**ДИФТЕРИЯ**

1. **Этиология**. Возбудитель- C .diphtheriae.
2. **Обследование и диагностика**.

**А)** Миндалина и глотка воспалены. Необходимо исключить поражение гортани. Слизистая покрыта толстой грязно-серой фибринозной пленкой, плотно спаянной с подлежащими тканями. При удалении пленки возникает кровотечение.

**Б)** Фибринозная пленка может перекрывать просвет дыхательных путей.

**В)** Для диагностики обязательны бактериологические исследования.

1. **Лечение**

**А)** Обеспечить **проходимость дыхательных путей.** При порожении гортани может потребоваться **трахеотомия.**

**Б)** **Антибиотики в\в.** Назначают бензилпенициллин.

Прокаинбензилпенициллин, 25000-50000 МЕ/кг/сут в/м. Препарат резерва – эритромецин. Противодифтерийные антитоксины. 20000-120000 ед. Вводят после постановки диагноза: доза зависит от тяжести заболевания.

**В)** Для предупреждения интоксикации дифтерийным токсином **как можно раньше** вводят **противодифтерийный антитоксин.**

**Стрептококковый фарингит ( ангина ).**

**1. Этиология.**Возбудители - - гемолитические стрептококки группы А.

**2. Обследование.** Обязателен посев мазка с обеих миндалин и с задней стенки глотки ( при правильном взятии мазка обычно вызывается рвотный рефлекс).

А) Фарингит подозревают при боли в горле и лихорадке. У грудных детей стрептококковая инфекция проявляется длительными выделениями из носоглотки, лихорадкой и раздражением кожи в области ноздрей.

Б) Анамнез включает сведения об аллергии к пенициллинам, недавно перенесенных стрептококковом фарингите, скарлатине или ревмотической атаке у больного и членов семьи.

**3. Диагноз** устанавливают на основании положительных результатов посева или экспресс-теста на стрептококковые антигены. Подтверждением диагноза служит повышенный титр антистрептолизина 0:500 ед. Тодда при однократном исследовани или четырехкратный рост титра в период выздоровления по сравнению с острым периодом. Возбудителями катарального фарингита бывают также вирусы, гонококки и стрептококки групп С и G. При дифтерии на задней стенки глотки образуются фибринозные пленки серо-черного цвета. Анаэробные полости рта вызывают болезненные глубокие изъязвления с изъеденными краями; окружающие ткани гиперемированы, покрыты фибринозным налетом.

**4. Лечение**

1. **Пенициллины.**Для предупреждения ревматизма назначают бензатинбензилпенициллин в/м или 10-дневный курс пенициллинов для приема внутрь. Парентеральное введение надежнее, так как при этом от больного не требуется соблюдение предписаний врача.

**А) Бензатинбензилпенициллин в/м.**Детям вводят 600000-1,2 млн МЕ однократно. Более высокие дозы можно назначить детям весом более 30 кг.

**Б) Пенициллины для приема внутрь.**Детям и взрослым назначают феноксиметилпенициллин, 125-250 мг 3-4 раза в сутки на протяжении 10 суток. **Курс лечения не прирывают,**даже если температура нормализовалась и исчезли симптомы.

**2)** При аллергии к пенициллинам применяют эритромицин, 40 мг/кг/сут в 4 приема в течение 10 суток, клиндамицин, 10-20 мг/кг/сут в 4 приема в течение 10 суток, или азитромицин, 10 мг/кг 1 раз в сутки в течение 3 суток. Можно назначить цефалоспарины. Сульфаниламиды используют только в профилактических целях.

**3)** Постельный режим не обязателен. Через сутки после начала антибиотикотерапии опасность передачи ифекции ликвидируется и дети могут посещать школу.

**4)** Посев мазка из зева показ членам семьи с симптомами фарингита. При повторных стрептококковых инфекциях посев, а иногда и антибиотикотерапию проводят всем членам семьи.

**2. Ангина Венсана.**

**А) Этиология.**Инфекция смешанная, возбудители- анаэробы полости рта.

**Б) Обследование.**Для исключения дифтерии и стрептококковой инфекции с очагов поражения берут материал для посева.

**В) Диагностика.**Для ангины Венсана характерны болезненные, глубокие изъязвления с изъеденными краями. Окружающие ткани гиперемированы, отечны, покрыты рыхлым фибринозным серым налетом. Изъязвления могут распространяться на ямки миндалин, мягкое небо и глотку. Шейные лимфоузлы увеличины. Диагноз подтверждают посев и бактериоскопия мазков.

**Г) Лечение.**

1. **Антибиотики.**Феноксиметилпенициллин , 50 мг/ кг/сут в 4 приема на протяжении 10 суток
2. **Полоскание.** Назначают полоскание рта и горла 3 % перекисью водорода каждые 2 часа, полоскание горла физиологическим раствором каждый час, а также смягчающие полоскания раствором фенола и цетилпиридиния хлорида.
3. **Анальгетики.** Применяют парацетомол или кодеин, полоскания рта и горла масляным раствором диклонина каждые 2-3 часа.

**Инфекционный мононуклеоз.**

**Инфекционный мононуклеоз** вызывается вирусом Эпштейна-Барр. Сходные проявления при цитомегаловирусной инфекции и токсоплазмозе.

1. **Обследование.**

**А)** Нередко отмечаются боли в горле, недомогание, лихорадка.

**Б) Физикальное исследование** обнаруживает увеличение лимфоузлов, селезенки и печени, желтуху, периорбитальный отек, сыпь, катаральный фарингит.

**В) Лабораторные исследования.** Характерны лимфоцитоз, атипичные лимфоцтиы ( 10% и более). Экспрсс-тест на гетерофильные антитела становится положительным с третьей недели болезни. Титр гетерофильных антител выше 1:32, У детей младше 5 лет оба теста на гетерофильные антитела могут быть отрицательными, но серологические исследования обнаруживают IgM u IgG –антитела к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр.

**Г) Интерпритация результатов серологических тестов.**На ранней стадии инфекции появляются IgM u IgG- антитела к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр, через несколько недель- антитела к раннему антигену вируса. IgM – антитела к капсидному антигену и антитела к раннему антигену через несколько месяцев исчезают из крови, хотя последние иногда сохраняются в течение длительного времени . Антитела к ядерным антигенам появляются только после выздоровления и вместе с IgG-антителами к капсидному антигену обнаруживается в крови на протяжении всей жизни. Однократное измерение титра антител с помощью твердофазного анализа иногда трудно интерпритировать, поскольку в каждой лаборатории имеются свои стандарты. В подобных случаях исследование повторяют для выявления роста титра.

1. **Лечение** в основном **поддерживающее**. Заболевание длится 5-20суток. Период выздоровления длительный.

**А)** При нарушениях дыхания или значительном увеличении размеров селезенки рекомендуется преднизон, 1-2 мг/кг/сут внутрь в течение 5-7 суток.

**Б)** Не рекомендуется назначать ампициллин, поскольку он может вызвать сыпь.

**В)** Для предупреждения разрыва селезенки нужно избегать тяжелых физических нагрузок, контактных видов спорта до тех пор, пока ее размеры не нормализуются.