**ОБЕРЕЖНО! ДИТЯЧІ ХВОРОБИ**

**ВІТРЯНА ВІСПА ( VARICELLA )**

Вітряна віспа (вітрянка)-гостра інфекційна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка перебігає з помірною інтоксикацією і папуло-везикульозною висипкою. Збудник - вірус вітряної віспи - зостер.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є людина, хвора на вітряну віспу (рідше - оперізуючий герпес), в останні і-2 дні інкубаційного періоду і до 5-го дня після появи останнього елемента висипки. Інфекція поширюється повітряно-крапельним шляхом. Сприйнятливість висока, хворіють в основному діти, навіть в 1-й місяць життя.

Клініка. Інкубаційний період триває 11 -17 днів, рідко до 23 днів. Хвороба частіше починається гостро з висипки і підвищення температури тіла. Гарячка триває 2-5 днів, при рясній і тривалій висипці - до 8-10 днів, може бути хвилеподібною.

У дорослих висипці часто передують продромальні явища - головний біль, зникнення апетиту, млявість, нудота, блювання, біль у попереку, животі. Цей період не перевищує 3 днів. Висипка з'являється протягом тижня у вигляді 3- 5 спалахів: спочатку на животі, грудях, плечах, стегнах, а потім без певної закономірності поширюється по всьому тілі, в тому числі на волосисту частину голови. її майже не буває на долонях і підошвах. Густота висипки коливається від поодиноких елементів до рясної. Елементи висипки проходять ряд стадій розвитку: спочатку з'являються розеоли або розеоло-папули червоного кольору з чіткими контурами, через декілька годин вони перетворюються в папули, а потім у везикули з прозорим вмістом, який мутніє, підсихає і утворює жовтуваті або коричневі кірочки. Везикула однокамерна, оточена червоним віночком, розташована на неінфільтрованій шкірі. Через 6-8 днів кірочки відпадають, не залишаючи сліду. Висипка супроводжується свербінням. Везикули можуть нагноюватись, перетворюючись в пустули. Враховуючи те, що висипка з'являється нерівномірно, на одному і тому самому місці можна спостерігати різні стадії розвитку елементів (поліморфізм). Висипка зникає через 15-20 днів. У третини хворих перед появою висипки на шкірі або одночасно з нею з'являється енантема на слизових оболонках м'якого і твердого піднебіння, задньої стінки глотки, гортані. Виникає пляма, згодом вона перетворюється в пухирець, який розкривається з утворенням ерозії, покритої світло-жовтим нальотом, що нагадує афту.

При значних ураженнях слизових оболонок спостерігаються слинотеча, стоматит, утруднене жування і ковтання, ларингіт з явищами стенозу. Висипка на слизовій носа може супроводжуватись носовими кровотечами. Нерідко виявляють лімфаденіт (шийний, пахвинний, пахвовий) і ураження внутрішніх органів. У хворих з важкими супутніми захворюваннями та ослаблених можуть розвиватись бульозна, геморагічна і гангренозна форми вітрянки з утворенням виразок, що погано загоюються, або некротичних ділянок шкіри. При активізації вторинної мікробної флори можуть виникати ускладнення: лімфаденіт, бешиха, абсцес, флегмона. Трапляється вітрянковий менінгоенцефаліт.

Діагностика ґрунтується на наявності типових елементів висипки переважно на голові та животі, що перебувають на різних стадіях розвитку. Із специфічних методів застосовують фарбування вмісту пухирців або пустул за Романовським (знаходять багатоядерні гігантські епітеліальні клітини) або сріблення і виявлення вірусу (тілець Арагана) Імунофлюоресцентним методом. Починаючи з 5-6-го дня хвороби можна використовувати РЗК зі специфічним антигеном. Однак специфічна діагностика ще складна і малодоступна. З гематологічних показників необхідно враховувати лейкопенію, зсув лейкоцитарної формули вліво. При важкому перебігу можливий лейкоцитоз. Диференціальний діагноз. Везикульозна висипка спостерігається при герпетичній інфекції, оперізуючому герпесі, везикульозному гамазорикетсіозі, хворобах групи віспи. Всі вони супроводжуються гарячкою та інтоксикацією.

Герпетична інфекція виникає переважно при ослабленні організму внаслідок різних хвороб і є свідченням імунодефіцитного стану. Вона найчастіше локалізується навколо рота, на губах, крилах носа, рідше поширюється на інші ділянки. Супроводжується свербінням і печією. При огляді виявляють щільну групу пухирців. При оперізуючому герпесі процес, як правило, однобічний. Герпетичні пухирці з'являються вздовж нервових стовбурів і сплетінь та супроводжуються сильним болем.

З хвороб групи віспи натуральна віспа вже не зустрічається, віспа мавп реєструється зрідка в країнах Африки і лише паравакцина залишається поширеною (спорадичною) інфекцією. У діагностиці останньої цінними є такі дані: свідчення про контакт з тваринами, задовільний стан хворого, наявність щільних і неболючих вузликів і везикул на кистях. У хворих на везикульозний гамазорикетсіоз подібна крупна висипка з'являється на 2-8-й день від початку захворювання, спостерігається первинний афект (некроз зі струпом, еритематозний вінчик, реґіонарний лімфаденіт) на місці укусу кліща. Епідеміологічні дані підтверджують природну осередковість інфекції.

**ГРИП ( GRIPPE , INFLUENZA )**

Грип - гостра інфекційна хвороба з періодичним епідемічним поширенням, яка спричиняється кількома серологічними типами РНК-вірусів (А, В і С) із групи міксовірусів і характеризується ураженням дихальних шляхів з вираженими інтоксикацією та гарячкою. Захворювання найчастіше зумовлюють віруси типу А, які залежно від антигенної будови білків гемаглютиніну (Н) і нейрамінідази ( N ) ділять на серовари A ( H 0 N 1), A ( H 1 N 1), A ( H 2 N 2), A ( H 3 N 2). Останнім часом циркулюють переважно віруси A ( H 1 N 1) і A ( H 3 N 2).

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора людина. Особливу епідеміологічну небезпеку становлять особи з легким перебігом хвороби, бо вони частіше продовжують активний спосіб життя і розносять вірус грипу. Додатковим джерелом, вірогідно, можуть бути домашні тварини і птахи. Хворий на грип заразний для оточуючих з перших годин хвороби. Максимальна заразливість припадає на перші 2-3 дні захворювання. Контагіозність реконвалесцентів невелика або відсутня. В окремих випадках (наприклад, при ускладненні грипу запаленням легень) виділення вірусу продовжується до 10-14-го дня хвороби. Механізм передачі- повітряно-крапельний. З крапельками слизу під час кашлю і чхання збудник викидається на відстань до 3- 3,5 м. Зараження можливе також через предмети домашнього вжитку (рушник, посуд, дверні ручки тощо). Грип має схильність до швидкого поширення з розвитком епідемії і пандемії. В міжепідемічний період зустрічаються спорадичні захворювання. Сприйнятливість до грипу загальна, за винятком дітей віком до 6 міс, які мають імунітет від матері. Постійно циркулюючи серед населення, вірус зумовлює підвищення захворюваності взимку. Цьому сприяють застуда, гіповітаміноз, скупчення людей у приміщеннях. Епідемії грипу, викликані вірусом типу А, виникають через кожні 1-2 роки, типу В - 3-4 роки. Масовість захворювань на грип пояснюється легким шляхом передачі інфекції, коротким інкубаційним періодом, мінливістю антигенної структури збудника, нетривалим типоспецифічним імунітетом (упродовж 1-3 років після перенесеного захворювання).

Клініка. Інкубаційний період коливається від кількох годин до 1-2 днів. Хвороба розпочинається раптово: з'являється озноб, температура тіла підвищується до 37,5-38 °С, нерідко до 39-40 °С. Період провісників (у вигляді субфебрилітету, болю у м'язах) спостерігається у 10 % випадків. Розрізняють типову і атипові форми хвороби. До останніх належать афебрильний, акатаральний, блискавичний види грипу. Для типової клінічної картини характерне поєднання двох провідних синдромів - загальної інтоксикації і катаральних явищ верхніх дихальних шляхів. На зміну ознобу швидко приходять відчуття жару, загальна слабкість, головний біль, який локалізується переважно в ділянці лоба і скронь, в очних яблуках, м'язах, світлобоязнь, розбитість, пітливість, порушення сну, шум у вухах. У важких випадках приєднуються нудота, блювання, порушення свідомості, корчі. Температурна реакція у більшості осіб відповідає важкості хвороби. При незначному порушенні загального стану підвищення темератури до 38 °С розцінюється як легкий перебіг грипу. Підвищення температури до 39 °С і виражене порушення самопочуття відповідають середній важкості хвороби. Вищу гарячкову реакцію, різке порушення загального стану розцінюють як важкий перебіг. Гарячка триває 3-5 днів. Увагу привертають гіперемія обличчя, кон'юнктив, помірний ціаноз губ, блиск очей. На губах і ніздрях часто з'являється герпетична висипка. Шкіра на дотик гаряча, волога. Початкова тахікардія змінюється брадикардією. При аускультації серця вислуховують ослаблення І тону, а іноді функціональний систолічний шум на верхівці. Спостерігається дифузне запалення дихальних шляхів (риніт, трахеїт, ларингіт). Слизова оболонка носоглотки, м'якого і твердого піднебіння гіперемійована, набрякла; при грипі, що його спричинив вірус типу В, виникає зерниста енантема (симптом Морозкіна). Хворі відмічають закладання носа, відчуття дряпання і сухість у носоглотці, чхають, але нежить приєднується лише на 2-3-ю добу. Виділення з носа серозні або серозно-слизові, невеликі. Для грипу характерні приступи трахеїту, які клінічно проявляються відчуттям подразнення в горлі або болем за грудиною і вздовж трахеї, надсадним сухим кашлем. При цьому обличчя стає багряним, очі наливаються кров'ю і сльозяться.

Тимчасове поліпшення наступає лише після відходження невеликої кількості слизового харкотиння. З 3-4-го дня кашель вологий і рідкий. В легенях жорстке або ослаблене дихання, сухі хрипи. Язик вкритий білуватим нальотом. Живіт м'який, не болючий. Печінка і селезінка не збільшені. Хворі дратівливі, скаржаться на безсоння. Якщо у перебігу хвороби не виникає ускладнень, то через 2-3 дні хворий починає одужувати: температура тіла знижується, кашель стає м'якшим, зникають головний біль та міалгії. Загальна слабкість і розбитість можуть зберігатися ще декілька днів і довше. Катаральний синдром зникає пізніше. Гіпертоксичний грип перебігає як важка нейроінфекція або нейроінтоксикація і супроводжується гіпертермією, світлобоязню, сильним головним болем, вираженими адинамією і слабкістю, блюванням, менінгеальними симптомами. Найчастішим ускладненням грипу є пневмонії, в основі яких лежить геморагічне запалення з набряком. Вони, як правило, змішаної, вірусно-бактеріальної етіології. Різко наростають явища токсикозу. Виникають надсадний, болючий кашель, сильна задишка, поверхневе дихання. Під час кашлю виділяється рожеве пінисте харкотиння, часто з домішками крові. Вогнища запалення легеневої тканини частіше не зливаються, а тому дані фізикального обстеження виражені слабо: незначне притуплення перкуторного звуку, помірна кількість вологих хрипів, частіше при покашлюванні або при боковому положенні тіла. Серед інших ускладнень зі сторони органів дихання (після 7-го дня хвороби) слід назвати бронхіт, якщо його прояви зберігаються після зникнення основної симптоматики грипу.

У дітей на 1-му році життя може розвинутися бронхіоліт, який перебігає з задишкою, ціанозом і множинними вологими хрипами. Другу групу ускладнень становлять бактерійні гайморит, фронтит, етмоїдит, отит, євстахіїт, тонзиліт. Рідше зустрічаються інфекційно-токсичний міокардит, тромбофлебіт, пієліт, енцефаліт або менінгоенцефаліт. У зв'язку з грипом у хворого можуть загострюватися такі хронічні захворювання, як туберкульоз, ревматизм, гломерулонефрит, гепатохолецистит.

Діагностика грипу базується на таких клінічних даних: гострий початок, максимальні прояви хвороби в перші години від початку захворювання; 2 провідних синдроми- токсикоз і катаральні явища верхніх дихальних шляхів, причому першим виникає токсикоз і він інтенсивніший; приступи трахеїту; симптом Морозкіна; короткочасна гарячка - 3-5 днів; часта і довготривала післягрипозна астенія. Важливе значення має посилання на зв'язок з епідемією. У крові хворих в гострий період відзначається лейкопенія з відносним лімфоцитозом, нормальна або помірно збільшена ШОЕ, у випадку ускладнень - лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. Уточнити діагноз допомагають вірусологічні та серологічні методи. Для виділення вірусу матеріал від хворого необхідно брати в ранні терміни хвороби і доставляти у вірусологічну лабораторію в охолодженому стані (у термосі, заповненому льодом, або портативному холодильнику з мінусовою температурою). Досліджують змиви з носа і глотки, кон'юнктиви, харкотиння, кров, у випадку смерті хворого - легеневу тканину та слизову оболонку бронхів і трахеї. Змиви беруть стерильним тампоном, змоченим в ізотонічному розчині натрію хлориду, сольовому розчині Хенкса або середовищі 199. Метод виділення збудника трудомісткий, значення його зростає на початку епідемії грипу. Збудник грипу в лабораторії культивують на 10- 11-денних курячих зародках шляхом зараження їх в амніотичну порожнину, рідше - на тканинних культурах нирок мавп або людських ембріонів. Виділений вірус ідентифікується в РГГА з набором типових сироваток. Збудника вдається виділити від хворого, починаючи з кінця інкубаційного періоду і до 5-6-го дня хвороби. Для експрес-діагностики грипу найчастіше використовують метод імунофлюоресценції. Для цього мазки з носоглотки обробляють протигрипозною сироваткою, міченою флюоресцеїн-ізотіоціанатом. За допомогою люмінесцентного мікроскопа в препараті знаходять яскраве зелене свічення утвореного специфічного комплекса анти-ген-антитіло. Під час епідемії можна підтвердити наявність грипу у 50-70 % хворих. Проби крові для серологічного дослідження, яке менш чутливе, беруть в гострий період хвороби (в 1-2-й день) і через 1-2 тиж сухим стерильним шприцом в кількості 5 мл. Найчастіше користуються PITA , P 3 K , реакцією радіального гемолізу (РРГ). Діагностичним є наростання титру антитіл в 4 рази і більше. Диференціальний діагноз грипу під час епідемії не становить труднощів. Набагато важче встановити діагноз у позаепідемічний період. Температура тіла при ангіні також досягає високих цифр, але на відміну від грипу гарячкова реакція не супроводжується вираженими явищами інтоксикації. На перший план виступають місцеві симптоми: біль у горлі при ковтанні, гіперплазія і гіперемія піднебінних мигдаликів, наявність патологічного секрету в лакунах або гнійних фолікулів, збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. При дослідженні периферичної крові виявляють нейтрофільний лейкоцитоз і збільшену ШОЕ. Для черевного тифу, як і для грипу, характерними є симптоми загальної інтоксикації, гарячка, кашель. Але для нього характерні також поступовий початок із ступінчатим підвищенням температури тіла, наростання загальної слабкості, головного болю, часткове затьмарення свідомості, блідість шкірних покривів. Катаральні зміни верхніх дихальних шляхів черевному тифу не властиві, проте часто розвивається бронхіт. Разом з тим виявляють значні зміни органів травлення. Язик вкритий сірувато-білим нальотом, з відбитками зубів; його краї та кінчик вільні від нальоту, яскравого червоного кольору. Живіт помірно здутий, позитивний симптом Падалки. Збільшуються печінка і селезінка. Важливою ознакою черевного тифу є розеольозна або розеольозно-папульозна висипка, що з'являється на 8- 10-й день хвороби. До цього часу перебіг грипу закінчується і висипки не спостерігається. У діагностиці велике значення має виявлення сальмонел тифу з перших днів хвороби у крові, пізніше - в калі та сечі, а також серологічні реакції. У початковий період грип необхідно диференціювати з висипним тифом. Але при останньому головний біль з перших днів інтенсивний, з'являються безсоння, запаморочення, загострюються зір, нюх, слух і смак, виникають марення і збудження. Набряклість і гіперемія обличчя при висипному тифі не супроводжуються катаральними явищами верхніх дихальних шляхів. З 3-го дня хвороби з'являються ознаки Зорохович - Кіарі, Розенберга, Говорова - Годельє. Важливо відзначити раннє збільшення селезінки і печінки, появу рясної розеольозно-петехіальної висипки. Для картини крові характерним є помірний лейкоцитоз з нейтрофільною реакцією і паличкоядерним зсувом. Для підтвердження висипного тифу використовують РЗК, РА і РНГА з рикетсіями Провацека. При орнітозі також уражені верхні дихальні шляхи, спостерігається гарячка, але інтоксикація організму помірна, збільшені селезінка і печінка, епідеміологічний анамнез засвідчує контакт з птахами, позитивні шкірна проба і РЗК з орнітозним антигеном. Про кір, що, як правило, починається з катаральних явищ і гарячки, свідчать факт спілкування з хворим і ранній патогномонічний симптом - плями Бєльського - Філатова - Копліка. На 3-5-й день приєднується плямисто-папульозна висипка на обличчі і шиї, яка поширюється на тулуб і кінцівки. При гарячці паппатачі на відміну від грипу, спостерігається зв'язок з москітами, слабовиражений катаральний синдром, різкий біль у литкових м'язах, патогномонічні симптоми Піка і Таусіга. Ентеровірусна інфекція нерідко супроводжується ураженням верхніх дихальних шляхів. Однак епідемічна хвиля виникає переважно влітку або восени, число захворювань збільшується повільно. Поряд з клінічною формою, що нагадує грип, виявляють серозний менінгіт, герпангіну, плевродинію, міокардит, екзантему, діарею. Висока гарячка, виражена загальна інтоксикація спостерігаються також при дизентерії, сальмонельозі, рота-вірусному гастроентериті, харчових токсикоінфекціях. Діагностичне значення мають відповідний епідеміологічний анамнез і наявність симптомів ураження кишок (біль у животі, нудота, блювання, пронос), а також результати бактеріологічних і серологічних досліджень. Інфільтративна форма туберкульозу і бронхаденіт супроводжуються підвищенням температури тіла, симптомами загальної інтоксикації, болем у м'язах і по ходу нервів, пітливістю, ураженням легень, однак не характерні катаральні зміни верхніх дихальних шляхів. Перебіг триваліший. Діагноз вирішується на підставі рентгенологічного дослідження органів грудної клітки, шкірної проби з туберкуліном, знаходження збудника в харкотинні. Диференціальну діагностику грипу з ГРВІ іншої етіології див. у табл. 2, з лептоспірозом, менінгококовою інфекцією, вірусними гепатитами - у відповідних главах.

**СКАРЛАТИНА ( SCARLATINA )**

Скарлатина - гостра інфекційна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка супроводжується загальною інтоксикацією з гарячкою, тонзилітом та висипанням на шкірі. Збудник - бета-гемолітичний стрептокок групи А.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворі на скарлатину або реконвалесценти, хворі на ангіну, бешиху, хронічний тонзиліт, назофарингіт, а також здорові носії бета-гемолітичного стрептокока групи А. Заразливість припадає на останні 2 дні інкубації, весь період хвороби і до 21-го дня реконвалесценції. Захворювання передається повітряно-крапельним шляхом, іноді через дитячі іграшки, рушники та інші предмети побуту, молочні продукти. Коефіцієнт контагіозності становить 0,4. Частіше хворіють діти у віці 2- 9 років. Максимум захворюваності припадає на осінньо-зимовий період. Антибактеріальний імунітет типоспецифічний і нетривалий, антитоксичний - досить стійкий. У хворих на скарлатину, які лікувались антибіотиками, формується менш тривалий імунітет, а тому можливі випадки повторного захворювання.

Клініка. Інкубаційний період триває 2-7 днів, інколи до 12 днів. Температура тіла підвищується до 38- 39 °С, тримається 3-4 дні та скороченим лізисом знижується до норми. Гарячка супроводжується болем у горлі, нерідко нудотою і блюванням. Вже в 1-й день хвороби (рідко на 2-3-й день) з'являється крапчаста рожева або пурпурово-червона висипка, яка виступає над поверхнею гіперемійованої шкіри. Висипка концентрується на щоках, в пахвинних і пахвових областях, на згинальних поверхнях кінцівок, особливо в природних складках шкіри; супроводжується свербінням. Носо-губний трикутник блідий, вільний від висипки. Екзантема щезає через 3-7 днів, залишаючи після себе рясне лущення - висівкове на обличчі, пластинчасте - на тулубі та кінцівках, особливо на кінчиках пальців. У деяких хворих може спостерігатись міліарна дрібнопухирцева (на тильній поверхні пальців рук), розеольозно-папульозна (частіше на розгинальній поверхні кінцівок) або геморагічна (при важкому перебігу) висипка. Для скарлатини характерна наявність гострого тонзиліту: біль у горлі при ковтанні, яскрава гіперемія слизової зіву, збільшення піднебінних мигдаликів, часто з гнійно-фібриновим нальотом; збільшення і болючість підщелепних лімфовузлів. На м'якому піднебінні Іноді крапкова енантема. Типовими є білий дермографізм, симптом Пастіа (скупчення дрібних крововиливів на складках шкіри в пахвинних, пахових і ліктьових ділянках, в зв'язку з чим вони мають насичено-темний колір), з 3-4-го дня «малиновий» (яскраво-червоний з гіперплазією сосочків) язик. Досить часто уражається серцево-судинна система: тахікардія, що змінюється брадикардією, гіпотонія, глухі тони серця, розширення його вліво, систолічний шум. При легкому перебігу скарлатини гарячка триває 1-3 дні, висипка неяскрава, частіше розташована лише на природних складках шкіри, зберігається декілька годин і проходить без лущення. Токсичні форми скарлатини характеризуються вираженою інтоксикацією з порушенням свідомості, збудженням або пригніченням психіки, маренням, багаторазовою блювотою, судомами, менінгеальним синдромом. Часто приєднується сепсис з високою гарячкою, ознобами, виникненням гнійних вогнищ у різних органах. Для геморагічних форм поряд з синдромом токсикозу характерні шлунково-кишкові і легеневі кровотечі.

Клінічно розрізняють типові та атипові форми скарлатини. До типових належать форми з класичними проявами (висипка, ангіна, інтоксикація), до атипових - стерта, без висипки, екстрафарингеальна форми. Перебіг скарлатини може бути легкий, середньої важкості та важкий. Важкий перебіг ділять на токсичний, септичний і токсико-септичний варіанти. Критеріями важкості є симптоми інтоксикації (порушення нервової, серцево-судинної та ендокринної систем) і місцеві зміни (ступінь ураження слизової зіву й лімфатичних вузлів). На 2-4-му тижні можливий розвиток рецидивів, які зв'язані з реінфекцією або суперінфекцією іншого варіанта гемолітичного стрептокока. Ускладнення - гнійний та некротичний лімфаденіти, отит, отогенний абсцес мозку, нефрит, міокардит, ревматизм, артрит.

Діагностика ґрунтується на клінічних та епідеміологічних даних. Про наявність скарлатини свідчить поєднання ангіни з червоною крапчастою висипкою і гарячкою. Доповнюють критерії хвороби обмежена гіперемія м'якого піднебіння, блідий носо-губний трикутник, «малиновий» язик, сухість шкіри та її пластинчасте лущення. Методи виявлення гемолітичного стрептокока і його антигену використовують рідко. До того ж стрептокок із зіва, носа, крові виділяється лише у 40-60 % хворих. Допоміжне значення має феномен згасання висипки - її зникнення в найближчі 6-12 год навколо місця введення 0,2 мл антитоксичної протистрептококової сироватки. В аналізі крові - нейтрофільний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, в кінці тижня - еозинофілія. Диференціальний діагноз перш за все проводять з псевдотуберкульозом, який ще має назву далекосхідної скарлатиноподібної гарячки. Необхідно врахувати, що елементи висипки при цій хворобі більші, з'являються частіше на 3-4-й день переважно на згинальних поверхнях і навколо суглобів на фоні незміненої шкіри. На обличчі екзантема відсутня. Характерні гіперемія і набряк кистей й ступнів. Спостерігаються біль у животі, диспепсичні розлади, поліартрит, збільшення печінки, жовтяниця, чого немає при скарлатині. Допомагає діагностиці застосування бактеріологічних і серологічних методів. На відміну від скарлатини, кір має початковий катаральний період (кашель, нежить, набряк обличчя, повік, кон'юнктивіт, ларингіт). Екзантема рясна, у вигляді великих макуло-папул. Типова етапність висипання - спочатку на обличчі, шиї, верхній частині грудей, на 2-гу добу - на тулубі, верхніх кінцівках, на 3-тю - на нижніх кінцівках. Патогномонічною є поява за 1-2 дні до висипки плям Бєльського - Філатова - Копліка. Висипка залишає після себе пігментацію і висівкоподібне лущення. При краснусі висипка поліморфна у вигляді блідо-рожевих розеол і короподібних елементів, може розташовуватись на всьому тілі, а частіше на кінцівках і сідницях. Збільшені задньошийні і потиличні лімфовузли. В аналізі крові лейкопенія. Відсутні ознаки тонзиліту, «малиновий» язик; дермографізм червоний, після зникнення висипки немає лущення. Перебіг стафілококової інфекції може часом супроводжуватися скарлатиноподібною висипкою, тонзилітом і «малиновим» язиком. Однак слід враховувати наявність первинного гнійного вогнища; висипка з'являється навколо нього на 3-4-й день хвороби. Колір шкіри змінюється мало. Екзантема тримається лише 1-2 дні.

При застосуванні деяких токсичних ліків (антибіотики, сульфаніламіди) і харчових продуктів (мед, яйця, варення) може з'явитись токсико-алергічна скарлатино-подібна висипка. Разом з тим піднебінні мигдалики і слизова оболонка зіву залишаються без змін, висипка може рецидивувати після повторного попадання в організм тих самих алергенів.

**КРАСНУХА ( RUBEOLA )**

Краснуха - гостра інфекційна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка супроводжується помірною інтоксикацією, крапчастою або плямистою висипкою і генералізованим лімфаденітом. Збудник належить до сімейства тогавірусів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора людина за 7 днів до появи висипки і протягом 3 тиж після її появи. Хворі на природжену краснуху заразні значно довше - від кількох місяців до 2 років. Інфекція передається за допомогою повітряно-крапельного механізму, при захворюванні вагітних - трансплацентарно. Сприйнятливість висока, але дещо нижча, ніж до кору. Хворіють переважно діти у віці від 1 до 7 років; діти до 4 міс мають вроджений імунітет. Підйом захворюваності відзначається взимку і навесні. Після перенесеного захворювання залишається стійкий імунітет. Близько 20 % молодих жінок не мають антитіл до краснухи.

Клініка. Інкубаційний період триває 11-24 дні. Хвороба починається поступово. За 1-2 дні до появи висипки інколи спостерігаються нежить, кашель, гіперемія кон'юнктив. Температура тіла підвищується під час висипання, частіше до 38 °С, але може бути й нормальною. Загальний стан у більшості хворих порушений незначно. Типовою ознакою є припухання задньошийних, потиличних та інших лімфатичних вузлів. Вони можуть бути розміром до великої горошини, щільнуваті, болючі при пальпації. Нерясні висипання у вигляді блідо-рожевих, круглих або овальних плям, дрібних або великих, протягом декількох годин з'являються на обличчі, шиї і поширюються по всьому тілі з переважною локалізацією на розгинальних поверхнях кінцівок, спині, животі, сідницях. Екзантема не має тенденції до злиття, тримається 2-З дні і зникає, не залишаючи пігментації і лущення. В період висипань може виникати енантема на слизовій зіва. У декотрих збільшена селезінка. Захворювання може бути у стертій і безсимптомній формах. Дорослі, як правило, переносять краснуху важче, з вираженою гарячкою, болями голови та в м'язах, катаральними явищами, інтоксикацією, іноді блювотою. У хворих жінок в перші 3 міс вагітності часто уражується плід. Можливі викидні, розвиток ембріона з вадами (народження дітей з каліцтвами, глухотою, гідроцефалією, мікроцефалією, катарактою, вадами серця, збільшеними печінкою і селезінкою). Дефекти розвитку можуть проявитись на 1-му році життя. Зрідка трапляються ускладнення: артропатії, енцефаліт, менінгоенцефаліт, енцефаломієліт, неврити, пневмонія, отит, нефрит, тромбоцитопенічна пурпура.

Діагностика. Крім епідеміологічних даних враховують присутність характерної висипки, слабо виражених катаральних явищ і збільшення лімфовузлів. Діагноз можна підтвердити вірусологічним методом (змив з носоглотки, кров на наявність вірусу) або за допомогою серологічних реакцій (РГГА), які роблять з парними сироватками крові з інтервалом 10-14 днів. Діагностичним є зростання титру антитіл в 4 рази і більше. При підозрі на вроджену краснуху дослідження крові проводять одночасно в матері і немовляти. Останнім часом впроваджують в практику радіоімунний та імуноферментний методи. Аналіз крові засвідчує помірну лейкопенію, лімфоцитоз, наявність плазматичних клітин. Диференціальний діагноз в першу чергу необхідно проводити з кором, при якому спостерігаються виражений катаральний період, плями Бєльського - Філатова - Копліка, етапність висипань, рясніша висипка зі схильністю до злиття, подальшою пігментацією і лущенням, значно порушений загальний стан хворого. При інфекційному мононуклеозі спостерігаються тонзиліт, виражений поліаденіт, гепатолієнальний синдром. Температура тіла підвищується вже на початку захворювання. Гарячкова реакція триває до поліпшення загального стану. В аналізі крові лейкоцитоз, лімфомоноцитоз, атипові мононуклеари. На відміну від краснухи, при скарлатині спостерігається виражена інтоксикація організму, тонзиліт, підщелепний лімфаденіт, «малиновий язик», палаючий зів. Висипка крапчаста, рясна, розташована переважно на згинальних поверхнях, носогубний трикутник блідий, шкіра гіперемійована. Після зникнення екзантеми спостерігається крупнопластинчасте лущення. В крові - збільшення кількості лейкоцитів, еозинофілія. Висипання при токсико-алергічнихдерматозахвиникають після вживання медикаментів чи контакту з іншими алергенами, супроводжуються свербінням, набряком, еозинофілією.

**ГРВІ**

-це гострі вірусні хвороби з групи інфекцій дихальних шляхів, які супроводжуються помірною загальною інтоксикацією і ураженням дихальних шляхів, кон'юнктив та лімфатичних вузлів. їх спричинюють різні серовари аденовірусів (містять ДНК), РНК-вірусів із групи параміксовірусів, пневмовірусів, риновірусів. Головний біль, слабкість, розбитість, ломота спостерігаються не у всіх хворих і виражені помірно. Тяжкого токсикозу, як при грипі, немає. Температура тіла частіше субфебрильна.

При парагрипі можуть ушкоджуватися всі дихальні шляхи, але найчастіше - гортань і бронхи. Набухання слизової оболонки носа супроводжується затрудненим диханням і серозними виділеннями, які стають густими, слизисто-гнійними при бактеріальному ускладненні. Помірна гіперемія слизової порожнини рота та зіву відрізняється від різкої гіперемії при грипі. У 50 % хворих виникає двосторонній кон'юнктивіт. Парагрип триває довше, ніж грип. Стан хворого погіршується при розвитку вірусно-бактеріальної пневмонії. У дітей може виникнути парагрипозний (несправжній) круп. Останній характеризується приступами сухого кашлю, які переходять у шумне стенотичне дихання з втягненням міжреберних проміжків і ціанозом. Можуть розвиватись бронхіоліт і пневмонія.

Аденовірусна інфекція.Аденовірусна інфекція може перебігати як гостре респіраторне захворювання, кон'юнктивіт, фарингіт або фарингокон'юнктивальна гарячка, пневмонія, дуже рідко виникає мезаденіт.

Гострий кон'юнктивіт супроводжуються погіршанням загального стану організму і запальними змінами слизових оболонок глотки і повік, збільшенням шийних лімфатичних вузлів.

Аденовірусний мезаденіт . Інкубаційний період - 3-7 днів. У старших дітей і особливо у дорослих хвороба проявляється через чхання, затруднення носового дихання, риніт із значними серозними, слизистими або гнійними виділеннями, кашель, помірну гіперемію і набухання слизової оболонки зіва. Температура тіла нормальна або субфебрильна.

У немовлят можуть приєднатися бронхіт з астматичним компонентом і бронхіоліт. Важкість захворювання при цьому зумовлена головним чином розвитком дихальної недостатності, явища інтоксикації помірні. . Інкубаційний період складає 1-6 днів. Хвороба розпочинається з закладення носа, чхання, слизистих і водянистих виділень, кількість яких збільшується. У багатьох хворих дере в горлі, відзначаються підкашлювання, кон'юнктивіт із сльозотечею, притуплюються нюх і смак. Проте загальна інтоксикація виражена слабо або відсутня, температура тіла нормальна або субфебрильна. Лице бліде. Ніс розпухає, рот напіввідкритий. На губах нерідко висипає герпес. Слизова носа гіперемійована, набрякла. Іноді дещо збільшені підщелепні та верхні шийні лімфатичні вузли. Кров без змін або виявляється незначний лейкоцитоз. Хвороба триває не довше ніж 2 тиж.

Ускладнення виникають рідко, можливі пневмонії. Діагностика гострих респіраторних вірусних інфекцій базується на відповідних клінічних даних, а також результатах вірусологічного та серологічного досліджень. Аденовірусну інфекцію, крім цього, необхідно диференціювати з інфекційним мононуклеозом, вірусним гепатитом А, дифтерією ока. При інфекційному мононуклеозі з перших днів захворювання також спостерігаються загальна інтоксикація, гарячка, генералізована лімфаденопатія і гепатоспленомегалія, тонзиліт, різноманітні висипки. Однак дослідження крові виявляє лімфоцитоз, атипові мононуклеари, а також позитивні серологічні реакції Пауля - Буннеля, Ловрика - Лі - Давидсона. може розпочинатися з підвищення температури тіла, ломоти, розбитості, головного болю. Проте чітко виступають диспепсичні явища, збільшується печінка. Забарвлення склер і шкіри у жовтий колір, потемніння сечі свідчать про гепатит. Необхідно врахувати епідеміологічну ситуацію (спілкування з хворим), біохімічні показники функціонального стану печінки (висока активність амінотрансфераз), наявність у сироватці крові анти- HVA IgM . Бактерійні катари верхніх дихальних шляхів зумовлюються стрептококами, стафілококами, рідше пневмококами. При стрептококозі переважає картина фарингіту, слизова оболонка яскраво-червона, в крові помірний лейкоцитоз, швидкий лікувальний ефект дає пеніцилінотерапія.

**МЕНІНГОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ ( INFECTIO MENINGOCOCCIEA )**

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора людина і здорові носії. В епідеміологічному відношенні небезпечніші особи з менінгококовим назофарингітом. Вони виділяють менінгококи протягом 3-4 тиж. Хворі з Іншими клінічними формами інфекції заразні лише в тих випадках, коли на слизовій носоглотки містять менінгококи. При генералізованій інфекції це спостерігається лише у 18 % хворих. Здорове носійство може тривати 2-6 тиж. Воно частіше трапляється в осіб з хронічними запальними змінами в носоглотці. На 1 хворого припадає до 2000 здорових носіїв і більше. При спорадичній захворюваності носійство не перевищує 1 %, під час епідемії охоплює 35-45 % контактних осіб. Розрізняють локалізовані та генералізовані форми менінгококової інфекції. До локалізованих відносять здорове бактеріоносійство та менінгококовий назофарингіт, до генералізованих - менінгококцемію (сепсис), менінгіт, менінгоенцефаліт.

З клінічних форм найчастіше зустрічається менінгококовий назофарингіт. Початок гострий. Хворі скаржаться на головний біль, закладення носа, нежить. Задня стінка носоглотки гіперемійована, набрякла, лімфоїдні фолікули гіперплазовані. Температура тіла може залишатися нормальною, але здебільшого підвищується до 38 °С і вище. Гарячка триває лише 1-3 дні. Ніяких специфічних проявів менінгококовий назофарингіт немає. Хворі, як правило, почуваються задовільно і швидко одужують. Однак назофарингіт може бути продромою генералізованих форм хвороби. Часто уражаються суглоби, переважно дрібні. Наслідки артриту, як правило, сприятливі. Зрідка виникає іридоцикліт зі зміною кольору райдужної оболонки на іржавий. Гарячка інтермітуючого типу. Спостерігаються виражена інтоксикація, помірний ціаноз, тахікардія, гіпотонія. Шкірні покриви сухі, язик покритий нальотом. Можуть з'явитися корчі, розлади свідомості, вогнищеві ураження нервової системи. Дуже важкий перебіг має блискавичний варіант менінгококцемії, так звана швидкоплинна пурпура, або синдром Уотерхауза - Фрідеріксена, що є результатом крововиливів у наднирники. Він характеризується бурхливим початком: стрімко підвищується температура тіла, з'являються озноб, головний біль, блювота. Вже в перші години на шкірі та слизових оболонках виникає геморагічна висипка. Вона стає рясною, з'являються значні крововиливи в шкіру. Можливі носові, маткові та шлункові кровотечі. На кінцівках, а потім на тулубі виникають багряно-синюшні плями. Прогресує серцево-судинна недостатність (синюшність, ниткоподібний пульс, різка гіпотонія аж до колапсу). Розвивається інфекційно-токсичний шок. Хворі втрачають свідомість, з'являються рухове збудження, корчі. Різко виражені менінгеальні явища. Без замісної гормонотерапії хвороба швидко закінчується смертю. Менінгококовий менінгіт також розпочинається раптово: підвищується температура тіла, з'являються дуже сильний головний біль та блювання без нудоти. У деяких хворих бувають поліморфна еритематозна або короподібна висипка, помірні явища ринофарингіту, які швидко зникають. Далі виникають корчі, частіше в малих дітей. Типова поза хворого - він лежить на боці з відкинутою назад головою і приведеними до живота колінами. Склери з ін'єкцією судин, обличчя червоне; у половини хворих довкола носових отворів, на губах, вушних раковинах - герпетична висипка з крововиливами. Пульс прискорений, артеріальний тиск знижується. Тони серця ослаблені, в легенях - сухі, іноді вологі хрипи. Найхарактерніші зміни спостерігаються з боку нервової системи: гіперестезія, світлобоязнь, ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського, Пйєна.

У немовлят часто виявляють симптом «підвішування» Лесажа, напруження і випинання тім'ячка, пірамідні патологічні знаки. У тяжких випадках хворі втрачають свідомість. Причиною смерті найчастіше є гостре набухання і набряк головного мозку. При цьому на фоні загального інтоксикаційного і менінгеального синдромів спостерігаються втрата свідомості, різка задишка, багряно-синюшне обличчя, блювання «фонтаном», гикавка, розлади дихання і серцево-судинної діяльності, клоніко-тонічні корчі, збудження або депресія, пригнічення корнеальних рефлексів, звуження зіниць і млява їх фотореакція, згасання менінгеальних симптомів. Внаслідок набряку та набухання головний мозок може зміститись і вклинитись у великий потиличний отвір, через що різко порушується кровопостачання органа. Синдром вклинення характеризується загальними клоні-ко-тонічними судорогами, рясним потом, гіперемією обличчя, брадикардією, яка швидко змінюється на тахікардію, порушеннями дихання - спочатку задишка, потім дихання типу Чейна - Стокса. Смерть настає від зупинки дихання.

До ускладнень менінгококової інфекції належить також інфекційно-токсичний шок. Захворювання може супроводжуватися синдромом церебральної гіпотензії. Перебіг хвороби дуже важкий, з вираженими токсикозом і зневодненням організму. Менінгеальні симптоми можуть посилюватися, але здебільшого зникають. Розвиваються гіпотонія м'язів і арефлексія. У новонароджених западає тім'ячко. При менінгококовому менінгоенцефаліті з перших днів хвороби переважають енцефалітичні явища: втрата свідомості, судоми, паралічі та парези. Можуть погіршуватися зір, слух, якщо процес переходить на стовбурові утвори на дні IV шлуночка, виникають дихальні та серцево-судинні розлади. Менінгеальні явища можуть бути слабовираженими. Глибина втрати свідомості залежить від ступеня ураження мозку. В аналізі крові при менінгококовій інфекції виявляють нейтрофільний гіперлейкоцитоз із зсувом формули вліво, збільшену ШОЕ.

Для менінгіту характерні зміни ліквору: витікає з підвищеним тиском (до 600 мм вод. ст.), струменем або частими краплями (більш як 50- 70 крапель за 1 хв); мутний, гнійний; виявляється клітинно-білкова дисоціація, нейтрофільний плеоцитоз; кількість білка збільшена, цукру і хлоридів - знижена. При стоянні ліквору випадає груба фібринова плівка. Реакції Панді та Нонне - Апельта різкопозитивні. Діагностика менінгококової інфекції базується на клінічних та епідеміологічних даних. Бурхливий розвиток гнійного менінгіту серед повного здоров'я або після легкого назофарингіту, особливо в поєднанні з геморагічною висипкою, є свідченням менінгококової інфекції. Серологічне підтвердження можна одержати в РНГА з менінгококовими еритроцитарними діагностикумами серогруп А, В і С. Кров досліджують у динаміці з інтервалом 5-7 днів. Диференціальний діагноз . Під час епідемічних спалахів і при наявності чіткого менінгеального синдрому діагностика менінгококової інфекції не є складною. У спорадичних випадках запідозрити її значно важче, особливо менінгококовий назофарингіт. Клінічна картина останнього дуже нагадує вірусні ринофарингіти. Діагноз тут можна встановити на підставі бактеріологічного і вірусологічного дослідження носоглоткового слизу або при наявності переконливих епідеміологічних даних.

При вірусних ринофарингітах аналіз крові частіше свідчить про лейкопенію, антибіотикотерапія неефективна. Висипка, що зустрічається іноді на початку менінгококової інфекції, може нагадувати кір, скарлатину та єрсиніози. Проте при захворюванні на кір вона з'являється після певного продромального періоду з вираженими катаральними явищами, характерними є плями Бєльського - Філатова - Копліка, етапність висипань, наступне висівкоподібне лущення.

Для скарлатини типовими є зміни слизової оболонки зіву - яскрава гіперемія, ангіна (частіше фолікулярна або лакунарна), «малиновий» язик, висипка дрібноточкова на гіперемійованому фоні шкіри зі згущенням у природних складках, білий носогубний трикутник, стійкий білий дермографізм, пластинчасте лущення шкіри. Єрсиніози , крім того, супроводжуються ураженням суглобів, дисфункцією кишок, гепатоспленомегаліею.

Вірусні менінгіти характеризуються гострим початком, вираженим менінгеальним синдромом і, на відміну від менінгококового менінгіту, серозними змінами спинномозкової рідини. Остання прозора, з лімфоцитарним плеоцитозом, вміст білка нормальний або незначно підвищений. Ці зміни поєднуються з клінікою захворювання, яке зумовлене певним збудником: при ентеровірусній інфекції - герпангіна, міалгії, дисфункція кишок, екзантема, плевродинія; при аденовірусній інфекції - поліаденіт, фарингіт, кон'юнктивіт, гепатолієнальний синдром; при епідемічному паротиті - паротит, субмаксиліт, можливі орхіт, панкреатит.

Лептоспірозний менінгіт буває серозним або гнійним, розвивається на фоні гарячки, болю в м'язах, жовтяниці, ниркової недостатності, геморагічного синдрому. Діагноз підтверджують виявленням лептоспір у крові, сечі, лікворі та реакцією мікроаглютинації. У перші дні хвороби з'являється вогнищева симптоматика ураження центральної нервової системи. У хворих можна виявити нейтрофільний лейкоцитоз, збільшену ШОЕ, спинномозкову рідину молочно-білого кольору, що містить велику кількість білка і нейтрофілів. Гнійний менінгіт, зумовлений паличкою Афанасьева - Пфейфера, характеризується поступовим початком, хвилеподібним перебігом. Найчастіше хворіють діти. Розвиваються токсикоз, диспепсія. Спинномозкова рідина зеленого кольору, мутна, плеоцитоз досягає (10-15)х109/л.

**ДИФТЕРІЯ ( DIPHTHERIA )**

Дифтерія - гостра інфекційна хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, яка характеризується фібринозним запаленням слизових оболонок зіва, носа, гортані та токсичним ураженням серцево-судинної і нервової систем. Збудник - дифтерійна паличка (Corinebacteriumdiphteriae).

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворий на дифтерію, реконвалесцент-носій або здоровий носій токсигенних штамів збудника.Передача здійснюється головним чином повітряно-крапельним шляхом з розвитком дифтерії зіва. Зрідка факторами передачі служать забруднені руки, побутові речі, білизна. У таких випадках виникають екстрабукальні форми. Сприйнятливість до дифтерії висока. Оскільки проводиться планова імунізація дітей дошкільного віку, хворіють переважно дорослі (80 %) і діти старшого віку, не щеплені або неправильно щеплені проти дифтерії. Новонароджені та діти 1-го року життя хворіють рідко, тому що мають вроджений пасивний імунітет. Захворюваність має спорадичний характер, останнім часом відзначається тенденція до її зростання. Після хвороби імунітет нестійкий.

Клініка . Тривалість інкубаційного періоду - від 2 до 10 днів. Клінічні прояви дифтерії різноманітні. Найчастіше (98 % хворих) зустрічається дифтерія зіва. Вона буває локалізованою (катаральною, острівчастою, плівчастою), поширеною (коли плівки виходять за межі мигдаликів), комбінованою (дифтерія зіва і носа, зіва і гортані), токсичною (субтоксичною, токсичною І, II , III ступеня, гіпертоксичною, геморагічною, гангренозною).До типових форм належить плівчаста дифтерія. Вона починається з підвищення температури тіла, явищ інтоксикації (нездужання, головний біль, слабкість). Біль у горлі незначний. При огляді виявляють застійну неяскраву гіперемію зіва, збільшені (набряклі) мигдалики, на їхній поверхні помітні суцільні щільні білуваті з перламутровим відтінком фібринові нальоти. Останні мають такі властивості: часто виходять за межі мигдаликів, поширюються на дужки, язичок, м'яке піднебіння; знімаються шпателем з великим зусиллям, при цьому підлегла слизова оболонка кровоточить; через 15-20 хв після змащування 2% розчином телуриту калію плівка чорніє. Реґіонарні лімфовузли збільшені, помірно болючі.Катаральна і острівчаста форми дифтерії зіва характеризуються легким перебігом. Загальний стан хворого майже не порушений. Слизова оболонка зіва з застійною гіперемією, мигдалики набряклі. При острівчастій формі спостерігаються ніжні нальоти, що їх можна легко зняти. Діагностика цих форм можлива в епідемічних осередках і при цілеспрямованому бактеріологічному обстеженні.Токсична дифтерія зіва може розвинутись із локалізованої або поширеної форми у хворих, які не отримували лікування, але найчастіше вона виникає відразу як токсична. Для неї характерний бурхливий початок з високою температурою (до 39-40 °С), вираженою загальною інтоксикацією (слабкість, адинамія, повторне блювання, нерідко біль у животі). У зіві - картина плівчастої дифтерії, специфічний солодко-гнильний запах з рота. Відзначається характерний набряк: при субтоксичній формі він однобічний - у зіві та навколо реґіонарних лімфовузлів (згладжування шийної складки), при токсичній дифтерії І ступеня набряк клітковини доходить до середини шиї, при II ступені - до ключиці, при III ступені - спускається нижче від ключиці. Набряк підшкірної клітковини пухкий, неболючий, без зміни кольору шкіри.

Для токсичної дифтерії характерні блідість шкірних покривів, ціаноз губ, зниження артеріального тиску, тахікардія.При гіпертоксичній формі виникають розлади свідомості та корчі, при геморагічній - геморагічний синдром.Дифтерія носа перебігає зі слабовираженою інтоксикацією, сукровичним виділенням з носа (найчастіше однобічним), мацерацією шкіри довкола ніздрів. На слизовій оболонці носа можуть бути фібринові плівки та ерозії, можливі носові кровотечі.Дифтерія гортані виникає як первинна форма або внаслідок поширення процесу з зіва чи носа. В перші 1-2 дні - гавкаючий кашель, сиплий голос, слабка інтоксикація з субфебрильною температурою. На цьому фоні з'являються симптоми дифтерійного крупу, які можуть швидко наростати. Виділяють 3 ступеня стенозу гортані:І - катаральний - утруднений вдох, втягування міжреберних проміжків, грубий гавкаючий кашель (триває 2-4 доби), сиплість голосу;II - стенозуючий - шумне дихання, інспіраторна задишка з подовженим вдохом, який чути на відстані, участь у диханні допоміжних м'язів, афонія;III - асфіктичний - зростаюча киснева недостатність, неспокій, що змінюється на сонливість, ціаноз, холодний піт, корчі, парадоксальний пульс.До рідкісних форм належать дифтерія очей, вух, зовнішніх статевих органів, шкіри.З ускладнень дифтерії найчастіше трапляються міокардити - ранні (з 2-5-го дня хвороби) і пізні (на 2- 4-му тижні). Вони супроводжуються зростаючою блідістю шкірних покривів, нудотою, болем у животі, іноді блюванням. Спостерігаються зміщення меж серця, приглушення тонів, тахікардія, порушення ритму (синусова аритмія, екстрасистолія, ритм галопу), зниження артеріального тиску. На ЕКГ - зниження вольтажу зубців, порушення скоротливості міокарда, процесів реполяризації, атріовентрикулярна блокада, погіршення коронарного кровообігу, яке іноді трактується як інфаркт міокарда. Чутливою і ранньою ознакою міокардиту є збільшення активності сироваткової АсАТ. Може настати смерть.

Одужання повільне (1-2 міс і довше), можливий вихід на первинну інвалідність.Для токсичної дифтерії характерні неврологічні порушення з перших днів хвороби. Внаслідок цього хворий може гугнявити, похлинатися під час їди. При огляді виявляють зменшення або зникнення рухомості м'якого піднебіння, порушення зору в зв'язку з паралічем акомодації, косоокість, птоз. Дещо пізніше (на 4-5-му тижні) з'являються полірадикулоневрити (периферичні в'ялі паралічі). Ранньою їх ознакою є зниження сухожильних рефлексів (насамперед на нижніх кінцівках), а деколи їх повне зникнення. Можуть розвинутись паралічі м'язів шиї і тулуба, зокрема ковтальних, міжреберних м'язів і діафрагми. Часто мляві паралічі кінцівок виявляють при розширенні рухового режиму - неможливість ходити, хиткість ходи, слабкість у руках і ногах через часткову атрофію м'язів. Зміни нервової системи можуть призвести до тимчасової непрацездатності та інвалідності, процес одужання повільний.Часте ускладнення з боку нирок - токсичний нефроз різної важкості, від незначної альбумінурії та лейкоцитурії до високого вмісту в сечі білка, еритроцитів, лейкоцитів, циліндрів і гострої ниркової недостатності. З інших ускладнень можливі інфекційно-токсичний шок, пневмонія.У гострий період дифтерії в крові виявляють нейтрофільний лейкоцитоз і збільшену ШОЕ.Діагностика дифтерії ґрунтується на епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. З метою ранньої діагностики дифтерії хворих на ангіну з патологічними нашаруваннями на мигдаликах лікар оглядає вдома не менше ніж 3 дні підряд.Підтвердженням діагнозу є виявлення в мазках із зіва чи носа токсигенних штамів дифтерійної палички. Забирати мазок слід на межі нальоту і здорової тканини, не раніше ніж через 2 год після приймання хворим їжі, бажано до початку лікування; перед процедурою не можна полоскати горло антисептичними засобами.При попередній мікроскопії (фарбування за Нейсером), яку роблять негайно при підозрі на дифтерію, видно типове розташування паличок у вигляді розчепірених пальців і зерна волютину в бактеріях. Одночасно висівають матеріал на зсілу сироватку або телуритовий кров'яний агар для виділення чистої культури і визначення її токсигенності. Посіви роблять тричі. Результати одержують через 48-96 год. Успіх бактеріологічного дослідження залежить від часу взяття матеріалу і посіву його на поживні середовища. Матеріал слід доставляти в лабораторію терміново; якщо транспортування забирає понад 3 год, то матеріал необхідно пересилати у 5 % розчині гліцерину,Диференціальний діагноз. На відміну від дифтерії, ангіна починається гостро з високої температури і значної інтоксикації, біль у горлі сильний, гіперемія слизової оболонки зіва яскрава, реґіонарні лімфовузли збільшені та болючі. Вирішальне значення для диференціації мають дані лабораторного дослідження. Діагноз поєднання ангіни з носійством дифтерійної палички (токсигенний штам) не є правомірним.З метою диференціальної діагностики дифтерії та ангін іншої етіології з супутнім носійством визначають антитоксичний імунітет. Для цього досліджують кров хворого до введення протидифтерійної сироватки, у перші 5-7 днів хвороби. Відсутність специфічного антитоксину або низький його рівень (менш ніж 0,03 МО/мл) свідчать на користь дифтерії, вищий - проти. Знаходження антитоксину в пізніші терміни може свідчити про наявність хвороби.При інфекційному мононуклеозі початок хвороби гострий, наліт з мигдаликів легко знімається, збільшуються лімфовузли різних груп, особливо шийні та потиличні, спостерігається гепатолієнальний синдром; у крові виявляють атипові мононуклеари.У випадку скарлатини зів «палаючий», ангіна фолікулярна або лакунарна, язик «малиновий», на слизовій оболонці ротової порожнини є енантема, а на шкірі - крапчасті висипання на гіперемійованому фоні, стійкий білий дермографізм. Згодом відбувається послідовне пластинчасте лущення, починаючи з кінчиків пальців рук і ніг. Подібна картина спостерігається при псевдотуберкульозі, але при ньому часто уражаються суглоби; відзначають дисфункцію кишок. Вирішальне значення мають бактеріологічні та серологічні дослідження.Дифтерію може нагадувати ангінозно-бубонна форма туляремії, однак для неї є типовим однобічне ураження мигдаликів, наліт за їхні межі не виходить, значно збільшені реґіонарні (шийні, навколовушні, підщелепні) лімфовузли, деякі з них зазнають гнійного розплавлення. Для встановлення етіології використовують РЗК з туляремійним діагностикумом, внутрішньошкірну пробу з тулярином.Ангіна Симановського - Плаута - Венсана характеризується помірним збільшенням температури тіла, незначним болем при ковтанні, частіше однобічним ураженням мигдаликів з утворенням глибокої виразки з нерівними краями, дно якої вкрито брудним зеленкувато-сірим нальотом; плівки легко знімаються. В мазку виявляють веретеноподібну паличку і спірохету.При грибковому ураженні мигдаликів наліт крихто-подібний, білий, легко знімається шпателем, іноді поширюється на піднебінні дужки, язичок, задню стінку глотки. Загальний стан хворого страждає мало. Підтвердженням діагнозу служить виявлення у мазках грибів Candida . Захворювання в більшості випадків самостійно минає після відміни антибіотиків.Згладжування завушної ямки при епідемічному паротиті може нагадувати набряк шийної клітковини при токсичній дифтерії зіва, однак припухлість болюча, виявляється позитивний симптом Мурсона (гіперемія і набряк соска вивідної протоки привушної слинної залози), відсутні зміни в зіві. Велике значення мають дані епіданамнезу і дослідження на коринебактерії дифтерії.Своєрідне ураження піднебінних мигдаликів і дужок у вигляді дрібних пухирчиків, що швидко тріскаються з утворенням ерозій, є типовим для герпетичної ангіни, яка спричиняється ентеровірусами групи Коксакі. її діагностують за зростанням титру антитіл у парних сироватках крові в РЗК і РГГА з відповідними вірусами.Гострий тонзиліт з нальотом може спостерігатися при аденовірусній інфекції, однак для цього захворювання характерні також фарингіт, кон'юнктивіт, поліаденіт, гепатолієнальний синдром.Гострий тонзиліт іноді розвивається при черевному тифі (ангіна Дюге). При цьому мигдалики набряклі, містять дрібні виразки, вкриті сіруватим нальотом. Слід враховувати властиві цій хворобі тривалу гарячку, брадикардію з дикротією пульсу, метеоризм, симптом Падалки, гепатоспленомегалію, а також дані бактеріологічного та серологічного досліджень.Зміни в зіві при сифілісі характеризуються виникненням первинної сифіломи (частіше на піднебінних мигдаликах) у вигляді гіперемії та збільшення одного з мигдаликів без болю в горлі, склерозуючого підщелепного лімфаденіту. При ерозивній формі твердого шанкру виявляють ерозію зі щільними і трохи піднятими краями, гладким дном; при дифтерієподібній формі на уражених ділянках відзначають наліт фібрину. Лімфовузли не болючі. Хвороба триває 4-6 тиж. При вторинному сифілісі на фоні фебрильної температури, поліаденіту, болю в кінцівках і характерної розеольозно-папульозної