**УВАГА! Інфекційні захворювання**

**ГРВІ** - це велика група гострих вірусних захворювань, які характеризуються повітряно-крапельним шляхом передачі та переважним ураженням верхніх дихальних шляхів. Грип є найбільш поширеним гострим респіраторним вірусним захворюванням, особливість якого у надзвичайно швидкому поширенні і вираженій інтоксикації. Механізм передачі вірусу грипу - повітряно-крапельний. Грип може призвести до тяжких ускладнень з боку легеневої, серцево-судинної, нервової, ендокринної систем.
Профілактичні заходи спрямовані насамперед для підвищення резистентності організму до дії збудників грипу та інших ГРВІ. Ефективними, особливо у період підвищення захворюваності, фахівці відзначають наступні методи профілактики:

* повноцінне харчування з включенням вітамінів у природному вигляді;
* загартовування та часте провітрювання приміщень;
* вживання загальнозміцнюючих, тонізуючих, імуномоделюючих препаратів та препаратів цілеспрямованої імуностимулюючої дії.

Високоефективними є рекомендації загального санітарно-гігієнічного спрямування, зокрема:

* часто мити руки з милом, особливо після відвідування,
* прикривати ніс та рот хустинкою (одноразовими серветками), особливо при кашлі та чханні,
* широко застосовувати засоби нетрадиційної (народної) медицини, гомеопатичні препарати, оксолінову мазь.

**На що необхідно звернути увагу**

Існують деякі особливості клінічного перебігу грипу у різних вікових групах. У дітей молодшого віку передусім можуть з’явитися симптоми нейротоксикозу (блювання, судоми) навіть на фоні субфебрильної температури тіла. У осіб похилого вікна фоні ГРВІ загострюються серцево-судинні захворювання, активуються хронічні вогнища інфекції, що суттєво впливає на клінічні прояви грипу. Захворювання здебільшого починається гостро, з проявів загальної інтоксикації (озноб, відчуття жару, сильний головний біль, біль в очах). Хворого турбують загальна слабкість, ломота в суглобах, попереку, порушення сну, біль у м’язах. Привертає увагу вигляд обличчя хворого: гіперемія, одутлість, блискучі очі…- нагадує обличчя заплаканої дитини. Інкубаційний період при грипі коливається від кількох годин до кількох діб. Здебільшого на другу добу хвороби з’являється сухий кашель, починає турбувати біль у грудях. На 3-5 добу кашель м’якшає, з’являється незначна кількість слизового мокротиння. Носове дихання порушене через набряк слизової оболонки. Вже в перші години температура тіла може сягати 39-40 С, утримуватись на такому рівні 2-3 доби. Проте, якщо в подальшому гарячка продовжується або розвивається її друга хвиля (триває довше 5-7 діб), це свідчить про розвиток бактеріальних ускладнень.

При появі симптомів захворювання необхідно негайно звернутися до лікаря!

Якщо в сім’ї є хворий на грип, необхідно:

* Ізолювати його в окреме приміщення (кімнату)
* Обмежити доступ до хворого членів родини, осіб, що проживають з ним разом, крім тих, які доглядають за ним
* Під час спілкування з хворим необхідно надягати маску (респіратор), яку треба змінювати кожні 4 години
* Післяспілкування з хворим на грип необхідно швидко та ретельно вимити руки з милом, прочистити носові ходи, прополоскати рот кип’яченою водою
* У хворого на грип повинен бути окремий посуд, рушник, засоби особистої гігієни
* Намагайтеся покращити повітрообмін у місці перебування хворого. Використовуйте для провітрювання вікна та двері
* Підтримуйте у приміщенні чистоту з використанням наявних у господарстві засобів для чищення.

**НЕ займайтесь самолікуванням – це небезпечно! Лікування грипу та ГРВІ є складною проблемою, тому його має призначати тільки лікар! При своєчасному і правильному лікуванні хвороба закінчується повним одужанням.**

**ВІТРЯНА ВІСПА (VARICELLA)**

**Вітряна віспа (вітрянка)** - гостре інфекційне захворювання людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка перебігає з помірною інтоксикацією і папуло-везикульозною висипкою. Збудник – вірус вітряної віспи – зостер.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є людина, хвора на вітряну віспу (рідше – оперізуючий герпес), в останні і-2 дні інкубаційного періоду і до 5-го дня після появи останнього елемента висипки. Інфекція поширюється повітряно-крапельним шляхом. Сприйнятливість висока, хворіють в основному діти, навіть в 1-й місяць життя.

Клініка. Інкубаційний період триває 11 -17 днів, рідко до 23 днів. Хвороба частіше починається гостро з висипки і підвищення температури тіла. Гарячка триває 2-5 днів, при рясній і тривалій висипці – до 8-10 днів, може бути хвилеподібною.

У дорослих висипці часто передують продромальні явища – головний біль, зникнення апетиту, млявість, нудота, блювання, біль у попереку, животі. Цей період не перевищує 3 днів. Висипка з’являється протягом тижня у вигляді 3- 5 спалахів: спочатку на животі, грудях, плечах, стегнах, а потім без певної закономірності поширюється по всьому тілі, в тому числі на волосисту частину голови. її майже не буває на долонях і підошвах. Густота висипки коливається від поодиноких елементів до рясної. Елементи висипки проходять ряд стадій розвитку: спочатку з’являються розеоли або розеоло-папули червоного кольору з чіткими контурами, через декілька годин вони перетворюються в папули, а потім у везикули з прозорим вмістом, який мутніє, підсихає і утворює жовтуваті або коричневі кірочки. Везикула однокамерна, оточена червоним віночком, розташована на неінфільтрованій шкірі. Через 6-8 днів кірочки відпадають, не залишаючи сліду. Висипка супроводжується свербінням. Везикули можуть нагноюватись, перетворюючись в пустули. Враховуючи те, що висипка з’являється нерівномірно, на одному і тому самому місці можна спостерігати різні стадії розвитку елементів (поліморфізм). Висипка зникає через 15-20 днів. У третини хворих перед появою висипки на шкірі або одночасно з нею з’являється енантема на слизових оболонках м’якого і твердого піднебіння, задньої стінки глотки, гортані. Виникає пляма, згодом вона перетворюється в пухирець, який розкривається з утворенням ерозії, покритої світло-жовтим нальотом, що нагадує афту.

При значних ураженнях слизових оболонок спостерігаються слинотеча, стоматит, утруднене жування і ковтання, ларингіт з явищами стенозу. Висипка на слизовій носа може супроводжуватись носовими кровотечами. Нерідко виявляють лімфаденіт (шийний, пахвинний, пахвовий) і ураження внутрішніх органів. У хворих з важкими супутніми захворюваннями та ослаблених можуть розвиватись бульозна, геморагічна і гангренозна форми вітрянки з утворенням виразок, що погано загоюються, або некротичних ділянок шкіри. При активізації вторинної мікробної флори можуть виникати ускладнення: лімфаденіт, бешиха, абсцес, флегмона. Трапляється вітрянковий менінгоенцефаліт.

Діагностика ґрунтується на наявності типових елементів висипки переважно на голові та животі, що перебувають на різних стадіях розвитку. Із специфічних методів застосовують фарбування вмісту пухирців або пустул за Романовським (знаходять багатоядерні гігантські епітеліальні клітини) або сріблення і виявлення вірусу (тілець Арагана) Імунофлюоресцентним методом. Починаючи з 5-6-го дня хвороби можна використовувати РЗК зі специфічним антигеном. Однак специфічна діагностика ще складна і малодоступна. З гематологічних показників необхідно враховувати лейкопенію, зсув лейкоцитарної формули вліво. При важкому перебігу можливий лейкоцитоз. Диференціальний діагноз. Везикульозна висипка спостерігається при герпетичній інфекції, оперізуючому герпесі, везикульозному гамазорикетсіозі, хворобах групи віспи. Всі вони супроводжуються гарячкою та інтоксикацією.

Герпетична інфекція виникає переважно при ослабленні організму внаслідок різних хвороб і є свідченням імунодефіцитного стану. Вона найчастіше локалізується навколо рота, на губах, крилах носа, рідше поширюється на інші ділянки. Супроводжується свербінням і печією. При огляді виявляють щільну групу пухирців. При оперізуючому герпесі процес, як правило, однобічний. Герпетичні пухирці з’являються вздовж нервових стовбурів і сплетінь та супроводжуються сильним болем.

З хвороб групи віспи натуральна віспа вже не зустрічається, віспа мавп реєструється зрідка в країнах Африки і лише паравакцина залишається поширеною (спорадичною) інфекцією. У діагностиці останньої цінними є такі дані: свідчення про контакт з тваринами, задовільний стан хворого, наявність щільних і неболючих вузликів і везикул на кистях.У хворих на везикульозний гамазорикетсіоз подібна крупна висипка з’являється на 2-8-й день від початку захворювання, спостерігається первинний афект (некроз зі струпом, еритематозний вінчик, реґіонарний лімфаденіт) на місці укусу кліща. Епідеміологічні дані підтверджують природну осередковість інфекції.

**СКАРЛАТИНА ( SCARLATINA )**

**Скарлатина** – гостре інфекційне захворювання людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка супроводжується загальною інтоксикацією з гарячкою, тонзилітом та висипанням на шкірі. Збудник – бета-гемолітичний стрептокок групи А.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворі на скарлатину або реконвалесценти, хворі на ангіну, бешиху, хронічний тонзиліт, назофарингіт, а також здорові носії бета-гемолітичного стрептокока групи А.

Заразливість припадає на останні 2 дні інкубації, весь період хвороби і до 21-го дня реконвалесценції. Захворювання передається повітряно-крапельним шляхом, іноді через дитячі іграшки, рушники та інші предмети побуту, молочні продукти. Коефіцієнт контагіозності становить 0,4. Частіше хворіють діти у віці 2- 9 років. Максимум захворюваності припадає на осінньо-зимовий період. Антибактеріальний імунітет типоспецифічний і нетривалий, антитоксичний – досить стійкий. У хворих на скарлатину, які лікувались антибіотиками, формується менш тривалий імунітет, а тому можливі випадки повторного захворювання.

Клініка. Інкубаційний період триває 2-7 днів, інколи до 12 днів. Температура тіла підвищується до 38- 39 °С, тримається 3-4 дні та скороченим лізисом знижується до норми. Гарячка супроводжується болем у горлі, нерідко нудотою і блюванням. Вже в 1-й день хвороби (рідко на 2-3-й день) з’являється крапчаста рожева або пурпурово-червона висипка, яка виступає над поверхнею гіперемійованої шкіри. Висипка концентрується на щоках, в пахвинних і пахвових областях, на згинальних поверхнях кінцівок, особливо в природних складках шкіри; супроводжується свербінням. Носо-губний трикутник блідий, вільний від висипки. Екзантема щезає через 3-7 днів, залишаючи після себе рясне лущення – висівкове на обличчі, пластинчасте – на тулубі та кінцівках, особливо на кінчиках пальців. У деяких хворих може спостерігатись міліарна дрібнопухирцева (на тильній поверхні пальців рук), розеольозно-папульозна (частіше на розгинальній поверхні кінцівок) або геморагічна (при важкому перебігу) висипка. Для скарлатини характерна наявність гострого тонзиліту: біль у горлі при ковтанні, яскрава гіперемія слизової зіву, збільшення піднебінних мигдаликів, часто з гнійно-фібриновим нальотом; збільшення і болючість підщелепних лімфовузлів. На м’якому піднебінні Іноді крапкова енантема. Типовими є білий дермографізм, симптом Пастіа (скупчення дрібних крововиливів на складках шкіри в пахвинних, пахових і ліктьових ділянках, в зв’язку з чим вони мають насичено-темний колір), з 3-4-го дня «малиновий» (яскраво-червоний з гіперплазією сосочків) язик. Досить часто уражається серцево-судинна система: тахікардія, що змінюється брадикардією, гіпотонія, глухі тони серця, розширення його вліво, систолічний шум. При легкому перебігу скарлатини гарячка триває 1-3 дні, висипка неяскрава, частіше розташована лише на природних складках шкіри, зберігається декілька годин і проходить без лущення. Токсичні форми скарлатини характеризуються вираженою інтоксикацією з порушенням свідомості, збудженням або пригніченням психіки, маренням, багаторазовою блювотою, судомами, менінгеальним синдромом. Часто приєднується сепсис з високою гарячкою, ознобами, виникненням гнійних вогнищ у різних органах. Для геморагічних форм поряд з синдромом токсикозу характерні шлунково-кишкові і легеневі кровотечі.

Клінічно розрізняють типові та атипові форми скарлатини. До типових належать форми з класичними проявами (висипка, ангіна, інтоксикація), до атипових – стерта, без висипки, екстрафарингеальна форми. Перебіг скарлатини може бути легкий, середньої важкості та важкий. Важкий перебіг ділять на токсичний, септичний і токсико-септичний варіанти. Критеріями важкості є симптоми інтоксикації (порушення нервової, серцево-судинної та ендокринної систем) і місцеві зміни (ступінь ураження слизової зіву й лімфатичних вузлів).На 2-4-му тижні можливий розвиток рецидивів, які зв’язані з реінфекцією або суперінфекцією іншого варіанта гемолітичного стрептокока. Ускладнення – гнійний та некротичний лімфаденіти, отит, отогенний абсцес мозку, нефрит, міокардит, ревматизм, артрит.

Діагностика ґрунтується на клінічних та епідеміологічних даних. Про наявність скарлатини свідчить поєднання ангіни з червоною крапчастою висипкою і гарячкою. Доповнюють критерії хвороби обмежена гіперемія м’якого піднебіння, блідий носо-губний трикутник, «малиновий» язик, сухість шкіри та її пластинчасте лущення. Методи виявлення гемолітичного стрептокока і його антигену використовують рідко. До того ж стрептокок із зіва, носа, крові виділяється лише у 40-60 % хворих. Допоміжне значення має феномен згасання висипки – її зникнення в найближчі 6-12 год навколо місця введення 0,2 мл антитоксичної протистрептококової сироватки. В аналізі крові – нейтрофільний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, в кінці тижня – еозинофілія. Диференціальний діагноз перш за все проводять з псевдотуберкульозом, який ще має назву далекосхідної скарлатиноподібної гарячки. Необхідно врахувати, що елементи висипки при цій хворобі більші, з’являються частіше на 3-4-й день переважно на згинальних поверхнях і навколо суглобів на фоні незміненої шкіри. На обличчі екзантема відсутня. Характерні гіперемія і набряк кистей й ступенів. Спостерігаються біль у животі, диспепсичні розлади, поліартрит, збільшення печінки, жовтяниця, чого немає при скарлатині. Допомагає діагностиці застосування бактеріологічних і серологічних методів. На відміну від скарлатини, кір має початковий катаральний період (кашель, нежить, набряк обличчя, повік, кон’юнктивіт, ларингіт). Екзантема рясна, у вигляді великих макуло-папул. Типова етапність висипання – спочатку на обличчі, шиї, верхній частині грудей, на 2-гу добу – на тулубі, верхніх кінцівках, на 3-тю – на нижніх кінцівках. Патогномонічною є поява за 1-2 дні до висипки плям Бєльського – Філатова – Копліка. Висипка залишає після себе пігментацію і висівкоподібне лущення.При краснусі висипка поліморфна у вигляді блідо-рожевих розеол і короподібних елементів, може розташовуватись на всьому тілі, а частіше на кінцівках і сідницях. Збільшені задньошийні і потиличні лімфовузли. В аналізі крові лейкопенія. Відсутні ознаки тонзиліту, «малиновий» язик; дермографізм червоний, після зникнення висипки немає лущення. Перебіг стафілококової інфекції може часом супроводжуватися скарлатиноподібною висипкою, тонзилітом і «малиновим» язиком. Однак слід враховувати наявність первинного гнійного вогнища; висипка з’являється навколо нього на 3-4-й день хвороби. Колір шкіри змінюється мало. Екзантема тримається лише 1-2 дні.

При застосуванні деяких токсичних ліків (антибіотики, сульфаніламіди) і харчових продуктів (мед, яйця, варення) може з’явитись токсико-алергічна скарлатино-подібна висипка. Разом з тим піднебінні мигдалики і слизова оболонка зіву залишаються без змін, висипка може рецидивувати після повторного попадання в організм тих самих алергенів.

**КІР ( MORBILLI )**

**Кір** – гостра вірусна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка супроводжується інтоксикацією, гарячкою, запаленням верхніх дихальних шляхів, кон’юнктив, специфічною енантемою і макуло-папульозною висипкою. Збудник належить до сімейства параміксовірусів.

Епідеміологія. Єдиним джерелом інфекції є хвора людина – з останніх 2 днів інкубаційного періоду до 5-го дня після появи висипки. При ускладненні кору пневмонією заразний період продовжується до 10-го дня від початку висипання. Найбільша заразливість припадає на період до появи висипки.Інфекція передається за допомогою повітряно-крапельного механізму. Сприйнятливість неімунізованих дуже висока. Грудні діти мають трансплацентарний імунітет від матерів, які перенесли кір у минулому або були вакциновані. Після перенесеного захворювання зберігається стійкий імунітет. У зв’язку з застосуванням високоефективної вакцини захворюваність на кір істотно знизилась, тепер відносно частіше хворіють діти старшого віку і дорослі.

Клініка. Інкубаційний період триває 9-17 днів, після введення імуноглобуліну може продовжуватись до 21 дня. У перебігу хвороби розрізняють періоди катаральних змін, висипки і реконвалесценції.Хвороба починається гостро, з підвищення температури тіла до 38-39 °С, нежитю, кашлю, чхання, головного болю, загального нездужання, сиплості голосу, світлобоязні, одутлості обличчя, кон’юнктивіту. На слизовій оболонці щік, навпроти малих корінних зубів, з’являються рожеві плями з білуватими цятками в центрі (плями Бєльського – Філатова – Копліка), які є патогномонічною ознакою кору. Інколи в цей період на шкірі може виникнути блідо-рожева крапчаста скарлатиноподібна або плямиста висипка, яка швидко щезає, а на м’якому піднебінні – корова енантема.На 3-4-й день хвороби стан хворого погіршується, температура тіла підвищується до 40 °С, посилюються катаральні явища, симптоми інтоксикації; за вухами з’являється екзантема, яка протягом доби поширюється на обличчя, шию і верхню частину грудей, наступного дня – на тулуб і верхні кінцівки, а ще через день – на нижні кінцівки. Спочатку висипка розеольозна або розеольозно-папульозна. Збільшуючись у розмірах, вона перетворюється в макуло-папульозну, з нерівними краями, місцями зливну. Ділянки шкіри, які вільні від екзантеми, мають звичайний колір. Висипка зберігається 3- 4 дні, потім блідне у такій самій послідовності, в якій з’явилась, залишаючи після себе пігментацію, а згодом дрібне висівковидне лущення. Із зникненням висипки нормалізується температура і минають катаральні явища.При легкому перебігу кору і у прищеплених може спостерігатись мізерна висипка у вигляді поодиноких елементів, що утруднює діагностику. В осіб, яким в інкубаційний період вводили профілактично – імуноглобулін, переливали плазму або кров, перебіг кору легкий, супроводжується субфебрильною температурою, слабкими катаральними явищами, висипка поодинока, без послідовності у виникненні, плям Бєльського – Філатова – Копліка немає.У дорослих перебіг кору звичайно буває важким, з геморагічними висипаннями і крововиливами в шкіру і слизові оболонки, вираженою інтоксикацією. Спостерігаються зміни з боку серцево-судинної системи (тахікардія, гіпотонія, ослаблення серцевих тонів), легень (сухі розсіяні хрипи, при розвитку пневмонії – вологі хрипи), нерідко виникають біль у животі та діарея.Ускладнення кору можуть бути зумовлені його збудником і бактеріями. Частіше виникають пневмонія, ларингіт, бронхіт, бронхіоліт, кератокон’юнктивіт, отит, піодермія, цистит, пієлонефрит, плеврит, ентерит, стоматит, менінгоенцефаліт, психоз, блефарит.Діагностика кору при типовій екзантемі і відповідних епідеміологічних даних не викликає сумніву. З клінічних критеріїв вирішальне значення мають плями Бєльського- Філатова – Копліка. Для підтвердження етіології використовують вірусологічні дослідження (виділення в перші дні вірусу з носоглоткового змиву, секрету кон’юнктив на культурі тканини або методом імунофлуоресценції), серологічні методи (реакція нейтралізації, РЗК, РГГА, РНГА, ІФА з коровим антигеном у динаміці хвороби), які дають змогу виявити наростання титру протикорових антитіл.В аналізі крові при неускладненому кору знаходять лейкопенію, лімфоцитоз, зниження кількості еозинофілів, моноцитів. ШОЕ помірно прискорюється.Диференціальний діагноз . У катаральний період кір необхідно диференціювати з ГРВІ. Однак при ГРВІ загальна інтоксикація і катаральні явища розвиваються швидше, кон’юнктивіт не супроводжується вираженою інфільтрацією повік, немає симптому Бєльського – Філатова – Копліка та рясної макуло-папульозної висипки, що з’являється у певній послідовності.При краснусі відсутній катаральний період, а першим симптомом хвороби є нерясна висипка без певної послідовності з’явлення, схильності до злиття і наступної пігментації. Висипка, як правило, мономорфна, дрібно- і середньоплямиста, ніжно-рожева, з переважною локалізацією на зовнішніх поверхнях верхніх і нижніх кінцівок. Катаральні явища та симптоми загальної інтоксикації виражені слабо. Постійним симптомом є збільшення потиличних і задньошийних лімфовузлів.Ентеровірусна (бостонська) екзантема з’являється на 2-й день хвороби, нерідко при високій температурі тіла, вона плямисто-папульозна, іноді петехіальна. На противагу кору не спостерігаються послідовне висипання, кон’юнктивіт, плями Бєльського – Філатова- Копліка. З інших проявів ентеровірусної інфекції слід відзначити герпангіну, діарею, міалгію, плевродинію, чого не буває при кору.Скарлатина відрізняється від кору наявністю тонзиліту, палаючого зіву, «малинового» язика. Нежить і кашель відсутні. Екзантема з’являється на 1-2-й день хвороби майже одномоментно, крапчаста, розташовується на гіперемійованій шкірі, переважно на згинальних поверхнях кінцівок, грудях, внизу живота, концентруючись на складках шкіри. Носогубний трикутник вільний від висипки. Лущення пластинчасте. Аналіз крові засвідчує еозинофілію, нейтрофільний лейкоцитоз.При інфекційному мононуклеозі екзантема з’являється на 2-6-й день хвороби, поліморфна, частіше розташована на тулубі. Початковий катаральний період відсутній, однак характерні тонзиліт, поліаденіт, гепатоспленомегалія, в крові- атипові мононуклеари.Менінгококцемія, на відміну від кору, має бурхливий початок з гіпертермією, яскравими симптомами інтоксикації (різкий головний біль, багаторазове блювання, менінгеальні ознаки). Висипка геморагічно-некротична, з’являється в перші години хвороби по всьому тілу, густіше на нижніх кінцівках, сідницях. У гемограмі нейтрофільний гіперлейкоцитоз, з крові можна виділити менінгокока.Алергічні екзантеми з’являються без попереднього катарального періоду і певної послідовності, яскраві, поліморфні, супроводжуються свербінням.

**КРАСНУХА ( RUBEOLA )**

**Краснуха** – гостра інфекційна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка супроводжується помірною інтоксикацією, крапчастою або плямистою висипкою і генералізованим лімфаденітом. Збудник належить до сімейства тогавірусів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора людина за 7 днів до появи висипки і протягом 3 тиж після її появи.Хворі на природжену краснуху заразні значно довше – від кількох місяців до 2 років. Інфекція передається за допомогою повітряно-крапельного механізму, при захворюванні вагітних – трансплацентарно. Сприйнятливість висока, але дещо нижча, ніж до кору. Хворіють переважно діти у віці від 1 до 7 років; діти до 4 міс мають вроджений імунітет. Підйом захворюваності відзначається взимку і навесні. Після перенесеного захворювання залишається стійкий імунітет. Близько 20 % молодих жінок не мають антитіл до краснухи.

Клініка. Інкубаційний період триває 11-24 дні. Хвороба починається поступово. За 1-2 дні до появи висипки інколи спостерігаються нежить, кашель, гіперемія кон’юнктив. Температура тіла підвищується під час висипання, частіше до 38 °С, але може бути й нормальною. Загальний стан у більшості хворих порушений незначно. Типовою ознакою є припухання задньошийних, потиличних та інших лімфатичних вузлів. Вони можуть бути розміром до великої горошини, щільнуваті, болючі при пальпації. Нерясні висипання у вигляді блідо-рожевих, круглих або овальних плям, дрібних або великих, протягом декількох годин з’являються на обличчі, шиї і поширюються по всьому тілі з переважною локалізацією на розгинальних поверхнях кінцівок, спині, животі, сідницях. Екзантема не має тенденції до злиття, тримається 2-З дні і зникає, не залишаючи пігментації і лущення. В період висипань може виникати енантема на слизовій зіва. У декотрих збільшена селезінка.Захворювання може бути у стертій і безсимптомній формах.Дорослі, як правило, переносять краснуху важче, з вираженою гарячкою, болями голови та в м’язах, катаральними явищами, інтоксикацією, іноді блювотою.У хворих жінок в перші 3 міс вагітності часто уражується плід. Можливі викидні, розвиток ембріона з вадами (народження дітей з каліцтвами, глухотою, гідроцефалією, мікроцефалією, катарактою, вадами серця, збільшеними печінкою і селезінкою). Дефекти розвитку можуть проявитись на 1-му році життя. Зрідка трапляються ускладнення: артропатії, енцефаліт, менінгоенцефаліт, енцефаломієліт, неврити, пневмонія, отит, нефрит, тромбоцитопенічна пурпура.

Діагностика. Крім епідеміологічних даних враховують присутність характерної висипки, слабо виражених катаральних явищ і збільшення лімфовузлів. Діагноз можна підтвердити вірусологічним методом (змив з носоглотки, кров на наявність вірусу) або за допомогою серологічних реакцій (РГГА), які роблять з парними сироватками крові з інтервалом 10-14 днів. Діагностичним є зростання титру антитіл в 4 рази і більше. При підозрі на вроджену краснуху дослідження крові проводять одночасно в матері і немовляти. Останнім часом впроваджують в практику радіоімунний та імуноферментний методи. Аналіз крові засвідчує помірну лейкопенію, лімфоцитоз, наявність плазматичних клітин.Диференціальний діагноз в першу чергу необхідно проводити з кором, при якому спостерігаються виражений катаральний період, плями Бєльського – Філатова – Копліка, етапність висипань, рясніша висипка зі схильністю до злиття, подальшою пігментацією і лущенням, значно порушений загальний стан хворого.При інфекційному мононуклеозі спостерігаються тонзиліт, виражений поліаденіт, гепатолієнальний синдром. Температура тіла підвищується вже на початку захворювання. Гарячкова реакція триває до поліпшення загального стану. В аналізі крові лейкоцитоз, лімфомоноцитоз, атипові мононуклеари.На відміну від краснухи, при скарлатині спостерігається виражена інтоксикація організму, тонзиліт, підщелепний лімфаденіт, «малиновий язик», палаючий зів. Висипка крапчаста, рясна, розташована переважно на згинальних поверхнях, носогубний трикутник блідий, шкіра гіперемійована. Після зникнення екзантеми спостерігається крупнопластинчасте лущення. В крові – збільшення кількості лейкоцитів, еозинофілія.Висипання при токсико-алергічнихдерматозахвиникають після вживання медикаментів чи контакту з іншими алергенами, супроводжуються свербінням, набряком, еозинофілією.