

# **Дифференциальная диагностика катарально - респираторного синдрома**

*Доц. Пашаева С.А.*

## Катарально-респираторный синдром (КРС)

характеризуется воспалением слизистой оболочки дыхательных путей с гиперпродукцией секрета и активацией местных защитных реакций.

### Клиническая характеристика

При воспалении слизистой оболочки

выше голосовых связок возникают симптомы *ринита, фарингита, тонзиллита;*

ниже голосовых связок — *ларингита, трахеита, бронхита, пневмонии.*



## 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 нёбных миндалинах бактериальной (чаще стрептококковой) и вирусной этиологии. Характерны интоксикация, гиперемия и отёчность миндалин, нёбных 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.
- **Трахеит** — воспалительный процесс слизистой оболочки трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой кашель.
- **Бронхит** — поражение бронхов любого калибра. Основным симптомом — 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.



Заболевания, сопровождающиеся КРС, относят к группе **острых респираторных заболеваний (ОРЗ)**.

Наиболее часто их возбудителями выступают вирусы, реже — бактерии.

Основные возбудители ОРЗ — вирусы, имеющие высокую тропность к определённым отделам дыхательных путей.

Общее число вирусов, вызывающих ОРВИ, составляет более 200.

К группе респираторных относят вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, коронавирусы, энтеровирусы.



## **Клинически наиболее значимые ОРВИ:**

Схожесть клинической картины определяют единые патогенетические механизмы при развитии ОРВИ:

- внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей и его репродукция;
- вирусемия с развитием токсикоза и токсико-аллергических реакций;
- развитие воспалительного процесса в дыхательной системе;
- обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА «СЕЗОННОГО ГРИППА» H3N2

**Инкубационный период** – от 15 час до 3 суток.

**Интоксикационный синдром** является ведущим и характеризуется острым началом заболевания, быстрым (в течение нескольких часов) повышением температуры тела от субфебрильной до 40°C и выше, сопровождающееся ознобом. Появляется головная боль преимущественно в лобно-височной области, боль в глазных яблоках. Длительность лихорадочного периода – 2-5 сут.

**Катарально-респираторный синдром** развивается через несколько часов, реже на 2-е сутки. Этот синдром продолжается около 7-10 дней, длительнее держится кашель. Присоединяются жалобы на сухость, першение в горле и болезненность в носоглотке, заложенность носа.

**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.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА «СВИНОГО ГРИППА» H1N1

**Инкубационный период** – от 1 до 3 суток.

В начале заболевания возможен продромальный период, который сопровождается недомоганием, першением в горле, наличием сухого кашля, сохраняющегося в течение 2-3 нед.

Боль в глазных яблоках и головокружение, характерные для сезонного гриппа, встречаются реже. Геморрагический синдром характерен мало. У ряда больных вначале появляется диарея. Тяжесть течения обуславливает выраженность респираторного синдрома, который характеризуется наличием непродуктивного, приступообразного кашля в результате поражения и верхних и нижних отделов дыхательных путей. Рано развивается дыхательная недостаточность.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА «ПТИЧЬЕГО ГРИППА» H5N1

**Инкубационный период** от 1 до 7 суток.

Начало болезни острое. Лихорадочный период удлиняется до 10-12 дней, а при тяжелом течение с летальным исходом. На 2-3 день болезни присоединяется катаральный синдром, который проявляется развитием бронхита, бронхиолита, ларингита. Характерны боль в горле и «пылающий зев». В этот период у большинства больных развивается первичная вирусная пневмония. При этом появляются одышка, продуктивный кашель. В мокроте может быть примесь крови. В легких выслушиваются влажные хрипы, крепитация. Почти постоянно имеется поражение ЖКТ (рвота, диарея, боли в животе), гепатомегалия. У большинства больных наблюдается энцефалопатия.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАРАГРИППА

**Инкубационный период** от 1 до 7 суток. Болезнь начинается постепенно. С 1-го дня характерны першение в горле, охриплость голоса, грубый «лающий» кашель, заложенность носа, затем появляется ринорея. Общая интоксикация выражена слабо или умеренно, проявляется слабостью, ломотой в теле, головной болью.

У детей, особенно младшего возраста, ларингит протекает тяжело, осложняясь стенозом стенозом гортани. Течение болезни длительное, до 2 нед, за счет упорного ларингита.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Инкубационный период** – от 1 до 14 дней. Клинические проявления многообразны. Характерна лихорадка длительностью от 2-3 дней до 2 нед, иногда двухволновая, температура от субфебрильной до 39-40°С, общая интоксикация выражена умеренно. Чаще всего болезнь протекает *по типу острого респираторного заболевания*: ринорея, боль и першение в горле. Объективно: на задней стенке глотки видны гиперплазированные гиперемизированные лимфоидные фолликулы, иногда со слизистым налетом. Часто вовлекаются в процесс миндалины, они становятся отечные, возможны налеты. Характерно увеличение шейных, поднижнечелюстных лимфоузлов. При выраженной лихорадке возможно увеличение селезенки и печени.





## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Инкубационный период** от 1 до 6 суток. Болезнь развивается остро. Появляется заложенность носа, чувство сухости в носу, першение в носоглотке. Через несколько часов начинаются обильные серозные выделения из носа. Со 2-3го дня они становятся густыми, слизисто-гнойными, часто мацерация кожи у входа в нос. Возможны охриплость голоса, сухой кашель, слезотечение, герпетические высыпания на губах. Больные жалуются на общее недомогание, боль в области лба, переносицы и крыльев носа, нарушается обоняние, снижаются вкусовые ощущения. Температура тела нормальная или субфебрильная. Продолжительность болезни 5-7 дней. Насморк может затягиваться до двух недель. Из осложнений наиболее характерны евстахеит, отит, синуситы.





## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Инкубационный период** – от 2 до 6 суток. У взрослых и детей старшего возраста болезнь протекает по типу легкого респираторного заболевания: недомогание, познабливание, неинтенсивная головная боль, сухость и першение в горле, заложенность носа. На 2-3й день появляются необильные выделения из носа, температура субфебрильная.

Объективно: гиперемия мягкого неба и дужек, возможно увеличение шейных и поднижнечелюстных лимфоузлов.

Болезнь длится 2-7 дней, но сухой кашель может продолжаться до 2х недель. У детей младшего возраста болезнь протекает тяжело, развивается картина бронхообструктивного синдрома.







Meduniver.com  
Телемедицина

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Инкубационный период** - 2-5 дней.

Основные симптомы: ринит с профузной ринореей. Температура нормальная или субфебрильная. Длительность болезни до 7 дней. У детей раннего возраста возможно поражение нижних дыхательных путей с развитием бронхита, иногда пневмонии.

При фекально-оральном механизме заражения болезнь протекает по типу острого гастроэнтерита с болями в животе, рвотой и поносом.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Инкубационный период** от 2 до 10 сут. Начало болезни острое: повышение температуры тела до 38-39°C, головная боль, миалгии. Возможна тошнота и рвота.

Объективно: гиперемия лица и шеи, инъекция склер, гиперемия миндалин, мягкого неба, гортани, часто шейный лимфаденит.

Наиболее распространена энтеровирусная лихорадка (малая болезнь, летний грипп). Она проявляется полиаденопатией, болями в животе, преходящим увеличением печени и селезенки. Лихорадка длится 2-4 дня.

Могут возникать диспепсические расстройства: боли в животе, повторная рвота, жидкий стул без патологических примесей.

Часто появляется герпангина – одна из типичных форм энтеровирусной инфекции. На фоне умеренно выраженной гиперемии на передних дужках, реже на небе, языке, миндалинах появляются единичные папулы с прозрачной жидкостью. Они быстро лопаются и на их месте образуются эрозии, который к 4-6 дню болезни эпителизируются.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

