

болевания она составляла до 27 г/л, в среднем – $3,0 \pm 0,36$ г/л. Изменение мочевого осадка проявлялось лейкоцитурией, эритроцитурией различной степени выраженности. В 20% случаев в мочевом осадке выявлены зернистые и гиалиновые цилиндры. Изменения удельного веса мочи были менее постоянными. У большинства больных наблюдалась тенденция к гипостенурии. Среднее значение удельного веса мочи составило $1011,0 \pm 0,56$ при поступлении в стационар.

Клиническое течение заболевания также характеризовалось проявлениями со стороны сердечно-сосудистой, нервной систем, внешнего дыхания.

Поражение со стороны нервной системы было выражено в виде проявлений вялости, адинамии, энцефалопатии и судорожного симптома, вплоть до комы.

Изменения сердечно-сосудистой системы выражались в тахикардии, приглушенности тонов сердца. Такие изменения обусловлены наличием у большинства больных гиперволемии, электролитных нарушений, непосредственным влиянием уремической интоксикации на сердечную мышцу. Артериальная гипертензия наблюдалась у 78 (43%) детей.

Изменения со стороны системы внешнего дыхания наблюдались в виде одышки, жесткого дыхания, развития пневмонии, отека легких, гемоторакса, гидроторакса, пневмоторакса, респираторного дистресс-синдрома (табл. 5).

Информация

Сергиенко Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Особенности респираторного синдрома при инфекционных заболеваниях у детей

Респираторный синдром является признаком, на основании которого в группу острых респираторных заболеваний объединяется большое количество болезней, вызванных различными возбудителями. В подавляющем большинстве случаев респираторный синдром не определяет тяжести заболевания и прогноза, хотя субъективно является одним из наиболее выраженных проявлений ряда заболеваний [1, 3].

Заболевания, сопровождающиеся респираторным синдромом, в основном относят к группе острых респираторных инфекций. Наиболее часто возбудителями ОРВИ выступают респираторные

Особенности респираторного синдрома при инфекционных заболеваниях у детей – Сергиенко Е.Н.

вирусы (гриппа, парагриппа, адено-, корона-, бока-, метапневмо-, риновирусы, респираторно-синцитиальный вирус), реже бактерии (стрепто-, стафило-, пневмо-, менингококки, гемофильная палочка и др.) и атипичные возбудители (хламидии, микоплазма, легионелла). Кроме того, для ряда инфекционных заболеваний (корь, краснуха, коклюш, энтеровирусная инфекция, дифтерия и др.) также характерно наличие респираторного синдрома [2, 4].

Клинические проявления острых респираторных инфекций, вызванных различными возбудителями, бывают настолько сходными, что поставить этиологический диагноз заболевания бывает чрезвычайно трудно, особенно в спорадических случаях.

В основном клиническая картина ОРИ складывается из двух основных синдромов:

1) лихорадка с явлениями общей интоксикации разной степени выраженности;

2) синдром поражения респираторного тракта на различных его уровнях – местные воспалительные изменения в виде ринита, фарингита, ларингита, трахеита, бронхита, бронхоолита и их сочетаний.

В клинической картине **гриппа** характерно наличие двух основных синдромов: интоксикационного и респираторного. Интоксикационный синдром характеризуется фебрильной лихорадкой с максимальным подъемом температуры в первые двое суток болезни. Длительность лихорадки при неосложненном течении заболевания может составлять до 4–5 дней. Дети старшего возраста предъявляют жалобы на головную боль (с локализацией в области лба, висков, надбровных дуг), мышечные, костно-суставные боли, боли в глазных яблоках, слабость, разбитость, нарушение сна (инверсия), иногда возможно появление бреда и галлюцинаций. Респираторный синдром характеризуется преимущественным поражением трахеи, что клинически проявляется першением в горле, сухим кашлем, нередко принимающим мучительный характер и сопровождающимся болями в грудной клетке. Заболевание может протекать по типу ларинготрахеита, трахеобронхита, но при этом трахеит всегда доминирует в клинической картине. С первых дней болезни может отмечаться заложенность носа, скудные слизистые выделения, слезотечение. Характерен внешний вид пациента: гиперемия кожи лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив.

Результатом поражения вирусом гриппа эндотелия мелких сосудов является развитие в клинической картине гриппа геморрагического синдрома – мелкоточечной или петехиальной сыпи на коже лица, шеи, груди и верхних конечностей, геморрагии на слизистой полости рта, конъюнктив, носовые кровотечения, примесь крови в рвотных массах, микрогематурия. Также при гриппе возможно развитие диарейного синдрома, который характеризуется болями в животе, тошнотой, рвотой, нечастым жидким или разжиженным стулом без патологических примесей, что не сопровождается развитием дегидратации.

При инфицировании вирусом **парагриппа** заболевание начинается остро, со слабо выраженной интоксикации и умеренного катарального синдрома. Температура тела повышается до 37,5–38,0 °С с первых дней заболевания. Продолжительность синдрома интоксикации до 3 дней. Катаральный (респираторный) синдром развивается с первого дня заболевания и проявляется симптомами ринита, фарингита и ларингита. Ринит характеризуется умеренным серозным отделяемым из носовых ходов. Фарингит проявляется легкой гиперемией слизистой оболочки задней стенки глотки, нередко ее зернистостью, болью при глотании. Ларингит характеризуется осиплостью голоса и грубым «лающим» кашлем; через 2–4 дня голос становится звонким, а кашель переходит во влажный. Длительность катарального синдрома 7–14 дней.

Наиболее характерным проявлением парагриппа является стенозирующий ларинготрахеит (острый стеноз гортани). Он чаще развивается у детей в возрасте от 1-го года до 3 лет, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями (узкий просвет

гортани, короткие голосовые складки, мягкие и податливые хрящи, узкий и изогнутый надгортанник, обильная васкуляризация слизистой оболочки гортани, трахеи и бронхов, повышенная нерво-рефлекторная возбудимость ребенка). В развитии синдрома крупа у детей большое значение имеет неблагоприятный преморбидный фон – перинатальная патология, аллергодерматит, паратрофия.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп) возникает внезапно, часто во время сна ребенка и характеризуется 3 ведущими клиническими симптомами: изменением голоса (охриплость, осиплость), «лающим» кашлем, затрудненным удлиненным шумным вдохом (инспираторная одышка).

Клиническая картина **аденовирусной инфекции** характеризуется острым началом, многообразием клинических проявлений и последовательным вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек респираторного тракта, глаз, кишечника и лимфоидной ткани. При аденовирусной инфекции преобладает катаральный синдром с выраженным экссудативным компонентом воспаления. В зависимости от ведущего синдрома заболевания выделяют следующие клинические формы: катар верхних дыхательных путей, фарингоконъюнктивальную лихорадку, острый фарингит, острый конъюнктивит, эпидемический кератоконъюнктивит, пневмонию, а также диарею, мезаденит.

Катар верхних дыхательных путей (поражаются слизистые оболочки носа, глотки и небных миндалин) – наиболее частая форма аденовирусной инфекции. Начинается остро, с синдрома интоксикации и катаральных явлений. Температура тела повышается до 38–39 °С, наиболее выражена в первые 2–3 суток заболевания и сохраняется до 5–10 дней. Наиболее типичными проявлениями катарального синдрома являются ринит и фарингит с выраженным экссудативным компонентом воспаления. Нередко развивается тонзиллит, проявляющийся гипертрофией, отечностью и умеренной гиперемией миндалин, а также аденоидит. В ряде случаев на задней стенке глотки, небных миндалинах появляются нежные белесоватые налеты (плечатый фарингит и тонзиллит). С первых дней болезни нередко развивается влажный кашель.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка (к катару верхних дыхательных путей присоединяются поражение конъюнктив и выраженная лихорадка) – является наиболее типичным клиническим вариантом аденовирусной инфекции. Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 39 °С и выше. Синдром интоксикации выражен умеренно. Типичным является респираторный синдром с выраженным экссудативным компонентом и конъюнктивит.

Конъюнктивит (характерный признак фарингоконъюнктивальной лихорадки) обычно развивается на 2–4-й день от начала заболевания, иногда в первый день. Выделяют три формы конъюнктивита: катаральную, фолликулярную и пленчатую. Вначале развивается одностороннее поражение, через несколько дней в патологический процесс вовлекается другой глаз. Дети старшего возраста при катаральном конъюнктивите жалуются на жжение, резь, ощущение песка в глазах. Отмечается слезотечение. При фолликулярной форме через 2–3 дня конъюнктивы становятся зернистыми вследствие увеличения фолликулов. При пленчатом конъюнктивите отек век резко выражен, часто больной не может открыть глаза. Через 4–6 дней на конъюнктивах хрящевых частей век и переходных складках появляются сероватого цвета пленки различной плотности (тонкие, поверхностные или плотные, трудно отделяющиеся). У больных аденовирусной инфекцией пленки не распространяются на глазные яблоки, самостоятельно отторгаются через 1–2 недели без дефекта слизистой оболочки.

Кератоконъюнктивит (эпидемический кератоконъюнктивит) встречается редко. Как правило, он не сопровождается поражением респираторного тракта.

Пневмония развивается чаще всего у детей первого года жизни. Патологический процесс в легких имеет мелкоочаговый, а при тяжелых формах – сливной характер.

При респираторно-синцитиальной вирусной инфекции начало заболевания постепенное. У большинства детей температура тела нормальная или субфебрильная, катаральный синдром слабо выражен. Ринит проявляется затрудненным носовым дыханием и небольшим серозным отделяемым из носовых ходов. Задняя стенка глотки и небные дужки умеренно гиперемированы. Отмечается редкий сухой кашель.

Период разгара начинается через 2–3 дня от начала заболевания. У детей младшего возраста развиваются симптомы дыхательной недостаточности вследствие вовлечения в патологический процесс нижних отделов респираторного тракта с преимущественным поражением мелких бронхов, бронхиол и альвеол и развитием бронхитов (острые, обструктивные) и бронхиолитов. Характерно несоответствие тяжести поражения нижних отделов дыхательных путей (выражена ДН) высоте лихорадки (субфебрильная температура тела) и интоксикации (слабая или умеренная).

Температура тела повышается до 38 °С, у детей первых 6 месяцев часто остается нормальной. Симптомы интоксикации выражены умеренно, в основном отмечаются снижение аппетита и нарушение сна, самочувствие ребенка нарушено незначительно. Появляется и постепенно усиливается кашель, становится коклюшеподобным – спазматическим, приступообразным, навязчивым, малопродуктивным. Тяжесть состояния обусловлена бурно развивающейся дыхательной недостаточностью. Появляется выраженная экспираторная одышка до 60–80 в мин. с втяжением межреберных промежутков и эпигастральной области, участием вспомогательной мускулатуры и раздуванием крыльев носа. Существенно выражены другие признаки дыхательной недостаточности – бледность и мраморность кожи, периоральный или общий цианоз, возбуждение или адинамия, тахикардия. Развивается гипоксемия, в тяжелых случаях и гиперкапния.

Для бронхиолита характерно эмфизематозное вздутие грудной клетки. Отмечается коробочный оттенок перкуторного звука. Печень и селезенка пальпируются ниже реберной дуги вследствие опущения диафрагмы. Аускультативно над легкими на фоне удлиненного выдоха выслушиваются обильные рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы, иногда – свистящие, сухие. При рентгенологическом обследовании выявляют эмфизему легочной ткани без очаговых воспалительных теней.

У детей старшего возраста РСВИ в основном протекает в стертой форме, которая характеризуется слабо выраженным катаральным синдромом, отсутствием лихорадки и интоксикации.

Риновирусная инфекция, как правило, начинается остро, реже – постепенно, с выраженного катарального синдрома. Синдром интоксикации незначительный и проявляется слабостью, недомоганием, «тяжестью» в голове. Температура тела нормальная или повышается до 37,5 °С в течение 1–2 дней. Ведущий симптом с первых часов болезни – ринит. У больного появляются чихание, заложенность носа; через несколько часов – обильные серозные выделения из носовых ходов. Вследствие отека слизистой оболочки и гиперсекреции носовое дыхание затруднено или отсутствует, что приводит к учащению дыхания, развитию головных болей, нарушению сна, снижению аппетита. У входа в нос из-за обильных выделений и частого использования носового платка отмечается мацерация кожи. У больных появляются инъекция сосудов конъюнктив и склер, обильное слезотечение. Фарингит проявляется слабой гиперемией и отеком задней стенки глотки, небных дужек, язычка. Появляется чувство першения и саднения в горле, покашливание (у детей младшего возраста иногда наблюдается кашель). Катаральный синдром сохраняется в течение 5–7 дней.

По симптомам **коронавирусная инфекция** похожа на респираторно-синцитиальную, парагриппозную и риновирусную инфекцию. Основные симптомы: ринит, боль при глотании, недомогание, головные боли, бронхиальная обструкция с дыхательной недостаточностью.

Заболевание зачастую имеет легкое течение, симптомы интоксикации выражены слабо. Температура тела в некоторых случаях поднимается до субфебрильной, но часто она нормальная. Основными симптомами являются ринит и фарингит. Болезнь длится в среднем около 5–7 дней. Сочетание респираторного и гастроинтестинального синдромов (нарушения в работе желудочно-кишечного тракта) характерно именно для коронавирусной инфекции.

Метапневмовирусная инфекция характеризуется широким диапазоном клинических проявлений – от бессимптомных и легких форм до тяжелых поражений нижних дыхательных путей (бронхиолит, пневмония). У грудных детей метапневмовирус вызывает тяжелые бронхиолиты. Быстрое появление одышки, гипоксемии требуют срочной госпитализации ребенка, в ряде случаев искусственной вентиляции легких. Основными клиническими симптомами метапневмовирусной инфекции, подобно РСВИ, являются лихорадка, кашель, диспноэ, одышка, реже – ринорея, фарингит, миалгия. При этом лихорадка с температурой более 39 °С, сильный кашель и осиплость голоса у детей с метапневмовирусной инфекцией наблюдаются чаще, но тяжесть заболевания более выражена при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.

Бокавирусная инфекция характеризуется поражением как верхних, так и нижних дыхательных путей и ЖКТ, а клинически проявляется острым началом с интоксикацией, наличием респираторного и диспепсического синдромов у 1/3 больных. Наиболее частыми клиническими симптомами, регистрируемыми у пациентов с бокавирусной инфекцией, являются фебрильная лихорадка, кашель, ринорея, затрудненное дыхание (одышка), боли в животе, рвота и диарея. Клиническими формами заболевания могут быть ринит, острый средний отит, тонзиллит, фарингит, ларинготрахеит, пневмонии, бронхиолит, острый или обструктивный бронхит.

Менингококковая инфекция – заболевание, характеризующееся широким диапазоном клинических проявлений: от менингококконосительства и менингококкового назофарингита до менингита и молниеносного менингококкового сепсиса.

Клиника менингококкового назофарингита не отличается от назофарингита при ОРВИ. Температура тела колеблется от нормальной до субфебрильной, удерживается около трех дней. Может беспокоить умеренная головная боль. Респираторные проявления не выражены и характеризуются заложенностью носа вследствие отека слизистой, покраснением задней стенки глотки с увеличением лимфатических фолликулов. Пациенты могут отмечать сухость и саднение в горле. Острый назофарингит может полностью разрешиться в течение 1–5 дней, нередко с формированием носительства.

Одной из частых форм **пневмококковой инфекции** являются пневмонии. Пневмококковая пневмония у детей начинается остро, с таких симптомов, как озноб и боли в боку, которые становятся сильнее при глубоких вдохах, сухой кашель, слабость, головная боль, повышенная температура (доходит до 39–40 °С), разбитость, возбужденность, в некоторых случаях бредовые состояния. Вскоре появляются такие симптомы, как гиперемия щек; болезненный кашель с выделением небольшого количества вязкой стекловидной мокроты; учащенное поверхностное дыхание; раздувание крыльев носа; герпетические высыпания на крыльях носа и губах; цианоз губ, кончиков пальцев. Наблюдается отставание грудной клетки при дыхании на стороне поражения. Изменения в легких претерпевают весьма характерное развитие. В типичных случаях в первые сутки на пораженной стороне отмечается тимпанический оттенок перкуторного звука, потом всего за несколько часов звук становится притупленным. Под конец первых суток заболевания на высоте вдоха выслушиваются крепитация и мелкопузырчатые влажные хрипы.

Разгар пневмонии приходится на 2–3-й день от начала заболевания. На пике притупление в зоне поражения становится резко выраженным и над очагом поражения начинает выслушиваться бронхиальное дыхание, иногда шум трения плевры, голосовое

дрожание и бронхофония. При этом кашель становится сильнее, более влажным и болезненным. Мокрота в некоторых случаях становится красновато-коричневого оттенка. Одышка нарастает, а цианоз губ и лица усиливается. Болезнь выходит на стадию разрешения на 5–7-е сутки заболевания. Ослабевают симптомы интоксикации, температура тела приходит в норму.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки можно определить основные стадии развития крупозной пневмонии. Болезнь длится около 3–4 недель (зависит от каждого индивидуального случая), лихорадочный период (повышенная температура) – от 7 до 10 суток.

Гемофильная инфекция (ХИБ-инфекция) характеризуется воспалительными процессами органов дыхания, центральной нервной системы с возможным образованием гнойных очагов в различных тканях и органах. Выделяется несколько типичных форм гемофильной инфекции: гнойный менингит, острая пневмония, сепсис, в частности одна из его форм – септицемия, целлюлит или панникулит (воспаление подкожной клетчатки), эпиглоттит (воспаление надгортанника), острый артрит, более редкие формы (отиты, синуситы, перикардиты и прочие).

Гемофильная пневмония возникает чаще у детей в возрасте до 4 лет. Клинические проявления болезни сходны с бактериальными пневмониями другой этиологии. Характерно острое начало с подъемом температуры тела до 39–40 °С, отмечаются катаральные явления и симптомы интоксикации. Очаг воспаления чаще обнаруживается в прикорневых зонах, в проекции одного или нескольких сегментов, может также локализоваться в верхних и нижних долях одного или обоих легких. Очень часто пневмония, вызванная гемофильной палочкой, сопровождается гнойным плевритом. У больных нередко выявляют перикардит, гнойный менингит, эпиглоттит, средний отит.

Эпиглоттит в основном встречается у детей с 2 до 4–5 лет и характеризуется тяжелым течением. Заболевание начинается внезапно. На фоне фебрильной температуры возникают сильнейшие боли в горле, проблемы с глотанием, нарушения дыхания по причине сужения гортани в области воспаленного надгортанника – шумное, свистящее дыхание. У пациента появляются нарушение речи (дисфония), бледность кожных покровов, избыточное слюноотечение, запрокидывание головы. При осмотре горла и надавливании шпателем (делать очень осторожно!) на корень языка можно увидеть ярко-красный надгортанник. При ларингоскопии – воспаление надгортанника, отек в подвязочном пространстве. Если вовремя не оказать помощь, возможна полная обтурация гортани в области воспаления вплоть до летального исхода. Пациенту показана срочная интубация трахеи или трахеостомия.

Легкие формы гемофильной инфекции могут протекать под маской ОРВИ, однако в большинстве случаев в дальнейшем развиваются синусит, гайморит, бронхит или отит.

Среди заболеваний, вызываемых **хламидиями**, у детей наибольшее значение имеют антропонозные хламидиозы: респираторный хламидиоз, врожденный хламидиоз, хламидиоз глаз, урогенитальный хламидиоз.

Респираторный хламидиоз, как правило, вызывается *Ch. pneumoniae* и реже некоторыми сероварами *Ch. trachomatis*. Респираторный хламидиоз может протекать в следующих клинических формах: хламидийный конъюнктивит, хламидийный бронхит и хламидийная пневмония или сочетания форм.

Хламидийный конъюнктивит начинается с покраснения обоих глаз и появления гнойного отделяемого. На конъюнктиве, особенно в области нижней переходной складки, постоянно обнаруживают крупные, располагающиеся рядами ярко-красные фолликулы; возможны псевдомембранозные образования, эпителиальный точечный кератит. Общее состояние страдает незначительно. Часто увеличены окологлазные лимфатические узлы, иногда они болезненны при пальпации.

Хламидийный бронхит. Начало заболевания постепенное, синдром интоксикации, как правило, слабо выражен. Температура тела обычно не повышается, однако в некоторых случаях отмечается субфебрилитет. Катаральный синдром проявляется сухим, часто приступообразным кашлем («коклюшеподобный синдром»). При аускультации выслушиваются рассеянные, преимущественно среднепузырчатые хрипы. Патологические изменения при перкуссии легких не характерны. Через 5–7 дней кашель становится влажным, теряет приступообразный характер. Выздоровление наступает через 10–14 дней.

Хламидийная пневмония. Заболевание чаще развивается постепенно. Общее состояние нарушается незначительно. Синдром интоксикации выражен умеренно. Катаральный синдром проявляется сухим, непродуктивным кашлем, который постепенно усиливается и приобретает приступообразный характер, сопровождается периоральным цианозом, тахипнозом, рвотой («коклюшеподобный синдром»), но реприз не бывает. По мере развертывания патологического процесса усиливается одышка и ко второй неделе заболевания развивается двусторонняя пневмония. При объективном осмотре обращает внимание несоответствие между клинически выраженной пневмонией (одышка, цианоз, крепитирующие хрипы, преимущественно на высоте вдоха) и относительно удовлетворительным общим состоянием с минимальными симптомами интоксикации. У большинства больных при обследовании выявляют гепатоспленомегалию и шейный лимфаденит. При рентгенологическом исследовании отмечаются множественные, мелкоочаговые, инфильтрированные тени на фоне незначительного вздутия и усиления рисунка легочной ткани.

Респираторный микоплазмоз – инфекционное заболевание респираторного тракта, наиболее часто вызываемое *M. pneumoniae*. По своей клинко-морфологической характеристике, влиянию на внутренние органы, характеру течения и осложнениям респираторный микоплазмоз близок к респираторному хламидиозу.

Выделяют две формы течения респираторного микоплазмоза – острое респираторное заболевание, протекающее в виде фарингита, ринофарингита, ларингита, трахеита, бронхита, и острая пневмония (микоплазмоз легких).

Острое респираторное заболевание. Чаще заболевание развивается постепенно. Температура в начале заболевания нормальная, но ребенок жалуется на головную боль; он слабый и сонливый, его может знобить. У него могут быть болезненные ощущения в мышцах и области поясницы. Появляется кашель, сначала сухой, средней интенсивности, нарушается носовое дыхание, из носа могут появляться небольшие слизистые выделения, может появиться чувство першения в горле, боль при глотании.

При остром начале заболевания симптомы нарастают быстро, симптомы интоксикации выражены значительно. Температура тела быстро достигает максимума и на 3–4-й день от начала болезни достигает 39–40 °С. Пациента беспокоит сухой интенсивный кашель, чувство першения в горле, при осмотре слизистая глотки и миндалины красная, миндалины увеличены. Снижение температуры происходит постепенно, симптомы заболевания постепенно исчезают.

Кашель при микоплазмозе может носить непостоянный характер, мокрота может быть, но имеет скудное количество, слизисто-гнойный характер, могут быть прожилки крови. У некоторых больных кашель может быть очень интенсивным, сопровождаться болью за грудиной, приступы кашля могут сопровождаться рвотой.

Острая пневмония при микоплазмозе развивается постепенно, симптомы начала заболевания ничем не отличаются от острого респираторного вирусного заболевания. Иногда может наблюдаться острое начало с высокой температурой (до 39 °С), выраженным ознобом. Как бы ни начиналась микоплазменная пневмония, для нее не типичны интенсивные симптомы интоксикации, дыхатель-

ная недостаточность не развивается и не свойственна данному типу пневмоний. Характерным является сухой кашель. Кашель может сопровождаться мокротой, но она скудная. Кашель продолжительный и изнуряющий. При выслушивании врачу бывает трудно правильно распознать характер процесса, так как данные могут быть очень скудными или отсутствовать. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявляется сегментарный, очаговый или интерстициальный характер изменений в легких. Пневмония может сопровождаться выпотом в плевральную полость.

Так как общее состояние больного может страдать значительно, важно обратить внимание на характерные жалобы. Во-первых, больных беспокоит длительный озноб в течение нескольких дней. Во-вторых, дети жалуются на ощущение жара, чередующиеся с ознобом. Симптомы интоксикации будут представлены мышечной и суставной болью, которая воспринимается как «ломота» в теле, общая разбитость.

Респираторный синдром при **кори** появляется с первых дней заболевания. На фоне повышения температуры тела до 38,5–39 °С появляется сухой надрывной кашель, насморк и конъюнктивит. Катаральные проявления в дальнейшем усиливаются, выделения из носа обильные слизистые или слизисто-гнойные, голос сиплый (хриплый), кашель более продуктивный. Наблюдается одутловатость лица, светобоязнь, отечность и покраснение краев век, склерит, гиперемия конъюнктивы. Насморк, кашель и конъюнктивит – характерная коревая триада Стизмона. Иногда в первые дни болезни развивается синдром крупа. В начальном (катаральном) периоде корь надо дифференцировать с гриппом и другими ОРВИ. Диагноз устанавливается при появлении патогномичного синдрома кори – пятен Бельского – Филатова – Коплика, который возникает к концу катарального периода, до появления сыпи.

Катаральное воспаление слизистых оболочек верхних дыхательных путей при **краснухе** обычно выражено умеренно или слабо и проявляется ринитом, фарингитом. Клинически наблюдаются сухой кашель, небольшие слизистые выделения из носа, отечность век. В ряде случаев отмечается изменение слизистых оболочек полости рта в виде слабой гиперемии, появления энантемы на мягком небе. Больные жалуются на неприятные ощущения при глотании (боль, сухость, першение, саднение). Характерным для этого заболевания является генерализованная лимфаденопатия с преимущественным увеличением и болезненностью заднешейных и затылочных лимфоузлов.

Катаральный период при **коклюше** характеризуется появлением респираторного синдрома на фоне нормальной или субфебрильной температуры. Основным проявлением в этот период является кашель, который в начале болезни сухой, затем может становиться влажным, с выделением мокроты. Отдельные покашливания со временем переходят в приступы кашля, которые приобретают прочный (назойливый) характер. Перкуторных и аскультативных изменений нет. Катаральный период длится 3–14 дней. Опорным симптомом клинической диагностики в этот период является сухой кашель, иногда влажный, который постепенно усиливается, не поддается никаким обычным средствам лечения и приобретает устойчивый характер на фоне удовлетворительного состояния пациента.

Респираторная (катаральная) форма **энтеровирусной инфекции** наблюдается довольно часто, но из-за отсутствия четких клинических признаков диагностируется лишь при эпидемиях. Характеризуется лихорадкой, болью в мышцах, заложенностью носа и незначительными серозными выделениями, иногда кашлем, гиперемией и зернистостью слизистой оболочки глотки, единичными сухими хрипами в легких. В среднем через 3–4 дня температура тела нормализуется. Катаральные проявления исчезают на 2–3 дня позже. Иногда возможно осложнение в виде пневмонии.

Наличие респираторного синдрома характерно при **дифтерии** гортани. Дифтерия гортани у детей может быть изолированной

(при поражении исключительно гортани) или комбинированной (при поражении гортани и зева). В течение дифтерии гортани у детей различают три стадии:

1. Дисфоническая. Эта стадия характеризуется умеренным повышением температуры тела, развитием лающего кашля (необходима дифференциальная диагностика с коклюшем) и осиплости голоса. Может длиться до трех дней.

2. Стенотическая. На этой стадии у детей с дифтерией появляются шумное дыхание и затруднение вдоха, наблюдается напряжение вспомогательной дыхательной мускулатуры и втяжение податливых мест грудной клетки. Голос продолжает оставаться осиплым, а кашель становится беззвучным.

3. Асфиктическая стадия развивается как исход дифтерии гортани у детей и проявляется признаками дыхательной недостаточности. Если адекватная помощь не оказана, то заболевание заканчивается летальным исходом, смерть наступает от дыхательной недостаточности.

Таким образом, дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний, протекающих с респираторным синдромом, проводят путем уточнения локализации респираторных поражений, регистрации других синдромов и симптомов болезни, учета остроты возникновения и последующего течения заболевания в сочетании с учетом эпидемиологических данных. Во всех случаях решающую роль в постановке диагноза важную роль играют лабораторные методы исследования.

Литература

1. Клейн, Д.Д. Секреты лечения детских инфекций (пер. с англ.) / Д.Д. Клейн, Т.Е. Заулис; под общ. ред. проф. В.Ф. Учайкино. М.: БИНОМ, 2007. 416 с.
2. Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие / С.О. Ключников [и др.]. М., 2009. 36 с.
3. Сергиенко, Е.Н. Острые респираторные вирусные инфекции у детей / Е.Н. Сергиенко, И.Г. Германенко // Медицинский журнал. 2010. № 2. С. 22–27.
4. Тимченко, В.Н. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / В.Н. Тимченко. 2-е изд. СПб.: Спец. Лит., 2006. 576 с.

Дата поступления: 13.11.2014 г.

Лекция

Тришин Л.С.

Российский государственный социальный университет,
филиал в г. Минске

Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей

Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей – самостоятельное заболевание (оно может сочетаться с другими заболеваниями вен или являться их следствием), имеющее прогрессирующее течение, вызывающее необратимые изменения в подкожных венах, коже, мышцах и костях. Внешние проявления характеризуются наличием расширенных и извитых вен на стопе, голени и бедре.

По результатам различных медицинских статистических исследований в индустриально развитых странах (США, Великобритании, а также в России), заболеваниями венозной системы нижних конечностей страдает до 20% населения, что определяет социальную значимость проблемы. К тому же необходимо учиты-