Парагрип- розвивається ларінгіт, з осиплістю голоса, гавкаючим кашлем, у дітей до 3 років може спричинити гострий стенозуючий ларінготрахеїт(несправжній круп), який потребує невідкладної допомоги
-Аденовірусна інфекція –окрім притаманних загальних симптомів грві, розвивається

трахеїт, гепатоспленомегалія, кон'юнктивіт, лімфаденопатія, тонзиліт
-грип-превалюють симптоми інтоксикації Початок гострий з високої температури та синдрому інтоксикації Катаральні явища приєднуються пізніше, іноді можуть бути відсутні. Уражається трахея, бронхі, може бути пневмонія. Деякі підтипи вірусу викликають тяжкі форми захворювання

-коронавіруси-можуть викликати тяжкий респіраторний синдром з дихальною недостатністю та тяжким перебігом внаслідок ураження легень

Діагностика

1 клініка-типова, наявність катарального синдрому

2 епіданамнез-контакт з хворим, епідемічний сезон

3 специфічні лабораторні дослідження:

-реакція імунофлюоресценції для діагностики грипу з мазків носоглоточного слизу

-Сіто-тести на наявність антигенів вірусів(грип, коронавірус)в мазках з носу, зеву

-серологічні реакції на наявність специфічних антитіл до вірусів(коронавірус), в т.ч і сіто-тести

-ПЛР мазків з носоглотки на наявність вірусів

- Вірусологічні дослідження –з науково-дослідною метою

Лікування

1 Постільний режим для попередження ускладнень

2 Обільне пиття

3 полоскання горла розчинами антисептиків, розчином соди, промивання носу, лужні інгаляції та інгаляції протівірусних препаратів, відхаркувальних препаратів

4 етіотропна терапія-протівірусні препарати

- протівірусні препарати вузької дії: при грипі-озельтамівір, ремантадин при ковід-19-фавіпіравір, ремдесевір

- протівірусні препарати широкого спектру дії – арбівір, гропрінозін, амізон, препарати інтерферону та ін.

- імуномодулюючі препарати та індуктори ендogenousного інтерферону- аміксін, імунсіл, мефенамінова кислота, та ін.

5 патогенетична терапія-

дезінтоксикаційна, ,оксигенотерапія, бронхолітики, муколітики, протизапальні препарати та ін.

6 симптоматична терапія(жарознижувальна при високій температурі ,знеболюючі при головному болю і т.п)

Профілактика

Неспецифічна профілактика грипу та ГРВІ –

в період епідемії необхідно:

- уникати контакту з особами, що мають прояви респіраторної інфекції;

- обмежити відвідування місць великого скупчення людей;

- часто провітрювати приміщення;

- часто мити руки з милом, прагнути не торкатися очей, носа або рота немитими руками;

- уникати обіймів , поцілунків і рукостискань;

- прикривати рот і ніс при чханні або кашлі одноразовою носовою серветкою;

- якщо у людини є симптоми респіраторної інфекції, то необхідно триматися на відстані від неї не менше двох метрів

-використовувати ЗІЗ(захисна маска, екрани, рукавички-медпрацівникам)

-профілактичні дози протівірусних препаратів

-вживання вітамінів, лук, часник в їжу

В передепідемічний період

-здоровий засіб життя, загартовування, вакцинація (від грипу, ковід-19)

Менінгококова інфекція – гостра інфекційна хвороба, яка спричиняється менінгококом, передається повітряно-краплинним шляхом, характеризується назофарингітом, менінгококемією, менінгококовим (гнійним) менінгітом, які перебігають окремо, послідовно або одночасно; інфікування часто приводить до бактеріоносійництва.

Етіологія – збудник менінгокок, належить до роду нейсерій. Це грамнегативний диплокок, в мазку нагадує кавові зерна, розміщується попарно. Основний фактор агресії збудника – ендотоксин. Ендотоксин менінгокока в 5-10 разів сильніше за ендотоксину кишкових бактерій. Малостійкий у зовнішньому середовищі, при кімнатній температурі гине через 2 години, при нагріванні та охолодженні гине через кілька хвилин, тому матеріал до лабораторії доставляють при температурі 37С.

Дезрозчини високоефективні.

Епідеміологія – джерелом інфекції є хворі люди або бактеріоносії. Механізм передачі – повітряно-краплинний. Частіше хворіють діти. Через низьку стійкість збудника в навколишньому середовищі, зараження відбувається при тісному та довгому контакті в багатодітних родин та дитсадках.

Клініка – інкубаційний період частіше 5-7 днів (1-10).

Класифікація

1. Локалізовані форми

а) менінгококоносійництво

б) назофарингіт.

2. Генералізована форма

а) менінгококцемія – менінгококовий сепсис

б) менінгіт – запалення м'якої мозкової оболонки

в) менінгоенцефаліт - запалення м'якої мозкової оболонки та речовини мозку

Гострий назофарингіт може бути самостійною клінічною формою менінгококової інфекції або продромальною стадією генералізованої форми.

Захворювання починається гостро, хворі скаржаться на кашель, першіння, біль в горлі, закладення носа, нежить із слизисто-гнійним виділеннями, шкіра під носом подразнена, може бути герпетичний висип на губах та крилах носа.. Ця форма нагадує звичайні ГРВІ, перебігає у більшості випадків легко, і нерідко хворі виявляються лише при активному обстеженні контактних осіб, яким роблять бактеріологічне дослідження мазку з носоглотки. У 30 – 50 % він передуює генералізованій формі.

Менінгококцемія (менінгококовий сепсис) – початок бурхливий, Т – 39-41С Одночасно являється головний біль, слабкість, біль у м'язах та тілі, блідість шкіри, тахікардія, зниження АТ. Через 5-15 годин на шкірі з'являється зірчастий петехіальний висип червоного чи фіолетового кольору, висип зливається між собою, він щільний на дотик, частіше локалізується гомілках, на сідницях, задній поверхні стегон, характерні підсипання, знизу до гори,

Шкірний висип – це метастатичні вогнища інфекції. Другим вогнищем інфекції є суглоби – характерний *артрит* з болями у суглобах. Третім метастатичним вогнищем є *іридоцикліт* – запалення рогівки ока. Стан пацієнта дуже важкий, свідомість сплутана.

Блискавична менингококцемія відразу носить вигляд інфекційно-токсичного шоку. Без негайного лікування смерть може настати через 6-48 годин від початку хвороби.

Менингококовий менингіт – може розвинути за назофарингітом. Іноді перші прояви раптові, серед повного здоров'я. Характерна триада початкових синдромів – гарячка, головний біль, нудота та блювання. Т – 40-41С, головний біль без певної локалізації, розпираючий, блювання та нудота не пов'язані з їжею та не приносить полегшення. Може бути блювання без нудоти. Часто спостерігається гіперестезія шкіри (підвищена больова чутливість), гіперакустика (посилення головного болю при гучних звуках), фотофобія (світлобоязнь). Об'єктивно – ригідність (напруження та болючість) м'язів потилиці, У немовлят спостерігається тим'ячкова триада – випинання, напруженість тим'ячка, відсутність пульсації, характерна поза “лягавого собаки” – дитина лежить набоку з зігнутими кінцівками та закинutoю назад головою. Можуть бути розлади свідомості.

Ускладненнями являються набряк мозку та інфекційно-токсичний шок (ІТШ).

При набряку мозку посилюється головний біль, блювання фонтаном, пелена перед очима, багровий колір обличчя, звужені зіниці, порушення дихання. Необхідно про всі зміни негайно повідомити лікаря.

При розвитку ІТШ виникає тяжкий загальний стан, болі у м'язах, може бути висип, збудження, яке змінюється загальмованістю, Т та АТ знижуються, надалі свідомість втрачається, погіршується гемодинаміка та дихання, можливі судоми.

Діагностика –

- 1) Клініка, епіданамнез;
- 2) Бактеріологічне дослідження слизу носоглотки, ліквору, крові;
- 3) бактеріоскопія слизу носоглотки, осаду ліквору, крові;
- 4) серологічні реакції – РНГА, виявляють антитіла до менингококу;
- 5) клінічне дослідження ліквору (забір ліквору при люмбальній пункції)

Лікування –

- 1) Госпіталізація в інфекційний стаціонар;
- 2) Етіотропна терапія – антибіотики
- 3) Протизапальні препарати, анальгетики
- 4) дезінтоксикаційна терапія
- 5) дегідратаційна терапія (лазикс, манітол, спіронолактон)
- 6) гормонотерапія
- 7) симптоматична терапія.
- 8) люмбальна пункція (також з лікувальною метою)

Догляд -

- надати пацієнту зручного положення у ліжку, затемнити вікна, забезпечити тишу, підняти бильця для безпеки ліжкового режиму
- вимірювати АТ, ЧД, Рs, t° кожних 6 годин, добовий діурез, результати заносити в листок сестринського спостереження

- при гарячці –фізичні методи охолодження
- догляд при блюванні
- догляд за слизовими оболонками ротової порожнини та носа - полоскання зів та очищення носових ходів
- асистування лікарю при проведенні спино-мозкової(люмбальної)пункції та догляд після її проведення ї – надати положення на животі без подушки на 2 години
- зміна натільної та постільної білизни
- профілактика ускладнень
- поточна та заключна дезінфекція
- освітня бесіда з пацієнтом по режиму та харчуванню.

Профілактика - раннє виявлення ізоляція хворих, лікування ,обстеження контактних, санація виявлених менінгококоносіїв ,санітарно-просвітня робота щодо особистої гігієни.Поточна та заключна дезінфекція,захисні маски, Вакцинація протименінгококової інфекції рекомендована дітям до 10 років,або по епідемічним показникам.

ВІЛ-інфекція - вірусне захворювання, що відноситься до повільних інфекцій, при якому виникає набутий імунodefіцит,при відсутності лікування завершуєтьсялетально.

Етіологія –збудник-вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) ,це ретровірус, існує ВІЛ-1, ВІЛ-2 . Це РНК-вмісний вірус, який для своєї реплікації використовує ДНК Т-лімфоцитів-хелперів людини (CD-4 клітини). Характерною особливістю ВІЛ-інфекції євірусемія, зниження кількості Т-лімфоцитів CD4 клітин у периферичній крові та, як наслідок,недостатність імунної відповіді організма.. У зовнішньому середовищі вірус швидко гине, при кип`ятінні та під дією дезрозчинів - миттєво. Але в препаратах крові, в замороженому стані може зберігатись роками.

Епідеміологія - джерело інфекції - хвора людина

Шляхи передачі ВІЛ. Існує три основні шляхи передачі ВІЛ:

- статевий;
- парентеральний: при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні контамінованого ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін'єкційному споживанні наркотиків, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора;
- перинатальний: від інфікованої матері до дитини під час вагітності та пологів (вертикальний), а також під час грудного вигодування від інфікованої матері до дитини (горизонтальний).

Клініка - інкубаційний період від кількох тижнів до 1року,іноді-до 5 і більше років.Розрізняють :

Період гострих проявів інфікування (гострий ретровірусний синдром)- виникає через 2-3 тижні після інфікуванняу 30-90 % пацієнтів. Нагадує ГРВІ або мононуклеоз: виникає субфебрилітет, слабкість,головний біль, пітливість, ломота у тілі, збільшуються регіонарні лімфовузли(найближчі до місця вхідних воріт збудника), виникають катаральні явища –нежить, дряпання у горлі, герпетичний висип на губах або статевих органах.Тривалість стадії від кількох

днів до кількох тижнів. У деяких пацієнтів гострий період протікає безсимптомно

В залежності від рівня CD4 –лімфоцитів та вираженості імунодефіциту далі розрізняють такі клінічні стадії:

I клінічна стадія

1. Безсимптомна(може тривати від 1 року до 15 років)
2. Персистуюча генералізована лімфаденопатія(збільшуються різні групи лімфовузлів - задньошийні, передньошийні, надключичні, ліктьові, пахові, внутрішньочеревні та ін.) –вони не болючі, рухливі,

II клінічна стадія

Мінімальні ураження шкіри та слизових (себорейний дерматит, грибкові ураження нігтів, рецидивуючі виразки слизової оболонки ротової порожнини, ангулярний хейліт) Оперізуючий герпес Рецидивуючі інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт – 2 або більше епізодів протягом 6 місяців)

III клінічна стадія

Втрата ваги більше 10 % від початкової
Немотивована хронічна діарея, яка триває більше 1 місяця
Немотивоване підвищення температури тіла, яке триває більше 1 місяця (постійно або періодично)
Кандидоз ротової порожнини (молочниця)
Волосата лейкоплакія слизової порожнини рота
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, піоміозит, остеомієліт, менінгіт, гнійний артрит та ін.)

IV клінічна стадія

безпосередньо СНІД характеризується вираженим імунодефіцитом, коли кількість Т-хелперів(CD4) в сироватці крові менше 200 клітин в мкл, в термінальну стадію - близько 50 клітин в мкл. Пригнічення імунної системи призводить до генералізованих вірусних, грибкових або бактеріальних інфекцій та злоякісного росту (серед пухлин найбільш типовими, крім саркоми Капоші, вважаються лімфоми), мають місце різноманітні ураження центральної нервової системи. Крім цього, будь-які патогенні мікроорганізми викликають надзвичайно важкі клінічні стани. Цей період характеризується появою захворювань, які характерні для осіб з виразним імунодефіцитом - опортуністичними інфекціями, виникненням злоякісних пухлин Серед СНІД-індикаторних захворювань найчастіше зустрічаються пневмоцистна пневмонія, цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз, саркома Капоші, герпетична інфекція, токсоплазмоз, криптоспоридіоз, гістаплазмоз, криптококкоз, десімінований кандидоз, та ін. Має місце Віл-асоційована енцефалопатія, віл-асоційована деменція внаслідок енцефаліту, кахексія.

Специфічна лабораторна діагностика -

1 серологічна діагностика: ІФА та експрес-діагностика(Сіто-тест) на наявність антитіл до віл. Стає інформативною з третього місяця від моменту зараження, коли рівень антитіл достатньо зростає. Період 3 місяців називається «німе вікно». Серологічна діагностика використовується для первинної діагностики віл-інфекції.

2 ПЛР –діагностика використовується для визначення рівня вірусної навантаження, визначає наявність та кількість рНК вірусу в крові. Використовується в процесі лікування та спостереження

3 Визначення кількості СД4 (основних клітин імунітету, що уражаються) зниження кількості цих клітин корелює з вираженістю імунодефіциту та клінічною стадією захворювання

Лікування

1 Специфічні протівірусні препарати, що блокують можливість розмноження вірусу в організмі-антитретровірусні препарати. Призначаються декілька препаратів, пожиттєво. Приводять до припинення реплікації вірусу та відсутності його в біологічних рідинах організму. Порушення імунної системи та прогресування захворювання не відбувається. При отриманні АРТ-терапії захворювання перестає бути летальним, рівень імунітету згодом поновлюється.

2 .Лікування опортуністичних інфекцій, що виникли.

Профілактика

I ланка епіпроцесу (джерело інфекції)

-Раннє виявлення хворих (обстеження пацієнтів з хворобами –маркерами віл, віл-асоційованими хворобами (ВГС, ВГВ, венеричні хвороби), , обстеження статевих партнерів, обстеження групи ризику, обстеження донорів, обстеження вагітних) та антитретровірусне лікування, спрямоване на припинення реплікації вірусу

II ланка (механізм передачі)-см. вірусні гепатити В, С

III ланка-(сприйнятливий організм)- екстрена постконтактна профілактика в разі ризику зараження , в т.ч при виконанні професійних обов'язків (медпрацівники, наприклад) Вакцини нема

Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики (ПКП) ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків (наказ МОЗ № 955 від 05.11.2013 р)

Порядок надання першої допомоги:

1. Перша допомога організовується і проводиться негайно після випадку контакту з джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків.
2. Перша допомога включає обробку місця контакту:
 - а) при пораненні голкою або іншим гострим інструментом, забрудненим кров'ю або біологічними матеріалами людини: місце контакту промивається водою з милом; поранена поверхня знаходиться під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться. При відсутності проточної води пошкожене місце обробляється дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук. При цьому не допускається стиснення або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню;
 - б) при попаданні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на неушкоджену шкіру місце контакту промивається водою з милом;
 - в) при попаданні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин в очі: очей промивається водою або фізіологічним розчином. При цьому не допускається: промивання очей милом або дезінфікуючі розчином; зняття контактних лінз під час промивання очей. Після промивання очей контактні

лінзи знімаються і обробляються, після чого вони вважаються безпечними для подальшого використання;

г) при попаданні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на слизову оболонку ротової порожнини: рідина, що потрапила в ротову порожнину, випльовує, ротова порожнина кілька разів промивається водою або фізіологічним розчином; для промивання порожнини рота не допускається використання мила або дезінфікуючих розчинів.

При необхідності призначається профілактичний прийом антиретровірусних препаратів