

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Рецензия	9
Ключевые слова и список сокращений	11
ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: пациент с инфекционной патологией на приеме у терапевта	14
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: что мы знали о них ранее и что мы знаем сегодня	20
ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	30
КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	36
ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ, сопровождающие инфекционные заболевания, и их диагностическое значение	59
Интоксикационный синдром	59
Синдром лихорадки.	60
Синдром экзантем.	70
Синдром желтухи	81
Лимфаденопатия	82
Менингеальный синдром	85

Воспаление небных миндалин	88
Синдром диареи	92
Гепатолиенальный синдром	97
Отдельные симптомы при инфекционных заболеваниях	98
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ	
ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ	
ЗАБОЛЕВАНИЙ	104
Антропонозы	104
Зоонозы	160
Трансмиссивные	215
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК	
ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ	221
Эпидемиологический анамнез	227
Физикальное обследование пациента при подозрении на инфекционную болезнь	232
Значение отдельных лабораторных показателей для дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний	248
ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ	
НА ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	260
Стандартные ошибки	262
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ	
ЗАБОЛЕВАНИЙ	264
ПОСЛЕСЛОВИЕ	279
ЛИТЕРАТУРА	281

ВВЕДЕНИЕ

Термин «инфекция» имеет множество значений. В одних случаях это слово может употребляться как синоним понятия «заражение», так как происходит от латинского *infektio* — «вношу что-либо вредное, заражаю», т. е. характеризует процесс.

В других случаях при упоминании инфекции подразумевается конкретный возбудитель. В разговорной речи инфекцией обычно называют инфекционное заболевание.

Уникальность этой патологии состоит в том, что это эволюционно сложившийся комплекс реакций взаимодействия двух самостоятельных биосистем — макроорганизма и возбудителя инфекции (патогенных вирусов, бактерий, простейших, прионов), каждый из которых обладает собственной биологической активностью. Динамика такого взаимодействия называется инфекционным процессом.

В России ежегодно регистрируется от 30 до 50 млн случаев инфекционных заболеваний. Со-

гласно данным статистики, доля инфекционных и паразитарных болезней в структуре первичных обращений в лечебно-профилактические учреждения РФ составляет в среднем около 40%, а с учетом нерегистрируемых субклинических (инаппарантных) форм болезней приближается к 50%. Каждый третий случай временной утраты трудоспособности по болезни связан с инфекционной патологией. При этом регистрируемые инфекционные болезни отражают лишь малую часть проблемы (феномен «айсберга»), подводную часть которого составляют инфекции, которые часто наблюдаются, но не регистрируются хирургами, урологами, гинекологами и врачами других специальностей.

Некоторые инфекционные заболевания могут способствовать инвалидизации пациентов вследствие развития тяжелых осложнений. Например, полиомиелит, туберкулез и бруцеллез поражают опорно-двигательный аппарат; менингококковая, ВИЧ-инфекция, корь, клещевой энцефалит и другие могут быть причиной поражений центральной нервной системы; токсоплазмоз, листериоз, краснуха у беременных приводят к внутриутробной патологии плода. Ежегодно инфекционные болезни занимают четвертое место по количеству летальных исходов и становятся причиной смерти более 13 млн человек. Каждый час от инфекции умирают

1500 человек, более половины из них — дети младше 5 лет.

По прогнозам ВОЗ, в XXI веке доля инфекционных заболеваний будет дальше возрастать в структуре общей патологии. Это обусловлено перспективой дальнейшего появления «новых» инфекций, что подтверждает опыт последних 30 лет, когда были зарегистрированы ВИЧ-инфекция, боррелиоз (болезнь Лайма), эрлихиоз, легионеллез, вирусные лихорадки и гепатиты. Некоторые микроорганизмы благодаря мутациям получили способность преодолевать межвидовой барьер между животными и человеком (например, вирус оспы обезьян), появляться в «нетипичной» географической зоне (лихорадка Крым-Конго, энтеровирусная инфекция и др.). Чаще диагностируются «возвращающиеся» инфекции — наследство от предыдущих веков (например, дифтерия, коклюш, холера, сифилис, желтая лихорадка, полиомиелит и другие. Возвращается малярия, над которой, казалось бы, давно одержали победу. Более того, все чаще встречаются случаи местной малярии, в том числе подмосковной) и устанавливается инфекционная природа традиционно неинфекционных заболеваний. Ряд инфекционных агентов используется в террористических актах (возбудители сибирской язвы, туляремии, тропических геморрагических лихорадок, сальмонеллы и прочие). Все это влечет за собой

не только социальные, но и экономические последствия.

Именно поэтому мы надеемся, что наша книга послужит наглядным пособием для амбулаторных врачей и поможет им улучшить своевременную диагностику инфекционной патологии у своих пациентов.

Авторы приносят благодарность всем врачам терапевтических отделений ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы за неоценимую помощь в подготовке этой книги.

РЕЦЕНЗИЯ

Доказательством масштабности проблемы инфекционной патологии является высказывание Т. Marshall в докладе на 3-й Московской международной научно-практической конференции «Иммунофизиология: аутоиммунитет в норме и патологии и вопросы предиктивно-превентивной медицины», которая проходила с 1 по 3 октября 2012 года в Москве, в Сколково:

«Все болезни являются инфекционными, если не доказано другого...» Действительно, в настоящее время многие так называемые «соматические» заболевания в разных отраслях медицины, ранее считавшиеся неинфекционными, оказались вызванными различными бактериями и вирусами.

Более того, распространенность инфекционных болезней — один из компонентов «индекса здоровья», а усилия, направленные на сокращение заболеваемости и ликвидацию инфекций, — меры по сохранению здоровья нации. Это и есть та цель, к достижению которой должны стремиться и наши врачи, и пациенты.

Именно поэтому врач общей практики должен быть гарантом ранней диагностики инфекционной

болезни, особенно в условиях современной действительности, когда все большее количество пациентов попадают в категорию больных с инфекционной патологией.

Представленная вашему вниманию книга уже 22-я в серии «Амбулаторный прием» и является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова под руководством профессора А. Л. Верткина. Как и в других книгах названной серии, посвященных социально значимым болезням, с которыми пациенты часто обращаются в поликлинику, в настоящем руководстве систематизированы знания о различных видах инфекционных болезней, сопутствующих им симптомах и синдромах, акцентировано внимание на деталях осмотра, представлены алгоритмы и рекомендации к проведению диагностических процедур для установки диагноза.

Мы надеемся, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как первичного звена, так и стационаров, а также интернов, ординаторов, аспирантов, студентов и преподавателей медицинских учебных заведений.

Президент Российского научного
медицинского общества терапевтов,
академик РАН
А. И. Мартынов

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	— артериальное давление
бомж	— без определенного места жительства
ВЗК	— воспалительные заболевания кишечника
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВПГ	— вирус простого герпеса
ВЭБ	— вирус Эпштейна — Барр
ГКС	— глюкокортикостероиды
ГЛПС	— геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
ДН	— дыхательная недостаточность
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ИГХ	— иммуногистохимическое исследование
ИППП	— инфекции, передающиеся половым путем

ИФА	— иммуноферментный анализ
ИЭ	— инфекционный эндокардит
КТ	— компьютерная томография
КУМ	— кислотоустойчивые микобактерии
КФК	— креатининфосфокиназа
ЛГМ	— лимфогранулематоз
ЛНГ	— лихорадка неясного генеза
МРТ	— магнитно-резонансная томография
ОДН	— острая дыхательная недостаточность
ОКИ	— острые кишечные инфекции
ООИ	— особо опасные инфекции
ОПН	— острая почечная недостаточность
ОРВИ	— острые респираторные вирусные инфекции
ПТД	— противотуберкулезный диспансер
ПТИ	— пищевая токсикоинфекция
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
ПЭТКП	— продуцирующая энтеротоксин кишечная палочка
РИА	— радиоиммунный анализ
РИФ	— реакция иммунофлюоресценции
РСВ	— респираторно-синцитиальный вирус
РСК	— реакция связывания комплемента
СКФ	— скорость клубочковой фильтрации
СМЖ	— спинномозговая жидкость

СМП	— скорая медицинская помощь
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
СРБ	— С-реактивный белок
ТВС	— туберкулез
ТОРС	— тяжелый острый респираторный синдром
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ЦМВ	— цитомегаловирус
ЦНС	— центральная нервная система
ЧДД	— частота дыхательных движений
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭхоКГ	— эхокардиография
MCV	— средний объем эритроцитов
SpO ₂	— сатурация кислородом артериальной крови

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: пациент с инфекционной патологией на приеме у терапевта

Пациент К., 18 лет, 21.02.2018 г. поступил в многопрофильный стационар Москвы с направительным диагнозом «ОРВИ. Острый бронхит».

Жалобы при поступлении на повышение температуры тела до 39–40 °С с ознобами, головную боль, слизистые выделения из носа, малопродуктивный кашель, светобоязнь.

Анамнез заболевания. Заболел остро за два дня до поступления, когда появились симптомы интоксикации, кашель, насморк, температура до 40 °С. За сутки до госпитализации самостоятельно начал принимать ингавирин без эффекта. 21.02.18 г. доставлен в стационар по каналу «03».

В приемном отделении осмотрен терапевтом.

Состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения. В сознании, адекватен, ориентирован. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Кожа чистая, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание умеренно затруднено. Т 38,6 °С. ЧДД 18 в мин.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы в сердце не выслушиваются. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 96 ударов в минуту, нарушений ритма нет. Живот симметричный, при поверхностной пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный.

Анамнез жизни.

Социальный статус: военнослужащий срочной службы.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония, ветряная оспа.

Эпидемиологический анамнез.

С ноября 2017 года живет в казарме в воинской части. Был контакт с лихорадящими больными.

Из Москвы за период службы не выезжал.

За пределы РФ не выезжал последние три года.

От гриппа вакцинирован, от кори не привит.

Трансфузионный анамнез: неотягощен.

Аллергоанамнез без особенностей.

Анализ крови при поступлении. Гемоглобин 139 г/л; эритроциты $4,71 \cdot 10^{12}/\text{л}$; тромбоциты $171 \cdot 10^9/\text{л}$; лейкоциты $4,5 \cdot 10^9/\text{л}$; лимфоциты 22,0%; моноциты 4,9%; гранулоциты 73,1%; СОЭ 12 мм/ч;

общий белок 65 г/л; мочевины 4,2 ммоль/л; креатинин 88 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации (Скд-epi) 110,13 (80–160) мл/мин; билирубин общий 5,0 мкмоль/л; С-реактивный белок 20,68 мг/л; АЛТ 41 МЕ/л; АСТ 69 МЕ/л; лактатдегидрогеназа 170 МЕ/л; глюкоза 5,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи.

Цвет светло-желтый; прозрачность полная; относительная плотность 1,030, белок 0,3 г/л; лейкоциты 3 ~ 4; слизь в небольшом количестве.

Рентгенография органов грудной клетки: изменений не выявлено.

Рентгенография придаточных пазух носа: правосторонний гайморит.

Осмотрен ЛОР врачом.

Заключение: острый правосторонний гнойный гайморит. Острый фарингит.

Показана пункция правой гайморовой пазухи в плановом порядке.

Госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом

«ОРВИ средней степени тяжести, разгар заболевания. Острый бронхит, интоксикация. Острый правосторонний гайморит».

На вторые сутки пребывания больного в стационаре во время утреннего обхода дежурного врача на коже лица, шеи, рук и верхней части грудной клетки была выявлена мелкая папулезная сыпь на неизменном фоне кожного покрова. Склеры инъецированы. При осмотре ротовой полости: гиперемия зева, отсутствие увеличения миндалин. На слизистой оболочке в области щек обнаружены белесоватые высыпания (1–2 мм) по типу манной крупы, возвышающиеся над поверхностью слизистой. Эти изменения были расценены как пятна Бельского — Филатова — Коплика. В связи с подозрением на корь больной консультирован инфекционистом. Диагноз кори подтвержден, рекомендован перевод в инфекционный стационар.

23.02.18 г. с диагнозом «корь. Острый правосторонний гайморит» больной был переведен в КИБ № 2.

У этой короткой истории было долгое продолжение, именно поэтому в нашей книге в виде исключения мы представляем вашему вниманию случай, который был зарегистрирован на госпитальном этапе, а не амбулаторно, так как