

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Рубцовский медицинский колледж»

Методическая разработка для самостоятельной работы студентов
по ПМ 01 «Диагностическая деятельность» МДК 0106 «Проведение диагностики
и обследования при инфекционных заболеваниях».

Преподаватель:
Панюшкина О.И.

Рубцовск 2021г.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских колледжей.
Представлены принципы диагностики наиболее распространенных
инфекционных заболеваний.

АНГИНА (ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ)

1. **Ангина** – острое инфекционное заболевание преимущественно стрептококковой этиологии, характеризуется явлениями интоксикации, лихорадкой, воспалительными изменениями в лимфатических образованиях ротоглотки (чаще в небных миндалинах) и региональных лимфатических узлах.

2. **Классификация** ангины (острого тонзиллита):

Первичная:

- Катаральная;
- Фолликулярная;
- Лакунарная;
- Язвенно-пленчатая.

По тяжести:

- Легкая;
- Среднетяжелая;
- Тяжелая

Вторичная:

- Ангина на фоне заболеваний крови (лейкоз, агранулоцитоз, инфекционный мононуклеоз, алиментарная токсическая алейкия).
- Ангина на фоне инфекционных заболеваний (дифтерия, скарлатина, туляремия, брюшной тиф).

3. **Диагностика**

Ведущие клинические синдромы:

- Острый тонзиллит;
- Лихорадка;
- Интоксикация.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Посев на ВЛ из ротоглотки и носа.

Дополнительные:

- Посев на флору с миндалин;
- ЭКГ.

4. **Формулировка диагноза:**

- Ангина фолликулярная, легкое течение.
 - Ангина лакунарная, тяжелое течение.
- Осложнение: паратонзиллярный абсцесс справа.

5. **Осложнения:**

- Паратонзиллит.
- Паратонзиллярный абсцесс.
- Медиастинит.
- Сепсис.

БОТУЛИЗМ

1. **Ботулизм** – острое токсико-инфекционное заболевание, возникающее в результате употребления в пищу продуктов, содержащих нейротоксин и самих возбудителей. Характеризуется преимущественным поражением центральной и вегетативной нервной системы.

2. Классификация

- Ботулизм.
- Ботулизм грудных детей.
- Раневой ботулизм.

По тяжести:

- Лёгкое течение.
- Среднетяжелое течение.
- Тяжелое течение.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Паралитический.
- Гастроинтестинальный.
- Интоксикационный

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Посев рвотных масс, кала на анаэробные питательные среды (Кита-Тароцци, казеиново-грибную и др.)
- Реакция нейтрализации ботулотоксина антитоксическими сыворотками биопроба на белых мышцах. Кровь берут из вены в объеме 10-15 мл до введения лечебной сыворотки.

Дополнительные:

- Рентгенография органов грудной клетки.
- ЭКГ.
- Консультации невропатолога, окулиста, ЛОР-врача, реаниматолога (по показаниям).

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Ботулизм, легкое течение.
- Ботулизм, тяжелое течение. Осложнение: ОДН.

5. Осложнения

- Острая дыхательная недостаточность.
- Пневмония.
- Миозиты.
- Ателектазы.
- Вторичные инфекции, связанные с интубацией, ИВЛ, катетеризацией мочевого пузыря и т.д.
- Осложнение лечения: Сывороточная болезнь.

БРУЦЕЛЛЁЗ

1. **Бруцеллёз** – заболевание, обусловленное различными видами бруцелл, склонное к хроническому течению, характеризуется поражением опорно-двигательного аппарата, нервной, половой и других систем. Зооноз.

2. Классификация

Классификация клинических форм бруцеллёза по течению и выраженности очаговых проявлений:

- Острый.
- Острый рецидивирующий.
- Хронический активный.
- Хронический неактивный.
- Последствия перенесённого бруцеллёза (резидуальный бруцеллез).

Классификация хронического бруцеллёза:

- Висцеральная форма.
- Костно-суставная форма.
- Нервная форма.
- Урогенитальная форма.
- Комбинированная форма.
- Хронический бруцеллез-микст.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы острого бруцеллеза:

- Лихорадка.
- Интоксикация.
- Гепатоспленомегалия.
- Микрополиаденит.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Исследование крови на белковые фракции, фибриноген, сиаловую кислоту, билирубин, АЛАТ, мочевины, креатинин.
- Исследование сыворотки крови на антитела к бруцеллам (РПГА с бруцеллезным антигеном, реакция Райта, реакция Хеддельсона, реакция Роз-Бенгал и реакция иммунофлюоресценции).

- Посев крови на бруцеллы.

Дополнительные:

- ЭКГ.
- Рентгенография грудной клетки.
- Рентгенография суставов.
- УЗИ брюшной полости.
- ЭХО-кардиография.
- Консультации невропатолога, гинеколога и др.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Острый бруцеллез, тяжелое течение.

Резидуальный бруцеллез с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, обострение. Нарушение функции суставов 2 степени.

5. Осложнения

- Невриты, менингит, менингоэнцефалит, арахноидит.
- Эндокардит, миокардит.
- Орхит, эпидидимит, сальпингит, эндометрит.
- Артрозоартрит, анкилоз, контрактура.
- Нарушение функций суставов.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

1. **Острые вирусные гепатиты (ОВГ)** – группа антропонозных заболеваний с фекально-оральным или парентеральным механизмами заражения, характеризующихся явлениями общей интоксикации, преимущественным поражением печени, нарушением обменных процессов.

2. Классификация

По выраженности клинических проявлений:

- Клинические варианты: желтушный, безжелтушный, стертый;
- Субклинический (инаппаратный).

По цикличности течения:

- Острое;
- Затяжное (более 3 месяцев);
- Хроническое (более 6 месяцев);
- С рецидивами, обострениями (клиническими, ферментативными).

По тяжести:

- Легкая;
- Средней тяжести;
- Тяжелая;
- Фульминантная.

Исходы:

- Выздоровление;
- Затянувшаяся реконвалесценция;
- Затяжное течение;
- Бессимптомное вирусоносительство;
- Хронический гепатит;
- Цирроз печени;
- Первичный рак печени.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Желтуха.
- Интоксикация.
- Диспепсический.
- Холестатический.
- Правого подреберья.
- Гепатомегалия.
- Геморрогический.
- Печёночно-клеточная недостаточность.

Обязательные исследования:

Лёгкие, среднетяжёлые формы ОВГ:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Исследование мочи на желчные пигменты.

• Биохимическое исследование крови на билирубин, общий белок и его фракции, глюкозу, АЛАТ, ГГТП, ЩФ, холестерин, β – липопротеиды, тимоловую пробу, протромбиновый индекс, α – амилазу.

- Определение антител к ВИЧ.
- Кровь на ИФА: HB_s – антиген, HB_e – антиген, анти - HB_s , анти - HB_e , анти- HB_{core} IgM, анти- HCV IgM, анти- HDV IgM, анти – Hb_{core} сумм., анти – HCV сумм., анти - HAV IgM.
- УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ККФ.
- ПЦР: ДНК HBV , РНК HCV .

Тяжелые формы ОВГ:

- Определение группы крови и резус фактора.
- Биохимические исследования: мочевины, креатинина, Na⁺, K⁺, щелочной резерв.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- ФГДС.

Дополнительные:

- Коагулограмма, тромбоциты, ретикулоциты.
- Иммунный статус.
- Посевы крови на сахарный и желчный бульон.
- ПЦР: ДНК EBV, ДНК CMV, РНК HSV.
- ИФА: анти EBV, анти CMV, анти HSV.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Вирусный гепатит А (анти HAV IgM+), желтушная форма, легкая степень тяжести, стадия разгара.
 - Острый вирусный гепатит В (HBsAg+) без дельта агента, желтушная форма с холестатическим компонентом, средней степени тяжести, стадия спада желтухи.
 - Острый вирусный гепатит В с дельта агентом, желтушная форма, тяжелая степень тяжести, стадия разгара желтухи.
 - Острая дельта (супер) – инфекция (анти HDV IgM+) у вирусоносителя гепатита В, желтушная форма, тяжелая степень тяжести, затяжное течение.
- Осложнение: острая печеночная недостаточность, прекома II стадия.

5. Осложнения

- Острая печеночная недостаточность.
- Функциональные и воспалительные заболевания желчевыводящих путей.

1. Хронический вирусный гепатит (ХВГ) – диффузное воспаление печени, продолжающееся больше 6 месяцев, вызванное вирусами HBV, HCV, HDV.

Конечная стадия ХВГ – цирроз печени (ЦП), морфологической характеристикой которого является нарушение нормальной архитектоники органа, формирование узлов регенерации паренхимы, фиброзных септ, что ведет к нарушению дольковой структуры печени, образованию псевдодолек, перестройке ее сосудистой системы.

2. Классификация

При постановке диагноза необходимо указывать не только этиологию ХВГ и ЦП, но и степень активности, стадию и фазу процесса. Наиболее объективно это отражает результат пункционной биопсии печени. По данным пункционной биопсии определяется индекс гистиоцитарной активности (ИГА) по Кноделю, а также степень фиброза. По степени активности различают:

- Минимальную степень активности (1-3 балла)
- Малую степень активности (4-8 баллов)
- Умеренную степень активности (9-12 баллов)
- Выраженную или высокую (13-18 баллов)

Для ХВГ и ЦП (вирусной этиологии) важно определить фазы: наличие или отсутствие репликации вируса. Показателем репликации является обнаружение ДНК HBV, РНК HVC, РНК HDV.

**Биохимические критерии активности гепатита
(Шостко Г.Д. и соавт., 2003 г.)**

Показатели	Единицы измерения	Норма	Степень активности процесса		
			I (малая)	II (умеренная)	III (высокая)
АЛАТ	Е/л	М до 41,0 Ж до 24,0	2 N	3 – 5 N	Более 5 N
Билирубин	Мкмоль/л	5,5 – 20,5	До 100	100 – 200	Более 200
γ-глобулины	%	12,8 – 19,0	До 21	22 – 27	Более 27
Тимоловая проба	Ед.	0 – 4	До 10	11 – 20	Свыше 20
Щелочная фосфатаза	Ед/100мл	4,5 – 13	До 15	15 – 30	Более 30
	Е/л	до 270	До 300	300 – 600	Более 600
ГГТП	Ед/л	М 7 – 47 Ж 4 - 25	81 - 100	100 - 300	Более 300

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Желтуха.
- Интоксикация.
- Астеновегетативный.
- Диспепсический.
- Холестатический.
- Правого подреберья.
- Гепатолиенальный.
- Геморрогический.
- Печёчно-клеточная недостаточность.
- Портальной гипертензии.
- Гиперспленизм.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови + тромбоциты, ретикулоциты.
- Общий анализ мочи. Исследование мочи на желчные пигменты.
- Биохимическое исследование крови на: билирубин, общий белок и его фракции, глюкозу, АЛАТ, ГГТП, ЩФ, холестерин, β – липопротеиды, тимоловую пробу, протромбиновый индекс, α – амилазу, мочевины, креатинин, Na⁺, K⁺, щелочной резерв.
 - Определение группы крови и резус фактора.
 - Кровь на ИФА: HBs – антиген, HBe – антиген, анти - HBs, анти - HBe, анти-HBcor IgM, анти-HCV IgM, анти-HDV IgM, анти – Hbcor сумм., анти – HCV сумм., анти - HAV IgM, анти-HDV сумм.
 - УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ККФ.
 - ПЦР: ДНК HBV, РНК HCV, РНК HDV с определением вирусной нагрузки, для HCV – генотипа вируса.

- Определение антител к ВИЧ.

Дополнительные исследования:

- Определение в крови сывороточного железа, ферритина, церулоплазмина.
- Уровень суточной экскреции меди с мочой, α₁ – антитрипсина.
- Биопсия печени.
- Иммунный статус.

- Коагулограмма.
- ПЦР: ДНК EBV, ДНК CMV; ИФА: анти CMV, анти EBV, анти HSV. Выявление антинуклеарных антител (ANA), антигладкомышечных антител (SMA), антител к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM-1), антимиохондриальных антител (AMA), антинейтрофильных цитоплазмических антител р-типа (p-ANCA). Допплеровское сканирование сосудов печени.

- Рентгенография органов грудной клетки.
- КТ брюшной полости.
- ФГДС.
- Посевы крови на сахарный и желчный бульоны.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Обострение хронического вирусного гепатита В без дельта агента, умеренной степени активности, стадия умеренного фиброза, фаза репликации (ДНК HBV +).
- Обострение хронического вирусного гепатита смешанной этиологии (В+С), малой степени активности, стадия цирроза с явлениями портальной гипертензии и гиперспленизма, фаза репликации вируса С (РНК HCV+).
- Обострение хронического вирусного гепатита С, умеренной степени активности с аутоиммунными и внепеченочными проявлениями, без признаков репликации вируса.

5. Осложнения

- Подострая печеночная недостаточность
- Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.
- Воспалительные заболевания желчевыводящих путей.
- Присоединение вторичных бактериальных инфекций различных органов и систем (в т.ч. асцит-перитонит, сепсис).

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

1. **ВИЧ-инфекция** – болезнь, вызываемая ретровирусом, поражающим клетки иммунной, нервной и других систем и органов человека, с длительным хроническим прогрессирующим течением, завершающаяся развитием СПИДа и сопровождающих его оппортунистических инфекционных заболеваний.

2. Классификация

1. Стадия инкубации.
2. Стадия первичных проявлений
А – бессимптомная сероконверсия.
Б – острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.
В – острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.
3. Латентная стадия.
4. Стадия вторичных заболеваний.
4А, 4Б, 4В.
5. Терминальная стадия.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Поражение легких
- Поражение ЖКТ
- Церебральные поражения и/или психоневрологические проявления.
- Поражения кожи и слизистых.

- Генерализованные и/или септические проявления
- Недифференцированные формы с астеновегетативным синдромом, длительной лихорадкой и потерей массы тела.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- ИФА на антитела к ВИЧ
- Антитела к ВИЧ в иммунном блотинге (ИБ).

Дополнительные:

- ПЦР РНК ВИЧ
- Иммунограмма

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Острая ВИЧ-инфекция, 2Б стадия без вторичных проявлений.
- Острая ВИЧ-инфекция, 2В стадия с вторичными заболеваниями. Кандидоз слизистой полости рта.
 - ВИЧ-инфекция, 3 стадия латентная
 - ВИЧ-инфекция 4Б. Системный кандидоз (орофарингеальный, эзофагит). Опоясывающий герпес L₂₋₄ справа, осложненная рубцовым изменением кожи. Правосторонняя, среднедолевая, очаговая пневмония внебольничная. Себорейный дерматит лица. Микоз стоп, онихомикоз. Волосатая лейкоплакия языка.
 - ВИЧ-инфекция 4В. Распространенный кандидоз (слизистой рта, глоссит, перианальной области), кожно-слизистый герпес. Криптококковый менингоэнцефалит. Истощение. Деменция.

5. Осложнения

Связаны с органами и системами, которые поражены у больного.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

1. **Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)** – острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, поражением почек, и развитием тромбгеморрагического синдрома. Зооноз.

2. Классификация

Формы ГЛПС:

- Типичная
- Атипичные:
 - безболевая;
 - абдоминальная;
 - затяжная.

Тяжесть течения ГЛПС:

- Легкое течение
- Течение средней тяжести
- Тяжелое течение.

Периоды болезни:

- Начальный (лихорадочный) 1-3 дня болезни.
- Олигурический с 2-4 по 8-11 дни болезни.
- Полиурический с 9-13 дня болезни.
- Реконвалесценции с 21-25 дня болезни.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка
- Интоксикация
- Геморрагический
- Почечный

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи, измерение диуреза
- Проба мочи по Зимницкому
- Биохимический анализ крови на мочевины, креатинин.
- НМФА – исследование парных сывороток крови в непрямом методе флюоресценции

антител

Дополнительные:

- Анализ мочи по Нечипоренко
- Определение содержания в крови калия, натрия; время свертывания крови, количество тромбоцитов, протромбиновый индекс.
- УЗИ почек
- Посев мочи на флору

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, легкое течение
- Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, абдоминальная форма, тяжелое течение
- Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, безболевая форма, средней тяжести

5. Осложнения

- Азотемическая уремия
- Отек легких
- Отек мозга
- Острая сердечная недостаточность
- Надрыв почечной капсулы с образованием гематомы в околопочечной клетчатке
- Разрыв почки
- Инфекционно-токсический шок
- Пневмония
- Почечная эклампсия
- Желудочно-кишечное кровотечение

ГРИПП

1. **Грипп** – острая вирусная инфекция, характеризующаяся интоксикацией и поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

2. Классификация

Типичная форма:

- Легкая.
- Среднетяжелая.
- Тяжелая.

Атипичные форма:

- Молниеносная .

- Стертая.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка.
- Интоксикация.
- Трахеобронхит.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- РСК с гриппозными антигенами двукратно с интервалом 10 дней.

Дополнительные:

- ИФА-индикация вирусных антител в носоглоточном секрете (в первые дни болезни)
- ПЦР (мазки и смывы из полости носа, ротоглотки не позднее 72 часов от начала

заболевания).

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Грипп, типичная среднетяжелая форма
- Грипп, молниеносная форма. Осложнение: отек головного мозга.

5. Осложнения

- Пневмония
- Осложнения со стороны нервной системы (менингизм, менингоэнцефалитическая реакция, энцефалит, арахноидит, невриты, серозно-геморрагический менингоэнцефалит).
- Отит. Гайморит
- Острая дыхательная недостаточность
- Инфекционно-токсический шок
- Отек легких
- Отек головного мозга
- Гриппозный круп
- Геморрагический синдром.

ДИЗЕНТЕРИЯ

1. **Дизентерия (шигеллёз)** – инфекционное заболевание, вызываемое шигеллами, протекающее с явлениями интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

2. Классификация

Дизентерия:

- Острая - до 1 месяца.
- Затянувшаяся – до 3 месяцев.
- Хроническая – свыше 3 месяцев.

Острая дизентерия:

- Колитическая форма.
- Гастроэнтеритическая форма.
- Гастроэнтероколитическая форма.
- Стертая форма.
- Субклиническая форма.

По тяжести:

- Легкое течение.
- Среднетяжелое течение.
- Тяжелое течение.

Хроническая дизентерия:

- Рецидивирующее течение.
- Непрерывное течение.

Бактерионосительство:

- Транзиторное.
- Реконвалесцентное

3. Диагностика

Ведущие клинические синдром:

- Интоксикация
- Колит
- Гастроэнтероколит
- Обезвоживание.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Посев кала на среду Плоскирёва и селенитовую среду
- При высева шигелл – повторный посев кала после курса этиотропной терапии
- Копрограмма
- Исследование кала на яйца гельминтов
- Исследование теплого кала на простейшие
- РПГА с дизентерийными антигенами (в динамике)

Дополнительные:

- Мочевина, креатинин, альфа-амилаза крови и мочи
- Ректороманоскопия
- Измерение суточного диуреза

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Острая дизентерия Флекснера 2а, колитическая форма, тяжелое течение. Осложнение:

Инфекционно-токсический шок II степени.

- Острая дизентерия Зонне, гастроэнтероколитическая форма, тяжелое течение.

Обезвоживание III степени.

5. Осложнения

- Инфекционно-токсический шок
- Перитониты (серозные или перфоративные)
- Инвагинация кишечника
- Панкреатит
- Эрозивные желудочные и кишечные кровотечения
- Миокардит
- Полиартрит
- Нефрит
- Иридоциклит
- Полиневрит

- Токсические гепатиты
- Сепсис
- Пневмония.

ДИФТЕРИЯ

1. Дифтерия – острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое дифтерийными токсигенными коринебактериями и характеризующееся местным и фиброзным воспалением преимущественно слизистых оболочек ротоглотки и токсическим поражением сердечно-сосудистой и нервной систем.

2. Классификация

Дифтерия ротоглотки

Локализованная форма:

- Островчатая.
- Пленчатая.

Распространённая форма

Токсическая форма:

- Субтоксическая.
- Токсическая I степени тяжести.
- Токсическая II степени тяжести.
- Токсическая III степени тяжести.
- Гипертоксическая.

Дифтерия дыхательных путей

- Дифтерия гортани (круп локализованный)
- Дифтерия гортани и трахеи (круп распространенный)
- Дифтерия гортани, трахеи и бронхов (круп нисходящий)
- Дифтерия носа.

Другие локализации дифтерии

- Дифтерия глаз
- Дифтерия слизистой оболочки рта
- Дифтерия половых органов
- Дифтерия кожи

Бактерионосительство

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка
- Интоксикация
- Тонзиллит

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Посев с миндалин и носа на VL в день поступления и затем в течение 2 дней подряд

(всего 3 анализа)

- ЭКГ
- Ларингоскопия, риноскопия (по показаниям)

Дополнительные:

- Биохимические исследования крови креатинфосфокиназа (КФК), аспаратаминотрансфераза (АСАТ), гидроксibuтиратдегидрогеназа (ГБД), мочевины, креатинин, протромбиновый индекс, время свертывания крови.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, легкое течение
- Дифтерия ротоглотки токсическая II степень тяжести. Осложнение: миокардит ранний
- Дифтерия гортани, среднетяжелое течение.

5. Осложнения

- Инфекционно-токсический шок
- Миокардит (ранний, поздний)
- Полинейропатия (инфекционно-токсические параличи)
- Нефроз.

ИЕРСИНИОЗ

1. Иерсиниоз – острое бактериальное инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением ЖКТ с тенденцией к генерализованному поражению различных органов и систем.

2. Классификация

Формы заболевания и клинические варианты:

Гастроинтестинальная

- Гастроэнтерит
- Энтероколит
- Гастроэнтероколит

Абдоминальная

- Мезентериальный лимфаденит
- Терминальный илеит
- Острый аппендицит

Генерализованная

- Смешанная
- Септическая
- Септикопиемическая

Вторично-очаговая

- Артриты
- Узловая эритема
- Миокардит
- Синдром Рейтера

По течению:

- Стертое
- Острое (до 1,5 месяцев)
- Затяжное (1,5 – 3 месяца)
- Хроническое (более 3-6 месяцев)

По тяжести:

- Легкое
- Среднетяжелое
- Тяжелое

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Интоксикация
- Лихорадка
- Гепатомегалия
- Экзантема
- Лимфаденопатия
- Поражение суставов
- Нарушение сердечно-сосудистой системы
- Поражение ЖКТ
- Желтуха
- Поражение верхних дыхательных путей.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Посев кала на среды Плоскирева, Эндо.
- Посев мочи, желчи в среду накопления, затем через 1-2-3 дня на среды

Плоскирева, Эндо, Серова.

- Серологическая диагностика: РА, РНГА методом парных сывороток (забор крови в начале и на 3 неделе заболевания).

- Экспресс-диагностика: РНГА с антительными диагностикумами, а также РКА, ИФА, НРИФ – методы выявления антигена возбудителя.

- Люмбальная пункция (по показаниям), исследования ликвора.
- Биопсия лимфатических узлов, червеобразного отростка.
- Консультация хирурга.

Дополнительные:

- Посев ликвора на питательные среды (Эндо, Плоскирёва, Серова) с целью выделения возбудителя.

- Посев мокроты (по показаниям) с целью выявления иерсиний

- Посев из резецированных во время операции лимфатических узлов и червеобразного отростка

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Иерсиниоз, гастроэнтероколитическая форма, среднетяжелое течение
- Иерсиниоз, генерализованная форма, тяжелое течение. Сепсис.
- Иерсиниоз, абдоминальная форма. Аппендицит. Среднетяжелое течение.

5. Осложнение

- Артрит
- Миокардит
- Уретрит
- Конъюнктивит, иридоциклит
- Синдром Рейтера
- Менингит
- Отек Квинке
- Отек и некроз слизистой оболочки подвздошной кишки

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ (болезнь Лайма)

1. **Иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ)** – зоонозная бактериальная природно-очаговая болезнь с трансмиссивным механизмом передачи, вызываемая боррелиями.

2. Классификация

Формы болезни:

- Латентная
- Манифестная

По течению:

- Острое
- Подострое
- Хроническое

По тяжести:

- Легкая
- Средняя
- Тяжелая

По клиническим признакам:

- Острое и подострое течение – эритемная форма и безэритемная форма
- Хроническое течение – непрерывное, рецидивирующее

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка
- Экзантема

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- РНИФ – непрямая реакция иммунофлюоресценции для определения титров к боррелиям в парных сыворотках

- Клинико-биохимические исследования ликвора (по показаниям)
- ПЦР ДНК боррелий в ликворе (по показаниям)
- При поражении сердца – ЭКГ
- Консультации невропатолога, терапевта, дерматолога (по показаниям)

Дополнительные:

ПЦР ДНК боррелий в клеще

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Иксодовый клещевой боррелиоз, эритемная форма, острое течение, легкая степень тяжести
 - Иксодовый клещевой боррелиоз, эритемная форма, острое течение, средней степени тяжести, с поражением нервной системы (серозный менингит)
 - Иксодовый клещевой боррелиоз, хроническое рецидивирующее течение с преимущественным поражением нервной системы

5. Осложнения

- Арахноидит
- Инсульт

ЛЕПТОСПИРОЗ

1. **Лептоспироз** – острая инфекционная болезнь, вызываемая лептоспирами, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, поражением почек, печени, нервной системы. При тяжелых формах наблюдается желтуха, острая почечная недостаточность, геморрагический синдром, менингит. Зооноз.

2. Классификация

Лептоспироз с типичным клиническим течением:

- Легкое течение
- Среднетяжелое течение

- Тяжелое течение

Лептоспироз с атипичным течением:

- Менингеальная форма

Формы:

- Желтушная
- Безжелтушная

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Интоксикация
- Лихорадка
- Миалгия
- Желтуха
- Гепатомегалия
- Геморрагический
- Менингеальный
- Почечная недостаточность
- Поражение глаз
- Поражение сердечно-сосудистой системы

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимическое исследование крови (билирубин, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, общий белок и белковые фракции, мочевины, креатинин, калий, натрий, протромбиновый индекс).

- Анализ мочи: проба по Нечипоренко, проба по Зимницкому.

• Исследование крови: РМАЛ – реакция микроагглютинации и лизиса лептоспир в парных сыворотках и РАЛ – реакция агглютинации и лизиса.

- ЭКГ

• Люмбальная пункция, исследование люмбальной жидкости (общий анализ, исследование ликвора методом прямой микроскопии в темном поле, посев ликвора на фосфатно-сывороточную среду) (по показаниям).

Дополнительные:

- Консультация окулиста, хирурга, стоматолога (по показаниям)

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Лептоспироз, безжелтушная форма, легкая степень тяжести
- Лептоспироз, желтушная форма, тяжелое течение. Осложнение: острая почечно-печеночная недостаточность

5. Осложнения

• Специфические (острая почечная или почечно-печеночная недостаточность, кровотечения, шок, менингит, поражения глаз – ирит, иридоциклит, помутнения стекловидного тела и др.).

- Неспецифические (стоматит, отит, пневмония, пролежни, абсцессы и др.).

МАЛЯРИЯ

1. Малярия – острая протозойная болезнь, вызываемая малярийными плазмодиями, характеризующаяся циклическим рецидивирующим течением со сменой острых лихорадочных приступов и межприступных состояний, гепатоспленомегалией и анемией.

2. Классификация

Клинические формы болезни:

- Трёхдневная
- Тропическая
- Овале-малярия
- Четырёхдневная

По степени тяжести:

- Легкое течение
- Среднетяжелое течение
- Тяжелое течение
- Очень тяжелое течение (злокачественное)

По течению:

- Первичная атака
- Ближние рецидивы
- Латентный период
- Отдаленный рецидив
- Паразитоносительство

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка
- Интоксикация
- Гепатоспленомегалия

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Кал на яйца гельминтов
- Исследование крови на общий белок и фракции, билирубин, АЛАТ, мочевины, креатинин, глюкозу, протромбиновый индекс.
- Исследование крови на малярийные плазмодии – мазки крови и «толстая капля».

Дополнительные:

- ЭКГ
- Рентгенография грудной клетки
- УЗИ органов брюшной полости
- Коагулограмма. Группа крови и резус-фактор
- Контроль суточного диуреза

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Малярия трехдневная, вызванная *Pf. vivax*, первичная, среднетяжелое течение.
- Тропическая малярия, тяжелое течение. Осложнение: малярийная кома.

5. Осложнения

- Малярийная кома
- Гемоглобинурийная лихорадка
- Разрыв селезенки

- Острая почечная недостаточность
- Геморрагический синдром
- Инфекционно-токсический шок
- Острая дыхательная недостаточность
- Гипогликемия

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

1. Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококками и характеризующееся значительным клиническим полиморфизмом и протекающее в виде назофарингита, менингита и/или менингококкового сепсиса.

2. Классификация

Локализованные формы:

- Менингококконосительство.
- Острый назофарингит.
- Пневмония.

Генерализованные формы:

- Менингококкцемия:
 - типичная;
 - молниеносная;
 - хроническая.
- Менингит.
- Менингоэнцефалит.
- Смешанная форма (менингит + менингококкцемия).

1. Менингококковый назофарингит – наиболее распространённая форма менингококковой инфекции, характеризующаяся катаральными воспалительными изменениями в носоглотке.

2. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Назофарингит.
- Лихорадка.
- Интоксикация.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Посев слизи из носоглотки на менингококк.

Дополнительные:

- Рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух.
- ЭКГ.

3. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Менингококковая инфекция, локализованная форма, острый назофарингит.

4. Осложнения. Нет.

Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингит, менингоэнцефалит)

1. Менингит – инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением мягкой мозговой оболочки и сопровождающееся общей инфекционной интоксикацией, синдромом повышенного внутричерепного давления, менингеальным синдромом, а также воспалительными изменениями ликвора (цереброспинальной жидкости).

Энцефалит – инфекционное заболевание, характеризующееся поражением вещества головного мозга и\или спинного мозга (миелит) сопровождающееся синдромом общей интоксикации, повышением внутричерепного давления, энцефалитическим синдромом и как, правило, синдромом воспалительных изменений ликвора. При наличии клинико-лабораторных признаков менингита и энцефалита ставят диагноз менингоэнцефалита.

2. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Менингеальный.
- Энцефалитический.
- Лихорадка.
- Интоксикация.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, глюкоза).
- Клинико-биохимический анализ ликвора, посев ликвора на менингококк.
- Посев слизи из носоглотки на менингококк.
- Рентгенография грудной клетки.
- ЭКГ.
- Консультация окулиста, невропатолога, оториноларинголога.

Дополнительные:

- УЗИ органов брюшной полости и почек.
- МРТ головного мозга.
- Экспресс-методы идентификации: Ко-агглютинации (РкоА), реакция латекс-агглютинации (ЛА).

- РНГА – имеет значение в случае диагностического нарастания титров специфических антител.

3. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Менингококковая инфекция, острый менингит.
- Менингококковая инфекция, менингоэнцефалит.

4. Осложнения

- Отек и набухание головного мозга (стадии отека, дислокации, вклинения).
- ДВС-синдром.
- Острая надпочечниковая недостаточность.
- Синдром полиорганной недостаточности.
- Синдромы органических поражений.
- Пневмония.

Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококкцемия)

1. Менингококкцемия – менингококковый сепсис, протекающий бурно, с выраженными симптомами токсикоза и развитием вторичных метастатических очагов.

2. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Геморрагическая сыпь.
- Лихорадка.
- Интоксикация.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, глюкоза, протромбиновый индекс).

- Время свертываемости крови и длительность кровотечения.
- Посев слизи из носоглотки на менингококк.
- Посев крови на менингококк.
- Рентгенография грудной клетки.
- ЭКГ.

Дополнительные:

- УЗИ органов брюшной полости и почек.
- Группа крови.
- Клинико-биохимический анализ ликвора, посев ликвора.
- Коагулограмма.
- Консультация окулиста, невропатолога, отоларинголога.

3. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия.

4. Осложнения

- Инфекционно-токсический шок.
- Геморрагический синдром.
- Острая надпочечниковая недостаточность.
- Пневмония.

ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ

1. Пищевая токсикоинфекция - острое кратковременное заболевание, вызываемое условно-патогенными бактериями, способными продуцировать экзотоксины вне организма человека (в продуктах питания) и протекающие с симптомами поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта и нарушениями водно-солевого обмена.

2. Классификация

По тяжести течения:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Гастритический вариант. | • Легкое. |
| • Гастроэнтеритический вариант. | • Среднетяжелое. |
| • Гастроэнтероколитический вариант. | • Тяжелое течение. |

вариант.

По степени обезвоживания:

- I ст. – 1-3% потери жидкости к исходной массе тела.
- II ст. – 4-6% потери жидкости к исходной массе тела.

- III ст. – 7-10% потери жидкости к исходной массе тела.
- IV ст. – более 10% потери жидкости к исходной массе тела.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Интоксикация.
- Гастрит.
- Энтерит.
- Обезвоживание.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Посев рвотных масс, кала, промывных вод на среды Плоскирева, селенитовую, на условно патогенную флору.
- Копрограмма.
- Исследование кала на яйца гельминтов.
- Исследование кала на простейшие.
- РА с выделенной культурой.
- Определение в крови содержания мочевины, креатинина.
- Измерение суточного диуреза.

Дополнительные:

- ЭКГ.
- Альфа-амилаза крови и мочи.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Пищевая токсикоинфекция, вызванная *Bacillus cereus*, гастроэнтеритическая форма, среднетяжелое течение. Обезвоживание II степени.
- Стафилококковое пищевое отравление, гастритическая форма, тяжелое течение. Обезвоживание II степени.

5. Осложнения

- Дегидратационный шок.
- Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

РОЖА

1. Рожа – инфекционное заболевание, вызываемое гемолитическими стрептококками, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией и воспалительным поражением четко отграниченных участков кожи.

2. Классификация

По характеру местных проявлений:

- Эритематозно - буллезная.
- Эритематозно – геморрагическая.

- Буллезно – геморрагическая.

По степени тяжести:

- Легкая.
- Среднетяжелая.
- Тяжелая.

По распространенности местных проявлений:

- Локализованная форма.
- Распространенная рожа.
- Блуждающая (ползучая, мигрирующая).
- Метастатическая рожа с появлением отдаленных очагов воспаления.

По кратности течения:

- Первичная.
- Рецидивирующая.
- Повторная.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка.
- Интоксикация.
- Лимфаденит.
- Серозное или серозно-геморрагическое воспаление кожи и слизистых.

Обязательные исследования:

При легком и среднетяжелом течении:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови на С-реактивный белок, серомукоид, фибриноген, протромбиновый индекс, сиаловую кислоту, белковые фракции.

Кроме того, при тяжелом течении:

- Кровь на гемостаз.
- Время свертывания крови.
- Длительность кровотечения.

Дополнительные:

- ЭКГ.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- УЗИ.
- Консультация хирурга, дерматолога.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Рожа лица первичная, эритематозная, локализованная, легкое течение.
- Рожа эритематозно – буллезная, повторная, распространенная, с локализацией на нижних конечностях, средней тяжести.
 - Рожа буллезно – геморрагическая, с появлением метастатических очагов воспаления верхних и нижних конечностей, тяжелое рецидивирующее течение.

5. Осложнения

- Местные: абсцессы, флегмоны, тромбозы вен, некрозы кожи.
- Общие: сепсис, острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония, нефрит, тромбоэмболия легочных артерий, лимфостаз.

САЛЬМОНЕЛЛЁЗ

- 1. Сальмонеллез** – острая кишечная зоонозная инфекция, вызываемая многочисленными бактериями из рода сальмонелл, характеризующаяся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и протекающая чаще всего в виде гастроинтестинальных, реже генерализованных форм.

- 2. Классификация**

Варианты гастроинтестинальной формы:

- Гастритический;
- Гастроэнтеритический;
- Гастроэнтероколитический.

Варианты генерализованной формы:

- Тифоподобный;
- Септикопиемический.

По тяжести течения:

- Легкое.
- Среднетяжелое.
- Тяжелое.

Бактериовыделение:

- Острое.
- Хроническое.
- Транзиторное.

По степени обезвоживания:

- I ст. – 1-3% потери жидкости к исходной массе тела.
- II ст. – 4-6% потери жидкости к исходной массе тела.
- III ст. – 7-10% потери жидкости к исходной массе тела.
- IV ст. – более 10% потери жидкости к исходной массе тела.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка.
- Интоксикация.
- Гастроэнтерит.
- Обезвоживание
- Гепатолиенальный (при генерализованных формах).

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Суточный диурез.
- Копрограмма.
- Кал на яйца гельминтов.
- Исследование кала на простейшие.
- Посев крови на желчный и сахарный бульон.
- Посев рвотных масс, промывных вод желудка, кала, желчи на среду Плоскирева, селенитовую среду.
- РПГА с сальмонеллезными антигенами в динамике.
- Определение в крови содержания мочевины, креатинина, K^+ , Na^+ , Cl^- , альфа-амилазы.
- Альфа-амилазы мочи.

Дополнительные:

- Ректороманоскопия.
- ЭКГ.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

Сальмонеллез *S. enteritidis*, гастроэнтеритическая тяжелая форма. Обезвоживание II степени.

Сальмонеллез, септикопиемическая тяжелая форма.

5. Осложнения

- Инфекционно-токсический шок.

- Дегидратационный шок.
- Острая сердечная недостаточность.
- Острая почечная недостаточность.
- Гнойные артриты.
- Остеомиелит.
- Менингит.
- Перитонит.
- Аппендицит.
- Пневмония.
- Восходящая инфекция мочевыводящих путей (циститы, пиелиты).
- Эндокардит.
- Абсцессы мозга, селезенки, печени и почек.

ТИФ БРЮШНОЙ

1. Брюшной тиф - острая антропонозная бактериальная инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, гепатолиенальным синдромом, язвенным поражением тонкой кишки.

2. Классификация

По характеру течения:

- Типичная форма.
- Атипичная форма: стертая, abortивная, амбулаторная.

По тяжести течения:

- Легкая.
- Средняя.
- Тяжелая.

По длительности течения:

- Острая.
- Рецидивирующая.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка.
- Интоксикация.
- Гепатоспленомегалия.
- Экзантема.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Кал на яйца гельминтов.
- Биохимическое исследование крови на фибриноген, глюкозу, белок и белковые фракции, протромбиновый индекс, мочевины, креатинин, коагулограмму, уровень K^+ и Na^+ .
- Посев крови на желчный и сахарный бульон.
- Посев кала на s.typhi.
- Посев мочи на s.typhi.
- РНГА с брюшнотифозными O, H и Vi-антигенами и паратифозными A и B антигенами в динамике.

Дополнительные:

- ЭКГ.
- Рентгенография грудной клетки.
- УЗИ брюшной полости.
- ЭхоКГ.
- Дуоденальное зондирование и посев желчи (на 15 день нормальной температуры тела).

4. Формулировки и варианты клинического диагноза

- Брюшной тиф, легкое течение.
- Брюшной тиф, тяжелое течение. Осложнение: кишечное кровотечение.

5. Осложнения

- Перфоративный перитонит.
- Кишечное кровотечение.
- Инфекционно-токсический шок.
- Инфекционный делирий.
- Пневмония.
- Инфекционный психоз.
- Поражение периферических нервов.
- Миокардит.
- Холецистит.
- Холангит.
- Тромбофлебит.
- Менингит.
- Паротит.
- Артрит.
- Пиелонефрит.

ЭНЦЕФАЛИТ КЛЕЩЕВОЙ

1. Клещевой энцефалит – природно-очаговое вирусное инфекционное заболевание с трансмиссивным путем передачи, клинически характеризуется острым началом, лихорадкой и преимущественным поражением ЦНС.

2. Классификация

Клинические формы болезни:

- Лихорадочная.
- Менингеальная.
- Менингоэнцефалитическая.
- Полиомиелитическая.
- Полирадикулоневритическая.

По тяжести заболевания:

- Легкое (выздоровление в течение 3-5 недель).
- Среднетяжелое (выздоровление в течение 1,5-2 месяцев).
- Тяжелое (затяжное и неполное выздоровление, стойкие резидуальные явления).
- Молниеносное (заканчивается летально в первые сутки).

По течению процесса:

- Острое.
- Хроническое.

- Рецидивирующее.

Другие варианты поражения нервной системы и неврологические синдромы.

- Эпилептиформный.
- Гиперкинетический.

Особые формы (прогредиентное течение):

- Первично-прогредиентное течение – заболевание сразу начинается как хроническое, острый период при этом отсутствует.
- Вторично-прогредиентное течение – заболевание развивается после острого периода и следующего за ним периода ремиссии.

Варианты течения:

- Ремитирующее течение - появление признаков обострения в форме общеинфекционных, общемозговых, развития новых и усиления старых симптомов.
- Хроническое течение - медленное усиление старых или появление новых симптомов без общеинфекционных признаков патологического процесса.
- Рецидивирующее течение – возврат симптомов острого периода.
- Подострое течение – заболевание развивается сразу вслед за острым периодам (фаза ремиссии отсутствует).

Фазы прогредиентного течения:

- Фаза стабилизации.
- Фаза прогрессирования.

Клинические синдромы прогредиентных форм клещевого энцефалита:

- Полиомиелитический синдром.
- Синдром бокового амиотрофического склероза.
- Синдром кожевниковской эпилепсии.
- Синдром энцефалитической деменции.
- Шизоформные психозы и психотические состояния эпилептического круга.

3. Диагностика

Ведущие клинические синдромы:

- Лихорадка.
- Интоксикация.
- Менингеальный.
- Энцефалитический.
- Полирадикулоневритический.

Обязательные исследования:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Клинико-биохимическое исследование ликвора.
- Исследование крови на мочевины, креатинин, глюкозу.
- Кал на яйца гельминтов.
- Исследование сыворотки крови в реакции связывания комплемента (РСК) с антигенами вируса клещевого энцефалита в парных сыворотках.
- Иммуноферментный анализ (ИФА) на антитела к вирусу клещевого энцефалита класса М.

Дополнительные:

- Рентгенография грудной клетки.

- ЭКГ.

4. Формулировка и варианты клинического диагноза

- Клещевой энцефалит, лихорадочная форма, легкое течение.
- Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма крайне тяжелой степени тяжести, галопирующее течение. Осложнение: отек мозга.
- Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма, тяжелой степени тяжести, подострая стадия, вялый парез левой руки.
- Хронический клещевой энцефалит, резидуальное состояние . Периферический парез мышц плечевого пояса, шейных мышц, мышц мягкого неба.

5. Осложнения

- Отек головного мозга.
- Пневмония.
- Токсический нефрит.
- Парезы.
- Параличи.
- Эпилептические припадки.
- Невриты.
- Проводниковый и корешковый тип нарушения чувствительности.
- Гипоталамический синдром.