3-4/2009

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

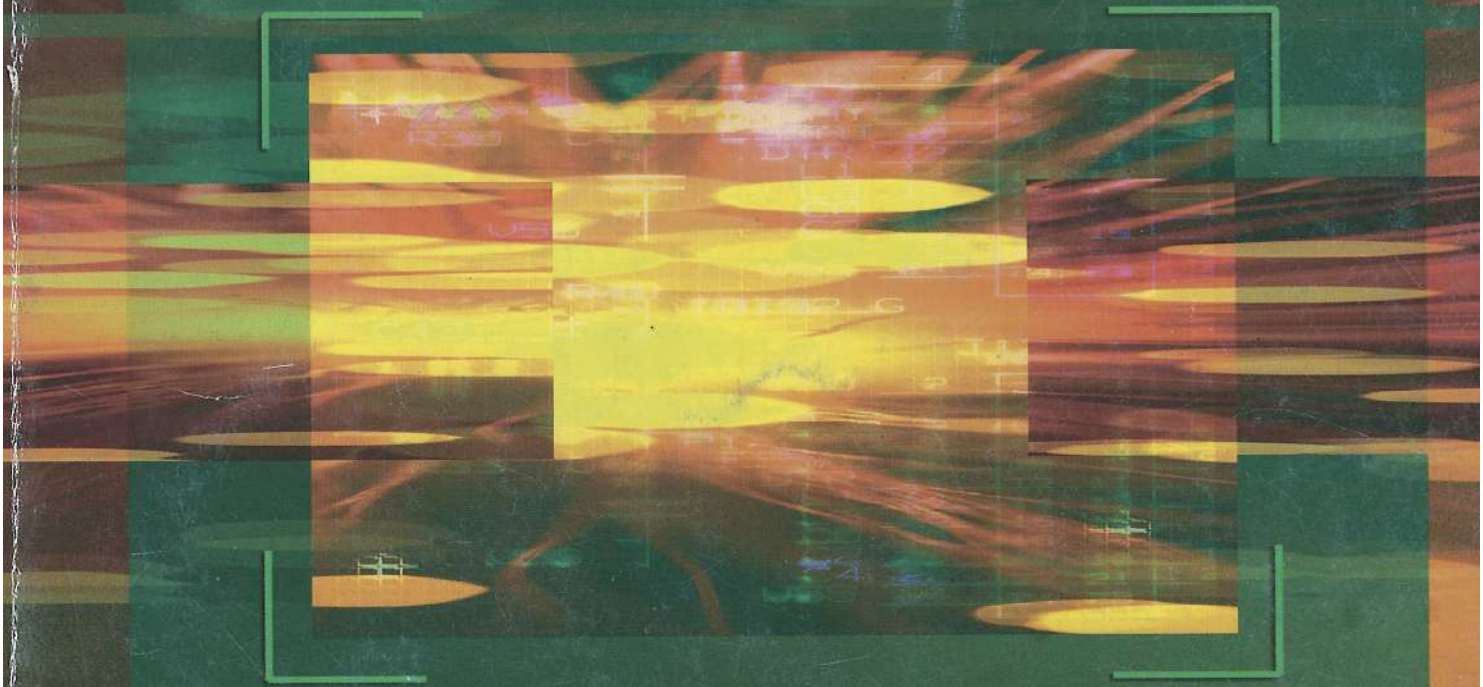
На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

КИЇВ – 2009

Установа-розробник:
Кафедра інфекційних хвороб
НМУ ім. акад.О.О.Богомольця

Укладачі:
Академік АМН України,
професор ВОЗІАНОВА ЖАННА ІВАНІВНА
кандидат медичних наук, доцент
ПЕЧІНКА АНАТОЛІЙ МИХАЙЛОВИЧ
(тел. 044-417-21-82)
асистенти кафедри інфекційних хвороб
кандидат медичних наук
МИТУС НАТАЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА
кандидат медичних наук
ЧЕПІЛКО КАТЕРИНА ІВАНІВНА
ПОДОЛЮК ОЛЬГА ОЛЕКСАНДРІВНА

Рецензент:
Голова проблемної комісії МОЗ України:
завідувач кафедри інфекційних хвороб
Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук,
професор МАЛИЙ В.П.

Гострі респіраторні захворювання (далі – ГРЗ) – збірна група захворювань, спричинюваних різними збудниками, що поєднані на основі спільності особливостей епідеміології, патогенезу та особливостей клініки.

Захворювання верхніх дихальних шляхів є найбільш поширеними інфекційними захворюваннями. Серед причин тимчасової втрати працездатності вони посідають перше місце – навіть в міжепідемічний період на них хворіє шоста частина населення планети. В Україні щорічно на ГРЗ хворіє від 10 до 14 млн осіб, що складає 25-30% усієї та близько 75-90% інфекційної захворюваності в країні.

ГРЗ, які спричинюються вірусами, називаються гострими респіраторними вірусними захворюваннями (далі – ГРВЗ).

Поширеність цих хвороб на земній кулі, залучення в епідемічний процес великої кількості людей, інколи важкі наслідки, значні економічні збитки зумовлюють актуальність респіраторних інфекцій для людства.

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ГРВЗ

Питання термінології. При величезній кількості збудників, поліморфізмі спричинюваних ними клінічних ознак, розмаїтті клінічних форм далеко не завжди, навіть за найретельнішого обстеження хворого, вдається встановити етіологію збудника, що обумовив респіраторний синдром (Возіанова Ж.І.). Вище зазначені фактори призводять до плутанини при встановленні діагнозу, що обумовлює необхідність розмежувати деякі поняття. Хворому з респіраторним синдромом може бути поставлений діагноз ГРЗ чи ГРВЗ або навіть просто окремо провідний синдром – ларингіт, фарингіт, бронхіт тощо. Більше того, зарубіжна медична література дає таке поняття, як "застуда" (англ. – common cold), що має на увазі запалення будь-якої ділянки дихального тракту. Тому варто розрізняти поняття ГРЗ та ГРВЗ (гострі респіраторні вірусні захворювання).

ГРЗ — більш ємнісне поняття. Воно включає респіраторні хвороби вірусного та невірусного походження. Етіологічними чинниками ГРЗ можуть бути різноманітні віруси, легіонели, менінгококи, стрептококи, стафілококи, рикетсії, мікоплазми, хламідії тощо. Однак, традиційно, під ГРЗ ми розуміємо захворювання верхніх дихальних шляхів, що спричинене не вірусним агентом.

ГРВЗ — це група гострих респіраторних захворювань, що зумовлені винятково вірусами і є невід'ємною частиною поняття ГРЗ. Саме ГРВЗ за своєю питомою часткою займають провідне місце в структурі інфекційної патології людини. Експерти ВООЗ підкреслюють, що останні роки зберігається тенденція постійного зростання рівня захворюваності цю групу інфекцій.

Крім того, не коректним є термін "грип та ГРВІ", який штучно виокремлює грип з групи ГРВІ. Слід розуміти, що грип є одним з ГРВІ, можливо, найважливішим, але лише одним із сотень ГРВІ. Тому значно коректнішим є вживання терміну "грип та інші ГРВІ" або "ГРВІ, в тому числі й грип".

Доречно наголосити, що терміни "гостра респіраторна вірусна інфекція" та "гостре респіраторне вірусне захворювання" не є рівнозначними. Термін "інфекція" включає не лише маніфестні (захворювання), але і безсимптомні (інапарантні, субклінічні тощо) випадки, що зазвичай виявляються лише за умови цілеспрямованого специфічного обстеження. Як наслідок, маємо справу лише з тією частиною ГРВІ, що проявляються у вигляді захворювання, тобто ГРВЗ, і тому підміняти один термін іншим недоречно.

Катаральний синдром може зустрічатися не лише при ізольованому ураженні респіраторного тракту, а й бути однією з ознак інфекцій, збудники яких мають політропну локалізацію, наприклад, герпес-віруси, "дитячі" інфекції тощо.

У нашій країні так традиційно склалося, що до ГРВЗ відносяться лише ті захворювання, де ураження дихальної системи є провідним синдромом хвороби, на відміну від тих хвороб (кір, краснуха тощо), при яких ураження дихальних шляхів не має провідної ролі, а є лише однією з багатьох ознак клінічної картини. Гострі респіраторні вірусні захворювання можуть спричинити понад 200 вірусів. Найбільш вивченими серед них є віруси грипу, парагрипу, респіраторно-синцитійний вірус, риновіруси, коронавіруси, реовіруси, аденовіруси, деякі серотипи ентеровірусів.

Етіологія та епідеміологія

Респіраторні віруси розповсюджені як у людській популяції, так і серед тварин. У природних умовах вони непатогенні або мало патогенні для людини. Але, за певних умов, вони можуть викликати захворювання у людини — тяжкий гострий респіраторний синдром (англ. — SARS), пташиний грип.

ВООЗ здійснює роботу з глобального моніторингу грипу. Це пов'язано насамперед з поширенням пташиного грипу і очікуваннями його швидкої трансформації у людський штам, а також з тим, що з часів пандемії грипу А (H3N2) Hong Kong 1968 року не реєструвалося серйозних епідемій грипу. Нині можна сказати, що претендентів на роль нового епідемічного штаму грипу поки що не видно.

Найважчий перебіг грипу останнім часом спричинюється типом H3N2, для якого властива більшість летальних наслідків. Останні, що спричинені вірусом грипу в промислово розвинутих країнах, припадають переважно на осіб, які старші 65 років. У тропічних країнах летальні випадки реєструються переважно серед осіб, які страждають від білкової недостатності та/або не мають доступу до медичної допомоги.

У період епідемічного спалаху відзначається переважання певної нозології, однак ніколи етіологічна структура не буває однорідною. Навіть під час епідемії грипу реєструються й інші ГРВЗ.

У міжепідемічний період грипу сезонне підвищення захворюваності на гострі респіраторні захворювання має зовсім іншу структуру, коли переважають збудники інших як ГРВЗ, так і ГРЗ. Визначення етіологічної структури сезонної захворюваності на ГРЗ має надзвичайно важливе значення, адже воно визначатиме лікувальну та профілактичну тактику.

В Україні такі дослідження були проведені у Харківській області протягом сезонів 2003-2005 рр. Показано, що сезонне підвищення захворюваності на ГРЗ характеризувалося невеликою питомою часткою грипу, поліетіологічністю збудників з переважан-

ням вірусу парагрипу. У цілому розшифрувати етіологію ГРВЗ вдалося у 53,3% пацієнтів, антигени грипу було встановлено не більше ніж у 2% пацієнтів (Могиленець О., 2007).

У сезон 2006-2007 рр. серед 40 хворих на ГРВЗ, що поступили на лікування в інфекційне відділення МКЛ №9 м. Києва на 1-2 добу хвороби, антиген вірусу грипу експрес-методом імунохроматографії не було виявлено у жодному випадку. Таким чином, у міжепідемічний період грипу при сезонному підвищенні захворюваності на ГРЗ в етіологічній структурі значно переважають "не грипозні" збудники ГРЗ. Подібна ситуація зберігалася і в останні сезони, коли відзначалося сезонне підвищення захворюваності на ГРВЗ. Однак періодично можуть виникати невеликі спалахи грипу, спричинені штамами, що давно не циркулювали у даній місцевості. Зазвичай перебіг таких захворювань легший порівняно із перебігом під час епідемії.

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Різні збудники вражають більшою мірою певні відділи дихальних шляхів: риновіруси та коронавіруси — переважно слизову оболонку носа, реовіруси — носа та глотки, парагрипозні віруси — гортані, вірус грипу — трахеї, РС-вірус — бронхів та бронхіол, аденовіруси — лімфоїдну тканину глотки та кон'юнктиви. Хоча у цілому вони обумовлюють запалення усіх відділів дихальних шляхів, однак різною мірою.

Риніт — це запалення слизової оболонки носа, котре суб'єктивно проявляється відчуттям закладеності носових ходів і утрудненим диханням через ніс, чиханням, виділеннями з носа (нежить). При об'єктивному обстеженні спостерігаються серозні, слизисті, слизисто-гнійні або кров'янисті виділення, слизова оболонка гіперемійована, набрякла, іноді вкрита кірочками.

Фарингіт — це запалення слизової оболонки глотки, яке суб'єктивно проявляється відчуттям помірного болю при ковтанні, рідше — печінням. При прямій фарингоскопії спостерігається гіперемія та набряк слизової оболонки задньої стінки глотки, своєрідна зернистість, інколи — дрібні крововиливи.

Ларингіт — це запалення слизової оболонки гортані, що може виникнути не лише за умови дії інфекційних агентів, але й інших факторів — переохолодження, подразнення парами хімічних речовин, димом при палінні, зловживання алкоголем, голосового навантаження. Суб'єктивно хворий відчуває пирхотіння, садніння або помірний біль у горлі, кашель. Об'єктивно спостерігається зміна тембру голосу (сиплий, навіть до афонії), сухий, так званий "гавкаючий", кашель. При ларингоскопії виявляють гіперемію та набряк слизової оболонки гортані, потовщення та гіперемію істинних голосових зв'язок. У дітей синдром ларингіту може ускладнюватися розвитком несправжнього крупу, що у своєму перебігу проходить три послідовні фази: катаральну, стенотичну та асфіктичну. Симптоматика виникає в розпалі хвороби, раптово, переважно в нічний час.

Катаральна стадія крупу характеризується такими клінічними ознаками:

- охриплість голосу;
- грубий "гавкаючий" кашель;
- напади утрудненого дихання.

У *стенотичну стадію* до вищенаведених симптомів приєднуються:

- задишка;
- гучне дихання, що чутне на відстані;
- ціаноз;
- втягнення на вдиху піддатливих ділянок грудної клітки;
- збудження, відчуття страху;
- вимушене положення — ортопное;
- підвищена пітливість;
- дихання над легенями майже не вислуховується.

Асфіктична стадія характеризується такими симптомами:

- тотальний ціаноз;
- частий ниткоподібний пульс;
- артеріальна гіпотензія;
- розширення зіниць;
- втрата свідомості.

При проведенні диференціації зі справжнім (дифтерійним) крупом слід враховувати, що найбільш яскравими рисами несправжнього крупу є його гострий, раптовий початок, короткотривалий перебіг та відсутність афонії навіть в асфіктичній стадії.

Трахеїт — це запалення слизової оболонки трахеї, клінічна симптоматика якого надто мізерна. Хворі скаржаться на дряпання та біль за грудниною, сухий кашель. Інколи під час аускультації вислуховуються жорстке дихання та сухі хрипи над трахеєю. Об'єктивні зміни можна отримати лише за фібротрахеобронхоскопії, однак, враховуючи коротку тривалість ГРВЗ, цю процедуру навряд чи варто рекомендувати.

Бронхіт та бронхіоліт — розглядаються як компонент ГРВЗ, якщо вони поєднуються з ураженням верхніх відділів респіраторного тракту, а за умови РС-інфекції вони є провідним синдромом. У випадках поєднання з пневмонією бронхіт та бронхіоліт не відносять до ГРВЗ. Клінічними ознаками бронхіту є кашель, спочатку сухий, а надалі зі слизистим харкотинням, сухі хрипи, порушенням бронхіальної прохідності у вигляді подовженого видиху, утруднення дихання, що краще визначити за допомогою спірографії або пневмотахометрії. Бронхіоліт — це найважча форма гострого бронхіту зі значним порушенням бронхіальної прохідності, що проявляється задишкою, розвитком обструктивної емфіземи та дихальною недостатністю. Хворих непокоїть болісний кашель з мізерною кількістю харкотиння.

Альвеоліт — запальний процес дистального відділу респіраторного тракту внаслідок перетворення альвеолярно-капілярного бар'єру на гіалінову мембрану, спричинений локальними крововиливами, некрозом, апоптозом та десквамацією клітин респіраторного епітелію альвеол, що призводить до порушення легеневого газообміну (гіпоксемія, гіперкапнія) і клінічно проявляється дихальною недостатністю.

Окрім відмінностей у клінічній картині різних гострих респіраторних захворювань, що зумовлені різноманітністю синдрому органних уражень, є й певні спільні риси, що їх об'єднують.

Ознаки, характерні для всіх ГРВЗ:

1. Скарги: більше чи менше виражені симптоми загальної інтоксикації, катаральні симптоми — пирхотіння, значно рідше — біль у горлі, нежить, сухий кашель.
2. Помірна гіперемія, переважно дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки із наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули).
3. Гіперемія слизової оболонки носових ходів.
4. Мигдалики переважно інтактні (за винятком аденовірусної інфекції).
5. Кон'юнктивіт (виражений більше чи менше, залежно від виду ГРВЗ).
6. Ознаки ураження кількох відділів верхніх дихальних шляхів.
7. Для кожного виду є характерним найважче ураження одного відділу верхніх дихальних шляхів з розвитком характерної симптоматики.
8. В гемограмі, зазвичай, спостерігається лейкопенія (нормоцитоз) з паличкоядерним зсувом і відносним лімфомоноцитозом.
9. Під час рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини — посилення легеневого рисунка.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ВХОДЯТЬ У ГРУПУ ГРВЗ

Грип

В клініці грипу можна виділити два основних синдроми — інтоксикаційний та катаральний. Серед усіх ГРВЗ саме при грипі інтоксикаційний синдром найбільш значний. Особливостями цього синдрому є: висока короткочасна (3 — 5 днів) лихоманка після відчуття мерзлякуватості, значний м'язовий біль, типова локалізація головного болю — в надбрівних дугах, параорбітальних та скроневих ділянках.

Катаральний синдром проявляється переважно у вигляді трахеобронхіту. Однак спостерігаються симптоми ураження інших відділів дихальної системи: сухість та дертя у горлі як прояв фарингіту, закладеність та сухість слизової оболонки носа — риніт.

Зовнішній вигляд хворого на грип нагадує такий у заплаканої дитини: набряк та гіперемія обличчя, блискучі очі, ін'єкція судин кон'юнктиви.

Пташиний грип

Збудником захворювання є вірус грипу типу А (H5N1), що раніше вважався непатогенним для людини, оскільки респіраторний епітелій людини не містить специфічних для цього штаму рецепторів. Існує гіпотеза, згідно з якою патогенність для людини вірус набуває в організмі "проміжного хазяїна", в дихальному епітелії якого є рецептори як до пташиного, так і до людського збудників. Саме таким "хазяїном" є свиня.

Питання про епідемічне розповсюдження пташиного грипу в людській популяції може постати лише за умови подолання міжвидового бар'єру та здійснення передачі інфекції від людини до людини. Нині достовірних фактів такої передачі не зареєстровано.

Ретельний аналіз усіх випадків захворювання людини на пташиний грип дозволив експертам ВООЗ виділити найбільш типові клінічні ознаки цієї хвороби. За рекомендаціями ВООЗ, випадок пташиного грипу у людини визначається як гостре респіраторне захворювання, що супроводжується підвищенням температури тіла до 38-41°С, мерзлякуватістю, кон'юнктивітом, міалгіями, прогресивним розвитком дихальної недостатності та гострого респіраторного дистрес-синдрому, клініко-лабораторні ознаки якого викладені у відповідних керівництвах з невідкладної допомоги.

Інкубаційний період становить 2 — 4 дні. Захворювання починається гостро з підвищення температури тіла вище 38°С, кон'юнктивіту, міалгій. Можливі болі в горлі, ринорея. Більше ніж у половини хворих має місце блювання та водяниста діарея без патологічних домішок.

З другого дня хвороби проявляється ураження нижніх дихальних шляхів — вологий кашель, часто з домішками крові, аускультативно — жорстке дихання, різноманітні хрипи. При рентгенологічному дослідженні легенів виявляються дифузні, мультифокальні окремі інфільтрати, що здатні до швидкого злиття та поширення. Подальший перебіг захворювання супроводжується розвитком гострого дистрес-синдрому з дихальною недостатністю. У період розпалу хвороби можуть уражатися печінка, нирки (гостра ниркова недостатність реєструвалася у 30 % хворих).

Найтяжче захворювання протікає у дітей раннього віку і може супроводжуватися приєднанням до основних клінічних симптомів порушення свідомості та судом, що обумовлені розвитком енцефаліту.

Первинний клінічний діагноз пташиного грипу базується на клінічній, епідеміологічній та лабораторній діагностиці за наступними критеріями:

1. Висока лихоманка у поєднанні з утрудненим диханням та кашлем.
2. Водяниста діарея.
3. Наявність повідомлень про спалах пташиного грипу в регіоні, де мешкає пацієнт; серед тварин чи у випадках масової загибелі птахів.
4. Відомості при виїзд пацієнта в країни, де є повідомлення про спалах грипу, спричиненого типом А (H5N1) в популяції тварин, особливо свійських.
5. Контакт з хворим, у якого підтверджено інфікування вірусом грипу типу А (H5N1), за сім днів до появи клінічних симптомів у пацієнта.
6. Контакт з хворим на ГРЗ нез'ясованої етіології, яке закінчилося летально, за сім днів до появи клінічних симптомів хвороби у пацієнта.
7. Врахування професійного ризику зараження пацієнта (робота з тваринами).

Парагрип

У клінічній картині парагрипу ураження верхніх дихальних шляхів переважають над проявами токсикозу. Для захворювання характерні: поступовий початок та млявий перебіг з максимальним напруженням клінічних симптомів на 3-4 добу хвороби. Симптоми загальної інтоксикації виражені слабо, температура переважно субфебрильна тривалістю від 1 до 8 днів, іноді може сягати фебрильного рівня з досить вираженою інтоксикацією. Катаральний синдром, як правило, представлений ларингітом, однак спостерігаються менш значні явища риніту з мізерними серозними/слизистими виділеннями та катарального фарингіту. Іноді у процес залучаються трахея та бронхи з розвитком відповідної симптоматики. Анатомічна будова гортані обумовлює можливість розвитку стенозуючого ларингіту (несправжнього крупу) переважно у дітей.

Риновірусна інфекція

Риновірусна інфекція характеризується наявністю назофарингіту з надмірною носовою секрецією серозного або серозно-слизистого характеру на тлі мінімальних ознак токсикозу, що пов'язано з відсутністю вірусемії.

Аденовірусна інфекція

Аденовірусна інфекція характеризується підгострим початком з помірно вираженим інтоксикаційним синдромом (навіть за умови високої лихоманки само-

почуття хворого залишається відносно задовільним) та поліморфізмом клінічних проявів, що зумовлений тропністю аденовірусів до клітин макрофагальної системи – лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, епітелію слизових оболонок очей, дихального, травного та сечового трактів, нервових клітин. Поліморфізм клінічних проявів визначає різноманітність клінічних форм захворювання:

1. ГРВЗ (ринофарингіт, ринофаринготонзиліт, ринофарингобронхіт).
2. Фарингокон'юнктивальна гарячка.
3. Кон'юнктивіт, кератокон'юнктивіт.
4. Аденовірусна атипова пневмонія (визначається не всіма дослідниками).
5. Аденовірусна діарея (ентерит) (переважно у дітей).
6. Аденовірусний геморагічний цистит (розвивається дуже рідко).
7. Ураження нервової системи.

Найчастіше аденовірусна інфекція маніфестує ураженням верхніх дихальних шляхів у вигляді затяжного (до 4 тижнів) риніту з рясним серозним/слизистим секретом, гранульозного фарингіту (симптомом "бруківки"), тонзиліту з помірною гіперемією та значним набряком слизових оболонок тканин ротоглотки, з можливою появою на мигдаликах ніжних фібринозних нашарувань унаслідок ексудації фібрину та некрозу епітеліальних клітин. Можливе залучення до запального процесу слизової оболонки трахеї та бронхів. Особливістю аденовірусного захворювання є поєднання катарального синдрому з ураженням інших органів, що багаті лімфоїдною тканиною, – катаральним, фолікулярним або плівчастим, частіше однобічним, кон'юнктивітом, генералізованою лімфаденопатією, ентеритом, гепато-лієнальним синдромом. Перебіг захворювання характеризується послідовною появою окремих клінічних симптомів, що свідчить про втягнення в патологічний процес нових органів і систем. Підставою для встановлення діагнозу є наявність хоча би 3-х синдромів органних уражень.

Респіраторно-синцитійна інфекція (РС-інфекція)

Клінічна картина РС-інфекції варіює залежно від віку хворого. У дітей молодшого віку вірус переважно вражає нижні відділи респіраторного тракту, протікаючи у вигляді бронхіту та/або бронхіоліту. У дорослих та дітей старшого віку захворювання протікає, як правило, легко, у вигляді риніту, трахеобронхіту, без підвищення температури тіла або з нетривалим субфебрилітетом.

Коронавірусна інфекція

Тяжкість перебігу коронавірусної інфекції корелює з віком хворого. У дітей до 3-річного віку захворювання характеризується гострим початком зі значним токсикозом, тяжким ураженням верхніх дихальних шляхів у вигляді назофарингіту, з можливим поширенням запального процесу на гортань та трахею (ларинготрахеїт) . У 80% дітей молодшого віку хвороба ускладнюється розвитком стенозуючого ларингіту (несправжній круп).

У дітей більш старшого віку хвороба починається поступово, симптоми токсикозу відсутні, катаральний синдром характеризується ринітом зі слизистим секретом. Інколи спостерігаються симптоми гастроентериту. На відміну від дітей у дорослих хвороба характеризується помірним токсикозом, ринофарингітом з рясним слизистим секретом, іноді розвивається ларингіт.

"САРС"

"Нетипова пневмонія", або SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) – нове інфекційне захворювання, яке виникло в середині листопада 2002 року в Південному Китаї, провінції Гуандун та поширилося на території 29 держав світу. Вперше описане лікарем К.Урбані в Гонконзі. Офіційно повідомлено про 8422 випадки захворювання, серед яких понад 900 закінчилося смертю. Після 2004 року повідомлень про захворювання на "САРС" не було.

Збудником хвороби є новий штам РНК-вмісного коронавірусу тварин, який став патогенним для людини внаслідок мутацій. Джерелом інфекції є хвора людина, не виключаються також деякі тварини. Шлях передачі – краплинний або повітряно-пиловий (вірус виділяється не лише з секретом дихальних шляхів, а й з сечею та калом). Хворіють переважно особи молодого і середнього віку, рідко – діти (значно легше), особи похилого віку. Не виключається штучне походження вірусу.

Інкубаційний період – 2-10 днів, тяжкість захворювання варіює від мінімальних про-

явів до прогресивної дихальної недостатності з летальним кінцем. Початок гострий, з підвищення температури тіла понад 38°С. Виокремлюють 3 фази перебігу:

- період продрому триває 3-7 діб і характеризується лихоманкою, міалгіями, головним болем, слабко вираженим сухим кашлем, що не супроводжується нежитем та чханням; при дослідженні крові — нормоцитоз або лейкопенія, абсолютна лімфопенія, висока активність КФК, помірне підвищення АлАТ, АсАТ;
- через 3-7 днів кашель посилюється, з'являються задишка та відчуття нестачі повітря; в легенях, переважно в базальних відділах, вислуховується крепітація; наростає гіпоксемія. Частина хворих (близько 15%) на цьому етапі одужує;
- у 85 % хворих з другого тижня хвороби спостерігається наростання клінічної симптоматики — стан прогресивно погіршується, відмічається новий пік гарячки, з'являється водяниста діарея, рентгенологічна картина характеризується негативною динамікою — прогресування респіраторних симптомів супроводжується появою нових вогнищ іншої локалізації. Розвивається гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС), що потребує проведення інтенсивної терапії (10-20% хворих). Зміни в гемограмі аналогічні таким у першій фазі, однак приєднується тромбоцитопенія.

Рентгенологічні зміни корелюють з тяжкістю перебігу та варіюють від нормального рисунка до поширеної багатофокусної інфільтрації легеневої тканини, переважно в периферійних відділах одно- або двобічної локалізації.

Реовірусна інфекція

Тропізм реовірусів відображений в їх назві — respiratory enteric orphans. Захворювання зустрічається спорадично, супроводжується помірним токсикозом та риносфарингітом. З боку шлунково-кишкового тракту можливі ознаки гастроентериту з болем у животі, нудотою, блюванням, діареєю. Часто спостерігається збільшення печінки.

Ентеровірусні захворювання

Ентеровірусні захворювання — це група гострих інфекційних хвороб, з поліморфною клінічною симптоматикою, широким діапазоном тяжкості та високим ступенем контагіозності. Частина з них, що спричинені вірусами Коксакі та ЕСНО, можуть проявлятися, крім інших, і респіраторним синдромом: "літній грип", гострий ринофарингіт/тонзиліт , "мала хвороба". Властива переважно літня захворюваність.

Клінічні ознаки ентеровірусних гострих респіраторних захворювань, які отримали назву "літній грип", значною мірою визначаються видом та серотипом вірусу. За умови інфікування вірусами Коксакі клініка захворювання характеризується ураженням верхніх дихальних шляхів переважно у вигляді ринофарингіту на тлі помірного токсикозу. Якщо ж хвороба обумовлена ЕСНО- вірусами, то розвивається трахеїт або трахеобронхіт зі значним токсикозом.

Гарячкові захворювання, так звані "мала хвороба", Коксакі-гарячка або триденна гарячка, характеризуються катаральним запаленням та гіперплазією лімфоїдної тканини слизової оболонки глотки, кон'юнктивітом на тлі помірного токсикозу. Особливістю цієї форми є можливість ураження міокарда та нервової системи (серозний менінгіт).