**Лекция № 11**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с гриппом, ОРВИ».**

**Грипп** – острая инфекционная болезнь с присущей ей особенностью к быстрому и глобальному распространению, клинически характеризующаяся кратковременной лихорадкой, интоксикацией и поражением респираторного тракта.

Заболевание известно с глубокой древности. В 19 веке в Европе было четыре пандемии гриппа, в 20 веке – две пандемии, 1918-1920гг – «испанка», 1957-1958гг – «азиатский грипп». Позже циркулировали гонконгский грипп, Порт Чалмерс.

**Этиология.** В 1933-1934 гг было доказано, что грипп вызывается специфическим вирусом. Вирусы гриппа относятся к группе пневмотропных РНК-содержащих вирусов. Выделяют типы А, В и С. Вирусы типа А в зависимости от антигенных свойств подразделяются на подтипы А1 и А2.

Вирус А более контагиозный, очень изменчив, поражает человека и некоторых животных (лошадей, свиней), а вирусы В и С – только человека. Во внешней среде малоустойчивы, быстро разрушаются от дезсредств, при подогревании до 60 град.

**Эпидемиология**. *Источник* – больной человек, особенно заразный в разгар заболевания. Заразный период продолжается 4-7 дней. Большую опасность для окружающих представляют так же больные с легкими стертыми формами гриппа.

*Передача инфекции* происходит воздушно-капельным путем, а так же через предметы обихода. Распространению инфекции способствуют плохие жилищные условия, скученность, плохие условия труда, миграция населения. Подъем заболеваемости с октября по март. *Восприимчивость* людей к гриппу абсолютная. После перенесенного заболевания вырабатывается типоспецифический иммунитет, сохраняющийся при типе А до 2-х лет, а при гриппе В – до 3-4 лет.

**Клиника.** И.П. 1-2 дня (от 12 часов до 3 дней). Не осложненный грипп начинается остро и протекает с выраженной интоксикацией и коротким (2-3 дня) лихорадочным периодом. У больных появляется озноб, быстро, в течение 3-4 часов повышается температура до 38,5-40 град. При легком течении температура может держаться на субфебрильных цифрах.

Ухудшается самочувствие: они жалуются на головную боль, особенно в области лба, надбровных дуг, глазных яблок, на боли в мышцах, суставах, костях, бессонницу, чувство заложенности в носу.

На 2-4 день болезни присоединяются катаральные явления: насморк, чихание, явления конъюктивита. Больные отмечают слабость, потливость.

*При осмотре:* гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер. Дыхание учащенно, АД снижено, тоны сердца приглушены, пульс часто отстает от температуры. Возможны кровотечения. Отмечается кашель, охриплость голоса, чихание. Зев гиперимирован, язык обложен. Иногда отмечается расстройство кишечника. Вирус гриппа может поражать периферическую нервную систему и головной мозг, что проявляется в различных невралгиях, невритах, симптомах энцефалита, острого менингита.

По тяжести различают легкую, средне-тяжелую и тяжелую формы. При тяжелых формах (токсических) резко выражена интоксикация, сильная головная боль, одышка, цианоз, гипотония, частый, слабый пульс, бред, минингеальные явления, возможны отек легких, и отек мозга. Со стороны крови: лейкопения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия, ускоренная СОЭ.

**Осложнения.** Гайморит, отит, фронтит, трахеит, бронхит, пневмония, менингит, менингоэнцефалит. Пневмонии, вызванные самими вирусами и возникающие с первых дней болезни, протекают тяжело по типу геморрагических.

Хронические заболевания (туберкулез, ревматизм) под влиянием гриппа обостряются.

**Диагноз.** Во время эпидемических вспышек диагноз поставить несложно на основании эпиданамнеза и клиники. Лабораторные методы применяются редко. В ранние сроки микроскопически обнаруживают внутриклеточные включения или антигены вируса гриппа (экспресс-диагностика). На исследование также берутся смывы из зева и носа на вирусы, а также проводится серологическое исследование крови (РТГА, РСК, ИФА).

**Лечение.**

1) Госпитализацию осуществляют по клиническим, эпидемиологическим и социальным показаниям.

*Клинические показания:*

* тяжелые и гипертоксические формы гриппа;
* осложненное течение гриппа (менингит, энцефалит, пневмония и др.);
* период новорождённости, независимо от тяжести болезни; также целесообразна госпитализация детей грудного возраста.

*Эпидемиологические показания:*

* пребывание ребенка в закрытом учреждении или в организованном коллективе (детский дом, дом ребенка, оздоровительный лагерь и т.п.).
* *Социальные показания:*
* отсутствие возможности организовать лечение и адекватный уход в амбулаторных условиях по социальным, техническим или иным причинам;
* отсутствие возможности организовать «стационар на дому» при необходимости в нем;
* асоциальная семья;
* беспризорные и безнадзорные дети.

Больных гриппом необходимо госпитализировать в боксированное или полубоксированное отделение.

* 2)лечебно-охранительный режим (постельный - в период лихорадки и интоксикации с дальнейшим переходом на полупостельный, который соблюдают до выздоровления);
* 3)молочно-растительная диета, обогащенная витаминами, обильное питье в виде горячего чая, клюквенного или брусничного морса, щелочных минеральных вод;
* 4)противовоспалительные и жаропонижающие средства в возрастной дозе при температуре тела 38 °С и выше (если нет показаний для назначения антипиретиков при более низкой температуре - фебрильные судороги в анамнезе, эпилепсия и др.) - парацетамол;
* при «красной лихорадке» также используют физические методы охлаждения (обтирание спиртом пополам с водой);
* «бледная лихорадка», как правило, отражает инфекционно-токсический шок и требует проведения интенсивной терапии;
* при гриппе категорически запрещается применение ацетилсалициловой кислоты из-за риска развития синдрома Рейе с очень высокой летальностью;
* 5)муколитические средства (ацетилцистеин, карбоцистеин) при густой и вязкой мокроте, также муколитики с отхаркивающим эффектом - бромгексин, амброксол;
* отхаркивающие средства (ликорин, алтея лекарственного экстракт, термопсиса экстракт и пр.) кашляющим больным с плохо отходящей мокротой.

6)Этиотропное лечение:

-ремантадин- наиболее эффективен в самом начале заболевания. В первый день принимают по две таблетки (100 мг) трижды в день. Можно суточную дозу выпить за один раз (шесть таблеток) или за два приёма (дважды в день по три таблетки). На вторые и третьи сутки заболевания – по две таблетки (100 мг) два раза. На четвёртый и пятый день – по две таблетки (100 мг) один раз в сутки. Курс лечения – пять дней.

-арбидол – препарат выбора – по 0,2 г(2 таб) 4 раза в день перед едой в течение 3 дней.

- лейкоцитарный интерферон в 1-2 день в нос по 2капли

-целесообразно назначать реаферон или гаммаферон в виде ингаляций в дозе 100000 ед.

- оксолиновая мазь в нос.

-противогриппозный гаммаглобулин.

7)При тяжелых формах и резко выраженной интоксикации вводят растворы глюкозы в/в, гемодез, реаполиглюкин, нативную или сухую плазму.

8)При присоединении вторичной инфекции подключают антибиотики.

9)Витамины, особенно аскорбиновая кислота.

10)Сердечно-сосудистые препараты и симтоматические средства по показаниям.

**Профилактика**. Изоляция больных. Расширение врачебной помощи на дому при проявлении эпидемических вспышек. Ограничение посещений заболевшими поликлиник и аптек. На период эпидемии накладывают карантины на лечебные учреждения. Ограничение посещений детьми зрелищных мероприятий. Ухаживающий персонал должен носить 4-х слойные маски. Влажная уборка, проветривание помещений, где находятся больные, кварцевание палат. Здоровым лицам в очаге с целью профилактики заболеваний гриппом А рекомендуется принимать ремантадин по 100мг в сутки в течение 10 дней или арбидол 100мг однократно в течение 5 дней. Можно применять дибазол. Рекомендуется принимать витамины, особенно витамин С, овощи, фрукты, лук, чеснок. Необходимо соблюдать здоровый образ жизни, заниматься физкультурой, спортом, закаляться.

Для специфической профилактики гриппа применяют живые вакцины, инактивированную тривалентную вакцину для подкожного и интраназального введения.

**Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ)**

представ­ляют полиэтиологическую группу вирусных заболеваний челове­ка, характеризующихся преимущественным поражением слизи­стых оболочек дыхательных путей.

В настоящее время известно более 100 различных вирусов, спо­собных вызывать ОРВИ, среди которых наиболее распространен­ными являются вирусы парагриппа, аденовирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы и некоторые другие.

Несмотря на схожесть эпидемического процесса и клиниче­ских проявлений заболеваний, вызываемых различными вируса­ми, каждый из них поражает определенные участки слизистых оболочек дыхательных путей, от чего и зависит клиническая картина:

вирусы парагриппа – гортань и трахею,проявляется ларингитом и трахеитом;

* аденовирусы – глотку и коньюнктиву – фарин­гитом и конъюнктивитом;
* риновирусы – нос – ринитом;
* респираторно-синцитиальные вирусы- носоглотку, трахею и бронхи – назофарингитом, трахеобронхитом.

ОРВИ имеют повсеместное распространение, вызывая как спо­радические случаи заболевания, так и вспышки, однако в отли­чие от гриппа они, как правило, не вызывают эпидемии и панде­мии. Заболеваемость ОРВИ может регистрироваться в любое вре­мя года, но их число существенно возрастает в аринги-зимний период, что связано с активацией воздушно-капельного пути пе­редачи инфекции. Преимущественно заболеваемость ОРВИ арин­стрируется в детских организованных коллективах.

**Парагрипп.**

Парагриппозная инфекция – это острое вирусное заболевание, характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации и поражением верхних дыхательных путей, преимущественно гортани.

**Этиология.** В настоящее время известны четыре типа вируса парагриппа (1, 2, 3, 4), которые имеют ряд сходных признаков с возбудителями гриппа. Погибают при кипячении.

**Эпидемиология**. Источник – больной человек, который выделяет вирусы с носоглоточной слизью в острый период болезни. Путь передачи – воздушно-капельный. Встречается в виде спорадических случаев круглый год с подъемом заболеваемости в аринги-зимнее время. Чаще болеют дети дошкольного возраста, дети первого года жизни и даже новорожденные.

**Клиника**. И.П. длится 3-4 дня (от 2 до 7 дней). Заболевание чаще начинается постепенно, в течение 3-5 дней.

Различают 2 основных формы: ларинготрахеобронхит и пневмония.

Ларинготрахеобронхит (ложный круп) – встречается чаще у детей. Начинается с появления грубого «лающего» кашля, осипшего голоса, иногда полной афонии. Отличается насморк, отек слизистой оболочки носоглотки, гортани, трахеи, бронхов и всех его разветвлений, что в тяжелых случаях приводит к стенозу. По степени выраженности различают четыре степени стеноза. У больных начинается одышка, в дыхание вовлекается вспомогательная мускулатура, появляется акроцианоз, а при стенозе 3-4 степени – общий цианоз. Больные беспокойны. Больной может погибнуть при стенозе 4 степени, если не произвести трахеотомию. Эта форма развивается чаще всего у аллергически неблагополучных детей.

Пневмония – протекает чаще атипично без выраженной клинической картины и распознается при рентгенологическом исследовании. У взрослых течение парагриппа благоприятное, у грудных детей течение более тяжелое.

**Осложнения:** ангины, синуситы, отиты и др. возникают в связи с присоединением вторичной инфекции

**Лабораторная диагностика** – как при гриппе.

**Особенности лечения.** Очень важно начать своевременное лечение, чтобы не допустить стеноза. Назначают отвлекающие процедуры: горячие ножные и ручные ванны, можно с горчицей; горчичники на область гортани или УВЧ; горячее щелочное питье, ингаляции с содой или хемотрипсином.

При стенозе 4 степени – трахеотомия.

**Аденовирусная инфекция.**

Аденовирусные болезни – это острые респираторные заболевания, характеризующиеся поражением лимфоидной ткани и слизистых оболочек с умеренно выраженной интоксикацией.

**Этиология.** Возбудители – аденовирусы. Известно около90 стереотипов аденовирусов, из них более 30 выделены у людей. Вирусы высокоустойчивы к низким температурам, до 2-х недель сохраняются при комнатной температуре, но быстро погибают при нагревании и от дезсредств.

**Эпидемиология.** Источник – больной человек, выделяющий вирусы с носовой и носоглоточной слизью в острый период болезни, а в более поздние сроки – с фекалиями. Заражение происходит воздушно-капельным путем, в некоторых случаях возможен фекально-оральный механизм. Наиболее восприимчивы дети от 6 месяцев до 5 лет. Оставляет прочный иммунитет.

**Клиника.** И.П. от 3 до 12 дней. При острой аденовирусной инфекции наблюдаются следующие клинические формы: ОРЗ, острый фарингит, фаринго-конъюктивальная лихорадка, острый конъюктивит и кератоконъюктивит.

При *остром респираторном заболевании* инкубационный период 5-6 дней.

Болезнь чаще развивается постепенно (2-3 дня), но может возникнуть и внезапно. Общие явления выражены не резко: недомогание, познабливание, лихорадка, головная боль. Рано возникают местные симптомы: заложенность носа, гиперемия слизистой носа и задней стенки глотки, болезненность при глотании, сухой кашель с выделением мокроты и болью в грудной клетке. Лихорадочный период длится 2-7 дней. Недомогание и другие общие симптомы исчезают одновременно с лихорадкой, но катаральные явления могут затянуться до 1-2 недель.

*Острый фарингит и фаринго-конъюктивальная лихорадка* характеризуются умеренным нарушением общего состояния, воспалительными изменениями со стороны слизистых оболочек зева, дыхательных путей, а так же глаз. Может быть тонзиллит, ринит, арингит, назофарингит, ларингит, трахеит, бронхит, конъюктивит. Поражаются отдельные органы или несколько органов в различном сочетании. Инкубационный период 5-9 дней. Начало чаще постепенное. Лихорадочный период длится 5-6 дней. Появляется озноб, головная боль, адинамия, боль в горле, охриплость и кашель, общее недомогание, заложенность носа и небольшой насморк. Иногда бывают слизистые налеты на задней стенке глотки и на миндалинах.

*Конъюктивиты* длятся от нескольких дней до 2-х недель и больше. При этом наблюдается инъекция сосудов, отечность век, отек и нежная зернистость конъюктив (катаральный и фолликулярный конъюктивит).

Конъюктивит может быть и пленчатым. Отделяемое глаза скудное, серозное. Роговица и радужка чаще не проражаются. Изредко наблюдаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, понос.

При *кератоконъюктивите* кроме перечисленных симптомов через несколько дней от начала заболевания (до 2 недель) отмечаются небольшие поверхностные круглые помутнения роговицы, которые иногда сливаются между собой. Болезнь длится 2-4 недели и обычно заканчивается полным выздоровлением.

**Осложнения**. Пневмонии, обычно очаговые с затяжным течением. Могут быть нефриты, артриты, абсцессы легких, менингоэнцефалиты.

**Лабораторная диагностика** – как при гриппе.

**Особенности лечения** зависит от клинических проявлений. При фарингите назначают теплое питье, ингаляции, полоскание горла. При конъюктивитах – промывание глаз теплым раствором фурациллина 1:5000 или слабым раствором перманганата калия, в глаза закапывают сульфацил натрия. В нос закладывают оксолиновую мазь или теброфеновую мазь. При бактериальных осложнениях антибиотики. Симптоматические средства.

**Дифференциальная диагностика.**

Пожалуй, трудно назвать инфекционное заболевание, которое могло бы соревноваться с гриппом по частоте ошибочных диагнозов. «Грипп» — очень «популярный» диагноз: в подавляющем большинстве случаев лихорадящему больному при первичном обращении, особенно в первые дни, ставят именно этот диагноз. Обусловлено это не всегда незнанием врача, а иногда и тем, что в первые сутки заболевания у больных преобладают неспецифические симптомы интоксикации (лихорадка, головная боль, слабость, боль в мышцах, отсутствие аппетита и т.д.). Ориентируясь только на них, без учета эпидемиологической ситуации, сезона, наличия или отсутствия других важных признаков, а затем и динамики болезни легко можно допустить ошибку. Труднее всего проводить дифференциальную диагностику гриппа с другими ОРЗ в связи с наличием одного из ведущих общих для всех этих заболеваний синдрома — катарального.

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

**Риновирусная инфекция** отличается от гриппа следующими симптомами:

* обильными серозными выделениями из носа на фоне незначительной интоксикации;
* слезотечением, частым чиханьем при отсутствии симптомов тра-хеобронхита;
* субфебрильной или даже нормальной температурой тела;
* слегка гиперемированной слизистой оболочкой ротоглотки.

**Аденовирусная инфекция** вызывается вирусами, тропными не только к эпителию дыхательных путей, но и к лимфоидной ткани. 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;
* 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.

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.

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:

* бледностью кожи, отсутствием явлений трахеита;
* нередко появлением полиморфной экзантемы с преимущественной локализацией вокруг суставов;
* иногда увеличенной печенью;
* умеренным лейкоцитозом в крови;
* длительностью заболевания (до 4 нед).

**Корь**, как и **грипп**, характеризуется острым началом, интоксикацией, кашлем. Для кори характерны:

* лающий кашель,
* конъюнктивит,
* светобоязнь.

Главное ее отличие — наличие высыпаний: на 2—3-й день болезни на слизистой оболочке щек появляются пятна Коплика, а с 3—4-го дня на коже лица — характерная сыпь, которая поэтапно распространяется по всему телу.

В ряде случаев клиническая дифференциальная диагностика гриппа с другими ОРВИ настолько затруднительна, что окончательную ясность может внести лишь использование иммунофлюоресцентного и серологического методов исследования.

Тем не менее в особо сложных случаях нельзя пренебрегать анамнезом, который должен быть собран с особой тщательностью, имеет значение все: очередность возникновения клинических симптомов, их выраженность, сочетание, динамика и т.д. Всегда следует помнить, что катаральный и интоксикационный синдромы — обязательные признаки гриппа. Отсутствие любого из них должно заставить врача подумать о наличии другого заболевания, прежде чем установить диагноз «грипп». Иногда катаральный синдром при гриппе может запаздывать, но не более чем на 1 сут.

Дифференцировать грипп с **брюшным тифом** при классическом постепенном начале последнего не представляет особых трудностей. Значительно труднее поставить диагноз в случаях острого начала брюшного тифа. При этом следует учитывать наличие ряда сходных с гриппом симптомов: головная боль, относительная брадикардия, гипотензия, лейкопения с относительным лимфоцитозом.  
Однако при брюшном тифе:

* не характерны гиперемия и одутловатость лица, слезящиеся глаза;
* ринит отсутствует;
* кожа бледная, сухая, со 2-й недели — розеолезная сыпь;
* потливость, часто наблюдаемая при гриппе, — редкое явление при брюшном тифе, но может искусственно вызываться приемом аспирина;
* головная боль интенсивная, но разлитая, при гриппе же она локализуется в области лба, надбровных дуг, глазных яблок;
* язык обильно обложен сероватым налетом, утолщен, края и кончик его остаются чистыми;
* увеличены печень и селезенка, живот вздут, стул задержан;
* ценным диагностическим признаком брюшного тифа является симптом Падалки;
* у подавляющего большинства больных катаральный синдром отсутствует.

Следует отметить, что дифференциальную диагностику гриппа с брюшным тифом имеет смысл проводить лишь в первые 4—5 дней болезни. При сохранении синдрома интоксикации и лихорадки более продолжительное время вопрос о гриппе, естественно, снимается.

Бывает трудной дифференциальная диагностика гриппа с **лептоспирозом**, что обусловлено наличием в первые дни болезни ряда сходных симптомов: острое начало с ознобом и быстрым подъемом температуры, одутловатость и гиперемия лица, инъецированность склер, сильная головная боль, миалгия. При постановке диагноза следует учитывать следующее:

* миалгия при гриппе диффузная, тогда как при лептоспирозе боль преимущественно локализуется в' икроножных мышцах;
* при лептоспирозе меньше других систем страдают органы дыхания: лишь у отдельных больных возможно развитие бронхита, значительно уступающего по интенсивности гриппозному поражению дыхательных путей;
* геморрагический синдром с большим постоянством и выраженностью встречается при лептоспирозе;
* закономерным для лептоспироза является поражение почек с развитием в тяжелых случаях острой почечной недостаточности, сопровождающейся олигурией, анурией и грубыми изменениями в моче (белок, микро- и даже макрогематурия), тогда как изменения в почках при гриппе незначительны и носят скоропроходящий характер;
* дифференциальный диагноз значительно облегчается при наличии у больного желтухи или характерной для тяжелого течения геморрагической сыпи;
* отличить грипп от лептоспироза в первые дни их возникновения помогает анализ крови: вместо характерной для гриппа лейкопении с относительным лимфоцитозом для лептоспироза типичны лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево, лимфопения, значительное увеличение СОЭ (до 50—60 мм/ч);
* помогает диагностике анализ эпидемиологических данных: летний сезон, купание в водоемах со стоячей водой, пребывание в местах обитания грызунов свидетельствуют в пользу лептоспироза. Диагноз «грипп» в летнее время всегда сомнителен.

В **преджелтушный период вирусного гепатита А** ошибочный диагноз гриппа — нередкое явление. Этому способствуют острое начало гепатита с ознобом и повышением температуры тела до высоких показателей, головная боль, ломота, разбитость, лейкопения с относительным лимфоцитозом. Однако от гриппа вирусный гепатит отличается следующими признаками:

* при вирусном гепатите А имеет место разлитая головная боль, а не только в лобной области;
* важным дифференциально-диагностическим признаком гепатита является отсутствие или скудность катаральных явлений, тогда как при гриппе они появляются не позднее 2-х суток от начала болезни и бывают одним из ведущих симптомов;
* при вирусном гепатите А с первых дней болезни можно обнаружить увеличение печени и селезенки;
* через 2—3 дня температура тела может снижаться при обоих заболеваниях, но если больные гриппом испытывают при этом облегчение, то у больных вирусным гепатитом А начинается желтушный период, т.е. заболевание переходит в новую фазу, которая гриппу несвойственна;
* высокая активность сывороточных трансфераз (в первую очередь АлАТ) в первые же дни болезни еще до появления желтухи является решающим диагностическим признаком вирусного гепатита А.

Грипп приходится иногда дифференцировать с различными формами **менингококковой инфекции**. Для менингококкового назофарингита типичны заложенность носа, першение в горле, головная боль, иногда появляется сухой кашель. Вместе с тем:

* температура сравнительно редко достигает высоких показателей;
* катаральный симптом проявляется в форме назофарингита, а не трахеобронхита;
* обращает на себя внимание бледность лица в отличие от гиперемии, наблюдаемой при гриппе;
* вместо «пылающего» гриппозного зева характерен контраст между отечной, гиперемированной задней стенкой глотки и неизмененными или слегка гиперемированными миндалинами, мягким небом, небными дужками;
* выделения из носа чаще слизисто-гнойные, иногда сукровичные, их можно увидеть стекающими в виде дорожек по задней стенке глотки. Гриппу же присуща сухость слизистой оболочки носоглотки;
* в крови — лейкоцитоз.

**Явления менингизма**, наблюдаемые иногда при тяжелой форме гриппа на высоте интоксикации, требуют дифференциальной диагностики с менингококковым менингитом (а также с менингитами иной этиологии). Гриппозный менингеальный синдром развивается на фоне катарального синдрома, в котором ведущее место занимает трахеобронхит. Менингококковому менингиту часто предшествуют явления назофарингита, но иногда он возникает даже на фоне кажущегося полного благополучия. Решающее значение для дифференциальной диагностики имеет спинномозговая пункция. При обусловленном гриппом менингизме обнаруживается повышенное давление спинномозговой жидкости, клеточный и белковый состав ее не изменен. При менинго-кокковом менингите спинномозговая жидкость мутная или опалесци-рующая, выявляются плеоцитоз с преобладанием нейтрофилов, повышено содержание белка.  
**Менингококцемию** отличить от гриппа помогает наличие таких симптомов:

* характерная геморрагическая сыпь, появляющаяся часто уже в первые часы от начала болезни. Элементы сыпи различной величины и формы, плотные на ощупь, выступают над уровнем кожи, локализуются преимущественно на конечностях. Следует помнить, что обильная сыпь (за исключением единичных петехий) не характерна для гриппа;
* герпес часто появляется при менингококковой инфекции, нередко с первых дней болезни, тогда как при гриппе он наблюдается редко, возникает не ранее 4—5-го дня заболевания и обычно свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной инфекции на фоне имму-нодепрессии.

В первые дни заболевания **сыпной тиф** (а также **болезнь Брилля**) и грипп имеют много общего: острое начало, головная боль, гиперемия и одутловатость лица, гиперемия слизистой оболочки полости рта, разбитость, ломота в теле. Но различная тропность возбудителей (к эпителию дыхательных путей вируса гриппа и к эндотелию сосудов риккетсии Провачека) обусловливает различия в клинических проявлениях. Для сыпного тифа характерны следующие признаки:  
—    скудные катаральные симптомы, нередко они вообще отсутствуют;

* явления васкулита можно обнаружить уже на 2—3-й день болезни в виде точечных кровоизлияний на мягком небе (энантема Розен-берга) и на переходной складке конъюнктивы (симптом Киари — Ав-цына);
* поражение продолговатого мозга при сыпном тифе проявляется фибриллярными подергиваниями языка, толчкообразным тремором при попытках высунуть его за линию зубов (симптом Говорова—Годелье);
* обращают на себя внимание возбуждение больного, словоохотливость, несмотря на сильную, разлитую, в отличие от гриппа, головную боль, беспокойный сон с кошмарными сновидениями; больные гриппом, напротив, вялы, апатичны;
* закономерно появляющаяся на 4—5-е сутки розеолезно-петехиальная экзантема позволяет завершить клиническую дифференциальную диагностику в пользу сыпного тифа;
* в противоположность лейкопении при гриппе сыпной тиф сопровождается умеренным нейтрофильным лейкоцитозом.

Важно учитывать эпидемиологический анамнез (наличие педикулеза), степень контагиозности больного, длительность течения болезни.  
Внезапное начало, озноб, ломота во всем теле, головная боль иногда требуют проведения дифференциальной диагностики между гриппом и **малярией**. Для малярии характерны такие симптомы:

* соответствующий эпидемиологический анамнез (приезд из неблагополучной в отношении малярии местности);
* циклическое течение болезни (озноб, жар, пот), регулярное повторение приступов;
* отсутствие катарального синдрома;
* увеличение печени и селезенки;
* наличие в крови малярийных паразитов, прогрессирующая анемия.

При некоторых формах малярии четкая регулярность приступов в начальный период заболевания может отсутствовать, но остальные признаки (гепатолиенальный синдром, малярийные паразиты в крови) сохраняют свое дифференциально-диагностическое значение.

В период подъема заболеваемости гриппом нередко приходится проводить дифференциальный диагноз с **бактериальной пневмонией**. Ошибочному диагнозу способствуют соответствующая эпидемическая ситуация, наличие интоксикационного и катарального синдромов, иногда — острое начало болезни.  
Пневмонию от Гриппа отличают такие признаки:

* более длительная лихорадка;
* характер катарального синдрома (кашель глубокий, со слизи-сто-гнойной мокротой, иногда боль в груди при дыхании, отсутствие жжения за грудиной);
* отсутствие типичного для гриппа «лица заплаканного ребенка»;
* влажные хрипы в легких на фоне ослабленного дыхания над зоной воспаления, укорочение перкуторного звука;
* лейкоцитоз с нейтрофилезом, увеличенная СОЭ.

**Профилактика**- как при гриппе.