

Инфекции дыхательных путей. Зоонозные инфекции.

ПЛАН

1. ОРВИ (грипп, парагрипп, риновирусная инфекция, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РС-инфекция),
2. Микоплазменная респираторная инфекция
3. Дифтерия
4. Инфекционный мононуклеоз
5. Менингококковая инфекция

Клинические формы КРС.

- Острый ринит — воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чиханье, отделение слизи из носа, нарушение носового дыхания. Отток слизи по задней стенке глотки вызывает кашель.
- Фарингит — воспаление слизистой оболочки глотки. Для него характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании.
- Тонзиллит — местные изменения в небных миндалинах бактериальной (чаще стрептококковой) и вирусной этиологии. Характерны интоксикация, гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.
- Ларингит — воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Первые симптомы — сухой лающий кашель, осиплость голоса.
- Эпиглоттит — воспаление надгортанника с характерным выраженным нарушением дыхания.
- Трахеит — воспалительный процесс слизистой оболочки трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой кашель.
- Бронхит — поражение бронхов любого калибра. Основным симптом — кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, но на 2-й нед может приобретать зеленоватый оттенок за счёт примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение 2 нед и дольше (до 1 мес при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиально-вирусной, микоплазменной и хламидийной природы).

1. **Грипп** — острая респираторная антропонозная инфекция, протекающая с развитием интоксикации и поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, чаще трахеи. Заболевание склонно к быстрому и глобальному распространению.

Инкубационный период **12 час-2 сут.**

Клиническая картина

синдромы:

1. Интоксикационный синдром характеризуется

- острым началом заболевания, быстрым (в течение нескольких часов) повышением температуры тела от субфебрильной до 40 °С и выше, сопровождающимся ознобом.
- головная боль, преимущественно в лобно-орбитальной области,
- выраженная общая слабость, разбитость и недомогание.

- Нередко отмечают миалгии, развивающиеся вследствие нарушений микроциркуляции и обменных процессов в мышцах,
- а также артралгии и головокружение.
- Возможны обморочные состояния и судорожный синдром (чаще у детей).
- Развиваются гиперемия лица и конъюнктив,
- возможно «обмётывание» губ в результате активации герпетической инфекции.
- Кожные покровы горячие, сухие.
- В результате диффузного поражения миокарда и его гипоксии тоны сердца становятся приглушёнными, иногда прослушивается систолический шум на верхушке сердца. Возникает тахикардия или нормокардия (иногда брадикардия). Наблюдают склонность к артериальной гипотензии.

2. Катаральный синдром развивается несколько позже, в ряде случаев он выражен слабо или отсутствует.

- жалобы на сухость, першение в горле
- болезненность в носоглотке,
- заложенность носа.
- Отмечают застойную гиперемию, сухость, набухание и отёк слизистой оболочки носоглотки.
- Носовое дыхание затруднено; в первые дни болезни отделяемое скудное или вообще отсутствует, в последующем появляются серозные, слизистые или сукровичные выделения из носа.
- Характерны ларинготрахеит и бронхит, проявляющиеся саднением и болью за грудиной, учащением дыхания, сухим кашлем.

3. Геморрагический синдром проявляется лишь в 5—10% случаев.

На фоне гиперемии, с цианотичным оттенком, зернистой слизистой оболочки ротоглотки возможны точечные кровоизлияния. В некоторых случаях отмечают носовые кровотечения.

Возможны тяжёлые проявления этого синдрома при развитии острого геморрагического отёка лёгких.

Длительность заболевания обычно не превышает 3-5 дней, хотя выраженная астения может сохраняться значительно дольше.

Дифференциальный диагноз.

1. Парагрипп — острое антропонозное вирусное заболевание, поражающее верхние дыхательные пути (особенно гортань) и протекающее с синдромом интоксикации (выражен слабо).

Клиника парагриппа имеет много общих симптомов с гриппом. Однако существуют некоторые отличия:

— парагрипп начинается постепенно и значительно уступает гриппу по выраженности интоксикации, температура редко превышает 38 °С;

— вирусы парагриппа преимущественно поражают гортань с развитием симптомов ларингита, особенно у детей. Клинически это проявляется осиплостью голоса, лающим сухим кашлем; У детей первых лет жизни наиболее опасное осложнение — ложный круп

— слизистая оболочка ротоглотки неярко гиперемирована, а для гриппа характерна яркая, разлитая гиперемия в сочетании с мучительным надсадным кашлем и с болью за грудиной.

2. Риновирусная инфекция - Острое антропонозное вирусное заболевание с избирательным поражением слизистой оболочки носа

Риновирусная инфекция отличается от гриппа следующими симптомами:

— обильными серозными выделениями из носа на фоне незначительной интоксикации;

— слезотечением, частым чиханьем при отсутствии симптомов трахеобронхита;

— субфебрильной или даже нормальной температурой тела;

— слегка гиперемированной слизистой оболочкой ротоглотки.

3. Аденовирусная инфекция — острая антропонозная вирусная инфекция, поражающая слизистые оболочки верхних дыхательных путей, глаз, кишечника, лимфоидную ткань и протекающая с умеренно выраженной интоксикацией.

Аденовирусная инфекция в клинической картине в отличие от гриппа обращают на себя внимание такие симптомы:

— явления тонзиллита;

— увеличение регионарных лимфатических узлов;

— умеренный кашель, который может появиться на 3—4-й день;

— иногда бывают увеличены печень и селезенка;

— выражен экссудативный компонент, в то время как при гриппе только скудные выделения из носа; заложенность носа с обильным серозным, а позже — серозно-гнойным отделяемым.

— дифференциальная диагностика облегчается при наличии характерного для аденовирусной инфекции конъюнктивита, зачастую асимметричного;

— возможны боль в животе (особенно у детей) и диспепсические явления;

— характерна большая (до 8—12 сут) продолжительность лихорадочного периода;

— несмотря на наличие иногда высокой (до 39 °С) температуры тела, общее состояние нарушено меньше, чем при гриппе;

— вместо лейкопении возможен умеренный лейкоцитоз.

4. Респираторно-синцициальная вирусная инфекция (РС-инфекция) — острое антропонозное вирусное заболевание с преимущественным поражением нижних отделов дыхательных путей.

При РС-инфекции ведущим является поражение нижних дыхательных путей, однако у взрослых клиническая картина может напоминать грипп, тем более, что по уровню интоксикации РС-инфекция занимает промежуточное положение между гриппом и парагриппом. Отличие состоит в следующем:

— в меньшей выраженности катаральных изменений в слизистой оболочке носоглотки; дужки и мягкое небо слабо гиперемированы;

— в клинике преобладают явления бронхита, иногда с бронхоспастическим компонентом; трахеит с чувством жжения за грудиной отсутствует;

— у детей нередко развиваются бронхиолит, пневмония.

5. Микоплазменная респираторная инфекция — острое антропонозное инфекционное заболевание с поражением верхних дыхательных путей и развитием пневмонии.

Внезапное начало заболевания, озноб, миалгия, головная боль, упорный кашель, возникающие при микоплазменной пневмонии, требуют также дифференциальной диагностики с гриппом.

Микоплазменная пневмония отличается от гриппа такими симптомами:

— Больные жалуются на сухой кашель, иногда сильный и мучительный, а также насморк, боли в горле.

— явления трахеобронхита;

— нередко появлением полиморфной экзантемы с преимущественной локализацией вокруг суставов;

— иногда увеличенной печенью;

— умеренным лейкоцитозом в крови;

— длительностью заболевания (до 4 нед).

Дифтерия — острое антропонозное инфекционное заболевание с аэрогенным механизмом передачи, вызываемое дифтерийными коринебактериями и характеризующееся местным фибринозным воспалением (чаще слизистых оболочек ротоглотки) и явлениями общей интоксикации с преимущественным поражением сердечно-сосудистой и нервной систем. (греч. diphthera — плёнка, перепонка).

Клиническая картина

Инкубационный период длится от 2 до 10 дней.

Клиническая классификация дифтерии, принятая в Российской Федерации, подразделяет заболевание на следующие формы и варианты течения.

• Дифтерия ротоглотки:

— дифтерия ротоглотки локализованная с катаральным, островчатым и плёнчатый вариантами;

— дифтерия ротоглотки распространённая;

— дифтерия ротоглотки субтоксическая;

— дифтерия ротоглотки токсическая (I, II и III степеней);

— дифтерия ротоглотки гипертоксическая.

• Дифтерийный круп:

— дифтерия гортани (дифтерийный круп локализованный);

— дифтерия гортани и трахеи (круп распространённый);

— дифтерия гортани, трахеи и бронхов (нисходящий круп).

• Дифтерия носа.

• Дифтерия половых органов.

• Дифтерия глаз.

• Дифтерия кожи.

• Комбинированные формы с одновременным поражением нескольких органов.

• Как отдельный тип инфекционного процесса выделяют **бактерионосительство *C.diphtheriae***. Выделяют такие его варианты:

— реконвалесцентное (у переболевших дифтерией);

— носительство у здоровых лиц, то есть у тех, у которых ранее и в момент осмотра малейшие клинические признаки дифтерии отсутствовали.

Бактерионосительство по длительности может протекать как:

— кратковременное — возбудитель выделяется до 2 нед;

— средней длительности — от 2 нед до 1 мес;

- затяжное — более 1 мес;
- хроническое — от 6 мес до нескольких лет.

Инфекционный мононуклеоз — антропонозное вирусное заболевание преимущественно с аэрогенным механизмом передачи, характеризующееся интоксикацией, лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, специфическими изменениями в крови (лат. — mononucleosis infectiosa, англ. — infectious mononucleosis).

В честь первооткрывателей он получил свое название Epstein— Barr virus (EBV).

Клиническая картина

Инкубационный период от 4 до 15 дней

1. продромальный период, не специфические симптомы.

в течение нескольких дней наблюдают субфебрильную температуру тела, недомогание, слабость, повышенную утомляемость, катаральные явления в верхних дыхательных путях — заложенность носа, гиперемию слизистой оболочки ротоглотки, увеличение и гиперемию миндалин.

2. период разгара болезни. Характерно появление всех основных клинических синдромов: синдром интоксикации, ангины, лимфаденопатии, гепатолиенального синдрома.

3. период реконвалесценции.

Заболевание может протекать длительно, со сменой периодов обострений и ремиссий, из-за чего его общая продолжительность может затягиваться до 1,5 лет.

Клинические проявления инфекционного мононуклеоза у **взрослых** больных отличаются рядом особенностей. Заболевание часто начинается с постепенного развития продромальных явлений, *лихорадка часто сохраняется более 2 нед, выраженность лимфаденопатии и гиперплазии миндалин меньше*, чем у детей. Вместе с тем у взрослых чаще наблюдают проявления заболевания, *связанные с вовлечением в процесс печени и развитием желтушного синдрома*.

Менингококковая инфекция — острое антропонозное инфекционное заболевание с аэрогенным механизмом передачи, вызываемое менингококком и имеющее широкий диапазон клинических проявлений от бессимптомного бактерионосительства до бурно протекающих менингококкового сепсиса и менингоэнцефалита.

Клиническая картина. ИП – 2-10 дней

Классификация.

I. Первично-локализованные формы:

1. менингококковывделительство;
2. острый назофарингит;
3. пневмония.

II. Гематогенно-генерализованные формы:

1. менингококцемия:

- типичная;
- молниеносная;
- хроническая;

2. менингит;

3. менингоэнцефалит;

4. смешанная форма (менингококцемия + менингит);
5. редкие формы (эндокардит, артрит, иридоциклит).

Острый назофарингит

-кашель, першение и боли в горле,
-заложенность носа и двусторонний ринит с гнойным (слизисто-гнойным) отделяемым;
-гранулезный фарингит с гнойной «дорожкой»;
Катаральные явления сопровождаются головной болью и повышением температуры тела от субфебрильных до высоких величин.

Менингококцемия (менингококковый сепсис)

Опорный клинический признак, типичная для менингококцемии, — экзантема. Она обычно появляется в первые сутки заболевания

сыпь геморрагического характера (звёздчатой формы) располагается на ягодицах, нижних конечностях, в подмышечных впадинах, на верхних веках и имеет тенденцию к слиянию. крупные элементы сыпи подвергаются некрозу.

Отличительная черта менингококцемии, позволяющая проводить клиническую дифференциальную диагностику с другими септическими состояниями, — отсутствие гепатолиенального синдрома.

Менингококковый менингит

Заболевание начинается остро с подъёма температуры тела до высоких значений и развития общемозговых симптомов — резкой мучительной головной боли, часто неукротимой рвоты без тошноты, не связанной с приёмом пищи.

- вынужденная поза (на боку с запрокинутой головой и притянутыми к животу ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (положение «взведённого курка»).

-менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского и др.

Менингоэнцефалит

быстрое нарастание психических нарушений, сонливость, развитие стойких параличей и парезов. Менингеальная симптоматика при этом может быть выражена довольно слабо.

Определяют характерные для поражения вещества мозга патологические рефлексы — Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Гордона и др.

Анализ спинномозговой жидкости. Знать норму! Отличия серозного, гнойного менингитов и явлений менингизма.