

# СОДЕРЖАНИЕ

Участники издания . . . . .	5
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	7
Введение . . . . .	9
<b>Модуль 1.</b> Лихорадочно-интоксикационный синдром ( <i>Малов И.В., Аитов К.А., Лемешевская М.В., Бурданова Т.М., Орлова Л.С.</i> ) . . .	13
<b>Модуль 2.</b> Катарально-респираторный синдром ( <i>Ратникова Л.И.</i> ) . . . . .	35
<b>Модуль 3.</b> Менингеальный синдром ( <i>Венгеров Ю.Я.</i> ) . . . . .	46
<b>Модуль 4.</b> Гепатолиенальный синдром ( <i>Галимзянов Х.М., Василькова В.В.</i> ) . . . . .	60
<b>Модуль 5.</b> Синдром желтухи ( <i>Максимов С.Л.</i> ) . . . . .	77
<b>Модуль 6.</b> Синдром диареи ( <i>Фазылов В.Х., Муртазина Г.Х.</i> ) . . . . .	94
<b>Модуль 7.</b> Экзантема, энантема, первичный аффект ( <i>Кашуба Э.А., Ханипова Л.В., Любимцева О.А., Мишакина Н.О.</i> ) . . . . .	108
Ответы к ситуационным клиническим стандартизированным задачам. . . . .	163
Список литературы . . . . .	167
Предметный указатель . . . . .	170

## Модуль 2

# КАТАРАЛЬНО-РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ

**Катарально-респираторный синдром** — симптомокомплекс, развивающийся при остром катаральном воспалении слизистых оболочек верхних дыхательных путей и проявляющийся заложенностью носа, насморком, неприятными ощущениями в горле, кашлем, охриплостью голоса, повышением температуры тела. Клинические проявления катарального синдрома: сочетанное развитие ринита, ларингита, фарингита, трахеита.

Ринит характеризуется заложенностью носа и затруднением носового дыхания либо насморком с разным объемом и разной характеристикой отделяемого из носа (серозное, слизистое, слизисто-гнойное, кровянистое). При осмотре слизистая оболочка носа набухшая, гиперемирована, нередко покрыта корочками.

Трахеит характеризуется болью, саднением, царапаньем за грудиной, кашлем разной интенсивности (сухой или с отделением мокроты).

Фарингит характеризуется першением в горле, ощущением затруднения при глотании. При осмотре слизистая оболочка глотки утолщена и гиперемирована.

Основным проявлением ларингита является изменение тембра голоса: появляется охриплость голоса, он становится трудно различимым, вплоть до полной афонии. Иногда возникает «лающий» кашель, имеющий важное дифференциально-диагностическое значение (у детей может развиваться симптомокомплекс крупа — острый стеноз гортани).

Воспалительный процесс с верхних дыхательных путей может распространиться и на нижние отделы респираторного тракта с развитием острого трахеобронхита.

В основе развития катарально-респираторного синдрома лежит катаральное воспаление слизистых оболочек дыхательных путей, характеризующееся образованием обильного экссудата различного характера (слизистого, серозного, гнойного). Катаральный процесс вне зависи-

мости от его этиологии (повреждающее действие вирусов, бактерий, раздражающих веществ) проходит последовательно следующие фазы:

- 1) альтерация — некроз слоев эпителия;
- 2) транссудация — просачивание плазмы с образованием выпота серозного или серозно-геморрагического;
- 3) лейкоцитарная инфильтрация — гнойное превращение экссудата;
- 4) увеличение секреции муцина с появлением вязкой слизи;
- 5) восстановление эпителиальных клеток, целостности эпителиального пласта под покровом слизи.

В зависимости от глубины повреждений слизистой оболочки в первой фазе будут преобладать процессы слизееобразования (при поверхностном поражении) или транссудации с последующей гнойной экссудацией при разрушении более глубоких слоев слизистой оболочки.

### **Лабораторные исследования, направленные на выявление и подтверждение катарально-респираторного синдрома**

Решающую роль в подтверждении диагноза заболеваний с катарально-респираторным синдромом играют методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, при которых катарально-респираторный синдром является одним из ведущих синдромов.

Методы диагностики: бактериологический, иммунофлюоресценции, реакции непрямой гемагглютинации, торможения гемагглютинации, пассивной гемагглютинации, РСК, ИФА, ПЦР. Информативен детальный осмотр зева, обязательно в условиях направленного освещения.

Перечень основных нозологических форм инфекционных болезней, течение которых сопровождается развитием катарально-респираторного синдрома:

- острые респираторные вирусные инфекции (парагрипп, аденовирусная инфекция, коронавирусная инфекция, риновирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция, риновирусная инфекция, реовирусная инфекция);
- грипп;
- энтеровирусные инфекции;
- корь;
- краснуха;

- герпесвирусные инфекции (цитомегаловирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз);
- менингококковый назофарингит;
- тяжелый острый респираторный синдром.

## Перечень основных заболеваний, протекающих с развитием катарально-респираторного синдрома

**Таблица 2.1.** Заболевания, имеющие наибольшее практическое значение для проведения дифференциальной диагностики при наличии катарально-респираторного синдрома

Острые респираторные заболевания	Инфекционные заболевания, протекающие с признаками воспаления верхних дыхательных путей
Грипп	Герпангина
Парагрипп	Коклюш и паракоклюш
Аденовирусная инфекция	Корь
Риновирусная инфекция	Краснуха
Коронавирусная инфекция	Ветряная оспа
Респираторно-синцитиальная инфекция	Дифтерия носа
Реовирусная инфекция	Паратиф А
Микоплазменное воспаление верхних дыхательных путей	Сибирская язва (легочная форма)
Менингококковый назофарингит	Ку-лихорадка
Бактериальные ринофарингиты (стрептококковые, стафилококковые и др.)	
Энтеровирусные ринофарингиты	
Герпетические респираторные болезни	

Таблица 2.2. Дифференциальная диагностика гриппа и острых респираторных

Симптом	Грипп	Парагрипп
Температура тела	Чаще 38,5 °С и выше	37–38 °С, может сохраняться длительно
Катаральные проявления	Умеренно выражены, присоединяются позднее	Выражены, осиплость голоса
Ринит	Затруднение носового дыхания, заложенность носа, серозные, слизистые или сукровичные выделения у половины больных	Заложенность носа, затрудненное носовое дыхание
Кашель	Чаще сухой, мучительный, надсадный, с болью за грудиной. На 3-и сутки болезни — влажный, продолжается до 7–10 сут	Сухой, «лающий», может сохраняться длительное время
Изменения на слизистых оболочках ротоглотки	Умеренная гиперемия зева, мягкого нёба, задней стенки глотки, выражена инъекция сосудов	Слабая или умеренная гиперемия зева, мягкого нёба, задней стенки глотки
Увеличение лимфатических узлов	Нет	Увеличены и слегка болезненны заднешейные и подмышечные лимфатические узлы
Поражение глаз	Инъекция сосудов склер	Нет
Физикальные признаки поражения легких	Отсутствуют. При развитии вирусной пневмонии хрипы и ослабленное дыхание	Нет
Поражение других внутренних органов	Отсутствуют	Отсутствуют
Ведущий синдром респираторных поражений	Трахеит	Ларингит

## вирусных инфекций

<b>Респираторно-синцициальная инфекция</b>	<b>Аденовирусная инфекция</b>	<b>Реовирусная инфекция</b>
Субфебрильная, иногда нормальная	38 °С или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная
Выражены, постепенно нарастают	Выражены значительно с первого дня болезни	Выражены
Заложенность носа, не обильное серозное отделяемое	Обильное слизисто-серозное отделяемое, резкое затруднение носового дыхания	Обильное серозное отделяемое, носовое дыхание затруднено или отсутствует
Сухой, приступообразный, сопровождается болью за грудиной	Влажный, со скудной мокротой	Сухой, отмечается першение в горле
Слабая гиперемия слизистых оболочек	Умеренная гиперемия и отечность слизистых, гиперплазия фолликул задней стенки глотки и миндалин	Слабая гиперемия слизистых оболочек
Нет	Может быть полиаденит	Нет
Нет	Конъюнктивит, кератоконъюнктивит	Инъекция сосудов склер, век, слезотечение, конъюнктивит
Рассеянные сухие и влажные хрипы. Могут быть признаки пневмонии	Отсутствуют. При бронхите — сухие рассеянные хрипы	Нет
Отсутствуют	Может быть экзантема и иногда диарея	Отсутствуют
Бронхит, бронхиолит	Ринит, фарингит, конъюнктивит, тонзиллит	Ринит

Симптом	Грипп	Парагрипп
Начало болезни	Острое	Постепенное
Течение болезни	Острое	Подострое
Ведущий клинический синдром	Интоксикация	Катаральный
Выраженность интоксикации	Сильная	Умеренная или слабая
Длительность интоксикации	2–5 сут	1–3 сут
Инкубационный период	12–48 ч	2–7 сут

**Таблица 2.3.** Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний

Клинический признак	Микоплазменная инфекция	
	острые респираторные заболевания	пневмония
Преимущественное поражение респираторного тракта	Бронхит	Пневмония, плевропневмония
Начало болезни	Постепенное	Острое
Интоксикация	Умеренная	Умеренная
Катаральный синдром	Выраженный	Умеренный
Температура тела	Субфебрильная	Высокая
Головная боль	Слабая	Умеренная
Ринит	Умеренный, заложенность носа	Умеренный
Кашель	Сухой	Упорный, приступообразный
Конъюнктивит	Отсутствует	Отсутствует

Окончание табл. 2.2

<b>Респираторно-синцициальная инфекция</b>	<b>Аденовирусная инфекция</b>	<b>Реовирусная инфекция</b>
Постепенное	Постепенное	Острое
Подострое, может быть затяжное	Затяжное, волнообразное	Острое
Катаральный, дыхательная недостаточность	Катаральный	Катаральный
Умеренная	Слабая или умеренная	Слабая
2–7 сут	8–10 сут	1–2 сут
3–6 сут	4–14 сут	До 3 нед

бактериальной этиологии, протекающих с катарально-респираторным синдромом

<b>Острые респираторные заболевания бактериальной этиологии</b>	<b>Назофарингит менингококковый</b>
Ринит, фарингит	Фарингит, ринит
Постепенное, чаще осложняющее острые респираторные вирусные инфекции	Постепенное, не тяжелое, продолжительность до 5–7 дней
Умеренная	Относительно выражена (головная боль, недомогание, вялость, нарушение сна)
Умеренный	Умеренный
Субфебрильная	Субфебрильная продолжительностью 2–3 дня
Слабая	—
Слизисто-гнойное отделяемое с первого дня болезни	Слизисто-гнойное отделяемое с первых дней болезни
Продуктивный кашель	Першение в горле, непродуктивный кашель
Отсутствует	Отсутствует



Клинический признак	Микоплазменная инфекция	
	острые респираторные заболевания	пневмония
Гиперемия зева	Умеренная	Умеренная
Лимфаденит	Редко, шейный, подчелюстной	Редко, шейный, подчелюстной

## Ситуационные клинические стандартизированные задачи

### Задача № 1

Больной В. 34 лет поступил в клинику инфекционных заболеваний с жалобами на резкую осиплость голоса, «лающий» кашель, временами (особенно ночью) затрудненный вдох. Считает себя больным в течение 5 дней. Заболел постепенно, температура тела повысилась до 37,4 °С, появились общая слабость, незначительная головная боль, насморк. В дальнейшем присоединились сухость, саднение в глотке, сухой кашель. При объективном осмотре обнаружены гиперемия зева и задней стенки глотки. Со стороны других органов патология не выявлена.

#### 1. Наиболее вероятный диагноз:

- а) грипп;
- б) инфекционный мононуклеоз;
- в) дифтерия зева;
- г) ангина;
- д) парагрипп.

#### 2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить?

- а) мазки из зева и носа на коринебактерии;
- б) РСК с респираторными антигенами;
- в) определение антител к вирусу Эпштейна–Барр методом ИФА;
- г) мазок из зева на менингококк;
- д) ПЦР для определения РНК-вирусов гриппа.

#### 3. Осложнение, которое может развиваться при данном заболевании:

- а) отек легких;
- б) ложный круп;

Окончание табл. 2.3

Острые респираторные заболевания бактериальной этиологии	Назофарингит менингококковый
Умеренная	Гиперемия и гиперплазия слизистой оболочки задней стенки глотки со стекающей гнойной слизью
Шейный, подчелюстной	Подчелюстной, шейный лимфаденит с умеренной болезненностью при пальпации

- в) пневмония;
- г) острая почечная недостаточность;
- д) отек головного мозга.

## Задача № 2

Больная А. 18 лет обратилась в поликлинику на 4-й день заболевания с жалобами на общую слабость, незначительную головную боль, резь в глазах, слезотечение, насморк, кашель, субфебрильную температуру тела. Заболевание началось постепенно с вышеперечисленных симптомов. При объективном осмотре: кожа влажная, зев отечен, слегка гиперемирован. Выражена инъекция сосудов склер и конъюнктив, пальпируются околоушные, подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы. В легких рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ясные. Пульс 74 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Увеличены печень и селезенка. Общее состояние пациентки удовлетворительное.

### 1. Наиболее вероятный диагноз:

- а) грипп;
- б) инфекционный мононуклеоз;
- в) парагрипп;
- г) корь;
- д) аденовирусная инфекция.

### 2. Какой из перечисленных методов диагностики используется для постановки диагноза?

- а) ПЦР;
- б) выявление антител к капсидному антигену вируса Эпштейна–Барр;
- в) посев крови;
- г) РСК с респираторными диагностикумами;
- д) клинический анализ крови.

**3. Осложнение, которое может развиваться при данном заболевании:**

- а) отек легких;
- б) отек головного мозга;
- в) пневмония;
- г) острое нарушение зрения;
- д) истинный круп.

**Задача № 3**

Больная М. 33 лет обратилась на прием к участковому врачу-терапевту с жалобами на интенсивную головную боль, с преимущественной локализацией в височных областях, насморк, кашель, сопровождающийся болями за грудиной. Заболела остро. Появились озноб, боли в глазных яблоках, температура тела 39,8 °С. Больная отмечает, что неделю назад госпитализировали ее мужа в клинику инфекционных болезней. Диагноз у мужа подтвержден бактериологически — «менингококковый менингит». Объективно: гиперемия лица, конъюнктивит, пульс 92 в минуту; менингеальных знаков нет.

**1. Наиболее вероятный диагноз:**

- а) менингококковая инфекция, назофарингит;
- б) грипп, токсикоз II степени;
- в) острые респираторные вирусные инфекции;
- г) плевропневмония;
- д) менингококковая инфекция, генерализованная форма.

**2. Какой из перечисленных методов диагностики используется для постановки диагноза?**

- а) ПЦР;
- б) бактериологическое исследование носоглоточной слизи;
- в) гемокультура;
- г) РСК с респираторными диагностикумами;
- д) люмбальная пункция (ЛП) с бактериологическим исследованием ликвора.

**3. Какое осложнение может развиваться при данном заболевании?**

- а) отек головного мозга;
- б) острая почечная недостаточность;
- в) кишечное кровотечение;
- г) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- д) круп.

## Алгоритм диагностического поиска при наличии у больного катарально-респираторного синдрома

