

Навчальний посібник створено співробітниками Державного департаменту України з питань виконання покарань за підтримки МБФ «СНІД Фонду Схід-Захід» в рамках реалізації проекту «Інституціоналізація профілактики ВІЛ/СНІДу та пропаганди здорового способу життя на базі системи освіти, закладів Державного департаменту з питань виконання покарань».

Навчальний посібник розроблено для спеціалістів держдепартаменту, які займаються проблемами інформування та консультування осіб, позбавлених волі, з профілактики ВІЛ, туберкульозу, захворювань, які передаються статевим шляхом, гепатитів. Даний посібник має за мету підвищення рівня поінформованості співробітників Департаменту щодо профілактики ВІЛ, туберкульозу, ЗПСШ, гепатитів, для проведення навчання осіб, які тримаються в установах Державної кримінально – виконавчої служби

# Профілактика інфекційних хвороб

в Державному  
департаменті  
України  
з питань  
виконання  
покарань

Київ 2010





# Профілактика інфекційних хвороб в ДКВСУ

Збірник матеріалів для проведення навчання осіб, які тримаються в установах Державної кримінально – виконавчої служби.

*Укладачі:* Кінаш О.М., Кожан Н.Є., Мойсеева Н.М., Швидкий К.І.

Питання, представлені в даному виданні, можуть призначатися виключно для цільової аудиторії. Згадка в матеріалах видання будь – яких компаній, лікарських препаратів або способів їх вживання не означає, що AFEW рекомендує або віддає перевагу саме цим компаніям, лікарським препаратам або способам їх вживання.

AFEW настійно радить читачам і особам, що беруть участь в освітніх програмах, ретельно перевіряти будь-яку інформацію і не застосовувати на практиці отримані з даного джерела відомості без попередньої консультації фахівця. AFEW не несе юридичної і іншої відповідальності за можливі наслідки використання опублікованої інформації третіми особами.

© «СНІД Фонд Схід-Захід»  
(AIDS Foundation East-West, AFEW), 2010 р.  
Всі права захищені.

Відтворення, передача, поширення або дублювання будь-якої частини матеріалів, що містяться в публікації, допускається за умови їх некомерційного використання надалі. Посилання на «СНІД Фонд Схід Захід» (AIDS Foundation East West, AFEW) обов'язкова. Порушення авторських прав переслідуютиметься відповідно до законодавства України та міжнародної правової практики.

Видано в рамках реалізації проекту «Інституціалізація профілактики ВІЛ/СНІДу та пропаганди здорового способу життя на базі системи освіти, закладів Державного департаменту України з виконання покарань» за фінансової підтримки Міністерства закордонних справ Королівства Нідерландів в рамках програми перетворення МАТРА

Профілактика  
інфекційних хвороб в  
ДКВСУ

Київ – 2010

# Вступне слово

В умовах епідемії ВІЛ та туберкульозу, яка зареєстрована в Україні, найбільш вразливою категорією населення є молодь та особи, які практикують ризиковану поведінку, в тому числі особи, взяті під варту, та засуджені.

Високий рівень захворюваності на ВІЛ, туберкульоз, ЗПСШ серед засуджених відображає та зумовлений поширенням інфекційних хвороб у громадському суспільстві.

В умовах виправних закладів існує реальна можливість проведення активної профілактичної роботи серед засуджених з метою запобігання інфікування ВІЛ, туберкульозом, захворюваннями, що передаються статевим шляхом.

Цей збірник матеріалів створено для спеціалістів соціально – психологічної служби Державного департаменту України з питань виконання покарань, залучених до організації та проведення навчання осіб, які тримаються в установах виконання покарань, з питань профілактики ВІЛ, туберкульозу, захворювань, що передаються статевим шляхом.

Збірник матеріалів для проведення навчання осіб, які тримаються в установах Державної кримінально-виконавчої служби був створений завдяки праці та досвіду групи спеціалістів Державного департаменту з питань виконання покарань України та Міжнародного благодійного фонду «СНІД Фонд Схід-Захід».

Автори ставили за мету надати допомогу спеціалістам Державного департаменту, які щоденно проводять профілактичну роботу в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах.

## Глава I.

# ВІЛ-інфекція

Історія поширення ВІЛ-інфекції нараховує більш ніж 25 років. В травні 1981 року були зареєстровані випадки хвороб(пнеumoцистна пневмонія, саркома Капоші та інші, які в минулому зустрічалися тільки у людей похилого віку), у молодих чоловіків, що мали секс з чоловіками. Через декілька років було з'ясовано, що причиною захворювання є інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Вперше вірус імунодефіциту людини був виділений з клітин крові пацієнта зі збільшеними лімфатичними вузлами у 1983 р.

Розрізняють два типи вірусу – ВІЛ-1 і ВІЛ-2, що відрізняються за структурними і антигенними характеристиками. Ця група вірусів здебільшого є причиною захворювань з тривалим скритим періодом.

Вважається, що поширення ВІЛ серед людей почалася в Африці близько 70 років тому.

### Поширення епідемії ВІЛ в Україні

В Україні найбільша кількість хворих на ВІЛ зареєстровано в Дніпропетровській, Одеській, Донецькій, Миколаївській областях, м. Севастополі, АР Крим та м. Києві. Щороку в Україні зростає число ВІЛ-інфікованих та кількість померлих від СНІДу.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2009 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадків захворювання на СНІД та 17 791 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. У 2009 році в країні зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції (43,2 на 100 тис. населення).

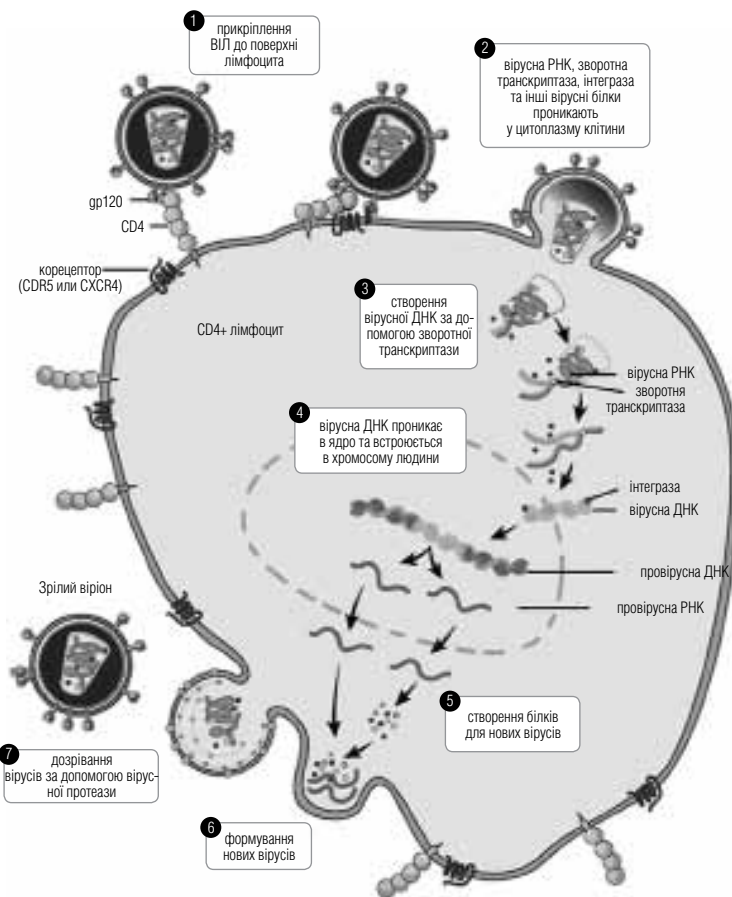
Останніми роками змінилося співвідношення шляхів пере-

дачі. Якщо на початку епідемії хворі здебільшого відмічали парентеральний шлях інфікування (під час споживання наркотиків), то на сьогодні статевий шлях передачі ВІЛ перевищує 50% серед дорослих. Високий рівень інфікування статевим шляхом призводить до високого рівня інфікування вагітних жінок та підвищує ризик народження ними інфікованих дітей.

Поширення ВІЛ-інфекції в установах Державного департаменту з питань виконання покарань є дзеркалом поширення ВІЛ у суспільстві.

У 2007 році вперше ВІЛ - інфекцію на ранніх стадіях захворювання виявлено у 2190 осіб, а СНІД – у 312 засуджених.

Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих на початок 2010 року знаходилась на диспансерному обліку в Донецькій, Луганській, Миколаївській, Одеській та Херсонській областях.



## Життєвий цикл ВІЛ

Життєвий цикл ВІЛ починається з прикріплення вірусу до мембрани клітини крові людини – CD4+лімфоциту.

В клітину проникає генетичний матеріал вірусу (вірусна РНК) та ферменти вірусу – зворотна транскриптаза, інтеграза та протеаза.

Зворотна транскриптаза перетворює вірусну РНК в провірусну ДНК, яка за допомогою вірусної інтегрази вбудовується в середину хромосоми людини. З цього моменту клітина крові людини перетворюється на фабрику з продукції нових вірусів. Фермент протеаза завершує дозрівання нових вірусів, які виходять з клітини та швидко заражують нові CD4+лімфоцити.

## Шляхи передачі ВІЛ

### Відомо три шляхи передачі ВІЛ:

- Статевий (під час незахищених статевих контактів),
- Парентеральний – з кров'ю (при споживанні наркотиків з використанням спільного інструментарію, нанесенні татувань, «братанні» кров'ю, при переливанні крові та її компонентів),
- Вертикальний (від матері дитині під час вагітності, пологів та при вигодовуванні груддю).

### ВІЛ не передається:

- при спільному користуванні туалетом та ванною;
- при спільному користуванні посудом та столовими приборами, рушниками та постільною білизною;
- при спільному проживанні в одному помешканні;
- при догляді за ВІЛ-позитивними людьми;
- через піт та слюзи;
- через повітря при кашлі та чиханні;
- при прийнятті їжі, що приготовлена ВІЛ-позитивною особою;
- під час занять спортом (не травматичним), плаванні в басейні;
- при укусах комах або тварин;
- при поцілунках;
- під час поїздок в громадському транспорті;
- при рукоштованні та при обіймах.

### Статевий шлях.

Найбільш поширений в усьому світі шлях передачі ВІЛ – статевий. Ризик зараження ВІЛ при незахищеному статевому контакті існує при анальних зносинах, при вагінальному та оральному контакті. Ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом підвищується при збільшенні кількості незахищених статевих контактів.

ВІЛ виявляють як у рідкій частині сперми, так і в присутніх у ній клітинах крові – лімфоцитах і моноцитах. Сперматозоїди не містять ВІЛ. ВІЛ має здатність накопичуватися в спермі, особливо при запальних захворюваннях сечостатевих органів (при уретриті і епідидиміті). ВІЛ виявля-



ють також у вагінальному секреті у жінок.

Ризик передачі ВІЛ-інфекції при незахищених анальних статевих зносинах у край високий, оскільки вірус легко проникає зі сперми крізь тонку слизову оболонку прямої кишки і заражає лімфоцити, що знаходяться у товщі слизової оболонки. Крім того, анальні статеві зносини сполучені з високим ризиком травмування слизової оболонки прямої кишки. Таким чином, ВІЛ або безпосередньо проникає в кров (якщо слизова прямої кишки ушкоджена), або спочатку заражає лімфоцити.

Не зважаючи на те, що слизова оболонка піхви менш піддана травмуванню під час статевого акту, вагінальний гетеросексуальний контакт може привести до зараження обох партнерів.

При незахищених вагінальних контактах ризик інфікування жінки значно вищий, ніж чоловіка. Це зумовлено тривалим контактом слизової піхви та шийки матки чи ендометрію зі спермою, тоді як час контакту статевого члена зі слизовою піхви відносно невеликий.

Підвищенню ризику інфікування ВІЛ при незахищених вагінальних статевих контактах сприяє наявність захворювань, що передаються статевим шляхом.

При незахищених оральних статевих контактах ризик інфікування ВІЛ нижче, ніж при анальних та вагінальних. Ризик інфікування ВІЛ під час оральних статевих зносинах підвищується при наявності пошкоджень та захворювань слизової рота.

Ризик інфікуванні статевим шляхом підвищується при споживанні психоактивних речовин, зокрема стимуляторів. Під дією цих речовин знижується рівень обережності, більш часто практикується незахищений секс, стосунки можуть набувати більш травматичного характеру.

## **Профілактика статевого шляху передачі ВІЛ.**

Основним методом профілактики ВІЛ при статевих стосунках є використання презервативу під час усіх статевих стосунків.

### **Сучасні презервативи**

Переважну більшість презервативів виготовляють із натурального латексу (сік каучукового дерева гевея). Латексний презерватив більш ніж на 92% складається з натурального латексу з додаванням незначної кількості різних добавок (вулканізаторів, стабілізаторів та ін.), які надають латексу необхідні властивості (міцність, тягучість).

Згідно зі стандартом Європейського Союзу CEN 600:1994 довжина презервативів повинна бути не менше 170 мм, а ширина — 44-56 мм.

Презервативи, що продаються в Європі, зазвичай мають номінальну ширину 52 мм. Держстандарт передбачає наступні розміри: довжина — більше  $178 \pm 2$ , ширина —  $54 \pm 2$  мм.

Більша частина презервативів виробляється в районах, близьких до місць вирощування гевеї — в Південно-Східній Азії (Малайзія, Індонезія, Корея, В'єтнам, Китай, Індія й т.д.). Найкращим латексом вважається малайзійський.

Презерватив може забезпечити безпеку лише у випадку правильного його застосування.

### **Правила використання презервативів:**

- кожного разу використовуйте новий презерватив;
- обережно відкривайте упаковку, щоб не пошкодити презерватив;
- не розгортайте презерватив до того, як надягти його на пеніс;
- надягайте презерватив, коли статевий член перебуває у збудженому стані;
  - відтягніть крайню плоть назад. Стиснувши пальцями кінець презерватива, надягніть його на голівку пеніса;
  - притримуючи кінець презерватива, розправте його в напрямку до основи статевого члена;
  - відразу після еякуляції вийміть пеніс, притримуючи край презерватива, щоб він не зісковзнув;
  - не торкайтесь презервативом або статевим членом піхви після вийняття пеніса після еякуляції.

### **Правила й строки зберігання**

Строки зберігання презервативів визначаються в різних стандартах (від двох до п'яти років). Більшість закордонних підприємств-виробників гарантують придатність презервативів протягом п'яти років з моменту виробництва за умови правильного зберігання.

Погано впливають на якість зберігання презервативів висока температура, сонячне світло й речовини, що вступають в реакцію із латексом (наприклад, масла). Тому їх рекомендується зберігати в сухому прохолодному місці, далеко від сонячних променів та у місці, що виключає можливість механічних ушкоджень.

### **Види презервативів**

1. За якістю вироблення
  - а) Гладкі. Звичайні презервативи без якої-небудь спеціальної структури.
  - б) Контуровані (contoured), щільно прилягаючі (form fitting). Мають анатомічну форму.
  - в) Текстуровані. Презервативи з різною спеціальною текстурою.
2. За наявністю і якістю змазки
  - а) Без змазки.
  - б) Звичайна змазка. У стандартній змазці, як правило, використовуються силіконове масло. Застосування жиру (вазелін, косметичний крем) неприпустиме, тому що призводить до розриву презервативу!
  - в) Сильна змазка — подвоєна кількість змазки.
  - г) Ароматизована змазка — у змазку додають ароматизатор.
  - д) Сперміцидна змазка — у змазку додають речовини (як правило, nonoxinol-9), що вбивають сперматозоїди та знижують їхню рухливість. Вважається, що це може сприяти зниженню ризику випадкової вагітності у випадку, якщо презерватив розірветься.
  - е) Змазка, що продовжує статевий акт (long love). У змазку додають анестезуючу речовину, дія якої віддаляє еякуляцію, не знижуючи ерекції.
3. За іншими ознаками

- а) Збільшеного розміру. На відміну від стандартних презервативів, їхній розмір (ширина) збільшений до 54-56 мм.
- б) Особливо міцні – здебільшого для анального сексу.
- в) Надтонкі (ultrathin) для орального сексу.

## **Парентеральний шлях (інфікування з кров'ю)**

У групу ризику ВІЛ-інфекції входять споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), що використовують загальні голки і шприці. Значний ризик існує при нанесенні татуювань нестерильними інструментами, використанні спільних лез для гоління. Ризик зараження особливо високий у СІН, що довготривало застосовують наркотики, часто використовують загальні голки та шприці.

В Україні парентеральний шлях передачі реалізується через ін'єкційне вживання наркотичних речовин кустарного виробництва. Часто практикується обмін ін'єкційним інструментарієм (голки, шприци, ємність для готування розчину, фільтр). Споживачі наркотиків часто займаються проституцією (секс за гроші або наркотики). Незахищений секс може стати причиною інфікування ВІЛ та далі поширюватись в групі через спільні інструменти.

### **Профілактика парентерального шляху передачі ВІЛ:**

1. дезінфекція шприців та інструментів для татуажу.  
Для дезінфекції інструментів можна використовувати дезінфікуючі розчини, які є у кожному відділенні виправних установ.
2. використання персонального ін'єкційного обладнання.
3. стерилізація розчину наркотиків – кип'ятіння дози перед споживанням.

## **Передача ВІЛ від матері до дитини (вертикальний шлях).**

Зараження дитини від ВІЛ-інфікованої матері може відбуватися під час вагітності, під час пологів та після пологів під час вигодовування груддю.

### **Ризик інфікування дитини підвищують:**

- високе вірусне навантаження у матері;
- наявність у матері резистентних до антиретровірусних препаратів штамів вірусу;
- стадія ВІЛ-інфекції (гострий період інфекції або стадія СНІДу);
- наявність ЗПСШ,
- небезпечна сексуальна поведінка під час вагітності;
- паління, вживання ін'єкційних наркотиків та алкоголю, погане харчування;
- супутні хвороби, особливо гепатит С;
- грудне вигодовування тривалістю більше 3-х місяців.

Встановлений ризик зараження дітей при вигодовуванні груддю. Вірус виявлений як у молозиві, так і в грудному молоці ВІЛ-інфікованих жі-

нок. Ризик інфікування дітей зростає при тривалому вигодовуванні.

При своєчасному зверненні за допомогою під час вагітності кожна вагітна ВІЛ-позитивна жінка має змогу безплатно отримати антиретровірусне профілактичне лікування та захистити свою дитину від інфікування ВІЛ.

Жінки, в яких під час АРТ наступила вагітність, мають продовжувати лікування тією ж схемою АРТ, але важливо оцінити ризик ускладнень у дитини.

## **Діагностика ВІЛ-інфекції**

### **Серологічні методи діагностики**

Після проникнення вірусу організм реагує на нього тим, що виробляє захисні білки – антитіла.

В перші 3 місяці після інфікування антитіл може бути замало для виявлення їх лабораторними тестами. Цей так званий «період серологічного вікна», тобто людина є інфікованою, але виявити це протягом перших 3 місяців здебільшого неможливо.

Основою діагностики ВІЛ є імуноферментний аналіз (ІФА) (ELISA – Enzyme – Linked Immunosorbent Assay).

Позитивний результат, отриманий при скринінгових (попередніх) дослідженнях, свідчить про те, що людина є інфікованою ВІЛ. В якості першого обстеження можуть застосовуватися також експрес-тести. Позитивні результати, отримані за допомогою скринінгових методів обстеження, необхідно перепроверити за допомогою підтверджуючих досліджень.

**Щоб пройти обстеження на ВІЛ під час перебування у вправному закладі, треба звернутися до медичної частини. Лікар, відповідальний за обстеження, проведе дотестове консультування, організує взяття крові на аналіз, та, після отримання результату, надасть післятестову консультацію та відповідь на всі запитання.**

### **Вірусологічні методи дослідження**

Полімеразна ланцюгова реакція ПЛР ДНК, дозволяє визначити наявність вірусів навіть в початковий період захворювання. Цей метод використовується для діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці до 18 місяців.

Полімеразна ланцюгова реакція РНК (ПЛР РНК) дозволяє визначити кількість вірусних частинок (копій вірусу) в 1 мл крові. Цей метод має назву «вірусне навантаження» та вважається одним з основних лабораторних тестів для контролю ефективності антиретровірусної терапії.

## Природний плин ВІЛ-інфекції

### Стадія гострого захворювання

Ця фаза відповідає періоду від моменту зараження ВІЛ до появи в сироватці крові специфічних антитіл, що виявляються стандартними методами дослідження.

За даними перспективного спостереження за представниками груп ризику ВІЛ-інфекції свідчать про те, що скаржаться на симптоми періоду гострої інфекції до 87% осіб, що заразилися ВІЛ.

Клінічна картина, що спостерігається в початковій стадії ВІЛ-інфекції, характеризується збільшенням лімфатичних вузлів, лихоманкою, можливі різноманітні висипи, що з'являються протягом декількох днів чи тижнів після зараження. Досить часто зустрічаються біль у суглобах, лихоманка, нічна пітливість, ураження слизових оболонок грибками (кандидоз).

### Клінічні стадії 1 та 2

Клінічні прояви захворювання відсутні, в окремих випадках спостерігається помірне збільшення лімфовузлів. В крові у хворих визначаються антитіла до ВІЛ. Людина може не підозрювати про своє захворювання. У цей час інфікований почуває себе добре, веде звичайний спосіб життя, є вірусоносієм і може інфікувати інших. В цілому стадія характеризується відносною рівновагою між дією вірусу та імунною відповіддю організму. Тривалість цих стадій – від 2 до 15 років.

На цьому етапі можуть бути збільшення лімфатичних вузлів. Збільшені лімфовузли можуть збільшуватись та зменшуватись у розмірах. Генералізована (поширена на всі групи) лімфаденопатія є єдиним проявом хвороби та не потребує лікування.

### Клінічна стадія 3

Характеризується наявністю безпричинної діареї, нездужання, втомованості та сонливості, зниження апетиту, лихоманки, надмірного виділення поту вночі, головного болю, прогресуючого схуднення.

Підвищення температури протягом 1-2 тижнів, кашель, схуднення, пронос – це причина звернутися до лікаря медичної частини установи за допомогою.

### Клінічна стадія 4

СНІД є кінцевою стадією клінічного перебігу ВІЛ-інфекції. На перший план виступає клінічна картина опортуністичних інфекцій або пухлин. Термін “опортуністичні інфекції” підкреслює, що вони майже не реєструються у осіб з нормальним станом імунітету і розвиваються лише у випадках наявності глибокої імунодепресії.

## Опортуністичні інфекції

Опортуністичні інфекції при ВІЛ/СНІДі – унікальна група захворювань, які розвиваються на фоні імунodefіцитного стану і значно відрізняються від інших інфекційних хвороб.

Опортуністичні захворювання є основною причиною уражень і смерті хворих на СНІД. Їх розвиток і перебіг визначають клінічну картину і важкість захворювання. Від своєчасної діагностики опортуністичних захворювань залежить успіх лікування і тривалість життя хворих, а також проведення профілактичних заходів.

Найбільш часто у хворих в Україні зустрічаються туберкульоз, бактеріальні інфекції, пневмоцистна пневмонія, герпетичні інфекції (оперізуючий герпес), кандидози, кріптококовий менінгіт, токсоплазмоз. При лікуванні цих інфекцій проводиться оцінка здоров'я хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД.

**При підозрі на наявність опортуністичної інфекції терміново звернись до лікаря за допомогою!**

**Інфікуватися опортуністичними інфекціями дуже легко при використанні спільного посуду, брить та шприців.**

**Особливу небезпеку має ритуал пиття чифіру з загального посуду.**

## **Бактеріальні інфекції**

### **Бактеріальні інфекції дихальних шляхів**

Ризик розвитку бактеріальних пневмоній вищий у хворих з низьким рівнем CD4 – лімфоцитів (< 200 кл/мкл), а також у тих, хто вживає наркотики внутрішньовенно. У ВІЛ-інфікованих дуже часто пневмонії з самого початку набувають важкого перебігу, що супроводжується високою температурою, лихоманкою, кашлем із виділенням гнійного харкотиння, задишкою, а також ураженням великої площини легеневої тканини.

Діагноз пневмонії встановлюється на основі клінічних і рентгенологічних даних. Обов'язковим є мікробіологічне дослідження харкотиння з метою етіологічної діагностики пневмонії.

Первинна профілактика пневмоцистної пневмонії бісептолом, яка проводиться всім хворим з рівнем CD4 < 200 кл/мкл, є профілактикою багатьох бактеріальних інфекцій.

**Не приймай ліки проти туберкульозу при будь-якому кашлі та підвищенні температури – з часом, якщо захворіти на туберкульоз, ліки не будуть діяти, тому що збудник вже при звичаївся до них!**

### **Атипові мікобактеріози (МАК- інфекція)**

Атипові мікобактеріози не є небезпечними для людей з нормальним станом імунітету. Інфікування людини відбувається з диханням, або через шлунково-кишковий тракт чи пошкоджену шкіру. МАК-інфекція перебігає у вигляді дисемінованого процесу, для якого найбільш характерними ознаками є: лихоманка, надмірне виділення поту вночі, зменшення маси тіла, діарея, болі в животі; збільшення лімфовузлів, печінки та селезінки.

## Грибкові захворювання

### Кандидоз

Кандидоз відноситься до числа найбільш розповсюджених опортуністичних інфекцій: до 90% ВІЛ-інфікованих заражені грибами роду *Candida albicans*: мікроорганізмами.

#### Виділяють наступні форми кандидозу:

- поверхневий, основним проявом якого є враження шкіри та слизових оболонок;
- з ураженням внутрішніх органів.

### Пнеumoцистна пневмонія

Пнеumoцистоз – грибкова інфекція дихальних шляхів, яка у людей зі зниженим імунітетом є причиною смерті 65-85% хворих на СНІД та відноситься до найбільш важких СНІД-індикаторних інфекцій.

Збудник пнеumoцистозу – *Pneumocystis carinii* (jirovecchi) – позаклітинний паразит, який уражає легенеvu тканину.

На першій стадії хворі скаржаться на підвищення температури тіла, погане самопочуття, до якого поступово приєднуються симптоми запалення легенів: задуха, довготривалий сухий кашель, лихоманка.

Всі хворі з рівнем CD4–лімфоцитів < 200 кл/мкл мають отримувати специфічну первинну профілактику пнеumoцистної пневмонії – приймати бісептол щодня.

Своєчасне звернення до лікаря є запорукою ефективності лікування.

## Герпесвірусні інфекції

### Згідно із сучасною класифікацією розрізняють 8 типів герпесвірусної інфекції людини:

- вірус герпесу людини 1 типу (ВГЛ-1) викликає ураження шкіри лица;
- ВГЛ-2 уражає статеві органи;
- ВГЛ-3 зумовлює вітряну віспу та оперізуючий лишай;
- ВГЛ-4 (вірус Епштейна-Барр) є причиною інфекційного мононуклеозу, лімфоми Беркїтта, назофарингіальної карциноми, волосистої лейкоплакїї язика;
- ВГЛ-5 спричиняє цитомегаловірусну інфекцію (CMV);
- ВГЛ-6 викликає синдром хронічної втоми у дорослих та злоякісної В-клїтинної лімфоми;
- ВГЛ-7 асоціюється з лімфомами;
- ВГЛ-8 – з саркомою Капоші.

Інфекційний процес, обумовлений вірусами цієї групи, часто буває безпосередньою причиною смерті хворих на СНІД.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом простого герпесу. Віруси простого герпесу (1 та 2 типу) передаються контактнo-статевим, повітряно-крапельним і вертикальним шляхами, вражають шкіру, слизові оболонки, нервову систему, очі та внутрішні органи. Вони визнача-

ються практично у всіх ВІЛ-інфікованих. Можуть уражатися будь-які ділянки шкіри та слизових оболонок. Типова локалізація простого герпесу – шкіра обличчя: навколо рота, особливо кути, червона облямівка губ, крила носа, рідше уражається шкіра щік, вушних раковин, чола, повік. Характерним елементом ураження слизової оболонки порожнини рота є афта. Нерідко спостерігається герпетична висипка на шкірі статевих органів та сідниць, стегнах, попереку, пальцях рук. При герпетичних ураженнях шкіри в процес залучаються регіонарні лімфатичні вузли.

Генітальний герпес проявляється почервонінням шкіри, виразками різного розміру, контактними кровотечами. При важкому імунodefіціті можуть уражатися внутрішні органи.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом Епштейна-Барр. EBV – вірус є причиною інфекційного мононуклеозу, лімфоми Беркітта. Вірус може довго жити в клітинах хазяїна. Біля 50% населення переносить інфекцію у підлітковому періоді; у ВІЛ-інфікованих активація EBV може бути в любому віці.

### **Токсоплазмоз**

Токсоплазмоз – інфекція, причиною якої є паразит – токсоплазма. Здебільшого носіями токсоплазмозу є коти. Захворювання протікає в більшості випадків безсимптомно, і лише на фоні зниження імунітету може проявлятися як клінічно виражена хвороба. При ВІЛ-інфекції часто зустрічається ураження центральної нервової системи, що супроводжується розвитком паралічів, порушень мовлення, різких головних болів, судом.

З метою профілактики всім ВІЛ-інфікованим з CD4 < 200 кл/мкл застосовується первинна хіміопротекція бісептолом (триметоприм/сульфаметоксазол).

### **Криптоспоридіоз**

Криптоспоридіоз – одна з найчастіших паразитарних кишкових інфекцій у хворих на СНІД, відноситься до СНІД-індикаторних хвороб. Перебігає в вигляді ураження травного тракту (пронос). Спостерігається висока температура, нудота, блювота і водянисте випорожнення кишечника з болями в животі. Прогресуюча діарея з великою втратою рідини призводить до схуднення. Можуть уражатися жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, легені.

### **Саркома Капоші**

Саркома Капоші (СК) – новоутворення з клітин капілярів, частіше всього розвивається у хворих на ВІЛ/СНІД, особливо у чоловіків. Входить в групу СНІД-індикаторних захворювань і вражає осіб молодого віку, має прогресуючий характер. Є припущення, що в пусковому механізмі розви-



тку СК приймає участь вірус простого герпесу 8 типу.

Саркома Капоші з'являється спочатку на шкірі у вигляді маленьких плям, які поступово збільшуються до вузлів. Кількість елементів і їх розміри можуть бути різними. Колір варіює від червоно-коричневого до фіолетового. На обличчі СК часто локалізується на кінчику носа, навколо очниці. У половині випадків уражається шлунково-кишковий тракт, нерідко – трахея, бронхи, плевра, легені.

## Профілактика опортуністичних інфекцій.

ВІЛ-інфіковані пацієнти зі значним зниженням імунітету мають додержуватись певних заходів, щодо профілактики інфікування опортуністичними інфекціями.

У зв'язку з тим, що значна частина опортуністичних інфекцій передаються повітряним шляхом (туберкульоз, пневмоцистна пневмонія, звичайна пневмонія тощо) слід провітрювати приміщення, проводити вологе прибирання з використанням дезінфікуючих засобів. Не слід знаходитися в одному приміщенні з хворими особами, які кашляють.

Інфікування можливе при використанні спільного посуду (кишккові інфекції – сальмонельоз, дизентерія; вірусні гепатити). З метою профілактики слід користуватися своїм посудом, мити його з застосуванням дезінфектантів. В умовах ув'язнення ризик інфікування цією групою інфекцій виникає під час ритуалу пиття чаю з одного посуду групою осіб. Вживати слід тільки термічно оброблену їжу. Профілактикою кандидозів ротової порожнини у хворих з рівнем CD4+ клітин є припинення вживання дріжджового хліба та твердих сирів без термічної обробки.

Шкіряні інфекції (контагіозний моллюск, вошивість, короста) передаються при спільному користуванні одягом.

Прання та прасування одягу, особливо внутрішньої поверхні є гарним запобіжним заходом щодо передачі інфекцій, які уражують шкіру.

## Лікування ВІЛ-інфекції

Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), мають потребу в постійній медичній допомозі протягом всього життя. Основним компонентом лікування та допомоги при ВІЛ/СНІДі є антиретровірусна терапія (АРТ). Правильно підібрана АРТ збільшує тривалість і підвищує якість життя ЛЖВ і, крім того, знижує ризик передачі вірусу іншим людям.

Впровадження АРТ надало можливість знизити захворюваність та смертність, зумовлену ВІЛ-інфекцією.

### **ВООЗ визначає наступні цілі АРТ:**

1. **Клінічні:** продовження життя й поліпшення її якості;
2. **Імунологічні:** кількісне і якісне відновлення імунітету для попередження опортуністичних інфекцій;
3. **Вірусологічні:** максимально можливе зменшення вірусного навантаження (ВН) на максимально довгий строк з метою вповільнення

прогресування хвороби й попередження (або відстрочки) розвитку резистентності вірусу;

**4. Епідеміологічні:** зниження частоти або попередження подальшої передачі ВІЛ.

Проведення АРТ в виправних закладах Департаменту України з питань виконання покарань регламентується сумісним наказом ДДУ та МОЗ України від 15.11.2005 за № 186/607 «Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах». Цим Наказом затверджено «Інструкцію про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах».

Диспансерний нагляд за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД проводиться в медичних частинах установ виконання покарань та слідчих ізоляторі

АРТ призначають лікарі-інфекціоністи закладів охорони здоров'я кримінально-виконавчої служби, які пройшли навчання з питань проведення АРТ, або фахівці регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Видача антиретровірусних препаратів засудженим і особам, узятим під варту, на амбулаторному етапі проводиться з розрахунку на 1 добу згідно із призначеними схемами лікування. Контроль за прийомом антиретровірусних препаратів здійснюється лікарем, відповідальним за до-тестове і післятестове консультування з питань ВІЛ-інфекції та організацію і контроль за проведенням АРТ в установі виконання покарань (слідчому ізоляторі).

В Україні в теперішній час лікування ВІЛ-інфекції проводиться з використанням препаратів трьох груп антиретровірусних препаратів:

- нуклеозидні та нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ);
- нунуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ);
- інгібітори протеази (ІП).

### **Синдром відновлення імунної системи (СВІС)**

Одною з частих проблем на початку АРТ є синдром відновлення імунної системи, який досить часто зустрічається у хворих з вираженим пригніченням імунної системи ( $CD4 < 50-100$  клітин/мкл).

Погіршення стану хворих пов'язано з загостренням наявних опортуністичних інфекцій на фоні відновлення імунної системи.

Поява цього синдрому є гарною прогностичною ознакою, тому що підтверджує ефективність призначеної схеми лікування.

Після початку АРТ у пацієнта починається відновлення імунної системи, яка починає боротьбу з інфекціями, які є в організмі. Це проявляється загостренням багатьох захворювань, які не були виявлені до початку АРТ через відсутність клінічних проявів.

Найбільш частими інфекціями, які проявляють себе після початку АРТ,

вважаються туберкульоз, пневмоцистна пневмонія, герпетичні захворювання тощо.

## Прихильність до АРТ

Для покращення здоров'я ВІЛ-інфікованих людей необхідно максимально зменшити вірусне навантаження на тривалий строк. Головна причина клінічних невдач лікування — невиконання пацієнтами схеми ВА-АРТ, що призводить до виникнення у ВІЛ стійкості до антиретровірусних препаратів. Зміни, в результаті яких розвивається стійкість до одного антиретровірусного препарату, нерідко надають збуднику перехресну стійкість до інших препаратів. Тому через недотримання схеми лікування неefективною може виявитися ціла група антиретровірусних препаратів.

### **Прихильність до терапії означає, що пацієнт:**

- вчасно приймає ліки;
- приймає їх у необхідній, призначеній лікарем дозі;
- дотримується рекомендацій щодо дієти.

Для оптимального пригнічення розмноження вірусу за схемою ВА-АРТ необхідно суворо та чітко дотримуватися призначеного режиму; у ряді досліджень показано, що для досягнення оптимального результату хворий повинен прийняти 90-95% призначених доз, а нижчий рівень прийому препаратів частіше пов'язується з невдалим вірусологічним результатом.

### **Наслідки низького дотримання режиму АРТ**

1. Вірусологічні наслідки – формування видів вірусу ВІЛ, стійких до лікування .

2. Клінічні наслідки - порушення режиму АРТ приводять до зниження імунологічної ефективності лікування та росту захворюваності на опортуністичні інфекції та смертності.

### **Чинники, які допомагають дотримуватись режиму лікування:**

- навчання пацієнта до початку АРТ;
- усвідомлення пацієнтом, що недотримання прийому ліків призводить до формування стійкості вірусу;
- усвідомлення важливості прийому всіх доз препарату у відведений час;
- регулярне дотримання графіка відвідувань лікаря;
- наявність емоційної та практичної підтримки (друзі, родина, соціальні працівники);
- здатність пацієнтів включити прийом ліків у режим свого повсякденного життя;
- віра в ефективність призначеного лікування терапії;

Підготовка до початку антиретровірусної терапії включає в себе консультування пацієнта лікарем (медичною сестрою, соціальним працівником, психологом, які пройшли навчання з АРТ). При консультуванні необхідно обговорювати наступні питання: мета та механізм дії антиретровірусної терапії, щоденна схема прийому препаратів, правила прийому

препаратів (прийом з їжею та іншими медичними препаратами), правила зберігання препаратів, негативні наслідки порушення прийому препаратів та їх дозування, можливі побічні дії препаратів та ускладнення, правила та режим отримання препаратів у лікувальному закладі.

## Методи підвищення прихильності до АРТ

Оскільки дотримання режиму АРТ визнають найважливішою умовою успіху лікування, багато недавніх досліджень вивчали методи підтримки та підвищення прихильності.

**1. Освіта та спільне планування:** найбільш ефективними є ті, що включають попередню освітню бесіду, у рамках якої разом з пацієнтом складається план прийому препаратів, а також поточні бесіди, які проводяться регулярно в процесі лікування.

**2. Індивідуальний підхід:** програми індивідуального підходу до підвищення прихильності розробляють для пацієнтів, які або не змогли дотримувати режиму лікування, або з великою ймовірністю не будуть його дотримувати. Здебільшого це стосується пацієнтів з розумовими проблемами, хімічними залежностями.

**3. Прийом препаратів під контролем** – надії на цей метод у лікуванні ВІЛ-інфекції пов'язані з його успіхом при лікуванні туберкульозу. Ця методика може використовуватись в виправних закладах з огляду на вимоги безпеки та заборону засудженим мати ліки.

**4. Спрощення схеми лікування** – застосування сучасних схем, які включають прийому всього 2 таблеток один або два рази на добу.

### **5. Допоміжні пристосування:**

- контейнери для пігулок дозволяють тримати тижневий набір таблеток в одному зручному місці.

**6. Пристрої для нагадування** – будильники, таймери або інші електронні пристосування, які можна запрограмувати на спрацьовування кілька разів у день. Календарі, паперові та електронні, дозволяють пацієнтам записувати час прийому препаратів і відзначати прийняті дози.

**7. Наочний графік** – картинки із зображенням призначених препаратів вклеєні в щотижневий календар.

### **Шляхи покращення прихильності до ВААРТ:**

- оцінити фактори, які можуть чинити вплив на прихильність та виступати в якості бар'єру, формувати готовність до прийому препаратів;
- формувати і підтримувати відносини з пацієнтом;
- проводити моніторинг за дотриманням режиму пацієнтом всіма можливими методами;
- чітко пояснити режим прийому препаратів;
- якнайкраще вбудувати його в життя пацієнта;
- скласти графік прийому препаратів та навчити пацієнта дотримувати режиму прийому ліків;
- рекомендувати використання годинника з дзвінком для нагадування про прийом препаратів;

- обговорити побічні ефекти, їх появу та лікування;
- створити соціально-психологічну підтримку з боку близьких пацієнта;
- лікування супутніх психіатричних та наркологічних розладів;
- зберігати підтримку з боку лікарняного персоналу.

## **Дотримання режиму АРТ в умовах виправних закладів**

Згідно з діючими регламентуючими документами в умовах установ Держдепартаменту видача антиретровірусних препаратів засудженим та особам, узятим під варту, на амбулаторному етапі проводиться з розрахунку на 1 добу згідно з призначеною схемою лікування. З метою формування прихильності медичні працівники, які приймають участь в організації АРТ, проводять консультування засуджених щодо дотримання режиму лікування. Контроль за прийомом антиретровірусних препаратів здійснюється лікарем, відповідальним за дотестове та післятестове консультування з питань ВІЛ-інфекції та організацію і контроль за проведенням АРТ в установі виконання покарань (слідчому ізоляторі).

За згодою пацієнта, до роботи з формування прихильності можуть бути залучені соціальні працівники та консультанти ВІЛ-сервісних неурядових організацій.

Перебування під вартою протягом довгого терміну не сприяє формуванню відповідальності за своє здоров'я у засуджених, тому важливим є підготовка до звільнення, соціальна підтримка в перші місяці після звільнення. ВІЛ-інфікований пацієнт має отримати інформацію щодо режиму прийому препаратів, медичних закладів, в які він має звернутися після звільнення, строків отримання препаратів, проведення лабораторних тестів. Залучення НУО на етапі звільнення має за мету надання соціальної підтримки та профілактику проблем з прихильністю до лікування.

Перед звільненням ВІЛ-інфікованої особи, яка отримує АРТ, заклад охорони здоров'я кримінально-виконавчої служби видає на руки особі, яка звільняється, направлення до обласного (міського) центру профілактики та боротьби зі СНІДом за обраним нею місцем проживання та медичну довідку із зазначенням клінічної стадії захворювання та призначеного лікування; забезпечує особу, яка звільняється, запасом антиретровірусних препаратів з розрахунку на один місяць лікування.

## Глава II.

# Туберкульоз

Туберкульоз (більш рання назва – сухоти) супроводжує людство протягом багатьох століть. Це захворювання відомо з глибокої давнини і протягом століть туберкульоз був широко розповсюдженим захворюванням. Аж до початку XX століття медицина не мала засобів для боротьби з цим захворюванням. Лікування проводили за допомогою гарного харчування, відпочинку “на водах” і в гірських санаторіях.

Найважливішою віхою у вивченні туберкульозу стала доповідь “Етіологія туберкульозу”, зроблена німецьким бактеріологом Робертом Кохом на засіданні Берлінського фізіологічного товариства 24 березня 1882 року, яка дозволила усьому світу довідатися про збудника цього захворювання – мікобактерію туберкульоза. На честь цієї події 24 березня відзначається як Всесвітній день боротьби з туберкульозом.

Наступним грандіозним відкриттям стало виявлення В. К. Рентгеном в 1895 році X-променів, що дало можливість проводити об’єктивну діагностику туберкульозу легенів, внутрішніх органів, кісток та суглобів.

В 1919 році Кальметт і Герен вивели ослаблений штаб мікобактерії для вакцинації (вакцина БЦЖ).

Переломним моментом у боротьбі з туберкульозом стало відкриття нашим співвітчизником, уродженцем Вінницької області, видатним бактеріологом Соломоном Ваксманом в 1944 році стрептоміцину. Від цього починається антибактеріальна ера в лікуванні туберкульозу. З 1954 року в широку практику ввійшли інші препарати (ПАСК, ізоніазид, тибон); з 1967 року розпочато застосування найефективнішого протитуберкульозного препарату – рифампіцину.

## Епідеміологія

Близько третини жителів нашої планети інфіковані мікобактерією туберкульозу (*M. Tuberculosis*).

Щорічно в світі хворіють на туберкульоз більше 8 млн. чоловік, з яких близько 2 млн. помирають. Туберкульоз є найпоширенішим у світі інфекційним захворюванням і посідає перше місце за рівнем смертності серед інфекційних захворювань. Епідемія ТБ поширюється й стає все більш небезпечною, особливо з урахуванням епідемії ВІЛ-асоційованого та хіміо-резистентного (стійкого до лікування) туберкульозу.

В 1993 році ВООЗ проголосила туберкульоз глобальною проблемою.

В 1995 році ВООЗ зафіксувала в Україні епідемію туберкульозу, оскільки число хворих на туберкульоз перевищило за кількістю 1% населення.

В Україні туберкульозом щодня захворює 101 людина та 29 хворих помирають.

Високому рівню захворюваності на туберкульоз в установах **Державної кримінально-виконавчої служби України сприяють:**

- значна поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених та слідчо-заарештованих;
- широка поширеність супутніх захворювань, наркоманії, алкоголізму внаслідок приналежності значної частини засуджених і осіб, позбавлених волі, до маргінальних груп населення, яких важко залучити до обстеження на туберкульоз у цивільних установах;
- стресовий фактор;
- соціально-економічні фактори, що діють як в Україні, так і в установах Державної кримінально-виконавчої служби України;

## Етіологія та патогенез туберкульозу

Туберкульоз – інфекційне захворювання, збудником якого майже в 95% випадків є *Mycobacterium tuberculosis* (від латинського слова *tuberculum* – горбок, тому що для туберкульозу характерна наявність горбків в органах і тканинах).

Рід мікобактерій відноситься до сімейства променистих грибів, широко розповсюджених у природі. Хворобу у людей також викликають *Mycobacterium bovis* (бичачий тип) та *Mycobacterium africanum* (африканський тип).

Збудники туберкульозу – мікобактерії туберкульозу (МБТ) мають вигляд тонких, трохи вигнутих паличок довжиною 0,8-5 мкм, товщиною 0,3-0,5 мкм.

Туберкульозні мікобактерії можуть залишатися в тканинах у неактивному стані, зберігаючи життєздатність багато років.

Найважливішою їхньою особливістю є кислото-, спирто- і лугостійкість. Для нормального розвитку МБТ необхідний кисень, їх розмноження відбувається шляхом простого поділу, рідше – брунькуванням. Цикл простого поділу триває 20-24 години.

Для МБТ характерна значна стійкість у навколишньому середовищі. При відсутності сонячного світла мікобактерії зберігають свою життєздатність протягом декількох місяців (на сторінках книг – до 3 місяців); до 10 днів можуть зберігатися у вуличному пилу. Однак при впливі прямих сонячних променів МБТ гинуть через 1-1,5 години (час залежить від інтенсивності сонячного світла), при ультрафіолетовому опроміненні – через 2-3 хвилини. Розсіяне сонячне світло вбиває МБТ через 40-80 днів.

При нагріванні до 60°C МБТ гинуть протягом 30-50 хвилин; до 800С – протягом 5 хвилин; кип'ятіння вбиває МБТ протягом декількох хвилин.

Найбільш ефективними дезінфікуючими засобами є препарати, що містять хлор.

## **Механізм інфікування туберкульозом**

Основну небезпеку в поширенні туберкульозу становлять хворі легеневою формою туберкульозу, в мокротинні яких виявляють мікобактерії ТБ – вони є основним джерелом інфекції.

При кашлі утворюються дрібні крапельки (інфекційні частки респіраторного секрету менші 5 мкм в діаметрі, у яких перебувають збудники ТБ). Під час одного кашльового поштовху може утворюватись до 3 тис. таких крапель. Краплі можуть поширюватися в повітрі зі слиною при розмові, чханні, співі і протягом 6 годин залишатись в повітрі.

Зараження частіше відбувається в приміщеннях. Крапельки настільки малі, що не ушкоджують бронхи, а проникають в альвеоли легенів, де починається розмноження мікобактерій.

Збудник туберкульозу попадає в організм людини переважно (більше 95%) при диханні з повітрям (повітряно-краплинним і повітряно-пиловим), рідко – аліментарним (при вживанні непастеризованого молока хворих корів) або контактним (через ушкоджену шкіру або слизові).

Дуже рідко (5%) зустрічається туберкульоз тварин – бичачий тип ТБ. *M. Bovis* що передаються з молоком, можуть інфікувати мигдалики, шийні лімфатичні вузли або кишечник.

ТБ не передається через їжу (окрім молока) й воду, статевим шляхом, через кров при переливанні або через укуси комарів.

При потраплянні в дихальні шляхи МБТ зустрічаються з захисними бар'єрами: миготливий епітелій бронхів, бронхіальний слиз, що містить поверхнево-активні речовини (лізоцим та ін.). При невеликій кількості збудника та нормальній роботі імунітету МБТ можуть бути виведені з дихальних шляхів людини остаточно.

Найбільш високий ризик інфікування виникає при тривалому контакті в приміщенні з людиною, яка виділяє МБТ (в сім'ї, на роботі, в навчальному закладі тощо).

Ризик інфікування від хворого ТБ легенів, який не виділяє МБТ, є низьким, а від хворого з позалегеновим ТБ – ще нижче.

Розвиток захворювання починається в випадку, коли велика кількість заразних МБТ потрапляє у дихальні шляхи. З легенів з кровообігом МБТ



поширюються по всіх органах. Звичайно імунна система протягом 2-6 тижнів зупиняє розмноження й подальше поширення МБТ. Людина стає інфікованою, не хворіє на туберкульоз: не пред'являє скарг, на рентгенограмі в неї немає змін в легенях. Така особа не становить небезпеки для оточуючих.

Туберкульоз – це стан, при якому є клінічні симптоми або ознаки ураження одного або декількох органів. Це відбувається у зв'язку з тим, що МБТ починають розмножуватись і їх стає настільки багато, що імунітет не в змозі з ними впоратися.

Первинна інфекція розвивається після першого контакту з мікобактеріями туберкульозу.

При розвитку захворювання, внаслідок першої зустрічі з *M. Tuberculosis*, формується первинний туберкульоз, який протікає з обов'язковим ураженням лімфатичної системи, характеризується схильністю до поширення, та інколи, можливістю самолікування. Первинний туберкульоз зустрічається переважно в дитячому віці та у ВІЛ-інфікованих осіб у стадії вираженого зниження імунітету. Найбільш частою клінічною формою у дітей є туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

Швидке розвинення захворювання від первинної інфекції до туберкульозного ураження легенів спостерігається частіше у дітей, в віці до 5 років. Збільшення лімфатичних вузлів та ураження легенів можуть бути виявлені за допомогою рентгенологічного дослідження органів грудної клітки.

Вторинний туберкульоз розвивається після прихованого періоду, що може тривати кілька місяців або років після перенесеної первинної інфекції. Вторинний туберкульоз може розвиватися в результаті загострення (реактивації) старого туберкульозного вогнища або повторного зараження МБТ.

Реактивація означає, що мікобактерії, які “дрімали”, перебуваючи в тканинах протягом багатьох місяців або років, почали розмножуватись. Це може відбутись як відповідна реакція на ослаблення імунної системи, зокрема, ВІЛ-інфекцією, або стрес.

Розвитку вторинних форм ТБ сприяють різні супутні захворювання, переохолодження, фізичні або психічні травми.

Також вторинний туберкульоз може розвинути в результаті повторного інфікування людини (реінфекції).

При вторинному туберкульозі звичайно уражуються легені, хоча процес може розвиватися в будь-якому органі. Характерними ознаками вторинного ТБ є: велике ураження легенів, утворення порожнин у легенях, наявність мікобактерій туберкульозу в мокротинні. Такі пацієнти є основними джерелами інфекції в суспільстві.

Крім легенів, туберкульоз може уражати практично всі органи та системи – центральну нервову систему, нирки, статеві органи, травний тракт, хребет, кістки.

Без лікування протягом 5 років гинуть близько 50% хворих легенеvim ТБ.

## **Виявлення та діагностика туберкульозу**

Виявлення – це комплекс організаційних та епідеміологічних заходів з відбору людей, у яких можливий туберкульоз (скринінг).

Діагностика туберкульозу – це клінічні заходи з встановлення або спростування діагнозу туберкульозу у відібраних осіб.

### **Виявлення туберкульозу**

В установах ДКВС виявлення туберкульозу здійснюється медичними частинами та пунктами охорони здоров'я установ виконання покарань і слідчих ізоляторів, а також лікувальними установами (крім туберкульозних лікарень, куди направляються особи з установленим діагнозом туберкульозу).

Кожний пацієнт з симптомами, підозрілими на туберкульоз має звернутися до медичної частини для виключення діагнозу ТБ.

### **Методи виявлення хворих на туберкульоз**

В установах виконання покарань даний рентгенологічний метод виявлення туберкульозу є основним. Це пов'язане з тим, що є умови для обстеження усіх пацієнтів, високий ризик захворювання туберкульозом, велике процентне співвідношення виявлених хворих до обстежених. Також цей метод дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях розвитку, коли ще немає виділення МБТ, тобто, коли хворий менш небезпечний для оточуючих. Це особливо важливо в умовах колективного проживання та скупченості в установах ДКВС. Крім того, для виявлення інфікованих осіб використовують внутрішньошкіряну пробу Манту.

### **Виявлення туберкульозу «за зверненням» включає:**

- 1) **збір скарг і анамнезу (історії захворювання), огляд хворого**
- 2) **3-кратне мікроскопічне дослідження мазків мокротиння на кислотостійкі бактерії (КСБ).**

КСБ – кислотостійкі бактерії, до яких відноситься і мікобактерія туберкульозу. При мікроскопії мокротиння можливо вживання терміну «кислотостійкі бактерії», тому що остаточно встановити, що це саме мікобактерії туберкульозу, можна тільки за допомогою бактеріологічних методів дослідження. В умовах епідемії КСБ, виявлені в мокротинні хворого з підозрою на ТБ, вважаються мікобактеріями туберкульозу – МБТ.

### **3) рентгенологічне дослідження органів грудної клітини.**

В ДКВС контактними з хворим туберкульозом вважаються всі особи, які проживають в одному приміщенні з бацилярним хворим, які працюють з ним на виробництві, які контактують в їдальні тощо.

Іншою, не менш важливою частиною, є виявлення симптомів туберкульозу. Більше, ніж у 80% випадків, туберкульоз вражає легені. Дорослі хворі часто є бацилярними пацієнтами, тобто, виділяють з мокротинням МБТ та становлять епідемічну небезпеку для навколишніх.

Позалегеновий туберкульоз вражає інші органи: лімфатичні вузли, кості та суглоби, сечостатеву систему, мозкові оболонки, кишечник та ін. У зв'язку зі складністю діагностики пацієнтів з симптомами позалегенового туберкульозу необхідно направляти до лікаря-фахівця.

Туберкульоз може протікати безсимптомно, але в більшості хворих є характерна симптоматика, що змушує їх звернутися до лікаря. Зазвичай туберкульоз розвивається поступово, і до моменту звертання хворого до лікаря деякі симптоми присутні вже протягом декількох тижнів або навіть місяців.

Найбільш характерним симптомом туберкульозу легенів є кашель протягом 2-3 та більше тижнів, частіше, звичайно, з виділенням мокротиння.

Всі пацієнти, у яких є цей симптом, повинні якнайшвидше здати мокротиння на дослідження.

У зв'язку з тим, що серед осіб, позбавлених волі, переважна більшість курить, має супутні хронічні захворювання легенів (хронічні бронхіти і т.д.), цей симптом зустрічається дуже часто, особливо в холодну пору року в період масових гострих респіраторних захворювань. В такому випадку потрібно звертати увагу на посилення кашлю у хворого (на відміну від звичайного кашлю курця) і обов'язково проводити контроль ефективності лікування бронхо-легеневих захворювань.

**Кашель протягом 2-3 і більше тижнів звичайно супроводжується іншими симптомами ураження бронхолегеневої системи та погіршенням загального стану:**

- біль у грудній клітині
- задишка
- кровохаркання
- втрата апетиту
- втрата маси тіла
- втомлюваність
- лихоманка (субфебрильна температура)
- нічні поти

Для хворого позалегеневою формою туберкульозу також характерні втрата маси тіла, лихоманка, нічні поти.

**Інші симптоми залежать від ураженого органа, наприклад:**

- при ураженні лімфатичних вузлів відзначається їхнє збільшення, іноді з утворенням свищів з гнійним відокремлюванням;
- при ураженні суглобів – біль і збільшення суглобів в об'ємі;
- при туберкульозному менінгіті відзначається головний біль, лихоманка та інша неврологічна симптоматика, характерна для ураження оболонок мозку.

В установах ДКВС при встановленні діагнозу туберкульозу або підозрі на туберкульоз хворого необхідно негайно ізолювати, направивши його до ізолятора медичної частини для якнайшвидшого відправлення на лікування в туберкульозну лікарню.

## Лікування хворих на туберкульоз

Лікування хворих на туберкульоз має важливе значення як для самих пацієнтів, так і для всього населення. Вчасно почате та правильно проведене лікування хворого дозволяє попередити інвалідність, можливі ускладнення, а також загибель пацієнта. Крім того, лікування туберкульозу дозволяє знизити масштаби поширення захворювання, що надзвичайно значимо для суспільства.

Мета протитуберкульозного лікування складається з лікування випадків туберкульозу та запобігання розвитку стійкості МБТ до протитуберкульозних ліків.

### Основні принципи лікування туберкульозу:

- Лікування ТБ є комплексним (призначення декількох протитуберкульозних препаратів) з метою попередження розвитку лікарської стійкості МБТ до застосовуваних протитуберкульозних препаратів, проводиться за стандартними схемами.
- Лікування туберкульозу проводиться не менше 6 місяців (ціль – попередження розвитку рецидиву).

Курс лікування туберкульозу складається з двох фаз: інтенсивної і підтримуючої. Під час інтенсивної фази лікування відбувається швидка загибель мікобактерій, в результаті чого хворі перестають бути заразними й їхній клінічний стан поліпшується. Мета інтенсивної фази – припинення виділення МБТ. У цій фазі хворим призначається не менше 4 протитуберкульозних ліків.

У підтримуючій фазі лікування потрібна менша кількість протитуберкульозних препаратів, але протягом тривалого часу. Основна кількість МБТ гине в перші два місяці лікування, однак в організмі хворого зберігається частина мікобактерій, які тривалий час можуть перебувати в неактивному стані. З метою впливу на неактивні форми МБТ необхідно продовжувати курс лікування (підтримуюча фаза лікування). При недотриманні строків лікування збережені мікобактерії можуть викликати новий епізод туберкульозу (рецидив) і отримати стійкість до препаратів.

Під час інтенсивної й підтримуючої фази лікування пацієнт одержує добову дозу всіх препаратів в один прийом у відповідності до схеми лікування.

Найчастіше хворий має приймати препарати ранком натще.

### **Не можна приймати таблетки дрібно (два або три рази в день)!**

Частковий прийом препаратів приводить до зниженої концентрації ліків у крові, що в свою чергу може привести до розвитку стійкості до препаратів

Хворий має розуміти, що при проведенні правильного лікування туберкульоз виліковний, а відсутність лікування може привести до інфікування навколишніх, інвалідності або смерті хворого. Крім того, правильно проведене лікування туберкульозу сприяє швидкому поверненню хворого до повноцінного життя.

Забезпечення дотримання режиму лікування. Передчасне припинен-

ня лікування ставить під загрозу здоров'я хворого й створює ризик інфікування туберкульозом оточуючих.

**Необхідно забезпечити дотримання хворим режиму лікування.**

Це досягається шляхом безпосереднього контролю за прийомом препаратів як в інтенсивній, так і в підтримуючій фазі. Безпосередньо контрольоване лікування дозволяє переконатися, що хворий приймає всі препарати в призначених дозах через необхідні проміжки часу.

Залучення пацієнтів до лікування туберкульозу. Сприяння лікуванню означає, що пацієнт дотримується рекомендованого курсу лікування, приймає всі призначені ліки протягом усього необхідного часу. Туберкульоз практично завжди виліковний, якщо пацієнт сприяє лікуванню ТБ.

Несприяння лікуванню – нездатність або відмова пацієнта приймати призначене лікування. Коли лікування складне і тривале, яким і є лікування туберкульозу, пацієнти часто не приймають ліки як належно. **Це є однією із найбільших проблем та приводить до того, що:**

хвороба перебігає триваліше або може прогресувати;

- хворий продовжує заражати інших;
- це сприяє розвитку та поширенню туберкульозу, стійкого до ліків;
- це може привести до смерті хворого в результаті частих перерв у лікуванні.

Існує багато причин, що приводять до виникнення проблем із завершенням лікування пацієнтами, наприклад:

- Наступає день, коли пацієнти перестають почувати себе хворими, і вони вважають, що буде правильним припинити прийом ліків. Прояви симптомів ТБ можуть значно зменшитися в перші 8-12 тижнів лікування. Проте, якщо лікування проводиться менше 6 місяців, деякі МБТ можуть вижити та сприяти загостренню захворювання з формуванням стійкості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів.

- Іноді пацієнти не розуміють особливостей призначеного режиму лікування: як приймати ліки, які причини настільки тривалого лікування туберкульозу. Незнання цього може привести до небажання продовжувати й завершити лікування.

У деяких пацієнтів дуже сильні особисті або культурні упередження як до захворювання туберкульозом, так і до того, як його лікувати, до кого треба звернутися по допомогу тощо.

Низька мотивація може бути причиною недотримання режиму лікування.

### **Резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів.**

Стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів виникає внаслідок нерегулярного прийому протитуберкульозних препаратів, застосування неповноцінних комбінацій та доз препаратів.

Одним з найбільш частих причин розвитку стійкості до ліків в умовах виправних закладів є самолікування: застосування засудженими протитуберкульозних ліків (зокрема, рифампіцину) для лікування будь-яких захворювань.

Не застосовуйте протитуберкульозні препарати для лікування інших захворювань – це сприяє формуванню стійкості ТБ до протитуберкульозного лікування!

Нерегулярний прийом ПТП пов'язаний з низькою прихильністю хворих до лікування та спробами ухилитися від прийому великої кількості ліків, які необхідно прийняти пацієнтові за один раз протягом інтенсивної фази лікування.

Лікування стійких форм туберкульозу значно ускладнюється через обмежену кількість лікарських засобів, великою кількістю ускладнень та високою вартістю.

## **Коінфекція ВІЛ/туберкульоз**

ВІЛ-асоційований туберкульоз – це поєднання ВІЛ-інфекції та активного туберкульозу.

Відповідно до визначення ВООЗ, туберкульоз на сьогодні є основною причиною захворюваності та смертності серед ВІЛ-інфікованих в ряді країн. В свою чергу, збільшення кількості ВІЛ-інфікованих призводить до збільшення кількості хворих на туберкульоз.

Відомо, що ВІЛ-інфекція підвищує ризик розвитку активного ТБ і навпаки – ТБ ускладнює перебіг ВІЛ-інфекції.

ВІЛ-інфекція – найвагоміший фактор, що підвищує ризик захворювання на ТБ. Це пов'язано з тим, що при прогресуванні ВІЛ-інфекції кількість CD4 лімфоцитів зменшується та їх функція порушується. Імунна система втрачає здатність затримувати розмноження МБТ.

Розвиток активного ТБ у ВІЛ-інфікованих супроводжується підвищенням концентрації вірусів ВІЛ в крові.

Туберкульоз може розвинутиися на будь-якій стадії ВІЛ-інфекції у хворого. Ризик розвитку туберкульозу підвищується при поглибленні імуносупресії.

Загроза поєднання ТБ та ВІЛ-інфекції зумовлена тим, що майже кожна третя людина на землі є носієм МБТ, тобто, інфікована.

Висока смертність хворих на ВІЛ-асоційований ТБ зумовлена як тяжким перебігом ТБ на фоні ВІЛ-інфекції, так і несвоєчасним виявленням важких генералізованих форм. Однією з причин несвоєчасної діагностики ТБ серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атипичний перебіг ТБ та клінічні особливості ВІЛ-асоційованого захворювання.

На ранніх стадіях ВІЛ-інфекції перебіг ТБ мало відрізняється від перебігу його у хворих, не інфікованих ВІЛ, з переважним ураженням легенів. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції туберкульоз у 50-70% випадків має позалегеневу локалізацію (уражає всі органи, крім легенів) та частіш зустрічається при рівні CD4+ лімфоцитів нижче 200 клітин. На пізніх стадіях

ВІЛ-інфекції частка туберкульозу з ураженням багатьох внутрішніх органів та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів складає 60-70 %.

З метою виявлення позалегенових форм туберкульозу та відбору ВІЛ-інфікованих пацієнтів для хіміопрофілактики рекомендується додатково проводити туберкулінову пробу Манту з 2 ТО.

В установах Державної кримінально-виконавчої служби України при підозрі на захворювання на туберкульоз підтвердження діагнозу, у тому числі проведення консультації лікарем-фтизіатром, здійснюється на місці. Після встановлення діагнозу туберкульозу хворий направляєтся до спеціалізованої туберкульозної лікарні Державної кримінально-виконавчої служби або, якщо він утримується у слідчому ізоляторі, отримує лікування в туберкульозному ізоляторі медичної частини слідчого ізолятора.

В установах Державної кримінально-виконавчої служби організовано суцільне (в тому числі й ВІЛ-інфікованим) проведення рентгенофлюорографічного обстеження засуджених та взятих під варту осіб (як групи ризику щодо захворювання на туберкульоз).

При ВІЛ-асоційованому ТБ можуть уражатися практично всі органи та системи внаслідок прямої дії МБТ та ВІЛ, а також опортуністичних інфекцій і новоутворень, що розвиваються при імунodefіциті. Їх діагностика здійснюється залежно від клінічних проявів.

Туберкульоз у ВІЛ-інфікованих осіб може протікати без скарг, але у більшості хворих є характерна симптоматика, що змушує їх звернутись до лікаря. Найчастіше туберкульоз розвивається поступово, і до моменту звертання хворого до лікаря деякі симптоми вже є наявними протягом кількох тижнів або місяців.

Слід звертати увагу на субфебрильну (37,5-38°C) температуру та на зниження маси тіла.

Хворі на позалегенову форму ТБ можуть скаржитись на збільшені лімфатичні вузли, іноді з утворенням нориць із гнійним виділенням, біль у суглобах, хребті, розлади шлунково-кишкового тракту, біль у попереку, порушення сечовидільної функції та інші симптоми, які супроводжують ТБ ураженого органу. Нерідко ВІЛ-інфіковані звертаються до лікаря зі скаргами, властивими для ураження центральної нервової системи: лихоманкою, стійким розпираючим головним болем, багаторазовою блювотою, яка не приносить полегшення, двоїнням перед очима, сонливістю.

#### **Клінічні прояви ВІЛ-асоційованого туберкульозу:**

У хворих відмічається погіршення загального стану (температурна реакція, втрата маси тіла) протягом тижнів та місяців. Здебільшого симптоми погіршеного самопочуття завжди з'являється раніше, ніж симптоми ураження легенів (кашель сухий або з виділенням мокротиння, біль в грудній клітині).

Часто виявляються збільшені периферичні лімфатичні вузли (частіше шийні, над-підключичні) > 2см. Лімфовузли можуть бути болісними при різкому збільшенні (до 4-6 см) та залученні у патологічний процес прилеглих тканин при формуванні нориці. Характерний хвилеподібний пе-

ребіг з появою нових крупних лімфовузлів. Частим симптомом є збільшення печінки та селезінки. У хворих виявляється стійка та тривала анемія.

У ВІЛ-інфікованих пацієнтів опортуністичні інфекції нерідко супроводжують туберкульоз та можуть стати причиною смерті хворого в разі відсутності їх лікування. Пацієнти потребують діагностики, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, зокрема пневмоцистозу легень, який може супроводжувати туберкульоз.

## **Діагностика ВІЛ серед хворих на туберкульоз**

Виявлення ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз не відрізняється від її виявлення у інших осіб і має проводитися з врахуванням принципів добровільності, конфіденційності, анонімності, з обов'язковим наданням до- та післятестового консультування. Своєчасне виявлення ВІЛ-інфікування у хворих на туберкульоз надасть можливість вибору правильної тактики лікування та обстеження, своєчасного розгляду питання щодо призначення АРТ, проведення профілактики опортуністичних захворювань.

## **Організація лікування хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз**

Лікування туберкульозу. Лікування ТБ проводиться таке саме, як і у осіб, не інфікованих ВІЛ, але відрізняється більшою тривалістю як інтенсивної фази (за рахунок позалегеневих та генералізованих форм), так і всього курсу хіміотерапії.

АРТ можливо призначити після інтенсивної фази та протягом підтримуючої фази.

Призначення антиретровірусних препаратів та препаратів для лікування туберкульозу проводиться з врахуванням лікарських взаємодій препаратів.

Ризик розвитку побічних реакцій збільшується по мірі прогресування імунodefіциту. У більшості випадків побічні реакції спостерігаються в перші 2 місяці лікування.

Профілактичне лікування туберкульозу призначається всім хворим на ВІЛ з тяжкою імуносупресією до підвищення рівня CD4+ клітин вище 200 через високий ризик рецидиву або суперінфекції туберкульозу.

Ефективність лікування ТБ залежить від поширеності специфічного процесу, стійкості мікобактерій до протитуберкульозного лікування, побічних дій препаратів та від ступеню зниження імунітету, виду і кількості опортуністичних захворювань. При своєчасному виявленні туберкульозу та діагностиці і лікуванні інших опортуністичних інфекцій ефективність лікування ТБ у ВІЛ-інфікованих вища, ніж у осіб, не інфікованих ВІЛ.

Антиретровірусну терапію (АРТ) доцільно призупиняти на період лікування ТБ в інтенсивній фазі. Це зумовлено високим ризиком розвитку



синдрому відновлення імунної системи. АРТ відновлюють або починають її у підтримуючій фазі або під час інтенсивної фази лікування після узгодження з фахівцем центру СНІДу.

Синдром реконституції характеризується погіршенням стану хворого, наростанням симптоматики та туберкульозних змін в легенях і інших органах.

Проведення АРТ у хворого на ВІЛ-асоційований ТБ без протитуберкульозного лікування може призвести до прогресування ТБ і погіршити прогноз ВІЛ-інфекції.

Профілактика опортуністичних інфекцій (пневноцистної пневмонії та ін.) у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ є необхідним компонентом лікування та проводиться відповідно до національного протоколу лікування ВІЛ-інфекції.

У випадках одночасного діагностування ВІЛ-інфекції та активної форми туберкульозу розпочинати АРТ необхідно після завершення курсу протитуберкульозного лікування, щоб запобігти посиленню токсичної дії препаратів та негативним ефектам взаємодії антиретровірусних і протитуберкульозних препаратів.

## **Профілактика ТБ серед ВІЛ-інфікованих**

Первинна неспецифічна профілактика ТБ складається з комплексу запобіжних заходів, до яких відносяться:

- поінформованість ВІЛ-інфікованих про методи запобігання ТБ;
- обстеження на ТБ у разі контакту з хворим на активну форму ТБ;
- дотримання належного режиму роботи, відпочинку, харчування

тощо.

Вакцинація БЦЖ (первинна специфічна профілактика). За рекомендаціями ВООЗ, вакцинація БЦЖ має проводитися новонародженим, якщо в них немає явних ознак імунодефіциту.

Вторинна профілактика включає хіміопрофілактику протитуберкульозними препаратами. Доцільно застосовувати режими хіміопрофілактики, які складаються з двох протитуберкульозних препаратів.

Хворим на СНІД з кількістю CD4 клітин менше 200 в 1 мкл. крові незалежно від результатів туберкулінової проби рекомендовано призначати ізоніазид + рифампіцин або вищевказану комбінацію препаратів щоденно або двічі на тиждень протягом трьох місяців один раз на рік у стандартних дозах, відповідно до маси тіла.

## Глава III.

# Вірусні гепатити

### Опис проблеми

Вірусні гепатити А, В та С, є важливою проблемою сучасної медичної науки та практичної охорони здоров'я усіх країн світу.

В Україні вірусний гепатит А зустрічається у 43,7% дорослого населення. Захворюваність серед міського й сільського населення практично зрівнялася.

За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі вірусом гепатиту В інфіковано понад 2 млрд. осіб. Щороку у більше ніж 50 млн. осіб виявляються нові випадки захворювання, від 1,5 до 2 млн. людей помирають від захворювань печінки, зумовлених цією інфекцією.

В Україні епідеміологічна ситуація щодо поширення гепатиту В є вкрай небезпечною. За експертними оцінками кількість носіїв вірусу гепатиту В в Україні перевищує 1 млн. осіб.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в 1999 р. у світі нараховувалося близько 200 млн. (3% населення світу) інфікованих вірусом гепатиту С. Фактично мова йде про пандемію, що за масштабом в 5 разів перевищує зараженість вірусом імунodefіциту людини. До 2015 року очікується зростання кількості хворих гепатитом С більш ніж у 2 рази, а, отже, зросте кількість хворих на стадії цирозу і рак печінки.

Актуальність проблеми для України обумовлена зростанням захворюваності на хронічний гепатит на 76,6%, цирозом печінки – на 75,6% за останні п'ять років. Серед донорів крові та вагітних рівень захворюваності на ВГС сягає 1,3% та 2,0 %. Високі рівні інфікованості зареєстровані при обстеженні споживачів ін'єкційних наркотиків – 60,1% та ВЛІ-інфікованих – 53,3%. Також висока частота інфікування спостерігалась у групі осіб, які відбувають покарання в пенітенціарних закладах України (62,1%).

Провідним фактором поширення гепатиту С в Україні є вживання ін'єкційних наркотиків.

## **Вірусний гепатит А.**

### **Етіологія**

Збудник вірусного гепатиту А (ВГА) був відкритий S. Feinstone в 1973 році.

Вірус гепатиту А відноситься до ентеровірусів. Збудник ВГА нечутливий до впливу тепла, холоду, кислотності, різноманітних розчинників.

Так, при температурі від -20 до -70 °С вірус гепатиту А зберігає життєдіяльність протягом декількох років, при +40 °С – декілька місяців, а в діапазоні від +50 °С до +60 °С – протягом години. Однак він гине під час кип'ятіння протягом 5 хвилин, під дією ультрафіолетового опромінення протягом 60 секунд. Високі концентрації хлору також призводять до гибелі збудника.

### **Епідеміологія**

Джерелом інфекції є хвора людина з будь-якими проявами хвороби.

Найбільш заразними є безсимптомні (безжовтяничні) форми хвороби. Частка цих форм серед дорослих становить від 25 до 50%. Вірус гепатиту А легко передається від людини до людини.

Найпоширеніший шлях передачі – фекально-оральний, через забруднені продукти та воду. Описана можливість переносу збудника ГА мухами та домашніми тарганами. Масові осередки захворювання можуть виникати в районах, де каналізаційна та водогінна системи не відповідають сучасним стандартам.

### **Клінічні прояви**

Вірус уражує клітини печінки. Інкубаційний (прихований) період при ВГА триває 10-45 діб. Початковий (переджовтяничний) період складає в середньому від 3 до 8 діб.

В більшості випадків захворювання починається з підвищення температури тіла до 38-39 °С, погіршення самопочуття. Хворі скаржаться на тупі болі в правому підребер'ї, верхній частині живота, відчуття важкості у животі, темний колір сечі., пожовтіння очей.

Період розгорнутої клінічної картини (жовтяничний період)

Жовтяниця поширюється поступово. Спочатку жовтіють склери та слизові оболонки, потім шкіра тулуба, пізніше – кінцівок.

При ВГА жовтяниця наростає досить швидко – протягом 1-2 днів. З її появою самопочуття хворих значно покращується. Жовтяниця зберігається в середньому 7-14 діб. В період максимального ступеня жовтяниці печінка збільшена, кал набуває блідого забарвлення, сеча темна.

Вірусний гепатит А через 7-12 місяців закінчується повним одужанням.

### **Лікування**

Традиційна базова терапія вірусних гепатитів включає режим, дієту та вживання достатньої кількості рідини. Під час гострого періоду хво-

роби призначають дієтичне харчування, забороняється вживання жирної та гострої їжі.

Необхідною частиною лікування є вітамінотерапія. Потреба у вітамінах при типовому перебігу гепатиту А збільшується у зв'язку з порушенням їх всмоктування та синтезу в печінці.

### **Профілактика**

Основою профілактики гепатиту А є виконання правил особистої гігієни (миття рук перед вживанням їжі, після туалету), ретельне миття овочів та фруктів.

Ефективність профілактики ГА в першу чергу залежить від забезпечення установ чистою водою для пиття та господарських потреб, створення сучасної системи каналізації, підвищення рівня особистої гігієни.

## **Гепатит В (hepatitis B)**

Вірусний гепатит В – вірусна інфекція, якою хворіють тільки люди.

### **Короткі історичні дані**

Тривалий час вірусний гепатит В називали сироватковим, хворобою Боткіна шприцевим. Це підкреслювало шлях передачі збудника з кров'ю через ушкоджену шкіру та слизові оболонки.

В 1970 році Д. Дейн уперше виділив вірус гепатиту В.

### **Етіологія**

Вірус гепатиту В надзвичайно стійкий у зовнішньому середовищі. У донорській крові та її препаратах зберігається роками. Вірус виявляють на постільній білизні, медичних і стоматологічних інструментах, голках, забруднених кров'ю (при збереженні протягом декількох місяців при кімнатній температурі).

Вірус гине після автоклавування при 120 °С через 45 хвилин, стерилізації сухим жаром при 180 °С через 60 хвилин. На нього згубно діють дезінфікуючі засоби.

### **Епідеміологія**

Джерело інфекції – хворий з будь-якою формою захворювання (хворі гострим і хронічним гепатитами, з цирозом печінки і так звані «здорові» вірусоносії). У крові хворих вірус з'являється задовго до прояву хвороби та циркулює протягом усього гострого періоду хвороби, а також при хронічному носійстві.

### **Механізм передачі**

Тільки кров та сперма представляють реальну небезпеку зараження, тому що в інших рідинах концентрація вірусу дуже мала. Захворювання передається головним чином парентеральним шляхом при споживанні наркотиків ін'єкційним шляхом, переливаннях препаратів крові, при використанні медичних інструментів без їх якісної стерилізації.

Вірус передається через інфіковані засоби гігієни (бритви, зубні щітки, рушники і т.д.), при проникненні збудника в організм через мікротравми на шкірі та слизових оболонках. Зараження відбувається також у результаті нанесення татуювання, пірсингу та при інших маніпуляціях.

Статевий шлях передачі вірусного гепатиту В реалізується при гомо- та гетеросексуальних контактах: вірус проникає через мікротравми слизових оболонок при статевих контактах.

Контактно-побутовий шлях передачі інфекції – інфікування в родині, інфікування в організованих колективах дітей та дорослих.

Головну небезпеку представляють носії вірусного гепатиту В при тісному спілкуванні в колективах.

В місцях позбавлення волі спостерігається високий рівень інфікування гепатитом В. Це зумовлено великою часткою осіб, які мають досвід ін'єкційного споживання нелегальних наркотиків.

Під час перебування в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань існує ризик інфікування ГВ під час спільного використання ін'єкційного інструментарію та ризикованої статевої поведінки (без використання презерватива).

### **Основні епідеміологічні ознаки**

Вірусний гепатит В відносять до числа широко розповсюджених інфекційних хвороб. Вважається, що вірусом інфіковані близько 2 млрд. людей, щорічно вмирає близько 2 млн. хворих.

Захворюваність вірусним гепатитом В пов'язана в основному з поганими соціальними та економічними умовами життя.

В епідемію інтенсивно втягується молоде працездатне населення: серед тих, хто захворів, переважають особи у віці від 15 до 30 років, на частку яких приходиться близько 90% всіх хворих. Такий віковий склад хворих гепатитом обумовлений тим, що в структурі шляхів інфікування домінує “наркозалежний” та статевий шлях передачі інфекції. Молоді люди у віці до 30 років, що вживали наркотики, складають 80% померлих від вірусного гепатиту В.

### **Клінічна картина**

Вірус проникає в організм людини через ушкоджені шкіру чи слизові оболонки, потім з течією крові проникає у печінку і вражає її.

### **Інкубаційний період**

При гострій формі вірусного гепатиту В його тривалість піддається великим коливанням і варіює від 30 до 180 днів і більш.

### **Переджовтяничний період**

В переджовтяничному періоді вірусного гепатиту В хворі часто скаржаться на зниження апетиту, постійне відчуття нудоти, періодична блювота без будь-яких причин, підвищення температури тіла, болі в суглобах.

В переджовтяничному періоді спостерігається запаморочення, інтенсивна сонливість і кровотечі з носа і ясен.

### **Жовтяничний період**

Самопочуття хворих, як правило, не поліпшується, а в більшості випадків погіршується.

Жовтяниця шкіри та слизових оболонок повільно прогресує, сягаючи свого максимуму не раніше 7-10 дня з моменту її появи. Жовтяниця зазвичай інтенсивна, супроводжується шкірною сверблячкою. На шкірі нерідко з'являються синці. Сеча стає темного кольору, у більшості хворих

кал світлішає.

Печінка, як правило, збільшується в розмірах. Хворі зазвичай апатичні, скаржаться на запаморочення, розлади сну.

Перебіг жовтяничного періоду тривалий, затягується до 1 місяця і більше.

Крім гострої форми захворювання вірусним гепатитом В може виявлятися у вигляді хронічної форми (хронізація в 5-10% випадків) і цирозів.

Хронічний гепатит В протікає хвилеподібно, з періодичними загостреннями.

### **Лікування**

Хворих з гострим перебігом вірусного гепатиту В госпіталізують.

Хворим гострим гепатитом у середньо-важкій та важкій формах, а також при вираженому загостренні хронічного гепатиту необхідний спокій. Навіть після виписки зі стаціонару протягом 1-3 місяців необхідно виключити важку роботу і будь-які фізичні перевантаження. Необхідне дотримання дієти: обмеження жирного та смаженого.

### **Профілактичні заходи**

У комплексі профілактичних заходів першорядне значення мають заходи, спрямовані на попередження заражень вірусним гепатитом В при споживанні ін'єкційних наркотиків, також при переливаннях крові і проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій. Усіх донорів піддають комплексному клініко-лабораторному обстеженню на наявність вірусу гепатита В.

З метою профілактики гепатиту В в установах виконання покарань має значення впровадження програм зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків – обмін шприців та голочок, дезінфекція ін'єкційного обладнання та інструментів для проведення татуажу.

Переривання природних шляхів передачі вірусного гепатиту В забезпечують санітарно-гігієнічні заходи: індивідуальне використання всіх предметів особистої гігієни і роздільне їхнє збереження (прилади для гоління, зубні щітки, мочалки, гребінці та ін.), виконання правил особистої гігієни, попередження мікротравмування в побуті та на виробництві.

Для профілактики статевого шляху передачі інфекції варто уникати незахищених статевих зв'язків, під час усіх статевих контактах використовувати презервативи.

З огляду на різноманітність шляхів передачі вірусного гепатиту В та велику кількість джерел інфекції, найбільш перспективний засіб профілактики – вакцинація. Саме вона є єдиним засобом профілактики гепатиту В у немовлят.

## **Вірусний гепатит С**

Вірусний гепатит С (ВГС) – вірусна інфекція, якою хворіють лише люди, що характеризується ураженням печінки, частою схильністю до переходу у хронічний стан, розвитку цирозу печінки і первинного раку печінки.

## **Короткі історичні данні**

У 1989 р. вдалося знайти вірус, що дозволило виділити нове самостійне захворювання – вірусний гепатит С.

## **Етіологія**

Відмінною рисою вірусу гепатиту С є здатність до тривалого збереження вірусу в організмі, що обумовлює високий розвиток хронічної інфекції.

Вірус стійкий до нагрівання, витримує до 50 °С, інактивується ультрафіолетовим опромінюванням. Стійкість збудника в зовнішньому середовищі більш виражена, ніж у ВІЛ.

## **Епідеміологія**

Джерелом інфекції є хворі на хронічні та гострі форми хвороби, що протікають як із клінічними проявами, так і безсимптомно. Кров інфікованої людини заразна протягом періоду, що починається з одного чи декількох тижнів до появи клінічних ознак хвороби, і можуть містити вірус невизначено довгий час.

## **Шляхи передачі**

Вірус гепатиту С передається насамперед через заражену кров і в меншій мірі – через інші біологічні рідини людини. Вірус виявлений в слині, сечі, спермі.

Дуже висока поширеність вірусного гепатиту С серед споживачів ін'єкційних наркотиків (70-90%), що представляє собою найбільшу небезпеку в поширенні захворювання.

Ризик передачі вірусу підвищують переливання крові, нанесення татувань, порушення цілісності шкіри при ін'єкціях. Однак у 40-50% хворих не вдається виявити ніяких факторів ризику, і спосіб передачі вірусу при цих поодиноких випадках залишається невідомим.

У результаті проведення обов'язкового дослідження на наявність вірусу всіх доз донорської консервованої крові вдалося досягти зниження кількості випадків вірусного гепатиту С пов'язаного з переливанням крові.

Передача вірусного гепатиту С від вагітної жінки до дитини (вертикальна передача) незначна, але можлива при високих концентраціях вірусу у матері чи при супутньому інфікуванні вірусом імунодефіциту людини.

Роль статевих контактів у передачі вірусного гепатиту С досить невелика і складає близько 5-10% (при передачі вірусного гепатиту В – 30%). Частота статевої передачі збудника зростає при супутній ВІЛ-інфекції, великій кількості сексуальних партнерів не практикуючих використання презервативів. Деякі дослідження щодо виявлення вірусного гепатиту С в родинних підтверджує можливість (хоча і малоймовірну) його побутової передачі.

## **Основні епідеміологічні ознаки**

Інфекція поширена скрізь. За даними ВООЗ, наприкінці 90-х років близько 1% населення світу було інфіковано вірусним гепатитом С. У Європі і Північній Америці поширеність інфекції складає 0,5-2%, у ряді регіонів Африки – 4% і вище.

Основну групу хворих складають, як і при вірусному гепатиті В, підлітки та особи 20-29 років. Число інфікованих в лікувально-профілактичних установах складає 1-2% усіх випадків інфекції. Вірусний гепатит С є однією з основних причин розвитку хронічних захворювань печінки і первинного раку печінки.

### **Інкубаційний період**

Складає 2-13 тижнів, однак у залежності від шляху передачі може продовжуватися до 26 тижнів.

### **Клінічна картина**

Гостра інфекція здебільшого клінічно не діагностується, протікає переважно в безжовтяничній формі, що складає до 95% усіх випадків гострого вірусного гепатиту С.

Хворі відзначають слабкість, млявість, швидку стомлюваність, погіршення апетиту. Іноді в переджовтяничному періоді виникають почуття важкості в правому підребер'ї, лихоманка, болі в суглобах, диспепсичні розлади. Жовтяниця зустрічається у 25% хворих. Перебіг жовтяничного періоду найчастіше легкий, жовтяниця швидко зникає.

Відмінна риса вірусного гепатиту С – багаторічний прихований або малосимптомний перебіг. У таких випадках захворювання здебільшого довго залишається не виявленим або діагностується на тлі розвитку цирозу печінки і первинного раку печінки.

### **Лікування**

В даний час рекомендовано в гостру і хронічну фази захворювання застосування препаратів інтерферону у сполученні з противірусними препаратами.

### **Профілактичні заходи**

Політика охорони здоров'я, спрямована на зменшення передачі ВІЛ-інфекції, наприклад, просування реклами безпечного сексу серед молоді, впровадження програм зменшення шкоди серед споживачів ін'єкційних наркотиків, сприяє зниженню передачі вірусного гепатиту С в групах високого ризику. Профілактичні заходи для попередження інструментального зараження вірусним гепатитом С, як і заходи, спрямовані на нейтралізацію природних шляхів передачі, ті ж, що і при вірусному гепатиті В.



## Глава IV.

# Захворювання, що передаються статевим шляхом

Венеричні хвороби, чи захворювання, що передаються статевим шляхом, – група інфекційних захворювань, що поширюються головним чином при статевому контакті з інфікованим партнером.

Спочатку до венеричних хвороб відносили п'ять захворювань: гонорею, сифіліс, м'який шанкер, паховий лімфогранулематоз та венеричну гранулему. У 1960-і роки було доведено, що статевим шляхом передаються і деякі інші хвороби. Термін “захворювання, що передаються статевим шляхом” на сьогодні поєднує більш великий ряд захворювань, що включає не тільки згадані вище, але й хламідіоз, генітальний герпес, цитомегаловірусну інфекцію, зараження стрептококом групи В, гепатит, вагініт, інфекції органів черевної порожнини, гостроконечні кондиломи і зоопаразитарні хвороби та ін. (зараз більше 130 захворювань).

Хвороби, що передаються статевим шляхом, зустрічаються в осіб будь-якого віку і соціального стану. Більше половини зареєстрованих випадків – підлітки і молоді люди, причому більшість випадків припадають на вік від 18 до 29 років.

## Класифікація хвороб, що передаються статевим шляхом

(класифікація ВООЗ)

Класичні венеричні хвороби	
	Сифіліс Гонорея М'який шанкер (шанкроїд) Лімфогранулематоз паховий Гранулема венерична (донованоз)
Інші інфекції, що передаються статевим шляхом	
А. З переважним ураженням статевих органів	Хламідіоз Трихомоніаз Кандидоз Герпес Мікоплазмоз Уреаплазмоз Гостроконечні кондиломи (папілома вірус) Гарднерельоз Токсоплазмоз Контагіозний моллюск Лобковий педикульоз (воші) Короста
Б. З переважним ураженням інших органів	ВІЛ-інфекція Гепатит В Цитомегаловірус Амебіаз (переважно гомосексуалістів) Стафілокок Стрептокок Лямблій

### Класичні венеричні хвороби

#### Сифіліс

Сифіліс – класичне венеричне захворювання. Для сифілісу характерним є ураження шкіри, слизових оболонок, внутрішніх органів (серцево-судинної системи, мозку, печінки), кістково-суглобової та нервової систем.

Сифіліс є загальним інфекційним захворюванням і за відсутності лікування або на тлі неадекватної терапії протікає роками. Сифіліс характеризується хвилеподібним перебігом зі зміною періодів загострення прихованими періодами. Сифіліс у активній формі спостерігається проявами на шкірі, слизових оболонках та внутрішніх органах. Для прихованого періоду сифілісу характерна відсутність клінічних ознак, діагноз можна встановити тільки на підставі лабораторного обстеження.

Сифіліс не залишає після себе імунітету, тому при повторному інфіку-

ванні виникне нове зараження хворобою

Сифіліс по рівню захворюваності, загрозі здоров'ю населення, певним труднощам у лікуванні займає особливе місце не тільки серед венеричних хвороб і інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), але і серед усіх інфекційних захворювань.

Рівень захворюваності сифілісом, починаючи з 90-х років минулого сторіччя, невідмінно підвищується.

### **Етіологія.**

Збудником сифілісу є бліда трепонема – мікроб спіральної форми, з великою рухливістю. Бліда трепонема при розмноженні поділяється на декілька частин. Через несприятливі умови трепонеми перетворюються у цисти та можуть довго зберігатися в організмі.

Зараження сифілісом відбувається найчастіше статевим шляхом, від матері до дитини під час вагітності.

### **Періоди сифілісу**

Сифіліс характеризується послідовною зміною активних проявів з прихованими періодами.

Клінічний перебіг сифілісу поділяється на інкубаційний період, первинний, вторинний і третинний періоди. Інкубаційний (прихований) період зазвичай триває близько місяця.

Первинний сифіліс характеризується появою первинної сифіломи – твердого шанкера, та збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів. Виразка (шанкер) поодинокі, безболісна та щільна, з чистим дном, виділяє прозору світлу рідину, може бути розташована в області ануса, статевих органів, в роті, на шкірі. Через декілька тижнів виразка загоюється, а хвороба без належного лікування переходить у наступну стадію.

Вторинний сифіліс характеризується появою висипів на шкірі та слизових оболонках, ураженням нервової системи. Вторинний сифіліс має хвилеподібний перебіг: активні прояви змінюються прихованою формою сифілісу.

Без лікування хвороба переходить до стадії третинного сифілісу, який характеризується незворотними ураженнями внутрішніх органів та нервової системи.

Хворий є заразним під час усіх періодів сифілісу!

### **Лікування сифілісу**

Лікування сифілісу базується на встановлених у світі відповідних стандартах. При лікуванні сифілісу використовуються специфічні антибактеріальні препарати. При лікуванні сифілісу пацієнт повинен дотримуватися рекомендованого режиму, тривалості інтервалів між курсами лікування, що значно підвищує ефективність лікування сифілісу.

При наявності у пацієнтів супутніх інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) – гонореї, хламідіозу, трихомоніазу, уреаплазмозу, мікоплазмозу перш за все проводиться лікування сифілісу. Після лікування сифілісу проводиться лікування супутніх ІПСШ.

Стационарне лікування – 15-28 діб. Амбулаторне лікування не проводиться!

## **Превентивне (профілактичне) лікування**

Превентивне лікування проводиться особам, які мали статевий або тісний побутовий контакт із хворим на заразні форми сифілісу, якщо з моменту контакту пройшло не більше 3 місяців.

Після закінчення лікування усі хворі підлягають тривалому спостереженню (від 1 до 5 років), по завершенні якого вони проходять ретельне обстеження, а потім знімаються з обліку.

Профілактика сифілісу передбачає комплекс суспільних і індивідуальних заходів. Серед заходів суспільної профілактики основне значення мають госпіталізація усіх хворих з активними проявами хвороби, строгий контроль за хворими до зняття з обліку, активне виявлення джерел зараження, обстеження контактів, профілактичні огляди, дослідження крові вагітних і всіх стаціонарних хворих на реакцію Вассермана, санітарно-просвітня робота, організація пунктів індивідуальної профілактики при вендиспансерах.

### **Заходи індивідуальної профілактики:**

- неприпустимість незахищених статевих стосунків (без презерватива);
- при статевих контактах користування презервативом з наступним обмиванням статевих органів теплою водою з милом;
- проведення екстреної профілактики в перші години після незахищеного статевих контакту;
- використання розчинів хлоргексидину 0,05% або мірамістину 0,01% після незахищеного статевих акту.

## **Гонорея**

Гонорея передається статевим та побутовим шляхом, зазвичай вражає слизові оболонки статевих органів. Гонорея може вражати слизові оболонки інших частин тіла. Наприклад, у дитини, мати якої до моменту пологів хворіла гонореею статевих шляхів, може розвинути гонорейне ураження очей, так звана бленорея немовляти.

Німеський лікар А. Нейссер у 1879 відкрив гонокок.

Збудник гонорей – гонокок - це бактерія Гонорея передається при незахищених статевих контактах, і не залишає після себе імунітету, тобто, при повторному інфікуванні виникне нове зараження хворобою.

### **Симптоми**

Гонорея у чоловіків починається з відчуття зудіння і болісності при сечовипусканні. Здебільшого ці симптоми з'являються через 2-7 днів після зараження, але можуть виникати пізніше. У сечівнику розвивається запалення, зі статевих члена починає виділятися гній. Спочатку з'являються прозорі водянисті чи білясті виділення, потім вони стають густими і зеленувато-жовтими. Іноді в них помітні прожилки крові. Згодом виділення гною зменшується. Однак зникнення симптомів не означає видужання.

У жінок при інфікуванні найчастіше уражується шийка матки, сечів-

ник і деякі залози навколо зовнішніх статевих органів. При відсутності лікування інфекція поширюється по статевих шляхах нагору. Згодом запалення сягає верхніх відділів статевого тракту, включаючи матку, маткові труби, яєчники і черевну порожнину; виникають ускладнення. Найчастіше з них – запалення органів малого таза, що може призвести до безпліддя.

Як у чоловіків, так і в жінок гонокок може проникати в кров і, поширюючись в організмі, уражати суглоби (артрит), головний мозок і навіть серце. Оскільки в багатьох жінок гонорея протікає відносно безсимптомно, вони мимоволі стають джерелом інфекції.

### **Лікування**

Лікування гонореї проводиться як в умовах стаціонару, так і амбулаторно. Дуже важливим є дотримання схем лікування з метою профілактики ускладнень.

## **Інші інфекції, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів**

### **Негонорейні (неспецифічні) уретрити**

Запалення сечівника, обумовлені не гонококами, а іншими причинами, називаються неgonoкоковими, або неспецифічними, уретритами. Вони, як правило, зустрічаються в чоловіків, а в жінок рідкі й мало вивчені.

Здебільшого причинами неgonoкокових уретритів є збудники інфекції. Найчастіше в чоловіків неgonoкоковий уретрит викликається хламідіями, уреаплазмами, мікоплазмами, трихомонадами. Більшість неgonoкокових уретритів передаються статевим та побутовим шляхом (використання спільних рушників та простирадл).

Клінічна картина всіх неgonoкокових уретритів у чоловіків характеризується переважанням малосимптомних форм. Як правило, інкубаційний період становить від 7 до 21 днів. Негонококові уретрити часто супроводжуються ускладненнями.

У цілому пацієнтів з неgonoкоковим уретритом варто розділити на хворих, що мають клінічні прояви, і пацієнтів з безсимптомним плином захворювання: перші мають симптоми уретриту й/або уретральні виділення. Безсимптомні форми уретриту заслуговують найпильнішої уваги й активного виявлення, оскільки при відсутності суб'єктивних проявів захворювання пацієнти, як правило, не звертаються за медичною допомогою та є джерелом розповсюдження інфекції.

Хворі на неgonoкоковий уретрит можуть бути джерелом інфікування статевого партнера.

Лікування проводиться антибіотиками широкого спектра дії.

Всі статеві партнери підлягають обстеженню, якщо з моменту виявлення симптомів у хворого уретритом ще не пройшло 60 днів. Під час лі-

кування не рекомендуються статеві контакти до зникнення всіх симптомів у всіх партнерів. Якщо у пацієнтів має місце рецидив внаслідок недотримання первинного режиму лікування або інфікування від нелікованого партнера, курс треба повторити з самого початку.

## **Трихомоніаз**

Трихомоніаз займає 2-3 місце серед венеричних захворювань (після гонореї і хламідіозу), що найчастіше зустрічаються.

Збудник сечостатевого трихомоніазу – трихомонада.

Трихомонади представляють собою дуже рухливі одноклітинні мікроорганізми, що мають джгутики, і паразитують у сечостатевому тракті людини.

У жінок живе в піхві, у чоловіків – у простаті та сім'яних пухирцях. Сечівник може уражатися в обох статей.

Шлях передачі трихомонад – статевий. Можливе зараження через забруднені рушники, діти можуть інфікуватись під час пологів від матері.

### **Патогенез**

У жінок трихомоніаз уражує зовнішні статеві органи, піхву, шийку матки. Частота захворювань у жінок, що ведуть активне статеве життя, складає 50-70%.

У чоловіків трихомонади можуть уражати простату, сім'яні пухирці, придатки яєчок і уретру. Чоловіки також частіше занедажують у період максимальної статевої активності.

Трихомонадна інфекція може протікати по типу безсимптомного носійства. При цьому прихований перебіг зустрічається у чоловіків частіше. Безсимптомний перебіг захворювання в жінок дуже часто супроводжується важкими ушкодженнями епітелію шийки матки.

Безплідність унаслідок трихомонадної інфекції зумовлена інфікуванням чоловіка (статевого партнера) і не зв'язана з наявністю трихомонад у жінок. Присутність трихомонад у спермі може викликати зміну рухливості сперматозоїдів і їхньої життєздатності, особливо при високій концентрації мікроорганізмів.

### **Клінічний перебіг**

Інкубаційний період при трихомоніазі дорівнює від 2-5 днів до 30-60 днів. Клінічно виявляється у виді запалення статевих органів.

Найбільше часто у жінок є скарги на зудіння в області статевих органів, одночасно з цим з'являються болі в області статевих органів, пінисті виділення сірувато-жовтого кольору з неприємним запахом.

У чоловіків найбільше часто розвивається уретрит. Скаргами в чоловіків є відчуття печіння і зудіння в сечівнику, скудні сірі чи білуваті водянисті виділення.

### **Лікування**

Лікуванню підлягають хворі трихомоніазом як з наявністю запальних явищ, так і з відсутністю таких. Лікування носійства при трихомоніазі диктується тим, що вони є джерелом зараження. Лікуванню підлягають

як хворі носії, так і контактні особи.

Лікуванню підлягають обидва статеві партнери. Контроль результатів лікування проводять через 7-10 днів після лікування, а потім ще двічі з інтервалом у місяць.

Лікування вагітних рекомендується проводити у другій половині вагітності.

## Герпес

Герпетична інфекція статевих шляхів – вірусне захворювання, що має тенденцію до поширення. Збудник герпетичної інфекції статевих шляхів – вірус простого герпесу.

### Розрізняють два види вірусу простого герпесу:

- HSV-1 звичайно вражає порожнину рота;
- HSV-2 вражає статеві органи (генітальний герпес).

Більшість людей контактують з вірусом герпесу 1 типу з раннього дитинства, тоді як «знайомство» з вірусом герпесу 2 типу відбувається в молодих людей тільки з початком статевого життя.

Зараження вірусом герпесу відбувається при статевому контакті і при поцілунку.

Поширення інфекції відбувається при вагінальному, оральному і анальних статевих контактах. Зараження може відбутися від інфікованого пацієнта як при наявності симптомів захворювання, так і при їхній відсутності.

Первинне інфікування супроводжується різко вираженою симптоматикою, після чого вірус переходить у прихований стан. Повторне загострення захворювання спостерігається в 75% хворих.

Первинно вірус уражає шкіру, а потім він переміщується по нервових клітках і існує в прихованій формі в клітках нервових вузлів.

Пацієнти з гарною імунною системою легше переносять герпетичну інфекцію, у них вона частіше проходить у прихованій формі. У пацієнтів зі зниженим імунітетом частіше спостерігаються важкі і тривалі герпетичні ураження.

### Клінічні прояви генітального герпесу

У чоловіків герпетичні ураження статевих органів зазвичай розвиваються на статевому члені і внутрішній поверхні крайньої плоти. У деяких випадках вони розгашовуються на мошонці, в уретрі чи на промежині.

Процес часто супроводжується місцевими болями, лихоманкою, ущільненням пахових лімфатичних вузлів. Загостренню захворювання можуть передувати поколювання чи відчуття печіння.

При первинному ураженні можуть відзначатися: лихоманка, нездужання, головний і м'язовий біль. Через 3-4 дня після появи уражень шкіри або слизових оболонок на місці ураження виникають маленькі хворобливі пухирці, що зливаються в гроно.

Лікування проводиться із застосуванням протівірусних препаратів.

## Контагіозний моллюск

Моллюск контагіозний – хронічна вірусна інфекція шкіри, досить часто зустрічаються у ВІЛ-інфікованих.

Збудник – однойменний вірус, патогенний тільки для людини. Зараження відбувається при безпосередньому контакті з хворим або через предмети, що знаходилися в його користуванні.

Інкубаційний період – від декількох тижнів до декількох місяців.

### Клінічні прояви

Одиничні чи множинні щільні віскоподібні безболісні вузлики тілесного кольору, величиною від шпилькової голівки до горошини, напівкулястої форми з пупкоподібним поглибленням у центрі, що розташовуються зазвичай у дітей на обличчі, шиї і тулубі, а в дорослих – на статевих органах і в сусідніх з ними областях. При здавленні вузликів (нігтями або пінцетом) з центрального поглиблення виділяється біла крихка маса. Висипання зазвичай стійкі, але можуть зникати спонтанно.

### Лікування

Видалення вузликів пінцетом з послідуочим змазуванням йодним настоєм, іноді електрокоагуляція.

## Педикульоз

На шкірі людини паразитують три різновиди вошей: платяна, головна і лобкова. Платяна воша живе і відкладає яйця (гніди) у складках нательної білизни, одягу. Тільки для добування їжі (крові) вона переходить на шкіру, частіше в місцях щільного прилягання одягу – поперек, спина. Травмування шкіри при почісуванні часто ускладнюється шкірними захворюваннями.

Головна воша. Протягом місяця свого життя самка відкладає до 150 яєць (гнід), що приклеюються до волосся хітиною речовиною. Розвиток яєць займає до 2 тижнів, протягом яких личинка кілька разів линяє (з обов'язковим насиченням кров'ю), після чого перетворюється в дорослу вошу. Розчісування шкіри створює сприятливі умови для розвитку вторинної гнійної інфекції, а іноді й екземи. Можливе утворення фурункулів, запальних хворобливих лімфаденітів і ін.

Лобкова воша (площиця) живе на волоссі лобка, бровах та інших волосистих частинах тіла, міцно утримуючись на шкірі, малорухома. Позна тілом господаря може жити не більше 12 годин. Самиця відкладає по 3 яйця (50 за життя). Без харчування лобкова воша живе 10 годин. Розповсюджуються воші, переповажаючи з однієї людини на іншу при безпосередньому контакті, при користуванні спільними речами – одягом, білизною, головними уборами, гребінцями, щітками для волосся та інше. Збереженню ураження вошами різних контингентів сприяють скупченість населення, порушення санітарно-гігієнічного режиму, а також невиконання правил особистої гігієни.

Укуси паразитів викликають зудіння та розчісування шкіри, нерідко



приєднується вторинна інфекція. На шкірі живота, бокових поверхнях грудей з'являються своєрідні синюваті неправильних обрисів плями, що не зникають при натисненні.

Для лікування лобкового педикульозу рекомендується збрити волосся, обмити теплою водою з милом і втерти в шкіру 5-10% білу чи сіру ртутну мазь, 20% суспензію бензилбензоату чи аерозоль спрегалю. На вії – мазь з 1% жовтого окису ртуті.

Виявлення педикульозу у плановому порядку здійснюється під час медогляду прибулих до установи, перед відправленням до другої установи, а також не рідше 1 разу на місяць у період повної санітарної обробки.

## **Короста (Scabies)**

Заразне паразитарне захворювання, що викликається коростявим кліщем.

### **Епідеміологія**

Кліщі за своєї природи є паразитами, що харчуються лусочками, роговими масами поверхневих шарів шкіри людини й тварин.

Захворювання на коросту є високо контагіозним, існує можливість зараження при контакті з хворою людиною або користуванні інфікованими предметами побуту, насамперед особистого користування. Зараження коростою може відбуватися при статевому контакті, тому її відносять до захворювань, що передаються статевим шляхом.

Коростявий кліщ має невеликі розміри та погано видний неозброєним оком. Кліщ має округлу форму і по зовнішньому вигляді трохи нагадує черепаха. Запліднена самка проникає з роговий шар шкіри та прокладає паралельно поверхні шкіри коростявий хід довжиною 5-10 мм, відкладає до 50 яєць. З яєць з'являються личинки, які формуються в статевозрілих кліщів, що живуть 2-2,5 міс. Найбільш сприятливими місцями перебування кліщів, крім шкіри людини, є природні (вовняні, бавовняні, шовкові) тканини, а також побутовий пил і вироби з дерева.

Зараженню коростою сприяють погані гігієнічні умови, забруднення шкіри, підвищена пітливість.

### **Клінічні прояви**

На місці проникнення кліща в шкіру з'являються маленькі пухирці, розташовані попарно. Головним симптомом корости є сильна сверблячка, особливо різка увечері й уночі, після того як хворий лягає в постіль. Крім характерної сверблячки, що часто є й першою ознакою захворювання, відзначають появу парних елементів, коростявих ходів (тонкі пунктирні лінії сіруватого кольору) і саден від розчісування шкіри. Улюбленою локалізацією корости є міжпальцеві складки кистей, бічні поверхні пальців рук, згинальна поверхня променезап'ясткових суглобів, розгинальна поверхня передпліч, ліктьового суглоба, передньобокові поверхні тулуба, область передніх стінок пахвових западин, молочних залоз (окружність соска), живота, сідниць, стегон, гомілок і область статевого члена. На місці пухирців утворюються кров'яністі скоринки завбіль-

шки зі шпилькову голівку.

Зазначені вище місця улюбленої локалізації корости пояснюються тим, що коростявий кліщ воліє розташовуватися на ділянках з тонким роговим шаром.

Особливим різновидом є норвезька короста, що формується у хворих з важкими системними захворюваннями (онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція, ін.). При цій формі корости сверблячка може бути відсутня або буває не різко вираженою, а запальні зміни проявляються великими поверхнями, вкритими множинними нашаруваннями сірувато-брудного кольору, серед яких скупчується дуже велика кількість коростявих кліщів. При норвезькій корості шкіра у вогнищах ураження суха, вкрита товстими темно-зеленими кірками, що місцями нагадують суцільний панцир, що обмежує рухи й робить їх хворобливими. Волосся на уражених ділянках має сухий та тьмяний вигляд. Відзначається загальне збільшення лімфатичних вузлів. З огляду на виразність клінічної симптоматики корости слід зазначити при цьому незначність сверблячки або її відсутності. При насильницькому видаленні кірок оголюється запалена шкіра, на якій можна бачити масу білих крапок – коростявих кліщів.

### **Діагностика**

Одним з надійних способів діагностики корости є знаходження коростявого кліща при мікроскопічному дослідженні.

### **Лікування**

Для лікування корости застосовується досить велика кількість препаратів і схем.

Перед початком лікування доцільно прийняти гарячий душ, користуючись мочалкою й милом, з метою механічного видалення з поверхні шкіри кліщів, секрету сальних залоз, а також для розпушення поверхневого шару шкіри, що, у свою чергу, полегшує проникнення лікарських засобів.

Крем бензилбензоату 25% застосовують місцево. При лікуванні корости перед застосуванням препарату необхідно прийняти душ. Видавлюючи крем з туби, його втирають у шкіру. Найкраще проводити обробку на ніч, перед сном. При корості спочатку обробляють шкіру лівої та правої рук, тулубу (за винятком шкіри обличчя й волосистої частини голови), а потім шкіру ніг, підшов і пальців ніг. Після обробки руки не слід мити протягом 3 годин. Після закінчення обробки хворі надягають чисту білизну, змінюють постіль. Обробку проводять один раз у добу протягом 3-х днів. Після закінчення курсу лікування хворий приймає душ і робить зміну нательної й постільної білизни. При необхідності курс лікування повторюють.

Сірчана мазь використовується місцево, її наносять на шкіру крім голови, ретельно втирають. Особливу увагу приділяють важкодоступним місцям (статеві органи, пахви, лікті, між пальцями рук і ніг).

### **Профілактика**

Здійснюється шляхом ранньої діагностики захворювання та активного виявлення хворих. Особлива увага приділяється оперативному залу-

ченню до обстеження контактних осіб, а також проведенню профілактичних заходів у вогнищі з поточною й заключною дезінфекцією. На всіх виявлених хворих коростою заповнюються спеціальне повідомлення. Головною умовою успішної боротьби з коростою є одночасне лікування всіх хворих у вогнищі інфекції. Для виявлення хворих роблять огляд на коросту всіх контактних осіб. Своєчасне виявлення хворих ізоляція їх від колективу й лікування – важливі умови в профілактиці поширення захворювання.

## **Профілактика та контроль поширення ЗПСШ.**

Боротьба з поширенням венеричних хвороб включає ряд заходів.

Перший з них – лікування хворих на ранніх стадіях захворювання; це не тільки збільшує шанси на повне лікування, але і перешкоджає зараженню інших осіб.

Другий важливий захід – виявлення статевих контактів заражених осіб; це дозволяє швидко почати лікування партнерів і сприяє встановленню діагнозу, особливо в жінок. Нерідко єдиною вказівкою на венеричну хворобу в жінки є захворювання її статевого партнера.

Профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом, здійснюється різними методами. Найбільш ефективним з існуючих профілактичних заходів є санітарна освіта. Відповідні знання дозволяють людині змінити свою статеву поведінку та гігієнічні прийоми так, щоб звести до мінімуму можливість зараження і поширення інфекції. Кращий з механічних способів профілактики венеричних хвороб – це правильне використання презервативів. Хімічні методи полягають у негайному застосуванні таких засобів (чи їхніх сполучень), що знищують бактерії перш, ніж ті зможуть проникнути в організм.

Презерватив може забезпечити безпеку лише у випадку правильного його застосування.

### **Правила використання презервативів:**

- кожного разу використовуйте новий презерватив;
- обережно відкривайте упаковку, щоб не ушкодити презерватив;
- не розвертайте презерватив до того, як надягти його на пеніс;
- надягайте презерватив, коли статевий член перебуває в збудженому стані;
- відтягніть крайню плоть назад, стисніть пальцями кінець презерватива, надягніть його на голівку пенісу;
- притримуючи кінець презерватива, розправте його в напрямку до основи статевого члена;
- відразу після еякуляції потрібно вийняти пеніс, притримуючи край презерватива, щоб він не зісковзнув;
- не торкайтесь презервативом або статевим членом піхви, після вийняття пенісу після еякуляції.

## Екстрена індивідуальна профілактика

У випадку незахищених статевих стосунків рекомендується проведення екстреної індивідуальної профілактики.

**Після незахищеного статевого акту чоловікам рекомендується:**

1. випустити сечу та вимити руки з милом;
2. статевий член, мошонку, проміжність вимити з милом;
3. витерти шкіру чистим рушником та протерти тампоном з 0,05% розчином хлоргексидину або 0,01% розчином мірамістіну;
4. промити уретру 0,05% розчином хлоргексидину або 0,01% розчином мірамістіну;
5. надягти чисту білизну.

**Після незахищеного статевого акту жінкам рекомендується:**

1. випустити сечу та вимити руки з милом;
2. статеві органи проміжність вимити з милом;
3. витерти шкіру чистим рушником та протерти тампоном з 0,05% розчином хлоргексидину або 0,01% розчином мірамістіну;
4. промити піхву 0,05% розчином хлоргексидину або 0,01% розчином мірамістіну;
5. надягти чисту білизну.

У випадку орального сексу проводять промивання ротової порожнини, після незахищеного анального необхідно провести промивання прямої кишки з використанням 0,05% розчином хлоргексидину або 0,01% розчином мірамістіну.

Профілактична обробка статевих органів має ефективність 80% при умові, що вона проведена не пізніше 2 годин після незахищеного статевого акту.

## Глава V.

# Профілактика хімічних залежностей

### Наркоманія в Україні

Згідно з розрахунками міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНЕЙДС) в Україні налічується від 250 до 400 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Не менше 95% з них вживають або вживали похідні опію, в тому числі героїн. Серед СІН відсоток ВІЛ-інфікованих коливається від 19% (Донецький регіон) до 54% (Одеська область).

**В Україні наявні наступні види допомоги наркозалежним:**

- стаціонарна детоксикація – у наркологічних та деяких психіатричних закладах;
- амбулаторна детоксикація – у наркологічних закладах;
- лікарські консультації – у всіх наркологічних закладах;
- замісна підтримуюча терапія бупренорфіном та метадоном;
- реабілітаційні програми (амбулаторні) – здебільшого в великих містах;
- реабілітаційні програми (стаціонарні) – приблизно 50 центрів;
- терапевтичні спільноти – приблизно 20 центрів;
- програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації (стаціонар) – приблизно 40 центрів.

### Визначення хімічних залежностей

#### Хімічна залежність

При хімічній залежності в організмі людини відбуваються значні біохімічні та, як наслідок, фізіологічні зміни, коли для нормального існування виникає необхідність прийому певних

доз хімічних препаратів.

Хімічна залежність (за визначенням А. Ребера) – це психічний та фізичний стан, що виникає в результаті взаємодії між живим організмом і хімічним реагентом (алкоголем, лікарським препаратом, наркотиком тощо), що характеризується поведінковими і іншими реакціями, які включають потребу постійно або періодично приймати хімічний препарат (наркотик, алкоголь) для того, щоб випробувати його психічні ефекти, або з метою уникнути фізіологічної дисфункції (дискомфорту) від припинення його вживання.

Наркотичні речовини – хімічні речовини, які мають специфічний вплив на мозок людини та на організм в цілому.

Фактори ризику зараження ВІЛ та іншими інфекційними патогенами серед споживачів наркотиків численні та зв'язані не тільки зі специфікою прийому наркотиків як такою, але й зі стилем життя в цілому:

- Обмін ін'єкційним інструментарієм (голки, шприци, емкість для приготування розчину, фільтр) може привести до передачі ВІЛ та вірусних гепатитів та інших інфекцій від однієї людини іншій.
- Споживачі наркотиків часто займаються проституцією (секс за гроші або за наркотики).
- Вживання стимуляторів перед сексуальним контактом дуже часто приводить до практики незахищеного та травматичного сексу.
- Ін'єкційне введення наркотиків навіть при наявності індивідуального інструментарію небезпечне, оскільки прокол шкіри сприяє потраплянню в кров чужорідних речовин.

## **Діагностичні критерії наркотичної залежності**

### **Хімічна залежність має специфічні ознаки:**

1. Толерантність:
  - необхідність в значному підвищенні дози для досягнення бажаного ефекту.
2. Абстиненція (синдром відміни) – погіршення стану здоров'я при перерві у прийомі наркотиків, та необхідність прийому наркотичної речовини для полегшення або профілактики абстинентного синдрому (синдрому відміни).
3. Часто хімічна речовина приймається в дозах більших або протягом більш довгого періоду, ніж передбачалось;
4. Бажання припинити вживання та безрезультатні спроби зменшити вживання наркотичних речовин або встановити над ним контроль;
5. Витрата значної кількості часу на придбання, вживання наркотичних речовин або на відновлення після вживання;
6. Припинення або зменшення суспільної чи професійної діяльності, також менш організовано проводиться дозвілля;
7. Вживання продовжується, не дивлячись на постійні або регулярні психологічні та фізичні проблеми.

**За дією та проявами психотропні хімічні речовини поділяються на декілька груп:**

1. Стимулятори;
2. Депресанти;
3. Галюциногени.

### **Клінічна картина хімічних залежностей**

Стимулятори – психоактивні речовини, що використовуються для підняття настрою, зняття втоми. Викликають відчуття бадьорості, впевненості. Застосовуються або для отримання стану ейфорії, або для зняття депресивних ефектів транквілізаторів чи алкоголю.

## **Стимулятори кустарного виготовлення**

В Україні відзначається зростання кількості осіб із залежністю від психостимуляторів кустарного виготовлення.

Останнім часом поширюється виготовлення наркотичних засобів з аптечних безрецептурних препаратів – «Ефект», «Колдакт», «Фервекс» та ін.

Споживачі кустарних стимуляторів – це переважно особи у віці 15-25 років, що часто вже мають досвід уживання інших наркотиків (найчастіше коноплі, опіатів). Цю групу характеризує асоціальність, низький соціальний рівень, часто – безпритульність.

Наркотичне сп'яніння, що викликається психостимулятором кустарного виробництва, настає відразу після його внутрішньовенного введення.

При зовнішньому огляді по ходу поверхневих вен відзначаються багаточисельні, переважно свіжі сліди від внутрішньовенних ін'єкцій, тому що добова частота внутрішньовенних введень дуже велика.

Психічна залежність при зловживанні психостимулятором, виготовленим із препаратів типу «Ефект» розвивається протягом першого місяця споживання.

Для осіб, що вживають психостимулятор, одержуваний із препаратів типу «Ефект», характерне швидке формування тяжкого ураження нервової системи у вигляді загальної порушень координації, зниження м'язової сили, дрижання рук та ніг, порушень мовлення та мислення, розвитком паралічів.

## **Канабіноїди (марихуана)**

Марихуана – висушені, подрібнені квітки та листя деяких видів коноплі. Гашиш – смола, отримана з тій же рослини, що і марихуана.

Найбільш поширений спосіб застосування – вдихання диму.

Марихуана має стимулюючу, седативну та галюциногенну дію. Ці ефекти залежать від дози.

Найбільш виражена дія на ЦНС та серцево-судинну систему.

Гострі ефекти включають послаблення розумової діяльності, зміну

сприйняття реальності, порушення складної моторики. Марихуана має розслаблюючу дію – після вживання хворі відчувають задоволення, ейфорію. При вживанні високих доз можливий розвиток галюцинацій.

Хронічне застосування призводить до почуття хронічного стомлення та летаргії, порушень координації, підвищення часу реакції, безпліддя, порушень менструального циклу, імпотенції. Мають місце психічні розлади – зміни настрою, погіршення пам'яті, втрата інтуїції, порушення відчуття пропорцій власного тіла, втрата індивідуальності, сенсорні та психічні ілюзії.

### **Толерантність та синдром відміни.**

У споживачів марихуани з часом формується толерантність, тому є потреба в підвищенні дози.

Синдром відміни характеризується наступними симптомами: нетерпеливість, втрата апетиту, зниження маси тіла, безсоння, тремор кінцівок, озноб. Ці симптоми можуть з'являтися через декілька годин після відмови від вживання марихуани та продовжуватись 4 -5 діб.

## **Депресанти**

До групи препаратів з депресивною дією відносять алкоголь, препарати опію, снодійні (барбітурати), транквілізатори.

### **Опіїди**

Більшість хворих із залежністю від опіатів в Україні вживають препарати опію кустарного виробництва. Практично всі опіїди дають схожу клінічну картину гострої інтоксикації, абстинентного синдрому, що формується швидко і являє класичний приклад формування великого наркоманічного синдрому. Опіїди відрізняються за наркогеніми і токсичних властивостях, по ступені контролю за їхнім поширенням.

Опіоманія є найбільш поширеною наркоманією у нашій країні. Однією з проблем наркології є несприятливий прогноз при опійній наркоманії, що безумовно пов'язано з неефективністю лікування хворих на опіоманію.

Однією з особливостей опійної наркоманії є швидке формування фізичної залежності та її тяжкі прояви.

### **Клінічні прояви**

Після прийому невеликої кількості опіатів спостерігаються знеболення, дрімотний стан, зміни настрою та порушення свідомості. Деякі хворі на початку застосування опіатів відчувають ейфорію, що може тривати від 10 до 30 хв.

Гострі ефекти впливу на ЦНС включають також подавлення кашльового рефлексу. Пригнічення дихального центру, який знаходиться в стволі мозку, призводить до порушення ритму дихання та його зупинки. Це є найбільш частою причиною смерті у споживачів препаратів опію при передозуванні. Зупинка дихання може наступити через 5 хвилин після вну-



трішньовенного введення препарату.

На тлі прийому опіатів знижується функція підшлункової залози, виділення жовчі, розвиваються запори. Прийом опіатів супроводжується звуженням зіниць.

Депресивний вплив опіатів також проявляється в зниженні сексуальності. У жінок, що вживають опіоїди протягом довгого часу, порушується гормональна регуляція менструального циклу. До інших проявів відносяться відчуття тепла, важкості в кінцівках та сухість у роті.

### **Інтотоксикація й передозування**

Опіїдна інтотоксикація з'являється після повторного вживання опіоїдів і характеризується змінами настрою, дрімотним станом, невиразною мовою й порушеннями пам'яті та уваги.

Передозування опіоїдами являє собою небезпеку для життя й проявляється у вигляді вираженої слабкості, коми, уповільнення дихання, зниження температури та артеріальної тиску. Смерть зазвичай настає внаслідок зупинки дихання.

Триада симптомів, що включає кому, зіниці у вигляді шпилькової голівки й пригнічення дихальної функції, дозволяє припустити наявність передозування опіоїдами.

### **Лікування передозування**

**Передозування є найбільш частою (найчастіше основною) причиною смерті споживачів ін'єкційних опіоїдів. Воно виникає в результаті:**

- перевищення "звичайної" дози наркотику наркозалежною людиною;
- прийому великої дози наркотику людиною, що не має толерантності;
- уживання "звичайної" дози з іншими наркотичними й лікарськими засобами;
- уживання "звичайної" дози після певного періоду відміни.

Передозування опіоїдами вимагає екстреної медичної допомоги.

Дихання хворого сильно пригнічене, і хворі іноді перебувають у коматозному стані. Завданням номер один є перевірка функції дихальних шляхів і підтримування цієї життєво важливої функції.

Вводиться антагоніст опіоїдів налоксон внутрішньовенно, причому це введення можна повторювати 4-5 разів протягом перших 30-45 хв.

Синдром відміни опіатів має специфічну симптоматику.

Через 3-4 години після відміни настає період попередників – страх синдрому відміни, почуття тривоги, бажання прийняти наркотик. В цей період пацієнт активно намагається знайти та вжити наркотик.

Період ранніх проявів починається через 8-10 годин після останньої дози. Пацієнт скаржиться на пітливість, слюзотечу, почуття тривоги, відмічаються розширення зіниць та кишкові кольки. По можливості пацієнт намагається вжити наркотик.

Розвинутий синдром, як правило, спостерігається через 1-2 доби піс-

ля останнього вживання. Пацієнт скаржиться на виражене почуття тривоги, тремор, біль у м'язах, озноб, лихоманку, головний біль, діарею, спостерігається тахікардія, підвищений артеріальний тиск.

Затяжна абстиненція може продовжуватися до 6 місяців і проявлятися зниженням артеріального тиску, безсонням, пасивністю, відсутністю апетиту.

### **Хімічні залежності, викликані вживанням інгалянтів.**

Інгалянтами називають широку групу органічних летючих рідин та газів, котрі навмисно вдихають з метою отримання ейфорії.

Інгалянти швидко набули популярності в молодіжному середовищі з огляду на їхню низьку вартість, відсутність суворого обліку, доступність багатьох комерційних продуктів, які містять у собі інгалянти, невелику тривалість дії, швидке відновлення з рідко виникаючими гострими побічними ефектами.

Механізм дії здебільшого включає пригнічуючи дію на ЦНС за рахунок впливу, по-перше, на кору головного мозку, по-друге, на ствольні структури мозку.

Летючі речовини, що застосовуються для отримання ейфорії, є жиророзчинними, що підвищує їх проникнення через тканину легенів до центральної нервової системи. Період напіввиведення хімічних речовин становить від декількох годин до декількох днів.

Найбільшою загрозою вживання летючих речовин є раптова смерть (раптова смерть від вдихання).

Ураження центральної нервової системи проявляються у порушенні мислення, порушення пам'яті, мовлення, концентрації уваги, координації, психозів з галюцинаціями, депресії. Вдихання летючих речовин призводить до подразнення носоглотки, появи виразок на слизовій оболонці рота та носа, неприємного запаху з рота, розвитку ураження легенів.

## **Лікування хімічних залежностей**

### **Стратегії зниження шкоди**

Наслідки вживання наркотиків зачіпають такі аспекти життя, як стан здоров'я, взаємини з іншими членами суспільства, професійну діяльність, дотримання законів та інше.

Зниження шкоди – це політика, стратегії й заходи, спрямовані на обмеження або зниження природи й ступеня поширення шкідливих наслідків:

- для здоров'я: зниження поширення ВІЛ-інфекції й інших інфекційних хвороб;
- соціальних: зниження соціальних витрат у зв'язку з широким поширенням незаконних наркотиків і т.д.;
- економічних: зниження витрат на лікування людей з ВІЛ/СНІДом.

**Напрямки діяльності програм зниження шкоди можуть**

**ВКЛЮЧАТИ:**

1. Проведення навчання за принципом «рівні навчають рівних».
2. Організація обміну використаного інструментарію на новий з роздачею презервативів, засобів для дезінфекції.
3. Створення за допомогою самих клієнтів інформаційних матеріалів (буклети, брошури, листівки) і їхнє поширення.
4. Телефон довіри для осіб, що вживають наркотики.
5. Консультування й тестування на ВІЛ, вірусні гепатити та ЗПСШ.
6. Заняття з СІН по формуванню навичок надання першої допомоги у випадку передозування наркотиками.
7. Консультації психолога, інших медичних фахівців.
8. Проведення замісної терапії.
9. Створення бази даних по медичних установах і службах допомоги та направлення клієнтів у програми по лікуванню наркотичної залежності та інше.
10. Організація груп самопомоги.
11. Відкриття спеціальних приміщень для проведення безпечних ін'єкцій.
12. Працевлаштування клієнтів.

Найбільш ризикованою практикою відносно інфікування ВІЛ є практика обміну ін'єкційним інструментарієм між СІН. З метою зниження ризику застосовуються використання індивідуального ін'єкційного обладнання, програми обміну шприців. Забезпечення достовірною інформацією й індивідуальною роботою зі споживачами ін'єкційних наркотиків може привести до зниження кількості випадків використання чужого ін'єкційного інструментарію.

В випадках, коли СІН не припиняють використовувати чужий інструментарій, стерилізація шприців та голок може привести до зниження поширення ВІЛ-інфекції. З цією метою можна застосовувати наступні методи: кип'ятіння голки і шприців, промивання в хлорному розчині або дезінфектантах.

Лікування наркотичної залежності також є ефективною стратегією профілактики хвороб серед СІН і зниження рівня смертності, асоційованої із уживанням наркотиків.

Популярною методикою лікування в Західних країнах є замісна або підтримуюча терапія, що була вперше випробувана в США в 1964 р.

Ідея полягає в тому, що опіатну залежність можна тримати під контролем, призначаючи під ретельним спостереженням препарати, що повторюють дію наркотиків. У цьому випадку наркозалежній людині не доводиться шукати та вживати нелегальні наркотики, а можна повноцінно жити й працювати.

Профілактика передозувань – одна з важливих тем, що завжди має обговорюватись при роботі з наркозалежними особами. Більшість смертельних передозувань зафіксовано серед чоловіків (до 80%). Цей факт

підтверджує наявні дані про превалювання чоловіків серед споживачів наркотиків.

Свідки передозувань не прагнуть надати допомогу потерпілим. За результатами одного з досліджень в 79% випадків ніяких реанімаційних заходів з потерпілим не проводилося.

При підозрі на передозування необхідно не дати потерпілому заснути, змушувати рухатись, викликати медичну допомогу.

# Використана та рекомендована література

1. Guidelines for clinical management of HIV infection and HIV-related illnesses. Version 099. – March 2003.
2. Gust I. D. Epidemiological patterns of hepatitis A in different parts of the world / I. D Gust. // *Vaccine*. – 1992. – N10 (Suppl. 1).
3. Interim WHO clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance. – WHO/HIV, 2005.02. – 42 p.
4. J. G. Bartlett, J. E. Gallant. Medical management of HIV infection. – Johns Hopkins University School of Medicine. – 2003. – P.1.
5. Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. Guidelines for a public health approach. – World Health Organization. – June, 2002.
6. WHO. Rapid HIV tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in resource constrained settings. – Geneva, 2004. – Internet address: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/rapidhivtests/en/>
7. Алкоголь та наркотики в Україні: Збірник Міжнародної незалежної асоціації тверезості. – Київ, 1995. – 96 с.
8. Бабак О.Я. Хронічні гепатити / О.Я. Бабак. К.: “Блиц-Інформ.”, 1999.
9. Барабанов Н. П. Исправительные учреждения России в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и наркоманией (криминологические, пенитенциарные, правовые и организационные аспекты предупреждения): Монография / Н. П. Барабанов – Рязань: Институт права и экономики Минюста России, 2000.
10. Бачериков А. М., Кузьмінов В. Н. Клінічна типологія психоорганічного синдрому у хворих із залежністю від алкоголю, що перенесли гострий психотичний розлад / А. М. Бачериков, В. Н. Кузьмінов // *Український вісник психоневрології*. – 2006. – Т. 14, вип. 3. – С. 32–33.
11. Богословский В.В. Общая психология / В.В. Богословский. – М., 1981.
12. Борисенко К. К. Заболевание, передаваемым половым путем / К. К. Борисенко – М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. 123с.
13. Брико Н. И., Филатов Н. Н., Лыткина И. Н. Клинико-эпидемиологическая харак-

- теристика и основные направления профилактики гепатита А / Н. И. Брико, Н. Н. Филатов, И. Н. Лыткина // Лечащий врач. – 2001. – № 5-6.
14. Виноградова Е. Н., Яковлев А. А., Демиденко Т. П. О некоторых причинах затяжных форм вирусного гепатита А. / Е. Н. Виноградова, А.А. Яковлев, Т. П. Демиденко // Клиническая медицина. – 1996. – № 9.
  15. Возіанова ЖІ. Інфекційні і паразитарні хвороби / ЖІ. Возіанова – Т.1. – К: Здоров'я, 2001.
  16. Волошина Н. П., Тайцлин В. И., Линский И. В., Богданова И. В., Кузьминов В. Н. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. – Т. 8, вип. 2. – 2000. – С. 74–76.
  17. Дудаев А. Б. Воспитательно-профилактические меры противодействия наркомании среди осуждённых / А.Б. Дудаев // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта/Сост. И. П. Рущенко. – Харьков: Финарт.
  18. Дюдю А. Д. Урогенитальный хламидиоз / А. Д. Дюдю // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. — 2001. — № 2-3 (4). — С. 104-113.
  19. Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” від 12.12.1991 № 1972-ХІІ.
  20. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-III
  21. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б., Мусяненко Г. О., Дяченко Л. І., Мінко О. О. Дві хвили залежності від психоактивних речовин, що прокотились через Україну протягом 1970–2005 рр. // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 128–132.
  22. Мавров И. И. Половые болезни. Руководство для врачей, интернов и студентов / И. И. Мавров. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
  23. Майер К.П. Гепатит и его последствия / К.П. Майер. – М.: Гэотар, 1999.
  24. Матышевский П. С., Дидковская С. П., Туркевич И. К. Правовые и медицинские меры борьбы с пьянством и алкоголизмом / П. С. Матышевский, С. П. Дидковская, И. К. Туркевич. — К.: Высшая школа, 1987.
  25. Парентеральные гепатиты // Журнал «Медицина», – 1991. – №4 – С.17.
  26. Профилактика парентеральных гепатитов // Бюллетень «Вакцинация». – 1997. – №10 – С.15.
  27. Скрипкин Ю. К., Мордовцев В. Н. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 880с.
  28. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. / С.Н. Соринсон - 2-е изд. - СПб.: Теза, 1998. - 131 с.
  29. Фучижі І. Епідеміологія, імунопатогенез, діагностика і лічення хламідіоза / І. Фучижі // Інфекційний контроль. — 2000. — № 1-2. — С. 6-7.

# Зміст

<b>Вступне слово .....</b>	<b>3</b>
<b>Глава I. ВІЛ-інфекція .....</b>	<b>4</b>
Поширення епідемії ВІЛ в Україні .....	4
Життєвий цикл ВІЛ .....	6
Шляхи передачі ВІЛ .....	6
<i>Статевий шлях</i> .....	6
Профілактика статевого шляху передачі ВІЛ .....	7
Сучасні презервативи .....	7
Правила й строки зберігання .....	8
Види презервативів .....	8
Парентеральний шлях (інфікування з кров'ю) .....	9
Передача ВІЛ від матері до дитини (вертикальний шлях) .....	9
Діагностика ВІЛ-інфекції .....	10
<i>Серологічні методи діагностики</i> .....	10
<i>Вірусологічні методи дослідження</i> .....	10
Природний плин ВІЛ-інфекції .....	11
<i>Стадія гострого захворювання</i> .....	11
<i>Клінічні стадії 1 та 2</i> .....	11
<i>Клінічна стадія 3</i> .....	11
<i>Клінічна стадія 4</i> .....	11
Опортуністичні інфекції .....	11
Бактеріальні інфекції .....	12
<i>Бактеріальні інфекції дихальних шляхів</i> .....	12
<i>Атипові мікобактеріози (МАК-інфекція)</i> .....	12
Грибкові захворювання .....	13
<i>Кандидоз</i> .....	13
<i>Пневмоцистна пневмонія</i> .....	13
Герпесвірусні інфекції .....	13
Токсоплазмоз .....	14

Криптоспоридіоз.....	14
Саркома Капоші.....	14
Профілактика опортуністичних інфекцій.....	15
Лікування ВІЛ-інфекції.....	15
Синдром відновлення імунної системи (СВІС).....	16
Прихильність до АРТ.....	17
<i>Наслідки низького дотримання режиму АРТ.....</i>	<i>17</i>
Методи підвищення прихильності до АРТ.....	18
Дотримання режиму АРТ в умовах виправних закладів.....	19

## **Глава II. Туберкульоз ..... 20**

Епідеміологія.....	21
Етіологія та патогенез туберкульозу.....	21
Механізм інфікування туберкульозом.....	22
Виявлення та діагностика туберкульозу.....	24
<i>Виявлення туберкульозу.....</i>	<i>24</i>
<i>Методи виявлення хворих на туберкульоз.....</i>	<i>24</i>
Лікування хворих на туберкульоз.....	26
Резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів.....	27
Коінфекція ВІЛ/туберкульоз.....	28
Діагностика ВІЛ серед хворих на туберкульоз.....	30
Організація лікування хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.....	30
Профілактика ТБ серед ВІЛ-інфікованих.....	31

## **Глава III. Вірусні гепатити..... 32**

<i>Опис проблеми.....</i>	<i>32</i>
Вірусний гепатит А.....	33
<i>Етіологія.....</i>	<i>33</i>
<i>Епідеміологія.....</i>	<i>33</i>
<i>Клінічні прояви.....</i>	<i>33</i>
<i>Лікування.....</i>	<i>33</i>
<i>Профілактика.....</i>	<i>34</i>
Гепатит В (hepatitis B).....	34
<i>Короткі історичні дані.....</i>	<i>34</i>
<i>Етіологія.....</i>	<i>34</i>
<i>Епідеміологія.....</i>	<i>34</i>
<i>Механізм передачі.....</i>	<i>34</i>
<i>Основні епідеміологічні ознаки.....</i>	<i>35</i>
<i>Клінічна картина.....</i>	<i>35</i>
<i>Інкубаційний період.....</i>	<i>35</i>
<i>Переджовтяничний період.....</i>	<i>35</i>
<i>Жовтяничний період.....</i>	<i>35</i>
<i>Лікування.....</i>	<i>36</i>
<i>Профілактичні заходи.....</i>	<i>36</i>
Вірусний гепатит С.....	36
<i>Короткі історичні данні.....</i>	<i>37</i>



<i>Етіологія</i> .....	37
<i>Епідеміологія</i> .....	37
<i>Шляхи передачі</i> .....	37
<i>Основні епідеміологічні ознаки</i> .....	37
<i>Інкубаційний період</i> .....	38
<i>Клінічна картина</i> .....	38
<i>Лікування</i> .....	38
<i>Профілактичні заходи</i> .....	38
<b>Глава IV. Захворювання, що передаються статевим шляхом</b>	<b>39</b>
<i>Класифікація хвороб, що передаються статевим шляхом</i>	40
Класичні венеричні хвороби .....	40
Сифіліс .....	40
<i>Етіологія</i> .....	41
<i>Періоди сифілісу</i> .....	41
<i>Лікування сифілісу</i> .....	41
<i>Превентивне (профілактичне) лікування</i> .....	42
Гонорея .....	42
<i>Симптоми</i> .....	42
<i>Лікування</i> .....	43
Інші інфекції, що передаються статевим шляхом з переважним уражен- ням статевих органів .....	43
Негонорейні (неспецифічні) уретрити .....	43
Трихомоніаз .....	44
<i>Патогенез</i> .....	44
<i>Клінічний перебіг</i> .....	44
<i>Лікування</i> .....	44
Герпес .....	45
<i>Клінічні прояви генітального герпесу</i> .....	45
Контагіозний моллюск.....	46
<i>Клінічні прояви</i> .....	46
<i>Лікування</i> .....	46
Педикульоз.....	46
Короста (Scabies).....	47
<i>Епідеміологія</i> .....	47
<i>Клінічні прояви</i> .....	47
<i>Діагностика</i> .....	48
<i>Лікування</i> .....	48
<i>Профілактика</i> .....	48
Профілактика та контроль поширення ЗПСШ.....	49
Екстрена індивідуальна профілактика .....	50
<b>Глава V. Профілактика хімічних залежностей</b>	<b>51</b>
Наркоманія в Україні.....	51
Визначення хімічних залежностей.....	51
<i>Хімічна залежність</i> .....	51

Діагностичні критерії наркотичної залежності .....	52
<i>Клінічна картина хімічних залежностей</i> .....	53
Стимулятори кустарного виготовлення .....	53
Канабіноїди (марихуана) .....	53
<i>Толерантність та синдром відміни.</i> .....	54
Депресанти .....	54
<i>Опіоїди</i> .....	54
<i>Клінічні прояви</i> .....	54
<i>Інтоксикація й передозування</i> .....	55
<i>Лікування передозування</i> .....	55
Хімічні залежності, викликані вживанням інгалянтів. ....	56
Лікування хімічних залежностей .....	56
<i>Стратегії зниження шкоди</i> .....	56
Використана та рекомендована література .....	59
Зміст.....	61

**«СНІД Фонд Схід – Захід»** (AIDS Foundation East-West, AFEW) — голландська гуманітарна неурядова організація, яка працює в області громадської охорони здоров'я, місією якої є зниження впливу ВІЛ/СНІДу в Східній Європі та Центральній Азії через:

- використання новаторських і передових підходів в розробці, реалізації і просуванні спроектованих спеціально для даного регіону методів ефективного запобігання поширення ВІЛ/СНІДу та надання медичної допомоги, лікування і підтримки людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом;
- роботу з молоддю в даному регіоні, зокрема з особами ризикованої поведінки;
- тісну співпраці з національними державними структурами і неурядовими організаціями з метою активізувати місцевий потенціал і сприяти проведенню необхідних ініціатив;
- зміцнення взаємодії між Сходом і Заходом шляхом обміну інформацією і фахівцями в рамках програм AFEW і стимулювання активної зворотної реакції.