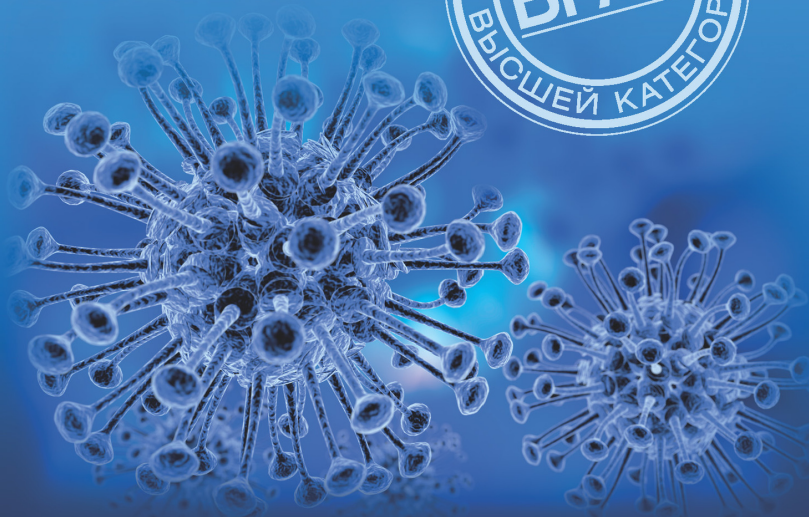


Е.Г. СИЛИНА,
А.Л. ВЁРТКИН



ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Аркадий Львович Вёрткин
Елена Геннадиевна Силина
Инфекционные заболевания.
Руководство для
практических врачей
Серия «Врач высшей категории»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42668051

Инфекционные заболевания. Руководство для практических врачей:

Эксмо; Москва; 2019

ISBN 978-5-04-103260-9

Аннотация

В поликлинику обращаются пациенты с самыми разнообразными жалобами и симптомами, и уже при первой встрече с больным врач общей практики должен заподозрить наличие инфекционной патологии, так как это определяет раннюю диагностику, правильную терапию и своевременное проведение необходимых противоэпидемических мероприятий, что обеспечивает безопасность окружающих людей. Именно поэтому амбулаторная служба всегда остается ведущей в этом направлении. В данном руководстве мы попытались структурировать и изложить основные сведения об инфекционных заболеваниях, часто встречающихся в

общей врачебной практике, осветить особенности клинической картины, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Отдельно проанализированы стандартные ошибки при ведении больных с инфекционной патологией. Все эти параметры имеют огромное значение и определяют тактику лечения и прогноз заболевания. Мы надеемся, что наша книга поможет участковым терапевтам и врачам общей практики в повседневной работе с данной категорией больных.

Содержание

Введение	6
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	19
Путеводитель по инфекционным заболеваниям	28
Конец ознакомительного фрагмента.	30

Елена Силина
Инфекционные
заболевания. Руководство
для практических врачей

© Вёрткин А.Л., текст, 2019

© Силина Е.Г., текст, 2019

© ООО «Издательство «Эксмо», 2019

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. Согласно 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 ин-

фекционной 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 межвидо-

вой барьер между животными и человеком (например, вирус оспы обезьян), появляться в «нетипичной» географической зоне (лихорадка Крым-Конго, энтеровирусная инфекция и др.). Чаше 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 синдро-

мом

ДН – дыхательная недостаточность

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертыва-

ние

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 па-

лочка

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

SpO₂ – 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: не отягощен.

Аллергоанамнез без особенностей.

Анализ крови при поступлении. Гемоглобин 139 г/л; эритроциты $4,71 \cdot 10^{12}$ /л; тромбоциты $171 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты $4,5 \cdot 10^9$ /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 на примере стационара можно более наглядно продемонстрировать масштабность серьезных социальных и экономических последствий, которые возникли в связи с несвоевременной диагностикой инфекционного заболевания.

Уже через несколько дней после перевода пациента в инфекционный стационар стали регистрироваться случаи заболевания корью среди сотрудников больницы: от заведующих отделениями до лифтеров. Один из врачей в тяжелом состоянии был госпитализирован в реанимацию инфекционной больницы. Практически на два месяца был введен карантин, что парализовало работу одного из крупнейших стационаров Москвы. Проводился целый комплекс противоэпидемических мероприятий, однако не удалось предотвратить заболеваемость корью среди студентов медицинского вуза, обучающихся на территории больницы, в связи с чем на разных кафедрах отменялись и переносились занятия. Более то-

го, все это косвенно отразилось на деятельности других стационаров, которым приходилось работать с повышенной нагрузкой.

Этот клинический пример очередной раз демонстрирует важность сбора эпидемиологического анамнеза, оценки социального статуса, тщательного осмотра больного и необходимости наличия у врача нацеленности на выявление инфекционной патологии. Возможно, что при более внимательном осмотре пациента в приемном отделении с соблюдением всех правил пропедевтики, а именно при осмотре полости рта, можно было бы увидеть патогномичный признак кори – пятна Бельского – Филатова – Коплика, которые обычно появляются на слизистой к концу первых – в начале вторых суток болезни и позволяют поставить правильный диагноз на ранней стадии развития заболевания, еще до появления сыпи. Этот несложный диагностический прием мог бы помочь своевременно поставить диагноз и предотвратить развитие цепи негативных событий, которые последовали за неправильной госпитализацией инфекционного больного в непрофильный стационар.

Инфекционные болезни: что мы знали о них ранее и что мы знаем сегодня

В древнеегипетских папирусах, в сочинениях Эмпедокла, Варрона и Колумелла (I век до н. э.), Гиппократ и Авиценны имеется подробное описание отдельных симптомов малярии. Именно она официально считается первой самостоятельной нозологической единицей среди инфекционных заболеваний, так как была очень широко распространена среди населения, имела характерную симптоматику и четкий ритм лихорадки. Еще в VI веке до н. э. Гиппократ считал, что причиной заразных болезней являются невидимые живые существа. Он достаточно ярко описал клинику столбняка, возвратного тифа, эпидемического паротита, рожи и сибирской язвы, которой он дал название anthrax (уголь). Однако еще долго многие заболевания объединяли под общим термином **тиф** или **горячка**, позже появился термин **поветрия**.

Авиценна (Абу Али ибн Сина) впервые высказал предположение о передаче холеры через воду и советовал людям употреблять только кипяченую и подкисленную уксусом воду. Луи Пастер подтвердил эту гениальную догадку о микробах только спустя 800 лет. Первым микробов воочию увидел голландский натуралист Антони Левенгук, который с помо-

щью изобретенного им микроскопа описал их как «живых зверьков», живущих в дождевой воде, зубном налете и других материалах.

Люди с древних времен опасались заразных больных и пытались их изолировать:

- калмыки отвозили больных оспой в степь, где их оставляли на произвол судьбы, укутав в войлок;
- осетины выселяли больных туберкулезом в шалаши, сооруженные в отдалении от селений, куда приносили им пищу;
- при появлении первых признаков проказы больного отпевали в церкви как мертвого, устраивали символические похороны, а затем давали тяжелый балахон с капюшоном и подвешивали на шею колокольчики, что возвещало о приближении прокаженного, и т. д.

Позже в очагах эпидемии для профилактики вводился карантин. В отношении нарушителей карантинов применялись жесточайшие наказания: их сжигали вместе с имуществом. Начиная с эпохи Петра I, нарушителей карантинов вешали.

Другое название – **морвые болезни** – инфекционные заболевания получили потому, что эпидемиями охватывались огромные территории, включая целые государства и народы. Потери, которые понесло человечество от инфекционных болезней, значительно превышают ущерб от всех войн, катастроф и голода вместе взятых. Пандемии и эпидемии чумы, холеры, натуральной оспы, сыпного и брюшного тифов,

дифтерии, малярии, гриппа и других болезней только в последнем тысячелетии унесли сотни миллионов человек. Самой смертоносной пандемией гриппа А за всю историю человечества считается испанский грипп, или испанка, названный так потому, что именно испанское правительство первым официально объявило о пандемии. Основными симптомами болезни были синий цвет лица и кровавый кашель. Зачастую вирус вызывал внутрилегочное кровотечение, в результате которого больной захлебывался собственной кровью. В 1918–1919 годах за 18 месяцев во всем мире испанкой заболели около 550 млн человек, или 29,5 % населения планеты, при этом умерли от 50 до 100 млн человек, или 2,7–5,3 % населения Земли, в то время как на фронтах Первой мировой войны погибли 10 млн человек. Вирусы гриппа типа А и в настоящее время периодически провоцируют пандемии. Так, в июне 2009 года ВОЗ объявила о пандемии, вызванной подтипом вируса, ранее не встречавшимся в человеческой популяции и поначалу названным свиным. Сейчас он обозначается как вирус А (H1N1)pdm09. Пандемия быстро распространилась на все континенты земного шара, заболели более 50 млн человек, из них более 18 тыс. человек скончались.

Современный термин **инфекционные болезни** впервые ввел величайший немецкий врач своего времени Кристоф Вильгельм Гуфеланд (1762–1836).

На сегодняшний день известно, что инфекционные болез-

ни – это группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов, вирусов и прионов.

Инфекционный процесс – комплекс взаимных приспособительных реакций в ответ на внедрение и размножение патогенного микроорганизма в макроорганизме, направленных на восстановление нарушенного гомеостаза и биологического равновесия с окружающей средой. Участники: микро- + макроорганизм + окружающая среда.

Определены факторы риска, способствующие распространению инфекционных заболеваний:

- войны и вооруженные конфликты;
- социальные, экономические катастрофы;
- стихийные бедствия; нарушения экологического равновесия;
- плохие жилищно-бытовые условия и нарушение гигиены служебных помещений, скученность;
- переохлаждение или перегревание организма, сопровождающееся резким ослаблением иммунной системы;
- несоблюдение или нарушение правил личной гигиены;
- употребление для питья и умывания некачественной воды, а также пищи, зараженной возбудителями инфекционных болезней;
- импорт продуктов питания в рамках международной торговли;

- алкоголизм, наркомания, беспорядочная половая жизнь;
- несвоевременное обращение за медицинской помощью или некачественное ее оказание, в том числе в связи с недостаточной информированностью;
- отказ от прививок и т. д.

В течение нескольких лет важным фактором распространения инфекционных заболеваний с территории других государств являются беженцы и военнослужащие, участвующие в боевых действиях на территории государств, вовлеченных в вооруженный конфликт и испытывающих серьезные экономические трудности.

Очень интересным представляется факт эволюции понятия «особо опасные инфекции». Например, холера испокон веков относилась к этой категории заболеваний, поскольку 27–30 % пациентов умирали. Однако в 1970 году в Астрахани во время эпидемии холеры летальность составила лишь 0,1 %. При этом умерли 12 человек, половина из которых не лечились вообще или лечились такими методами, которые сами по себе могли привести к летальному исходу.

Чума, которая в Средние века опустошала Европу, сегодня стала амбулаторным заболеванием. Во Вьетнаме, например, пациентов с кожно-бубонной формой чумы даже не госпитализируют, так как при легкой форме заболевания хорошо помогают антибиотики тетрациклинового ряда. Смертность возрастает, если в редких случаях кожная форма переходит в легочную, однако изоляция заболевших и прове-

дение лечения значительно повышают процент выживаемости, и заболевание не получает широкого распространения.

Бруцеллез и туляремия могут вызывать массовое заражение людей от животных, но они не передаются от человека к человеку, поэтому сейчас их опасность относительна.

С другой стороны, существуют инфекции, которые дают очень высокую летальность, при этом их не относят к особо опасным, например бешенство, где не было зарегистрировано ни одного случая выздоровления.

Как показала многолетняя практика, самой опасной инфекцией на сегодняшний день является грипп, так как для него характерна очень высокая заболеваемость и смертность, однако его не относят к опасным инфекциям. Экономические потери от гриппа и ОРВИ составляют 90 % совокупного ущерба от всех инфекционных болезней.

Таким образом, в настоящее время достигнуты определенные успехи в области борьбы с инфекционной патологией, а именно:

1. Ликвидирована натуральная оспа.
2. Обузданы эпидемии чумы, холеры, брюшного и сыпного тифа.
3. Существенно снизилась заболеваемость полиомиелитом, эпидемическим паротитом и дифтерией.

С другой стороны, в последние годы темп изменения клинических и эпидемиологических проявлений многих инфекций увеличился настолько, что появилось понятие **совре-**

менная эволюция эпидемического процесса, включающее следующие особенности инфекционной патологии:

1. *Регистрация новых инфекций, вызванных ранее неизвестными инфекционными агентами.* Так, в конце XX века зарегистрировано более 30 «новых» инфекционных болезней, а именно: легионеллез, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), эрлихиоз, вирусные гепатиты E, C, D, F, G, TTV-инфекция, геморрагические лихорадки Ласса, Эбола, Марбург, ВИЧ-инфекция, астраханская риккетсиозная и карельская лихорадки, кампилобактериоз, ряд вирусных кишечных болезней и др.

2. *Появление лекарственно-устойчивых форм возбудителей,* в том числе среди так называемых «возвращающихся инфекций», например, зарегистрированы формы туберкулеза, резистентные к традиционной терапии этого заболевания.

3. *Возрастание роли вирусов* в качестве доминирующих этиологических агентов, особенно у вновь выявляемых инфекций, при этом диагностика полноценно осуществляется лишь в единичных лабораториях.

4. *Проблема внутрибольничной инфекции,* включающая отсутствие полноценной регистрации, несвоевременное проведение профилактических мероприятий, что способствует распространению этой патологии.

5. *Доказательство инфекционной природы* ряда соматических заболеваний, традиционно считавшихся неинфекци-

онными, например:

- в **гастроэнтерологии**: установлена патогенетическая роль *H. pylori* в развитии гастритов и язвенной болезни, а *Tropheryma whippelii* – болезни Уиппла;

- в **кардиологии**: доказана роль стрептококка как фактора развития ревматизма; выявлена роль кардиотропных энтеровирусов и хронической формы вирусной инфекции Коксаки в этиологии ревмокардита, а также значительное повышение риска развития атеросклероза у пациентов с антителами к вирусу гепатита А;

- в **онкологии**: доказана роль папиллома-вируса, вирусов герпетической группы, вирусов гепатитов В и С и др. в качестве этиологических факторов злокачественных новообразований;

- в **гинекологии**: хронические воспалительные заболевания, вторичное бесплодие, тератогенное влияние на плод, тяжелые заболевания у новорожденных нередко обусловлены инфекциями в составе TORCH-комплекса¹.

Таким образом, человечество в борьбе с инфекционными заболеваниями не только не достигло цели по ликвидации инфекций, но и столкнулось с проблемой постоянного изменения и расширения спектра возбудителей, в том числе

¹ TORCH-комплекс – аббревиатура, созданная по первым буквам латинских названий инфекций, а именно: **T**oxoplasmosis, **O**thers – другие инфекции, **R**ubella – краснуха; **C**ytomegalovirus, **H**erpes simplex virus – герпес, при этом под термином «другие» подразумеваются гепатиты В и С; сифилис; гонококковая инфекция; ВИЧ; ветряная оспа и энтеровирус и др.

с быстрой эволюцией усиления патогенности и вирулентности условно-патогенных микробов. Все это определяет круг задач, которые предстоит решать в ближайшие годы.

Путеводитель по инфекционным заболеваниям

Современное определение инфекционного процесса включает взаимодействие **трех основных факторов** – возбудителя, макроорганизма и окружающей среды, каждый из которых может оказывать существенное влияние на его результат.

Выделяют несколько форм течения инфекционного процесса:

1. Носительство:

- Транзиторное.
- Здоровое.
- Реконвалесцентное: острое и хроническое.

2. Инфекционная болезнь:

- Острейшая (фульминантная, молниеносная).
- Острая: типичная (легкая, средняя, тяжелая); атипичная (бессимптомная, стертая и abortивная).
 - Хроническая.
 - Медленная.

3. Латентная инфекция.

Таким образом, инфекционная болезнь – это частное проявление инфекционного процесса, крайняя степень его развития.

Инфекционные болезни имеют ряд особенностей, которые отличают их от неинфекционных, к числу которых относятся:

- **специфичность** – каждое инфекционное заболевание имеет своего живого специфического возбудителя (*исключения: у одной болезни может быть несколько возбудителей (например, сепсис) или, наоборот, стрептококк может вызывать разные болезни – ангину, скарлатину и рожу*);

- **контагиозность (заразительность)** – способность возбудителя инфекционной болезни передаваться от зараженного организма здоровым (есть исключения, например столбняк). Для характеристики степени контагиозности определяется индекс контагиозности, т. е. процент заболевших от общего количества восприимчивых лиц, подвергшихся опасности заражения. Например, корь относится к числу высококонтагиозных заболеваний, ее индекс контагиозности – 95–100 %;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.