

Алгоритмы решения задачи

1. Брюшной тиф

1. Диагноз брюшной тиф установлен согласно классификации МКБ-10 (A01.0 Брюшной тиф) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- контакт с больными и или пребывания в местах, эндемичных по тифопаратифозным инфекциям;
- постепенное начало заболевания с нарастанием лихорадки и тенденцией к постоянному ее характера;
- бледность кожных покровов;
- тенденция к относительной брадикардии, гипотензии;
- склонность к заторможенности нервной деятельности, апатия;
- нарушение формулы сна, устойчивая головная боль;
- характерный налёт на языке;
- склонность к запору;
- гепатолиенальный синдром
- появление розеолёзной сыпи.

2. Специфическими осложнениями брюшного тифа являются кишечное кровотечение, перфорация кишечника, ИТШ.

3. Необходимо исследовать кровь, кал

4. К методам обследования при подозрении на тифо-паратифозное заболевание относят ОАК, где характерны лейкопения с лимфоцитозом, анэозинофилия, тромбоцитопения, анемия.

Специфическую диагностику проводят с помощью бактериологического метода, прежде всего посева крови (гемокультуры). Серологический метод можно применять для подтверждения диагноза с 2 недели болезни. Применяют РА (реакция Видаля), РНГА, ИФА.

5. Этиотропное лечение: хлорамфеникол (левомицетин) по 0,5 г 5 раз в сутки до 2 дня нормальной температуры, затем по 0,5 4 раза в день до 10 дня нормальной температуры. Также возможно применение цефалоспоринов, фторхинолонов..

2. Холера

1. Диагноз холера установлен согласно классификации МКБ-10 (А00 Холера), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- пребывание в эндемическом по холере регионе;
- употребление для питья воды из открытых водоемов, контакт с больными холеру или подобной клинической картиной;
- продолжительность инкубационного периода до 5 дней (в среднем 2-3 дня)
- острое начало заболевания,
- отсутствие лихорадки;
- диарея без боли, предшествующего рвоты;
- частый стул по типу рисового отвара;
- быстрое нарастание обезвоживания;

2. Согласно рекомендациям ВОЗ выделяют степени обезвоживания:

1. Ранняя дегидратация. Или без клинических признаков, или жалобы на умеренную слабость, жажду, сухость во рту.

2. Умеренная дегидратация. Жажда, слабость, головокружение, раздражительность. Снижение тургора кожи, осиплость голоса, акроцианоз, холодные конечности. Тахикардия, умеренная гипотония. Снижение диуреза.

3. Тяжелая дегидратация. Сонливость или спутанность сознания. Резкое снижение тургора кожи, запавшие глаза, симптом «темных очков», генерализованный цианоз, холодные конечности. Пульс слабый или не определяется. Артериальное давление очень низкое или не определяется. Анурия.

3. Лабораторными критериями для установления диагноза холера являются: увеличение гематокрита, гипокалиемия, гипохлоремия, специфическим методом является бактериологическое исследование испражнений или рвотных масс.

4. Основным направлением лечения больного является регидратационная терапия с применением солевых растворов. Для лиц с начальным и умеренной дегидратацией без рвоты назначаются оральные регидратационные смеси. Для больных с умеренной дегидратацией, что сопровождается рвотой и выраженным дегидратации нужна парентеральная регидратация. Для ускоренного выведения вибрионов из организма при холере с дегидратацией в случае прекращения

рвоты назначают доксициклин по 0,3 г или азитромицин по 1 г внутрь однократно.

3. Лептоспироз

1. Диагноз лептоспироз установлен согласно классификации МКБ-10 (A27.0 Лептоспироз) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- контакт с водой с непроточных и открытых водоемов;
- пребывание в местах распространения грызунов;
- профессиональный фактор (животноводы, ветеринары, фермеры, охотники, рыбаки и т.п.);
- внезапное начало болезни с ознобом;
- высокая лихорадка,
- миалгия, особенно икроножных мышц;
- геморрагический синдром;
- патология печени с развитием желтухи;
- патология почек с развитием ОПН.

2. Методы исследования для подтверждения диагноза: выявление лептоспир при микроскопии в темном поле, РНГА, РСК, функциональные пробы печени, мочевины, креатина, коагулограмма.

3. Этиотропное лечение: бензилпеницилин, цефалоспорины.

Патогенетическое лечение: дезинтоксикация, гемостатики, форсированный диурез

4. Гепатит А

1. Диагноз гепатит А (ВГА) установлен согласно классификации МКБ-10 (B15. Острый ВГА) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- развитие болезни после контакта с больным ВГА или пребывания в неблагополучном регионе по ВГА;
- циклическое развитие болезни с возникновением характерных синдромов преджелтушного периода (диспепсический, гриппоподобный, астеновегетативный)
- уменьшение интоксикации, желтуха, гепатоспленомегалия в период разгара

болезни.

2. К методам исследования относятся: биохимическое исследование крови: общий билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба.

Специфическая диагностика: ИФА сыворотки крови на аHAV IgM.

3. Принципы лечения: дезинтоксикационная терапия, энтеросорбенты, витамины.

5. Острый гепатит В

1. Диагноз острый гепатит В (ОГВ) установлен согласно классификации МКБ-10 (В16. Острый ВГВ) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Положительный эпидемиологический анамнез (сведения о гемоконтактную или половую передачу)

- Продолжительный преджелтушный период, частый артралгический вариант его течения;

- нарастание интоксикации, желтуха, гепатоспленомегалия в период разгара болезни.

2. Самым тяжелым осложнением ОГВ есть острая печеночная недостаточность (Острая печеночная энцефалопатия), которую разделяют на стадии по степени нервно-психические расстройств:

I стадия характеризуется эмоциональной лабильностью, эйфорией, что сменяется апатией, инверсией сна, подвижными расстройствами, нарушением памяти.

II стадия характеризуется дезориентацией в пространстве и времени, провалами в памяти, возможно психо-моторным возбуждением, геморрагическим синдромом, нарастанием желтухи, уменьшением размеров печени, тахикардией.

III стадия (кома 1) - полное нарушение сознания, тремор, судороги, патологические рефлексы.

IV стадия (кома 2) - полное нарушение сознания, арефлексия, глубокие расстройства дыхания.

3. К методам биохимического исследования крови относятся: общий билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, протромбиновый индекс.

4. Специфическая диагностика: HBsAg, HBeAg, аHBc IgM, ПЦР ДНК HBV.

5. Специфическая профилактика заболевания – вакцинация.

6. Грипп

1. Диагноз грипп установлен согласно классификации МКБ-10 (J.09 Грипп), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Контакт с больным гриппом, наличие эпидемии в определенной местности;
- Острое начало с интоксикационного синдрома, максимальные проявления болезни в первые часы заболевания,
- Головная боль с преимущественной локализацией в лобной области и висках;
- Катаральный синдром характеризуется трахеитом, зернистостью мягкого нёба и дужек.

2. Осложнения при гриппе наблюдаются со стороны респираторной (Геморрагический отек легких, пневмония), нервной (отек-набухание головного мозга) и сердечно-сосудистой системы (миокардит)

3. Для специфической диагностики заболевания используют быстрые тесты для экспресс-диагностики.

4. Для этиотропного лечения больного используют ингибиторы нейраминидазы - озельтамивир (тамифлю).

5. Специфическая профилактика заболевания - вакцинация.

7. Дифтерия ротоглотки.

1. Диагноз дифтерия глотки установлено согласно классификации МКБ-10 (A 36.0 Дифтерия глотки (дифтерийная мембранозная ангина, тонзиллярная дифтерия)), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- начало заболевания обычно острое
- имеющийся интоксикационный синдром, коррелирует с местными изменениями
- есть наслоения на миндалинах или других лимфоидных образованиях в ротоглотке, имеющих фибринозный, пленочный характер
- боль в горле умеренная, часто не соответствует характеру местных изменений
- голос может приобретать гнусавый оттенок
- отек слизистой оболочки и цианоз преобладают над гиперемией

- подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены, умеренно болезненные

2. Инструментальные методы исследования: ЭКГ

Специфические методы исследования:

- Бактериоскопический метод

- Бактериологический метод

- ПЦР

3. Лечение

- Обязательная госпитализация в инфекционный стационар

- Противодифтерийная антитоксическая сыворотка

- Антибактериальные препараты (эритромицин, бензилпенициллин)

4. Специфическая профилактика: плановая вакцинация

8. Трехдневная малярия

1. Диагноз малярия (трехдневная) установлено согласно классификации МКБ-10 (B54 Малярия неуточненная (B 51 Малярия, вызванная *P. Vivax*, в 53 Малярия, вызванная *P. ovale*)) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- пребывание в местах, эндемичных по малярии (Африка, Азия Центральная и Южная Америка и другие) в течение последних 2 лет

- переливание препаратов крови в течение последних 14 дней

- пароксизмальная лихорадка (озноб, лихорадка, обильное потоотделение)

- во время трехдневной малярии пароксизмы повторяются через 1 сутки

- гепатоспленомегалия

- анемия

2. Основные методы исследования:

- ОАК

- Исследование толстой капли малярией

- Исследование тонкого мазка на малярию

3. Лечение

- Обязательна госпитализация в инфекционный стационар

- Этиотропная терапия: противомаларийные препараты (делагил (хлорохин), примахин)

4. Специфическая профилактика малярии: химиопрофилактика противомаларийными препаратами (за неделю до выезда, в течение всего периода пребывания в эндемичной зоне)

9. Ботулизм

1. Диагноз ботулизм установлен согласно классификации МКБ-10 (А 05.1 Ботулизм), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- употребление больным продуктов, которые могут содержать ботулотоксин (мясные, рыбные, овощные, грибные консервы, вяленая или слабосоленая рыба, колбаса)
- отсутствие лихорадки
- расстройства пищеварительного тракта - боли в эпигастральной области, рвота, жидкий стул, которые на следующий день меняются синдромом пареза кишечника (Вздутие живота, запор)
- офтальмоплегическая синдром (снижение зрения, двоение в глазах, «сетка», «туман» перед глазами, зрачки расширены, анизокория, реакция на свет слабая)
- Бульбарный синдром (затрудненное глотание, жалобы на «комочек в горле» першение, голос приобретает гнусавый оттенок)

2. Специфический метод исследования: биологический метод

3. Лечение

- Обязательна госпитализация в инфекционный стационар
- Первый этап: промывание желудка (с использованием зонда) и кишечника (Сифонная клизма) 5% раствором гидрокарбоната натрия
- Второй этап - поливалентная противоботулиническая сыворотка
- Третий этап - дезинтоксикационная терапия, гипербарическая оксигенация

10. Шигеллез

1. Диагноз шигеллез установлен согласно классификации МКБ-10 (А 03 Шигеллез), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- употребление подозрительного по контаминации возбудителем продукта (Особенно мясных и молочных), контакт с больным, неудовлетворительные условия быта

- острое начало, лихорадка
- соответствие степени интоксикации высоте лихорадки
- боль в животе, особенно в левой подвздошной и подвздошной областях
- частые скудные испражнения, со слизью и прожилками крови
- болезненность, спазм и уплотнение сигмовидной кишки
- тенезмы

2. Осложнения:

- ИТШ
- Кишечная кровотечение
- Перфорация кишки и перитонит

3. Основные методы исследования:

- ОАК
- Копрограмма
- бактериологическое исследование фекалий
- Серологические исследования: РНГА, РА

4. Лечение

- Этиотропное лечение: антибактериальные препараты (ципрофлоксацин или другие нереспираторные фторхинолоны)
- Патогенетическое лечение: дезинтоксикационная терапия, энтеросорбенты, гемостатическая терапия

11. ВИЧ-инфекция

1. Диагноз ВИЧ-инфекция установлен согласно классификации МКБ-10 (В 20 - Заболевание, обусловленное ВИЧ, которое сопровождается инфекционными и паразитарными заболеваниями) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- данные анамнеза (употребление инъекционных наркотиков, перенесенные болезни, передаваемых половым или парентеральным путем, «поведение риска»
- клинические проявления соответствующие стадии болезни
- в общем анализе крови: умеренная гипохромная анемия, тромбоцитопения, нейтропения, увеличение СОЭ.

2. Клинические стадии заболевания по ВОЗ:

Клинической стадии I

- Бессимптомное носительство
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия

Клинической стадии II

- Потеря массы тела до 10% от начальной
- Минимальные поражения кожи и слизистых оболочек (себорейный дерматит, грибковые поражения ногтей, рецидивирующие язвы слизистой оболочки ротовой полости)
- Эпизод опоясывающего герпеса в течение последних 5 лет
- Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей

Клинической стадии III

- Потеря массы тела более 10% от начальной
- Немотивированная хроническая диарея продолжительностью более 1 мес.
- Немотивированная лихорадка (интермиттирующая или постоянная)

Продолжительностью более 1 мес.

- Кандидоз ротовой полости (отек и гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, белые рыхлые наложения).
- Волосистая лейкоплакия слизистой оболочки ротовой полости
- Часто рецидивирующий опоясывающий герпес
- Туберкулез легких, развившийся в течение года, предшествующего осмотру
- тяжелые бактериальные инфекции
- Как правило, сохраняется генерализованная лимфаденопатия

Клинической стадии IV

- синдром истощения (кахексии) на фоне ВИЧ-инфекции
- пневмоцистная пневмония
- церебральный токсоплазмоз
- криптоспоридиоз с диареей более 1 мес.
- внелегочный криптококкоз
- цитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки или лимфатических узлов

- инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов или хроническим поражением кожи и слизистых оболочек
- прогрессирующая множественная лейкоэнцефалопатия
- любой эндемический микоз
- кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких
- диссеминированный нетуберкулезный микобактериоз
- сальмонеллезная септицемия (кроме *S.typhi*)
- внелегочный туберкулез
- саркома Капоши
- ВИЧ-энцефалопатия

3. Методы исследования:

- Экспресс-тест на ВИЧ
- ИФА
- ПЦР
- иммуноблоттинга
- Уровень иммуносупрессии, CD4 / CD8

4. Наиболее опасные биологические жидкости больного: кровь, грудное молоко и вагинальный секрет - у женщин, сперма - у мужчин.

12. Столбняк

1. Диагноз генерализованный столбняк установлено согласно клинической классификации (генерализованный столбняк, местный столбняк, главный столбняк, столбняк новорожденных) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- наличие в анамнезе ранения или травмы, ожогов, обморожений, оперативных вмешательств, родов, аборта во внебольничных условиях, а также информации о предварительной вакцинации против столбняка
- наличие классической ранней Триада симптомов (тризм, сардоническая улыбка, дисфагия)
- постоянное тоническое напряжение мышц (опистотонус)
- тетанические судороги
- сохранение сознания во время судорог

- лихорадка

- обильное потоотделение

2. Наиболее вероятные ранние осложнения

- Бронхит или пневмония или отек легких

- Переломы костей и позвоночника

- Разрывы сухожилий

- Инфаркт миокарда или миокардит

3. Лечение

- Обязательна госпитализация в инфекционный стационар

- Основной метод специфической терапии: противостолбнячная анитоксическая сыворотка

4. Препараты для специфической профилактики

- Противостолбнячная анитоксическая сыворотка

- Столбнячный анатоксин

- Человеческий противостолбнячный иммуноглобулин

13. Чума

1. Диагноз чума установлен согласно классификации МКБ-10 (A20.0 Чума, бубонная форма), учитывая килинико-эпидемиологические критерии:

- Острое начало

- Лихорадка

- Тяжелая интоксикация

- Серозно-геморрагическое воспаление лимфатических узлов и сильный локальная боль в месте образования бубона

2. Методы обследования

- Бактериоскопический (исследуют окрашенные по Граму, метиленовым синим или обработанные специфической люминесцентной сывороткой мазки, проявляют овоидной формы грамотрицательные палочки, биполярно окрашенные)

- Бактериологический (посев материала на агар Мартена или Хоттингера с натрия сульфитом, МПБ с последующей идентификацией культур и определением вирулентности)

- Серологический (РПГА, РГПГА, РНАг, РНАт, ИФА с моно- или поликлональными антителами). Для экспресс-диагностики используют РИФ (100% специфичность)

- Аллергическая проба с пестином

- Биологический метод (внутрибрюшинно, подкожно, внутрикожное введение материала морским свинкам или белым мышам)

- ПЦР

3. Чума согласно международным медико-санитарным нормам относится к особо опасным заболеваниям. Больные чумой подлежат обязательной госпитализации в специализированные стационары, которые работают в строгом противоэпидемическом режиме.

4. Средства этиотропной терапии

- стрептомицин 30 мг / кг / день 7-14 дней до 5 дня нормальной температуры-
левомецетин 80 мг / кг / день

5. Профилактика

- Вакцинация групп повышенного риска

- Антибиотикопрофилактика назначается контактным (ципрофлоксацин по 0,4 г два раза в сутки или доксициклин)

14. Рожа

1. Диагноз рожа установлено согласно классификации МКБ-10 (А46 Рожа, эритематозно-буллезная форма), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Острое начало с лихорадки и интоксикации

- Позже возникновения местных проявлений

- наличие у пациента своеобразных признаков воспаления кожи (эритема с четкой очерченностью - «языки пламени», «географической карты» и воспалительным валиком по периферии, появление буллезный и геморрагических элементов, отсутствие в покое), лимфангита и регионарного лимфаденита, наличие входных ворот при первичной роже и такой, что ранее наблюдалась однократно (повторная рожа) или аналогичного патологического состояния, несколько раз повторяется (При хронической роже).

2. При легком и среднетяжелом течении болезни возможно лечение в условиях ЦПМСД. При тяжелом течении и осложненных формах рожи необходима госпитализация в инфекционный стационар.

3. Ведущим направлением лечения рожи является антибактериальная терапия (Этиотропная) Антибиотиком выбора является пенициллин (по 1 млн ЕД 6 раз в сутки в течение 7-10 дней). Также применяют аминопенициллин, цефалоспорины, макролиты, фторхинолоны.

Патогенетическая терапия включает следующие направления: дезинтоксикационное, противовоспалительное.

Основой профилактики рецидивов рожи является систематическая бициллинопрофилактика (бициллин-5), санация хронических очагов инфекции, стабилизация хронических заболеваний, коррекция иммунного статуса организма.

15. Сальмонеллез

1. Диагноз сальмонеллез установлен согласно классификации МКБ-10 (A02.0 Сальмонеллёзный энтерит), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Механизм передачи - фекально-оральный, через продукты животного происхождения (яйца, мясо, молоко, молочные продукты)
- Инкубационный период от 2-6 ч до 2-3 суток
- Основной клинической формой сальмонеллеза является энтерит
- Лихорадка
- Интоксикация
- Диарейный синдром с испражнениями зеленого цвета, дегидратации или инфекционно-токсического шока
- Возможно развитие сепсиса с тифоподобным течением или септикопиемией

2. Обследование больного должно обязательно включать

- Общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилия, токсическая зернистость нейтрофилов, ускорение СОЭ)
- Копрограмма (крахмальные зерна, мышечные волокна, непереваренная клетчатка, жиры, мыла жирных кислот, патологические примеси - слизь,

лейкоциты, изредка эритроциты)

- Бактериологическое исследование кала (при энтерите), крови и мочи (при генерализации процесса). Посев проводят на плотные дифференциальные среды (Висмут-сульфитный агар, Эндо, Плоскирева), среды обогащения, желчный бульон, МПБ

- Серологическая диагностика используется в конце 1 недели а через 7-10 дней. Можно использовать РА (диагностический титр 1 160)

3. В стационаре должны лечиться пациенты с сальмонеллезом или сепсисом, тяжелым течением энтерита, тяжелыми фоновыми заболеваниями

4. Антибактериальные препараты показаны только при доминирующих признаках дистального колита, развития осложнений (ИТШ, коллапс, ОПН, остронарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, отит, эндо и миокардит, тромбоз мезентериальных сосудов). Предпочтение отдают фторхинолонам. Главным направлением лечения сальмонеллеза является дезинтоксикационные и регидратационные мероприятия. При явлениях ИТШ к патогенетическому лечению добавляют глюкокортикостероиды.

16. Бешенство

1. Диагноз бешенство установлен согласно классификации МКБ-10 (А82.0 Бешенство), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Продолжительность инкубационного периода 7 дней-1 год, в среднем 30-90 дней

- Укус, ослюнение животным в анамнезе

- Клиническая картина, при типичной форме проходит три последовательные стадии: предвестников, возбуждения, паралитическое.

- Гидро-, аэро-, акустикофобия

- Приступы возбуждения

- Гиперсаливация

2. При бешенстве возможна прижизненная специфическая диагностика

- Исследование отпечатков роговицы и биоптата кожи затылке с помощью ИФА

- Выделение вируса из слюны путем интрацеребральных заражения новорожденных мышей или культивирования вируса с помощью культуры

тканей мышинной нейробластомы

- ПЦР со слюной больного

Посмертно диагноз можно подтвердить с помощью следующих методов:

- выявление в нервных клетках головного мозга умершего патогномоничных телец Негри

3. При бешенстве показана немедленная госпитализация в ОРИТ

4. Лечебные мероприятия направлены на уменьшение страданий больного (Симптоматическое лечение)

5. Экстренная профилактика заключается в назначении антирабической вакцины по 1 мл по схеме 0, 3, 7, 14, 30, 90 день

17. Сыпной тиф

1. Диагноз сыпной тиф установлен согласно классификации МКБ-10 (A75.0 Эпидемический вшивый сыпной тиф, вызванный риккетсией Провасека), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Наличие больных н сыпной тиф, вшивость

- Острое начало с лихорадки, головной боли

- Характерная поведение больного со склонностью в возбуждение ЦНС (Галлюцинации, эйфория)

- Типичный вид больного; гиперемия и одутловатость лица, красные глаза характерным блеском («пьяное лицо» и «кроличьи глаза»)

- Положительные симптомы Киари, Лендорф-Розенберга, Годелье-Ремлинже, Дича

- Появление с 4-5 дня болезни после температурного «вреза» типичной полиморфной розеолезно-петехиальной сыпи на коже туловища и конечностей с появлением вторичных петехий в центре розеол

- развитие в период разгара тифозного статуса, делирия

- преобладание энцефалитических расстройств над менингеальными

- Умеренное увеличение печени и селезенки

- Характерная температурная кривая (продолжительность 2-2,5 недели) с двумя «врезами»

2. Специфическую диагностику проводят с помощью серологических реакций:

- Реакция агглютинации риккетсий (РАР) - реакция первого звена, положительной считается при разведении сыворотки 1: 40-1: 80
 - РНГА - реакция вторичного звена, диагностический титр 1: 1000-1: 2000
 - РНИФ - чувствительная, рекомендуется ВОЗ как золотой стандарт, титры в конце 1 недели 1: 320-1: 2560, на 10-15 день - 1: 2560-1: 10240
3. Все больные подлежат обязательной госпитализации
4. Применяют этиотропное лечение (антибиотики, например, доксициклин), патогенетическое (дезитоксикационная, ГКС, ингибиторы протеолиза, антикоагулянты, седативные вещества или транквилизаторы)

18. Сибирская язва

1. Диагноз сибирская язва установлено согласно классификации МКБ-10 (A22.0 Кожная форма антракса), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Уход за больными животными, свеживание умерших животных, обрушение мяса, работа с загрязненной сырьем (кожа животных и т.д., потребление мяса неизвестного происхождения)
- Появление пятна сопровождается зудом, и ее быстрая трансформация (в течение нескольких часов) в пузырь, а затем в язву
- Характер язвы (темный струп, набухший валик, трехцветное окраски пределы воспаления, отсутствие боли в месте локализации язвы)
- Дочерние пузырьки вокруг язвы (симптом «жемчужного ожерелья»)
- желеобразный безболезненный распространенный отёк ткани
- студнеобразное дрожание отёка при постукивании перкуторным молоточком (симптом Стефанского)

2. Обследование больного включает следующие пункты:

- ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускорение СОЭ)
- ЗАМ (протеинурия, лейкоцитурия)
- Бактериоскопический метод
- Бактериологический метод
- Биологический метод (заражение лабораторных животных)
- Серологические реакции (РСК, РНГА, ИФА)
- Внутрикожная аллергическая проба с антраксином

- ПЦР

3. Больной подлежит обязательной госпитализации в инфекционный стационар

4. Больному назначают

- Этиотропную терапию (пенициллин 1-2 млн ЕД 6 раз в сутки в течение 7-10 дней)

- патогенетическую терапию (дезинтоксикационную)

19. Болезнь Лайма (системный клещевой боррелиоз, Лайм-боррелиоз)

1. Диагноз болезнь Лайма (системный клещевой боррелиоз, Лайм-боррелиоз) установлен согласно классификации МКБ-10 (А 69.2 болезнь Лайма), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- пребывание в эндемичной местности, посещение леса, выявления клещей, которые присосались

- наличие интоксикационного синдрома, лихорадки

- типичная мигрирующая эритема на месте присасывания клеща (эритематозное поражение кожи с просветлением внутри)

2. Специфические исследования:

- серологические исследования (ИФА, РНИФ)

- бактериологическое исследование (выявление возбудителя в спинномозговой жидкости, биоптатах кожи)

- ПЦР

3. Лечение

- Легкое течение - амбулаторное лечение, средней тяжести и тяжелое течение

- госпитализация

- Антибиотикотерапия (доксциклин, амоксициллин или цефалоспорины)

- Дезинтоксикационная терапия

20. Корь

1. Диагноз кори установлен согласно классификации МКБ-10 (B05.9 Корь без осложнений), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- Контакт с больным корью;

- Лихорадка, интоксикация, триада Стивенса, пятна Коплика;
- выраженная пятнисто-папулезная сыпь, которая имеет тенденцию к слиянию, ее нисходящая последовательность;
- 2. Осложнения заболевания: пневмония, энцефалит.
- 3. Специфическая диагностика - выявление антител IgM к вирусу кори.
Инструментальное исследование - рентгенография ОГК
- 4. Принципы лечения: дезинтоксикация, антигистаминные средства, витамины.
- 5. Сроки изоляции больного до 4 дня с момента появления сыпи.
Специфическая профилактика - вакцинация

21. Коронавирусная инфекция, COVID-19

1. Диагноз коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-Cov-2, установлен согласно классификации МКБ-10 (U07.2 - COVID-19), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:
 - острое начало с лихорадки и интоксикации;
 - наличие першения в горле, сухого кашля,
 - потеря запаха и вкуса,
 - ощущение нехватки воздуха и снижение SpO₂
2. Осложнения: Двухсторонняя полисегментарная пневмония. ОДН I-II ст. - одышка (ЧД- 28-30 в минуту), SpO₂ - 90%, аускультативно в нижних отделах обоих легких ослабленное дыхание, крепитация.
3. Основной метод лабораторной диагностики для подтверждения диагноза – выявление РНК вируса SARS-Cov-2 методом ПЦР, кроме того используют быстрые тесты для экспресс-диагностики (антиген коронавируса SARS-Cov-2)
4. Неспецифическая лабораторная диагностика:
 - Общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы;
 - Биохимические анализы крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин).
 - Пациентам с признаками ОДН рекомендовано выполнение коагулограммы с определением протромбинового времени, международного нормализованного

отношения и активированного частичного тромбoplastинового времени.

- Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии.

Инструментальные методы исследования:

- компьютерная томография легких или обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях;
- Электрокардиография в стандартных отведениях рекомендуется всем пациентам.

5. При легком и среднетяжелом течении заболевания возможно лечение в амбулаторных условиях. При тяжелом течении и осложненных формах COVID-19 необходима госпитализация.

6. Специфическая профилактика заболевания – вакцинация.

22. Туляремия

1. Диагноз установлен согласно классификации МКБ-10 (A21 Туляремия), учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- контакт с грызунами, укусы насекомых;
- употребление воды из открытых водоемов;
- работа в поле, складских помещениях, зернохранилищах и т.п.;

клинические критерии:

- наличие умеренно болезненных крупных подвижных лимфатических узлов (бубонов), не соединенных между собой и близлежащими тканями;
- длительное течение болезни

1. Клиническая форма – glandулярная (бубонная) – наличие умеренно болезненных крупных подвижных лимфатических узлов (бубонов), не соединенных между собой и близлежащими тканями

2. Лабораторные исследования для подтверждения диагноза.

Используют бактериоскопическое и бактериологическое исследования, проводимые в специальных лабораториях. Материал от больных (кровь, пунктат бубона, выделение из язвы на коже, конъюнктиве, налет из миндалин, мокрота) по возможности собирают в первые дни болезни до применения антибиотиков.

Серологические исследования: РА с использованием туляремийного диагностикума; ИФА (обнаружение антител класса IgM и IgG).

Перспективной считают ПЦР.

1. Неспецифическая диагностика:

- общий анализ крови

- общий анализ мочи

2. Госпитализация в инфекционный стационар обязательна.

3. Этиотропная терапия. Согласно рекомендациям ВОЗ назначают стрептомицин внутримышечно в дозе 0,5 г 2 раза в сутки 7-10 дней, для лечения легочной и генерализованной туляремии по 1 г 2 раза в сутки. При тяжелом течении считается необходимым продолжать антибактериальную терапию вплоть до 5-7-го дня апирексии.

23. Острый бруцеллез

1. Диагноз острый бруцеллез установлен согласно классификации МКБ-10 (A23.0 Бруцеллез, вызванный *Brucella melitensis*), учитывая клинико-анамнестические данные:

- острое начало с умеренной интоксикацией, но повышением температуры до 38-39°C, переносимой удовлетворительно,

– тахикардия, гипотония;

- симптомы полиаденопатии – увеличение всех групп периферических лимфатических узлов размером до 1 см, подвижные, безболезненные, эластичные;

- гепатолиенальный синдром – увеличение печени и селезенки;

- синдром поражения опорно-двигательного аппарата - боль в тазобедренном и коленном суставах и незначительная ограниченность их подвижности;

- синдром поражения вегетативной нервной системы – кожные покровы влажные, бледные.

данные эпидемиологического анамнеза:

- бруцеллез в большинстве случаев – это профессиональное заболевание у работников животноводства и предприятий, возделывающих продукты от животных.

1. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза:

- Серологические – реакции Райта и Хеддельсона, ИФА, РСК в парных сыворотках.
- бактериологическое выделение возбудителя из крови
- ПЦР

1. Неспецифические методы исследований:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимические анализы крови (СРБ, протеинограмма, АлАТ, АсАТ, билирубин)

Инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости
- рентгенография крупных суставов

2. Этиотропная терапия: антибактериальные препараты (доксциклин)

3. Патогеническое и симптоматическое лечение: дезинтоксикационная терапия, нестероидные противовоспалительные средства.

24. Острый гепатит С

1. Диагноз острого гепатита С установлен согласно МКБ 10 (В17.1 – острый ВГС) с учетом клинико-эпидемиологических данных:

- принадлежность пациента к группам риска – лица, употребляющие наркотические вещества парентеральным путем; больные гемофилией; медицинские работники;
- наличие в анамнезе хирургических вмешательств или манипуляций (операции, пирсинг, татуировка, маникюр), гемодиализа или гемотрансфузий;
- симптомы астеновегетативного синдрома (слабость, недомогание, снижение концентрации и памяти, повышенная утомляемость), возможные артралгии и легкие диспептические проявления (тошнота, снижение аппетита, боль в правом подреберье);
- субиктеричность склер, гепатоспленомегалия.

1. Ведущим механизмом передачи HCV является гемоконтактный (парентеральный). Передача вертикальным и половым путем возможна, но

реализуется гораздо реже.

2. Специфическая диагностика: ИФА сыворотки крови на аHCV IgM и выявление РНК HCV методом ПЦР.

3. К неспецифическим методам исследования относятся: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови (общий билирубин и их фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба).

Инструментальный метод – УЗИ органов брюшной полости

4. На сегодняшний день основным направлением лечения является применение противовирусных препаратов прямого действия – ингибиторов вирусной протеазы и полимеразы.

25. Инфекционный мононуклеоз

1. Диагноз инфекционный мононуклеоз установлен согласно классификации МКБ-10 (B27.0 Гаммагерпесвирусный инфекционный мононуклеоз) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- возраст больного (до 3 лет или 15-18 лет)
- горячка
- умеренная интоксикация
- тонзиллит
- генерализованная лимфаденопатия
- легкая желтуха кожи и склер
- гепатоспленомегалия

1. Методы исследования для подтверждения диагноза:

- серологический метод (ИФА сыворотки крови на аVEB IgM)
- ПЦР (ДНК VEB)

2. Из общеклинических методов обследования обязательно назначают общий анализ крови, где характерны лейкоцитоз, лимфоцитоз, появление большого количества атипичных мононуклеаров;

биохимические исследования крови: общий билирубин и их фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба.

Из инструментальных методов исследования целесообразно назначить УЗИ

органов брюшной полости.

3. Этиотропное лечение: противовирусные препараты группы ацикловира (валцикловир, ганцикловир)

4. Патогенетическое лечение: дезинтоксикация, короткий курс глюкокортикостероидов. Симптоматическая терапия (НПВП, антисептические растворы).

26. Токсоплазмоз

1. Диагноз токсоплазмоз установлен согласно классификации МКБ-10 (B58.9 Токсоплазмоз, неуточненный) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- проживание в сельской местности,
- контакт с кошками;
- беременность, подозрение на поражение плода (врожденный токсоплазмоз);
- длительное (более 3 недель) повышение температуры тела до субфебрильных цифр неустановленного происхождения;
- увеличение периферических лимфатических узлов (шейных, затылочных, подмышечных, паховых), если оно не может быть объяснено другими причинами;
- увеличение печени, селезенки,
- боли в мышцах и суставах.

2. Наиболее характерные пути заражения:

- пероральный
- контактный
- вертикальный
- ятрогенный

3. Необходима консультация инфекциониста, акушера-гинеколога, подозрение на поражение плода (врожденный токсоплазмоз) и офтальмолога, для исключения хориоретинита

4. Выделяют следующие методы специфической диагностики:

- паразитологический метод - обнаружение возбудителя во время микроскопии мазков крови, спинномозговой жидкости, околоплодных вод, плаценты, abortивного материала.

- серологические методы (ИФА), которые позволяют подтвердить наличие специфических антител в сыворотке крови, спинномозговой жидкости, околоплодных водах
 - ПЦР — выявление ДНК токсоплазм в материале, взятом у больного (амниотическая жидкость, пуповинная кровь, спинномозговая жидкость);
5. Этиотропное лечение: антибиотики (доксциклин, спирамицин) и антипаразитарные (хлорохин, метронидазол, пириметамин) препараты.

27. Краснуха

1. Диагноз краснуха установлен согласно классификации МКБ-10 (B06.9 Краснуха без осложнений) учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- острое начало болезни;
- умеренное повышение температуры тела;
- умеренные катаральные симптомы;
- заднешейная и особенно двусторонняя затылочная лимфаденопатия;
- мелкопятнистая сыпь (отсутствие этапности сыпи);
- контакт с больным, у которого наблюдалась подобная сыпь.

2. Осложнения беременности:

- поражение плода.

3. Неспецифическая лабораторная диагностика – общий анализ крови, общий анализ мочи.

4. Методы специфической диагностики – серологические (обнаружение антител IgM к вирусу краснухи), ПЦР.

5. Рекомендации по беременности: констатация инфицирования на ранней стадии (до 14-16 недели) является абсолютным показанием к прерыванию беременности.

6. Принципы лечения – симптоматическая терапия (НПВС, антигистаминные препараты)

7. Специфическая профилактика – вакцинация живой краснушной или комбинированной вакциной КПК.

28. Ветряная оспа

1. Диагноз ветряной оспы установлен согласно классификации МКБ – 10: B01.9
Ветряная оспа без осложнений, учитывая клинические критерии:

- острое начало с повышения температуры тела, слабости и появления зудящей экзантемы везикулезного характера,
- распространение элементов по всей поверхности кожи, включая волосистую часть головы в первый день заболевания,
- явления «ложного» полиморфизма,
- умеренные катаральные проявления.

2. Наиболее распространенные осложнения при ветряной оспе:

- бактериальные осложнения кожи и подкожной клетчатки
- пневмония
- ложный круп
- поражение нервной системы – менингит, менингоэнцефалит
- поражение органа зрения

3. Специфические методы диагностики заболевания:

- обнаружение ДНК VZV методом ПЦР
- серологические исследования (ИФА)

4. Общеклинические исследования:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи

5. Этиотропное лечение:

- противовирусные препараты на основе ацикловира, показанные в случае осложнений, вызванных инфицированием VZV, тяжелого течения ветряной оспы или в группах риска осложнений.

6. Патогенетическое и симптоматическое лечение: антипиретики, за исключением ацетилсалициловой кислоты (риск синдрома Рея), лекарственные средства против зуда – антигистаминные препараты, обработка элементов сыпи растворами 1% метиленового синего (водный раствор).

7. Специфическая профилактика: вакцинация («Варилрикс»).

8. Противоэпидемические мероприятия:

- изоляция больного к 5 дню после появления последних элементов сыпи

29. Желтая лихорадка

1. Диагноз «желтая лихорадка» установлен согласно классификации МКБ-10, учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- эпидемиологический анамнез (нахождение в Южной Америке, контакт с обезьянами);
- острое начало болезни;
- сочетание геморрагического синдрома и желтухи;
- поражение почек;
- позже возникновение местных проявлений

2. Методы исследований, необходимые для подтверждения диагноза: вирусологическое исследование, серологические исследования (ИФА), ПЦР.

3. Неспецифические методы исследований:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи
- биохимические исследования: печеночные пробы (общий билирубин и их фракции, АЛат, АсАт, тимоловая проба), почечные пробы (мочевина, креатинин),
- коагулограмма

4. Госпитализация в инфекционный стационар обязательна.

5. Основные направления лечения Специфическая этиотропная терапия не разработана. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия, гемостатические средства, противошоковые и глюкокортикостероиды, проведение гемодиализа при почечной недостаточности.

6. Ведущее средство профилактики – вакцинация.

30. Менингококковая инфекция: менингококцемия.

1. Диагноз «Менингококковая инфекция: менингококцемия» установлен согласно классификации МКБ-10, учитывая клинико-эпидемиологические критерии:

- острое начало болезни
- лихорадка и интоксикация
- наличие характерной геморрагической сыпи с некрозом в центре,

- а также эпидемиологического анамнеза (контакт с человеком с респираторными признаками)
- 2. Осложнения – инфекционно-токсический шок (кожные покровы бледные, пульс 110 ударов в минуту, артериальное давление 80/50 мм рт.ст.)
- 3. При среднетяжелом и тяжелом течении менингококковой инфекции необходима госпитализация в инфекционный стационар.
- 4. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза: бактериоскопическое и бактериологическое исследование крови и
- 5. Неспецифические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи.
- 6. Ведущим направлением этиотропной терапии менингококковой инфекции является антибактериальная терапия. Антибиотиками выбора являются левомецетин или цефалоспорин.
- 7. Патогенетическое лечение предполагает дезинтоксикационную терапию, глюкокортикостероиды и противошоковые препараты. Симптоматическое лечение – НПВП.
- 8. Специфичная профилактика: вакцинация.