


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
На методичній нараді кафедри  
терапевтичної стоматології ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова  
Завідувач кафедри професор ЗВО  
 Марія ІШНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА  
«28» серпня 2023р.  
Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 39	Прояви вірусних інфекцій на СОПР. ВІЛ-інфекція. Тактика лікаря-стоматолога.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

**Тема 39.** Прояви вірусних інфекцій на СОПР. ВІЛ-інфекція. Тактика лікаря-стоматолога.

**Завдання на формування вхідного рівня знань:**

1. Елементи ураження СОПР.
2. Схема обстеження хворого із захворюваннями СОПР.
3. Систематика захворювань СОПР.

Питання	Рівень	Еталони відповідей
Які елементи ураження відносяться до первинних?	I	1) Пляма, еритема, розеола, геморрагії, петехії, екхімози, телеангіектазії, папула, вузол, бугорок, пухир, пухирець, міхур, гнійник, кіста.
Які елементи ураження відносяться до вторинних?	I	2) Луска, ерозія, афта, виразка, тріщина, кірка, рубець, ліхенізація, вегетація
Схема обстеження хворого із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (СОПР)	I	1) З'ясування скарг хворого, навідні питання, опитування. 2) Збір анамнезу (захворювання, життя). 3) Об'єктивне обстеження: а) огляд; б) пальпація, зондування пугувчатим зондом.

**Питання, які підлягають вивченню на практичному занятті:**

1. Вірусні захворювання і їх симптоматичні прояви на СОПР.
2. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диф. діагностика, лікування вірусних захворювань на СОПР.
3. Патогенез вірусних захворювань на СОПР.
4. Клініка вірусних захворювань на СОПР.
5. Діагностика вірусних захворювань на СОПР.
6. Лікування вірусних захворювань на СОПР.

**Література:**

*Основна:*

1. Лекції кафедри терапевтичної стоматології.
2. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
3. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
4. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

*Додаткова:*

1. Морозова С. И. Заболевания слизистой оболочки рта / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. – Москва: МИА, 2012. – 268 с.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г. М. Барер, Е. А. Волков, В. В. Гемонов. – Москва: ГЕОТАР-медиа, 2006. – 286 с.
3. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 201 с.

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:**  
**«Діагностика грипу, простого оперізуючого лишаю».**

<i>Етапи діагностики</i>	<i>Засоби і умови обстеження</i>	<i>Критерії самоконтролю</i>
<i>Обернути уваги на вік хворого.</i>	Історія хвороби. При опитуванні хворого уважно вислухати скарги, ставити питання	Простий лишай, грип виникають в будь-якому віці; оперізуючий лишай - в середньому і похилому віці.
<i>Опитування хворого</i>	Немає скарг.	При легкому перебігу всіх вірусних захворювань.
<i>Скарги, які передували появі елементів ураження</i>	Свербіння, поколювання, печіння. Односторонні болі невралгічного характеру.  Загальна слабкість, нездужання, підвищення температури, головний біль, озноб.  Носові кровотечі.	Простий лишай, грип, оперізуючий лишай.  При всіх захворюваннях залежно від тяжкості перебігу.  Грип.
<i>При виникненні захворювання</i>	Біль, який посилюється при прийомі їжі. Пекучий біль. Поява дрібних пухирців, ерозій, петехій (крововиливів), виразкування слизової оболонки.	При всіх вірусних захворюваннях, коли пухирці лопаються, утворюються ерозії. При оперізуючому лишаї, при всіх вірусних захворюваннях, грипі, а також ускладненнях простого і оперізуючого лишаю.
<i>Зберіть анамнез</i>		
<i>Анамнез захворювання</i>	Перенесене на застуда	Простий лишай.
<i>Перебіг захворювання</i>	пневмонія.  Опитування	Гострий перебіг всіх форм захворювання, простий лишай може мати хронічний перебіг при зниженні імунітету. Перебіг оперізуючого лишаю може бути тривалим (більше 3 тижнів)
<i>Проведіть об'єктивне обстеження хворого</i>		
<i>Огляньте хворого, визначте наявність елементів ураження, їх характер і локалізацію на СОПР і шкірі.</i>	Еритема, пухирці з серозним вмістом	На шкірі, СОПР при всіх вірусних захворюваннях, при простому лишаї ураження розташовуються на червоній облямівці, шкірі і слизовій губ, іноді сполучаються з ураженнями шкіри в навколоносовій ділянці.
	З серозним або геморагічним вмістом	При оперізуючому лишаї по ходу гілок трійчастого нерва, завжди односторонні, а при грипі – на ділянках, що оточують зів (м'яке піднебіння, піднебінні дужки, язичок, і т.д.)

	Ерозії	При всіх вірусних захворюваннях - дрібні розміром - від головки булавки до чечевиці, мають поліморфні контури за рахунок злиття груп пухирців, болісні при оперізуючому лишаї, яскраво-червоного кольору з поліморфними контурами - при простому лишаї, грипі.
	Афти	При грипі.
	Наліт	Жовтуватого кольору, важко знімається - при оперізуючому лишаї; фіброзний білувато-жовтого кольору - при простому лишаї.
	Петехії	На слизовій оболонці м'якого піднебіння: при грипі.
	Просовидні висипи у вигляді мілких зерен червоного кольору на м'якому піднебінні	При грипі.
	Виразки	При грипі й ускладненні простого та оперізуючого лишаю.
	Десквамація слизової оболонки	При грипі
	Збільшення лімфатичних вузлів	Грип, оперізуючий лишай
<i>Для уточнення діагнозу проведіть додаткові методи обстеження:</i>		
<i>Загальний аналіз крові</i>	Невеликий лейкоцитоз за рахунок нейтрофільних полінуклеарів, підвищення ШОЕ.	Характерний для простого, оперізуючого лишаю, грипу.
<i>Цитологічне дослідження.</i>	Гігантські багатоядерні клітки	Характерний для простого, оперізуючого лишаю, грипу.
<i>Проведіть диференціальну діагностику. Оберіть захворювання, які мають подібні ознаки</i>		
<i>Оперізуючий лишай</i>	Особи середнього і літнього віку, однобічність ураження, різко виражений больовий синдром перед і у момент висипань, локалізація елементів строго в зоні іннервації ураженого нерву.	Ознаки, не характерні для простого лишаю.

<i>Вульгарна пухирчатка</i>	Страждають особи літнього віку. Перебіг захворювання хронічний. Пухирі частіше з'являються в задніх відділах порожнини рота. Ерозії яскраво-червоного кольору, кровоточать, з чіткими рівними краями, СО навколо них не змінена, матового кольору.	Ознаки, не характерні для простого лишая.
<i>Медикаментозні ураження слизової оболонки</i>	Виникають в результаті прийому лікарського препарату, після припинення прийому процес швидко розрішається. Немає фіксованої локалізації елементів ураження. Елементи ураження з'являються на гіперимованому тлі. У мазках-відбитках може спостерігатись велика кількість еозинофілів.	Ознаки, не характерні для простого лишая.

### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «Діагностика ящура і інфекційного мононуклеозу»

<i>Етапи</i>	<i>Засоби і умови</i>	<i>Критерії самоконтролю</i>
<i>Зверніть увагу на вік хворого</i>	Історія захворювання. Вислуховання скарг. Задаються навідні питання.	Ящур і інфекційний мононуклеоз розвиваються в будь-якому віці, рідше в похилому.
<i>Опитування</i>		
<i>Скарги, які передують появі елементів ураження.</i>	Гострий початок з підвищенням температури тіла. Загальна слабкість, нездужання, головний біль, озноб.  Збільшення лімфовузлів, гепато-, спленомегалія.  Відчуття печіння в роті і надмірне слиновиділення.	При всіх захворюваннях залежно від ступеня.  Інфекційний мононуклеоз.  Ящур.
<i>Скарги при виникненні захворювання.</i>	Біль, що посилюється при прийомі їжі.	При всіх вірусних захворюваннях, коли руйнуються пухирці й утворюються ерозії.
<i>Зберіть анамнез</i>	Опитування	

Анамнез захворювання	Перенесена застуда, пневмонія, шлунково-кишкові розлади, гарячкові стани.	Інфекційний моновулеоз.
Перебіг захворювання	Опитування	Захворювання починаються гостро, при ящурі - підвищення температури до 38,5-39° С і озноб, при інф. моновулеозі - 39,5-41° С і температура може бути від 3-4 до 21 дня.
4. Об'єктивне обстеження. Огляньте хворого визначте наявність елементів ураження, їх характер і локалізацію на СОПР і шкірі.	Набір для огляду. Гіперемія зіву з ціанотичним відтінком. Можлива гіперплазія мигдаликів.  Петехії з'являються на 3-4-добу. Петехіальні крововиливи на слизистій оболонці і шкірі. Сіровоато-білий наліт.	При інф. моновулеозі вражається зів. Ангіна (катаральна, лакунарна, фолікулярна, некротична, плівчата).  На межі твердого і м'якого неба.  У залежності тяжкості перебігу інф. моновулеозу може розвивається катаральний, герпетичний або виразковий стоматит.
5. Для уточнення діагнозу проведіть додаткові методи обстеження.  Гемограма.	Лейкоцитоз, збільшення кількості лімфоцитів, велика кількість плазматичних клітин і атипових моновулеарів. Еозинофіли майже відсутні. Гемоглобін і еритроцити в межах норми. ШОЕ 20-30 мм/годину.	При інфекційному моновулеозі.
6. Диференціальна діагностика:  Інфекційний моновулеоз	З дифтерією, для якої характерна наявність плівчатого нальоту, що може поширюватись на слизову носової частини глотки, піднебінні дужки, тверде і м'яке піднебіння. Наліт важко знімається, оголюючи кровоточиву поверхню.	Ознаки, нехарактерні відмінності в картині крові і наявність при інфекц. моновулеозі гепато-спленомегалії, гіперплазії мигдаликів.
	З агранулоцитозом, який супроводжується ангіною, лейкопенією, геморагічним синдром і виразково-некротичною агранулоцитарною ангіною	Ознаки, нехарактерні для інфекц. моновулеозу.
	З лейкозом	У картині крові відсутні зміни характерні для хронічного і гострого лейкозу.

6. Ящур	З герпетичним стоматитом, синдромом Бехчета, медикаментозної алергією, виразково-некротичним стоматитом Венсана.	Характерне для ящура джерело зараження.
7. Лікування хворого. Загальне лікування		
Протизапальні засоби	Саліцилат натрію по 0,5 х 4 р/д, мефенамінова к-та	При середній і важкій формі захворювання.
Антигістамінні препарати	Димедрол по 0,05 х 2-3 р/д; супрастин по 0,025 х 2-3 р/д; або ін. препарати з цієї групи.	Сприяють усуненню сенсibiliзації, підвищують реактивність організму.
Вітаміни	В <sub>1</sub> , В <sub>2</sub> , Р, нікотинова кислота.	
Противірусні засоби	Інгаляції лейкоцитарного інтерферону 2 р/д (3 ампл. розчиняють в 10 мл води) чи по 5 капель в кожен носовий хід 5 р/д чи бонафтон по 0,1 3-4 р/д, або ремантадин по 50 мг в сутки. Герпетична полівакцина в/м по 0,1-0,2 мг кожні 2-3 дні, курс 10 ін'єкцій	При всіх вірусних захворюваннях. Підвищує захисні сили організму.
Противірусні засоби	Лізоцим в/м по 150 мг 2-3 р. в день впродовж 7 днів. Дезоксирибонуклеаза в/м по 10-50 мг 2 р. в тиждень курс 6-10 ін'єкцій.	При всіх вірусних захворюваннях. Підвищує захисні сили організму.
Зніжднебінняючі засоби	Анальгін, пенталгін.	Призначають при болях.
Дієтотерапія	Високалорійну, вітамінізовану, не подразнюючу їжу	Свіжі овочі, фрукти, гарячий чай.
Антибіотики, сульфаніламід	Оксацилін, ампіцилін всередину або парентерально.	При приєднанні вторинної інфекції
Місцеве лікування		
1 знеболюючі засоби	Полоскання, зрошування, аплікації 0,1 % р-ном мефенаміну натрієвої солі, 0,5 % р-ном етонію, 1% р-ном цитралю (спиртний), 4% р-ном прополісу.	За наявності болю.
2 Противірусні засоби	1% флореналева мазь або 0,5 % теброфенова або 1-2 % оксолінова або 0,5 % бонафтонова	Противірусна дія
Антисептики	полоскання	

8. Призначення. Пояснення порядку і способу застосування ліків.	Ліки із знеболюючою дією: ето- ній, цитраль, лізоцим, мефена- мінат натрію, прополіс.	
--	---	--

**СХЕМА ООД ПО ТЕМОЮ:**  
**«Лікування вірусних захворювань»**

<i>1. Проведіть загальне лікування</i>		
<i>Протизапальні засоби</i>	Саліцилат натрію по 0,5 х 4 рази на день.	Проводиться при середній і важкій формі захворювання.
<i>Антигістамінні препарати</i>	Димедрол по 0,05 - 2-3 рази на день або супрастин по 0,025 -2-3 рази в день і ін.	Сприяють усуненню сенсibiliзації, підвищують реактивність організму.
<i>Вітаміни</i>	В <sub>1</sub> , В <sub>2</sub> , Р- в полівітамінах або в ін'єкціях, нікотинова кислота.	
<i>Противірусні засоби</i>	Інтерферон лейкоцитарний у вигляді інгаляцій 2 р. в добу (3 ампл. препарату розчиняють в 10 мл води) або закапують в кожен носовий хід (по 5 кап.) в 5 р. в добу. Або бонафтон по 0,1 3-4 р. в день, ремантадин по 50 мг на добу. Герпетична полівакцина в/м по 0,1-0,2 мг кожні 2-3 дні, курс 10 ін'єкцій. Лізоцим в/м по 150 мг 2-3 р. в день впродовж 7 днів. Дезоксирибонуклеаза в/м по 10-50 мг 2 р. в тиждень курс 6-10 ін.	При всіх вірусних захворюваннях.  Застосовують на ранніх стадіях захворювання впродовж перших 2-3 днів.  Дітям, вагітним, при захворюваннях печінки не призначати.  Підвищують захисні сили організму  Застосовують при рецидивуючому перебігу простого лишая.
<i>Зніднебінняючі засоби</i>	Анальгін, пенталгін. Новокаїн 1-2 5% р-р.	Призначають при болях усередину або парентерально. Для новокаїнових блокад, або електрофорезу на ділянку гангліїв при оперізуючому лишаї.
<i>Дієтотерапія</i>	Висококалорійну, вітамінізовану, не подразливу їжу	Віддавати перевагу свіжим овочам (цибуля, часник, хрін, капуста, морква), фруктам (яблука, цитрусові), оскільки вони багаті на вітаміни, а також питву: гарячий чай (з малиною, липовим цвітом, ягодами калини з медом), морс із журавлини.



<i>Антибіотики сульфаніаміди</i>	<i>Оксацилін, ампіцилін</i> всередину або парентерально.	Тільки при приєднанні вторинної інфекції.
<b>2. Проведіть місцеве лікування</b>		
<i>Зпіднебінняючі засоби</i>	Полоскання, зрошування, аплікації 0,1% р-ном мефенаміну натрієвої солі, 0,5 % р-ном етонію, 1% р-ном цитралю (спиртовий), 4% р-ном прополісу, 4-10% р-н анестезину на персиковому маслі	За наявності болю.
<i>Противірусні</i>	Інтерферон в р-ні (32 ОД в 1 мл) для аплікацій, змазування інтерфероновою маззю. 1% флореналева мазь або 0,5 % теброфенова або 1-2 % оксолінова або 0,5 % бонафтонова	Застосовувати тільки в перші 2-3 дні захворювання, після попередньої обробки слизової р-нами антисептиків.
<i>Антисептична обробка</i>	Полоскання 0,1-1 % р-ном мідного купоросу	Противірусна дія.
<i>Протизапальні антимікробні</i>	Штучний лізоцим 0,5 %, р-н етонію для полоскань, 10% синтоміцинова, 10% стрептоцидова емульсія для змазування	
<i>Протеолітичні ферменти</i>	Терилітин, трипсин, 0,2% р-н дезоксирибонуклеази і ін. у вигляді аплікацій, аерозольних інгаляцій.	Краще застосовувати дезоксирибонуклеазу, яка має противірусне і некролітичну дія.
<i>Фізіотерапевтичні методи</i>	КУФ-опромінювання. Промені гелій-неонового лазера	Застосовують з метою запобігання вторинної інфекції і регенерації з першого дня звернення і продовжують до повної епітелізації . Звернути увагу на методику застосування в спец. посібниках з фізіотерапії.
<i>Кератопластичні засоби</i>	Аплікації: масляний р-н вітаміну А, каротолін, масло шипшини, вінілін і ін.	Застосовувати з метою регенерації і епітелізації 2-3 рази на добу після попередньої обробки СО  р-нами антисептиків.
<i>Проведіть санацію порожнини рота</i>	В період ремісії	Попереджає появу рецидивів захворювання, сприяє якнайшвидшій епітелізації.

3. Призначте лікування в домашніх умовах. Поясніть спосіб застосування	Віддайте перевагу лікам зі зпіднебіннялюючою дією: етоній цитраль, лізоцим, мефенамінат натрію, прополіс.	
--	---	--

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:**  
**«ДІАГНОСТИКА ВІЛ-КАНДИДОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА»**

Обстеження хворого	Виявлені симптоми	Патогенетичне обстеження
<b>Опитування хворого</b>		
1. Скарги	<ul style="list-style-type: none"> <li>- печіння слизової оболонки порожнини рота, язика, піднебіння, стравоходу</li> <li>- порушення ковтання</li> <li>- сухість слизової оболонки порожнини рота, наліт на слизовій оболонці (язик, піднебіння, щоки) з перехо-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- результат подразнення чутливих нервових закінчень біологічно-активними речовинами, які вивільняються при ураженні клітин тканин, через активацію процесів протеолізу, гліколізу на тлі ацидозу. Підтримується за рахунок життєдіяльності грибків.</li> <li>- утворюється за рахунок накопичення десквамативних клітин епітелію, фібрину, дріжджевого міцелію, мікроорганізмів, залишків їжі, лейкоцитів.</li> </ul>
<b>Анамнез життя</b>		
Стать, вік	Частіше страждають чоловіки ніж жінки	Активна резидентної мікрофлори в т.ч. Candida albicans на тлі імунodefіциту.
2. Перенесені і супутні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> <li>- діти ВІЛ</li> <li>- особи різного віку на тлі лімфоаденопатії, схуднення, лихоманки, діареї</li> <li>- сифіліс, гонорея</li> <li>- найчастіше - переливання крові</li> <li>- саркома Капоші на обличчі, голові.</li> <li>У осіб молодше 60 років</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Зараження новонароджених відбувається при проходженні дитини через родові шляхи матері. У 30-50% випадках при годуванні грудним молоком. Зміни імунної системи: T4/T8 &lt; 1, лейко-, нейтро-, лімфопенія, дефект клітинного імунітету- зниження T4 лімфоцитів - хелперів (N-800-1200 у мкл).</li> <li>Супресія бластогенної відповіді T- лімфоцитів на антигени, порушення клітинного імунітету, IgG-гіперглобулінемія (IgA T), дефект продукції в ІФ; через тиждень</li> <li>- гостра лихоманка, збільшення ЛВ, мононуклеозу, грипоподібний стан - результат масивного поступлення ВІЛ.</li> </ul>
3. Професійні шкідливості	- лікарі, в т.ч. стоматологи, які працюють в постійному контакті з біорідинами організму, тканинами без бар'єрних засобів захисту або з порушенням санепід-	Мікротравми, проколи шкіри гострими інфікованими інструментами, попадання на незахищені ділянки шкіри, слизову оболонку очей, порожнини рота.

	- гомосексуалісти, повії	постійне попадання контамінованого біоматеріалу проти природним способом, в т.ч. в порожнину рота, порушення цілісності слизової оболонки
4. Розвиток захворювання	висипання, нічний піт, лімфаденопатія, втрата ваги більше 10%, діарея, лихоманка більше 1 місяця, пневмоцистна пневмонія	T4\ T8 близько 1 T4\ T8 <0.6, лімфопенія. Т4-хелпери - 350 в мкл імуноферментний аналіз (ІФА) позитивний, підтверджений в імунному блотингу, постійна імуносупресія за рахунок білків ВІЛ.
5.Ефективність проведеного лікування	Повноцінне протигрибкове лікування не ефективне або має незначну ефективність	
1. Огляд хворого Зовнішній огляд ВІЛ-кандидозний ангулярний хейліт	<ul style="list-style-type: none"> <li>- виснажений вигляд, схуднення</li> <li>- збільшення лімфовузлів голови, шиї</li> <li>- синьо-фіолетові плями, вузли на шкірі</li> <li>- себореїчний дерматит</li> <li>- мацерація кутів рота, тріщини, виразки з гіперкератозом по краях червоної облямівки губ</li> </ul>	
2. Внутрішньоротовий огляд: ВІЛ-гострий атрофічний, еритематозний кандидоз ВІЛ-гіпепластичний кандидоз  Додаткові методи: - бактеріоскопія - клінічний аналіз крові з пальця - серологічний аналіз крові з вени: -імуноферментний аналіз крові (ІФА) -імуноблотинг або вестернблотинг, обов'язковий контрольний тест -аналіз крові на цукор	<ul style="list-style-type: none"> <li>- болючі еритематозні плівки на слизовій щік, піднебіння, невелика кількість нальоту.</li> <li>- по лінії змикання зубів в ділянці комісур, на язиці, ближче до кореня - гіперплазія епітелію.</li> <li>- брудний наліт (розташований над рівнем слизової оболонки, на тлі хронічної травми і т.д. зустрічається частіше у дітей. Жовто-білі бляшки, які легко знімаються. Виникають на будь-яких ділянках порожнини рота. Під ними гіперимована кровотолива поверхня.</li> </ul> <p>В картині крові – анемія, &lt;12% лейкопенія, тромбоцитопенія, лімфопенія &lt;1200</p> <p>За наявності ВІЛ- позитивний в 68-100% випадках</p> <p>Негативний інфекціоніста</p>	

Консультації інших фахівців	
-----------------------------	--

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:**  
**«Гостра ВІЛ– інфекція без вторинних захворювань»**

<i>Порядок обстеження</i>	<i>Виявлені симптоми</i>	<i>Патогенетичне обґрунтування симптомів</i>	<i>Діагностика</i>
<b>Опитування скарги</b>  <b>Анамнез</b> <i>стать, вік, перенесені і супутні захворювання</i>	<p>На підвищення температури тіла до 37,5-38 °С. Іноді захворювання протікає по типу ГРВІ. Діарея, висипання на шкірі. Виразки на слизовій оболонці стравоходу, геніталій, іноді на слизовій оболонці рота. Збільшення лімфатичних вузлів. Безпричинна слабкість, стомлюваність, головний біль, нудота, блювота. Хворіють як чоловіки, так і жінки. Переважно молоді люди. Можливі перенесені і супутні захворювання, не пов'язані з ВІЛ-інфекцією. У цій стадії вторинні супутні ВІЛ-інфекції захворювання не спостерігаються.</p> <p>Папульозний, петехіальний, уртикарний висип на обличчі, тулубі, кінцівках.</p> <p>Висип має схожість з висипами при корі і краснусі. Можливо збільшення селезінки, печінки, виразкові ураження слизової оболонки порожнини рота, стравоходу, геніталій. Лімфаденопатія. Найчастіше збільшуються пахвові, потиличні і шийні лімфатичні вузли. При пальпації лімфатичні вузли болісні, рухомі, не спаяні між собою і з навколишніми тканинами. Лімфатичні вузли збільшені в середньому на 2-3см.</p>	<p>Транзиторне зниження кількості CD4+ лімфоцитів.</p>	<p>Можливе визначення вірусу в плазмі. Початок цієї стадії, як правило, випереджає появу анти-тіл. На початку гострої стадії в сироватці крові антитіла можуть бути відсутніми. Для діагностики доцільно використовувати ПЦР, що дозволяє виявити вірусну РНК або антиген. Визначення кількості CD4+ лімфоцитів наголошується їх транзиторне зниження.</p>

Огляд зовнішній огляд і огляд порожнини роту		Транзиторне зниження кіль- кості CD4+ - лимфоцитів.	Стоматолог може запі- дозрити ВІЛ-інфекцію на основі корекраснухо- подібної чи мононуклео- зоподібної симптомати- ки з лімфаденопатією
--	--	--	---

### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:

#### «Гостра ВІЛ – інфекція з вторинними захворюваннями»

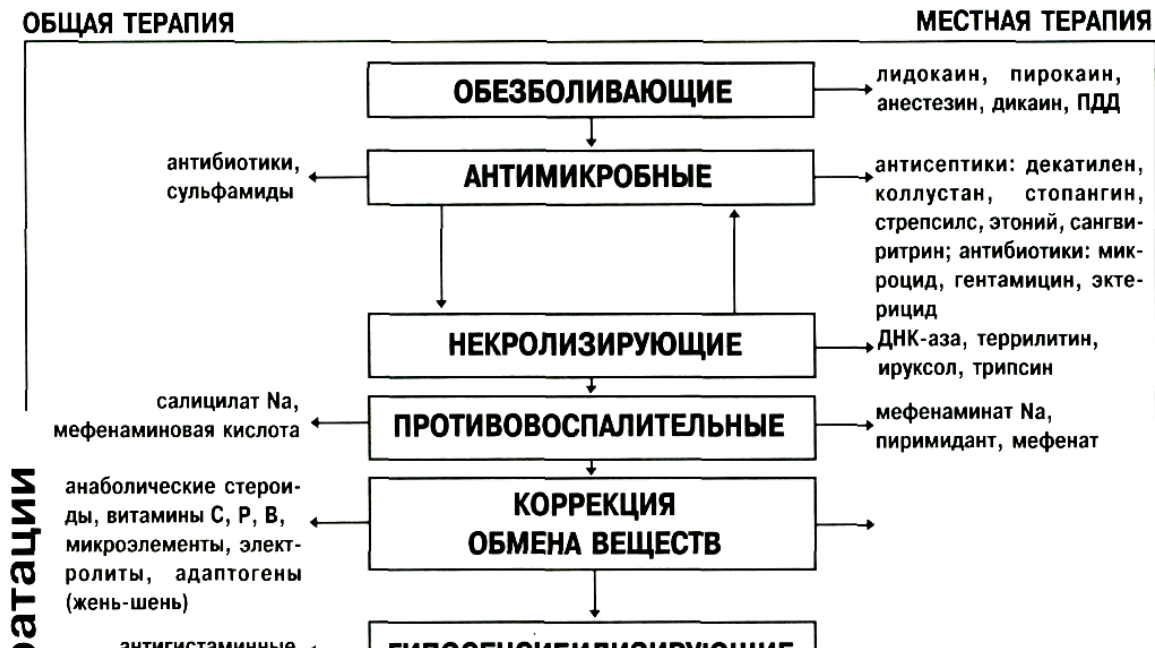
Порядок обстежен- ня	Виявлені симптоми	Патогенетичне обґрунтування сим- птомів	Діагностика
<b>Опиту- вання скарги</b>  <b>Анамнез</b> статі вік перенесені і супутні захворю- вання  <b>Огляд</b> зовнішній огляд	<p>Підвищення температури до 38°C. Діарея, висипи на шкірі. Виразки на слизовій оболонці стравоходу, геніталій, іноді слизовій оболонці рота. Збільшення лімфатичних вузлів. Безпричинна слабкість, втомлюваність, головний біль, нудота, блювота</p> <p>Хворіють як чоловіки, так і жінки. Переважно молоді люди.</p> <p>Вторинні захворювання різної етіології (тонзиліт, бактеріальна пневмонія, кандидози, герпетична інфекція та ін.), можливі перенесені і супутні захворювання, не пов'язані з ВІЛ-інфекцією</p> <p>Папульозний, петехіальний висип на шкірі, тулубі, кінцівках. Лімфаденопатія - частіше за все збільшуються пахвинні, потиличні і шийні лімфатичні вузли. При пальпації лімфатичні вузли безболісні, рухомі, не спаяні між собою і з оточуючими тканинами. Діаметр лімфатичних вузлів в середньому 2-3 см. На слизовій оболонці по-</p>	<p>Відбувається інтенсивна дисемінація вірусу. Резервуаром вірусу є лімфатичні вузли, селезінка, мигдалики. Гострий перебіг зумовлений вірусною інтоксикацією. Транзиторне зниження кількості CD4+-лімфоцитів в результаті дисемінації вірусу може зумовити появу слабо вираженого і короткочасного герпетического чи кандидозного стоматиту, що добре піддається лікуванню.</p>	<p>Можливе визначення вірусу в плазмі. Початок цієї стадії, як правило, випереджає появу антитіл до ВІЛ. На початку гострої стадії в сироватці крові антитіла можуть бути відсутніми. Антитіла до ВІЛ з'являються в межах від 3-12 тижнів до 5-8 міс. з моменту зараження.</p> <p>Для діагностики доцільно використовувати ПЦР, що дозволяє визначити вірусну РНК чи антиген p24. При визначенні кількості CD4+T-лімфоцитів відзначається їх транзиторне зниження. На цій стадії хворому може бути необхідна ретровірусна терапія. Стоматолог може заподозрити ВІЛ-інфекцію на основі поєднання гострої корекраснухоподібної чи мононуклеозоподібної симптоматики с лімфаденопатією. Окрім цього, стоматолога повинні насторожити виразки слизової оболонки порожнини рота, характерні для кандидозу і герпеса.</p>

	рожнини рота можливий мікотичний наліт, ерозії, уртикарні висипи характерні для герпетичних виразок		
--	---	--	--

ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ:  
« ШЛЯХИ ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ»

Природний шлях зараження		Штучний шлях зараження (парентеральний)	
статевий	вертикальний		
Статевий шлях передачі є переважаючим. Джерелом зараження – інфіковані чоловіки і жінки. Зараження статевим шляхом відбувається більше ніж в 85% випадків. Вхідними воротами є слизові оболонки статевих органів і прямої кишки.	ВІЛ може передаватись від матері до дитини в результаті проникнення вірусу через плаценту, під час проходження плоду через родові шляхи, при грудному вигодовуванні. Зараження дітей від ВІЛ-інфікованих матерів спостерігається в 30% випадків.	Переливання інфікованої крові і її компонентів призводить до зараження ВІЛ в 100% випадків. Парентеральним шляхом заражаються ін'єкційні наркомани. ВІЛ передається через загальні шприци і голки.	Контакт стоматолога з кров'ю хворого при різних лікувальних маніпуляціях. Можливість травмування шкірних покривів лікаря гострими інструментами (скальпель, ін'єкційні голки, бори, диски, ендодонтичний інструментарій) в процесі роботи. Зараження хворого через інструменти при недотриманні режиму дезінфекції, предстерилізаційної обробки і стерилізації.

ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ:  
«Лікування вірусних захворювань»



### **Короткий зміст теми:**

#### **Грип**

Грип відноситься до групи гострих респіраторних інфекційних захворювань. Збудник – вірус грипу типу А, В і С. Зараження – повітряно-краплинним шляхом. Інкубаційний період – 1-2 дні, продромальний – 1-2 дні (явища інтоксикації: підвищення температури, озноб, млявість, слабкість, головний біль, біль в м'язах, відсутність апетиту, поганий сон).

*Клініка.* Тяжкість захворювання залежно від загального стану хворого, явищ інтоксикації може бути легкою, середньою і важкою. СОПР вражається при всіх формах захворювання, проте зміни не носять строго специфічний характер, їх вираженість визначається тяжкістю перебігу грипу, реактивністю організму і тропністю організму до певних систем і тканин.

Слизова оболонка, особливо м'якого піднебіння, піднебінних дужок, язичка гіперемійована, набрякла. Ранньою ознакою захворювання на ряду з гіперемією є специфічна зернистість слизової оболонки м'якого піднебіння. Вона виявляється у вигляді червоних крапок, які виступають на фоні гіперемованої слизової м'якого піднебіння (гіперплазія епітелію вивідних проток малих слинних залоз). Гіперемія м'якого піднебіння різко обривається на межі з твердим піднебінням. Язик покритий нальотом, спостерігається десквамация епітелію. Регіонарний лімфаденіт.

На 3-4 день на місці точкових висипань з'являються крововиливи. Іноді на слизовій оболонці утворюються пухирі з серозним або геморагічним ексудатом, які швидко розкриваються з утворенням ерозій яскраво-червоного кольору. Ерозії різко болісні при пальпації. Перебіг захворювання може ускладнюватися гепретичним, кандидозним або виразково-некротичним стоматитом.

*Діагностика.* Дані епідеміологічної ситуації, анамнезу, клінічного перебігу захворювання, цитологічного (гігантські багатоядерні клітки), вірусологічного, імунофлюоресцентного дослідження. У крові: лейкоцитоз, зрушення лейкоцитарної формули вліво, прискорене ШОЕ.

*Тактика лікаря-стоматолога.* Режим хворого – постільний, ізоляція від здорових людей. Лікування: симптоматичне. Разом із загальним лікуванням місцево використовують противірусні засоби (оксолинова, теброфенова, флореналева мазі, інтерферон, полоскання цитралем, стопангіном). При ускладненні – лікування кандидозу або виразково-некротичного стоматиту.

#### **Ящур.**

Це гостре інфекційне захворювання. Збудник – фільтривний вірус. Зараження: від хворих тварин (молоко, м'ясо), через пошкоджену шкіру і слизові, повітряно-краплинним шляхом. Інкубаційний період – 3 дні. Вражається шкіра і слизові оболонки.

*Клініка.* Виражені явища загальної інтоксикації. У порожнині рота паління, сухість і відчуття печіння, гіперемія і набряк слизової, далі - гіперсалівація. Через 1-2 дні на гіперемійованій і набряклій слизовій з'являються пухирці, які швидко розкриваються з утворенням ерозій, потім афт. Можливе одночасне ураження слизових носу, очей, статевих органів. Вражається шкіра біля крил носа, в міжпальцевих складках, основ нігтів, шкіра підощв. Одужання через 2-3 тижні. Регіонарний лімфаденіт.

*Діагностика* Дані епідеміологічної ситуації, анамнезу, клінічного перебігу захворювання, цитологічного (гігантські багатоядерні клітки), вірусологічного, імунофлюоресцентного дослідження. У крові: лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорене ШОЕ, флюоресценція (інтенсивне синюшно-фіолетове свічення).

*Тактика лікаря-стоматолога.* Госпіталізація в інфекційне відділення. Лікування: симптоматичне. Місцеве: знеболюючі, антисептична обробка, ферменти, противірусні (3-5 днів), протизапальні (мундизан-гель, піралвекс, холісал), КУФ, гелій-неоновий лазер, кера-топластики.

#### **Інфекційний мононуклеоз.**

Інфекційне вірусне захворювання. Хворіють діти і люди молодого віку. Зараження повітряно-краплинним і аліментарним шляхом. Інкубаційний період – від 15 до 50 днів. Вірус розповсюджується лімфогенним і гематогенним шляхом.

*Клініка.* Початок гострий, виражені симптоми загальної інтоксикації, температура тіла – 39-40°C протягом 3-4 днів, іноді до 20 днів. Одним з перших симптомів захворювання є регіонарний лімфаденіт (збільшення підщелепних, шийних і задньошийних лімфовузлів). Лімфовузли щільні, болісні. Разом із збільшенням лімфовузлів збільшується печінка і селезінка. Гіперемія зіву, гіперплазія мигдаликів, розвиток катаральної, лакунарної, некротичної, плівчастої ангіни. Непостійна ознака – геморагічні висипи на СОПР, частіше розвивається катаральний, герпетичний або виразково-некротичний стоматит. Язик обкладений, спостерігається гіперплазія грибоподібних сосочків і язикового мигдалика.

*Діагностика.* Основана на клінічній картині захворювання. Особливе значення в діагностиці має гемограма: лейкоцитоз, лімфоцитоз, моноцитоз, мононуклеарів до 30%, відсутність еозинофілів, прискорене ШОЕ. Специфічне діагностичне значення має позитивна реакція на гетерофільні антитіла (реакція Пауля- Буннеля) при титрі не нижче 1:64.

*Тактика лікаря-стоматолога.* Госпіталізація в інфекційне відділення. На весь період захворювання хворі повинні бути ізольовані.

*Лікування:* симптоматичне, залежно від проявів захворювання.

### **СНІД.**

Збудник – ВІЛ, який відноситься до сімейства ретровірусів, підродини лентівірусів (повільних вірусів). Це РНК-вмісний вірус, який передає свою генетичну інформацію від РНК до ДНК і здатний існувати в клітині у вигляді ДНК-провіруса. Відомі 3 основні різновиди ВІЛ, найбільш поширений ВІЛ-1. До складу генома ВІЛ входить 9 генів. Характерна висока генетична мінливість: жоден ВІЛ при розмноженні не продукує віріон в точності повторюючий батьківський.

Шляхи зараження:

- статевий
  - внутрішньоутробний
  - при переливанні крові і її компонентів
  - контактний – шкіра і слизові (до ВІЛ чутливі клітини Лангерганса).
- ВІЛ розмножується у всіх клітках і біологічних рідинах організму людини.

Групи ризику:

- гомосексуалісти – чоловіки
- наркомани
- повії
- хворі на гемофілію
- новонароджені діти від хворих матерів
- особи, що проживають в ендемічному вогнищі
- медперсонал (хірурги, гінекологи, стоматологи).

Рецептором для ВІЛ служить мембранний білок CD 4, який є на Т-хелперах / індукторах. Вірус адсорбується на поверхні Т-хелпера/індуктора, потім взаємодіє з рецептором CD4 і проникає всередину клітки. У цитоплазмі звільняється вірусна РНК, яка завдяки зворотній транскриптазі утворює ДНК - провірус. ВІЛ використовує фермент зворотну транскриптазу для копіювання свого генома в ДНК, яка потім вбудовується в ДНК господаря. ДНК-провірус проникає в ядро господаря вбудовується в його геном і утворює віріонні РНК по яких на рибосомах синтезуються вірусні білки. З вірусних РНК і білків формуються вірусні частинки, які покидають клітину, захоплюючи ліпідний матеріал клітинної мембрани, для побудови оболонки нових віріонів. Внаслідок цього відбувається руйнування мембрани і загибель Т4-лимфоцита. Надалі новоутворені віруси взаємодіють з іншими Т4-лимфоцитами, приводячи до руйнування значної частини даної популяції, що обумовлює порушення співвідношення Т-хелперів/Т-супресорів, останні пригнічують імунітет і розвивається імунodefіцит. Існують і інші механізми впливу ВІЛ на імунітет.

Перехід з латентної фази в клінічну визначають наступні чинники:

- неспецифічні (наркотики, алкоголь)
- специфічні організменні (лімфокіни: ФНО)
- специфічні вірусні (віруси герпесу, гепатиту В, Епштейна- Барра, РНК аденовірус і ін.).



На цьому фоні у хворих СНІДом часто виявляється активація різних мікроорганізмів: туберкульозної палички, блідої трепонеми, вірусу Епштейна-Барра, гепатиту, грибів, простих, гельмінтів.

ВІЛ – лімфотропний вірус, первинно вражає Т-хелпери, що приводить до порушення функції В-лімфоцитів і здатності до вироблення специфічних антитіл проти вірусу. Антитіла проти ВІЛ починають формуватися через декілька тижнів після зараження і зберігаються до кінця життя. Спочатку захворювання вони якоюсь мірою забезпечують імунітет проти вірусу, але в подальшому стають «німими свідками» того, що відбувається. Причиною цього є високий ступінь мутації ВІЛ, який, постійно міняючи свою антигенну структуру, не дає можливості імунній системі хворого сформувати певну специфічну відповідь.

**Клініка.** ВІЛ-інфекція не має своєї строго обкресленої клінічної картини, вона представлена рядом СНІД-асоційованих захворювань. У країнах СНД набула поширення класифікація перебігу ВІЛ-інфекції В.І. Покровського:

I стадія - Інкубація

II стадія – Стадія первинних проявів

А – гостра гарячкова фаза

Б – безсимптомна фаза

В – персистуюча генералізована лімфоаденопатія

III стадія – Стадія вторинних захворювань

IV стадія – Термінальна.

**Інкубаційний період** – від 2-3 тижнів до декількох місяців і навіть років, в середньому – 4,5 роки. Інкубація ґрунтується на епідеміологічних даних: статевий контакт з інфікованим ВІЛ-партнером, переливання крові серопозитивного ВІЛ донора, використання нестерильних шприців при груповому введенні наркотиків і ін. Клінічних проявів хвороби немає, антитіла до ВІЛ визначаються через декілька тижнів після зараження. Виявлення вірусу СНІДу методом кольорової реакції.

**Стадія первинних проявів.**

**II А фаза** (гостра гарячкова) розвивається через 2-5 місяців після інфікування: підвищення температури тіла, інтоксикація, стомлюваність, слабкість, тонзиліт, висип на шкірі, міалгія, артралгія, виразки в горлі, респіраторна інфекція, кашель, збільшення поверхневих лімфатичних вузлів – потиличних, шийних, підщелепних, пахвинних, пахових (еластичні, безболісні, рухомі). У крові – лімфопенія, але CD4-лімфоцитів більше 500 в 1 мм<sup>3</sup>. У сироватці визначаються антитіла до антигенів ВІЛ. Тривалість даної фази – від декількох днів до 1-2 місяців, після чого хвороба переходить в безсимптомну фазу.

**II Б фаза.** Тривалість – від 1-2 місяців до декількох років, в середньому – 6 місяців. Ніяких клінічних проявів захворювання немає, хоча вірус залишається в організмі і розмножується. Імунний статус зберігається в межах норми. У крові визначаються антитіла до антигенів ВІЛ.

**II В фаза.** Єдиний клінічний прояв – збільшення всіх груп лімфатичних вузлів, що зберігається місяці і роки. Лімфовузли до 5 см в діаметрі, безболісні. Збільшення мезентеріальних лімфовузлів симулює картину гострого живота, іноді збільшення печінки і селезінки. Імунний статус збережений, CD4-лімфоцитів - 500 в 1 мм<sup>3</sup>. У крові визначаються антитіла до антигенів ВІЛ.

**Стадія вторинних захворювань**

**III А фаза** – втрата маси тіла менше 10 %, поверхневі грибкові, бактеріальні або вірусні ураження шкіри і слизових оболонок, простий герпес, кандидоз, токсоплазмоз, оперізуючий лишай, повторні фарингіти, синусити.

CD4-лімфоцитів менше 500 в 1 мм<sup>3</sup>. У крові підвищення гама-глобулінів, Ig G.

**III Б фаза** – прогресуюча втрата маси тіла більше 10 %, діарея і гарячка невизначеної етіології протягом місяця, інтоксикація, генералізована персистуюча лімфоаденопатія, волосяна лейкоплакія, туберкульоз легень, постійні бактеріальні, грибкові, протозойні ураження внутрішніх органів, шкіри і слизових, дисемінований оперізуючий лишай, саркома Капоши. У крові – лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія, CD4-лімфоцитів менше 300 в 1 мм<sup>3</sup>.

**III В фаза** – генералізовані бактеріальні, вірусні, протозойні, паразитарні захворювання, пневмоцистна пневмонія, кандидоз стравоходу, атиповий мікобактеріоз, позалегеневий туберку-

льоз, кахексія, диссемінована саркома Капоши, ураження ЦНС різної етіології. CD4-лімфоцитів менше 200 в 1 мм<sup>3</sup>.

### **Термінальна стадія.**

Від початку інфікування до термінальної стадії ВІЛ-інфекція триває 10-15 років. В одних випадках захворювання трансформується в чітку картину СНІД-асоційованих захворювань протягом декількох місяців, в інших – протягом багатьох років. Розрізняють типове прогресування, швидке прогресування і відсутність прогресування.

Максимально виражені кахексія, лихоманка, інтоксикація, вірусемія, CD4-лімфоцитів менше 100 в 1 мм<sup>3</sup>, хвороба прогресує і хворий помирає.

Клінічні форми захворювання:

- з переважним ураженням легень
- з ураженням ШКТ
- з церебральними ураженнями
- з ураженням шкіри
- генералізовані або септичні форми
- недиференційовані форми з тривалою гарячкою і втратою маси тіла.

### **Класифікація проявів ВІЛ-інфекції в порожнині рота**

(Амстердам, 1990)

I група. Ураження СОПР найтісніше пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

1. Кандидоз (еритематозна, гіперпластична і псевдомембранозна форма)
2. Волосяна лейкоплакія (вірус Епштейна-Барра)
3. Герпетичні ураження
4. ВІЛ-гінгівіт
5. Виразковий гінгівіт
6. ВІЛ-пародонтит
7. Саркома Капоши
8. Неходжкінська лімфома.

II група. Ураження СОПР менш тісно пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

1. Атипові виразки (орофарингіальні)
2. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
3. Захворювання слинних залоз (ксеростомія, одно- або двостороннє збільшення слинних залоз)
4. Вірусна інфекція (що відрізняється від Епштейна-Барра), викликана цитомегаловірусом, вірусом простого герпесу, папіломавірусом людини (бородавчасті ураження – гострокінцева кондилома, фокальна епітеліальна гіперплазія, бородавка звичайна), вірусів вітряної віспи (вітряна віспа, оперізуючий лишай).

III група. Ураження СОПР можливо пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

1. Бактеріальні інфекції (включаючи гінгівіт, пародонтит), актиномікоз, туберкульоз, а також викликані *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycobacterium avium intracellulare*.
2. Хвороба котячої подряпини
3. Загострення апікального періодонтиту
4. Грибкова інфекція некандилозної етіології (криптококкоз, геотрихоз, гістоплазмоз, мукоромікоз).
5. Меланінова гіперпигментація
6. Неврологічні порушення (тригемінальна невралгія, параліч лицевого нерва)
7. Остеомієліт
8. Синусит
9. Запалення підщелепної жирової клітковини (абсцес, флегмона)
10. Плоскоклітинна карцинома
11. Токсичний епідермоліз.

### **Лабораторна діагностика:**

- індикація ВІЛ і його компонентів

- виявлення антитіл до ВІЛ
- визначення змін в імунній системі.

#### ***Тактика лікаря-стоматолога.***

Хворий підлягає госпіталізації в інфекційне відділення. При підозрі на СНІД необхідний звіт і повідомлення в санепідемстанцію. Хворого необхідно в коректній формі направити на обстеження. До встановлення діагнозу необхідно надавати тільки невідкладну стоматологічну допомогу. При роботі з інфікованим хворим необхідно:

1. Використовувати змінні одноразові халати, маски, захисні окуляри, подвійні рукавички, дотримуватися обережності при роботі з колючими, ріжучими інструментами.
2. Дотримуватися строго правил стерилізації
3. Мати аптечку для ліквідації наслідків необережних дій (70% спирт, 5% йод, сухий марганцевокислий калій, 3% перекис водню, 3% хлорамін, борна кислота, протаргол, азотно-кисле срібло – 1%)
4. При забрудненні шкірних покривів кров'ю, слиною: обробити 70% спиртом. Якщо порушена цілісність шкіри - выдавити кров і обробити 3% перекисом водню, а краї йодом; слизову ока промити дистильованою водою і закапати 30% альбуцид або 1% протаргол; на слизовій носа – закапати 30% альбуцид. Зробити запис в «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і при роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом».
5. Перед роботою хворий промиває рот антисептичними розчинами.
6. Працювати на малих оборотах бора з кофердамом, пілососом
7. Ендодонтичні інструменти, шприци – одноразові
8. Використовувати тільки рідке мило
9. Після роботи – обов'язкова обробка стоматологічного устаткування, при рентгенологічному обстеженні – використовувати спеціальні чохли. Для обробки наконечників – ба-циллол, гіпохлорит натрію.

#### ***Постконтактна профілактика:***

1. При пошкодженні шкіри, слизових
2. При укусі медперсоналу ВІЛ-інфікованим
3. При попаданні бризок крові, слини на слизову порожнини рота, носа, очей, на пошкоджену шкіру лікаря (дерматит, садна або на відкриту рану).

А. У перші години після контакту (72 години – не більше) – ПКП

Б. Терапія 3 препаратами – 1 місяць

1. Зидовудін 300 міліграм 2 р в день per os
2. Ламівудін 150 міліграм -----
3. На вибір: нелфінавір, лапінавір, іфавуренц, індінавір, саквінавір, невірапін.

#### ***Інтерн повинен знати:***

1. Вірусні захворювання і їх симптоматичні прояви на СОПР.
2. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування проявів грипу на СОПР.
3. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування проявів ящура на СОПР.

#### ***Інтерн повинен уміти:***

1. Діагностувати прояви вірусних захворювань на СОПР.
2. Проводити диференціальну діагностику вірусних захворювань з ін. захворюваннями СОПР.
3. Визначити тактику і провести лікування хворих з вірусними захворюваннями порожнини рота.

#### ***Самоконтроль знань і умінь по темі і контроль кінцевого рівня знань.***

##### ***Завдання № 1.***

Хворий, 16 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 38,70С, біль бід час їди і ковтання, різкий неприємний запах з рота.

Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемована, на тлі цього визначаються чисельні петехії і ерозії, які покриті фібринозним нальотом, язик обкладений білим

нальотом. У аналізі крові виражений лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, моноцитоз, атипові мононуклеари, тромбоцитопенія. Який найбільш вірогідний діагноз:

**Еталон відповіді:**

*Інфекційний мононуклеоз.*

**Завдання № 2.**

Хворий 21 рік звернувся до стоматолога з скаргами на загальну слабкість, біль в м'язах, підвищення температури тіла до 38,30С, розлади травлення, підвищене слиновиділення і висипання в порожнині рота, носа, уретрі, а також на шкірі крил носа і міжпальцевих складок. Вказані симптоми з'явилися після вживання молока в селі. Який найбільш вірогідний діагноз:

**Еталон відповіді:**

*Ящура.*

2. Пацієнт 35 років, ветеринар, звернувся до стоматолога зі скаргами на появу ознобу, слабкості, підвищення температури до 38°С, біль у м'язах, сухість, печіння, біль в порожнині рота, підвищення слиновиділення, висипання пухирців у роті, на губах, на слизовій носа, у міжпальцевих складках. При огляді порожнини рота на тлі запалення болючі яскраво-червоні ерозії з поліциклічними контурами, на губах – кірки, язик збільшений, мова утруднена, слиновиділення до 4 літрів на добу. Поставте діагноз.

**A** \*Ящура

**B** Гострий герпетичний стоматит

**C** Вітряна віспа

**D** Кір

**E** Багатоформна ексудативна еритема

3. Жінка, 45 років, доярка, скаржиться на слабкість, озноблення, високу температуру тіла, біль у м'язах, попереку, зниження апетиту, сухість і паління в порожнині рота. На слизовій оболонці висипи пухирців з прозорим вмістом, на губах кірки. Подібні пухирці виявлені на кінцівках в міжпальцевих проміжках. Поставте попередній діагноз?

**A** \*Ящура

**B** Гострий герпетичний стоматит

**C** Вітряна віспа

**D** Оперізуєчий лишай

**E** Багатоформна ексудативна еритема

**Самоконтроль знань і умінь по темі і контроль кінцевого рівня знань.**

Реферат на тему: « Сучасні противірусні препарати».