

Диагностика инфекционных заболеваний

Дифференциальная диагностика в медицине

— способ диагностики, исключающий не подходящие по каким-либо фактам или симптомам заболевания, возможные у больного, что в конечном счёте должно свести диагноз к единственно вероятной болезни.

Термин «гепатит» включает
группу заболеваний,
которые характеризуются
воспалительным
поражением печени.

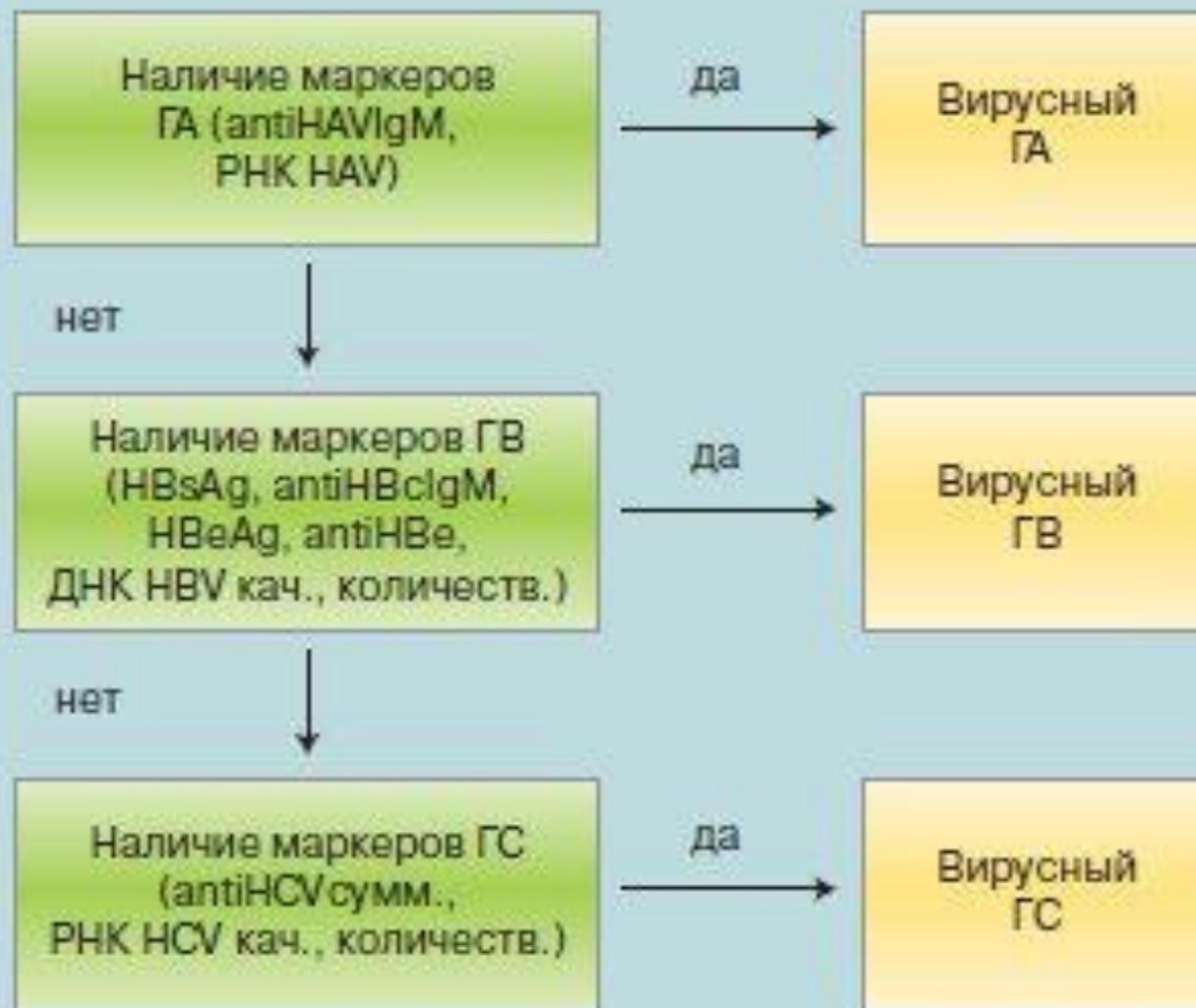
Методы диагностики вирусных гепатитов

**Начальным этапом
диагностики является сбор
анамнестических данных и
клинический осмотр
больного.**

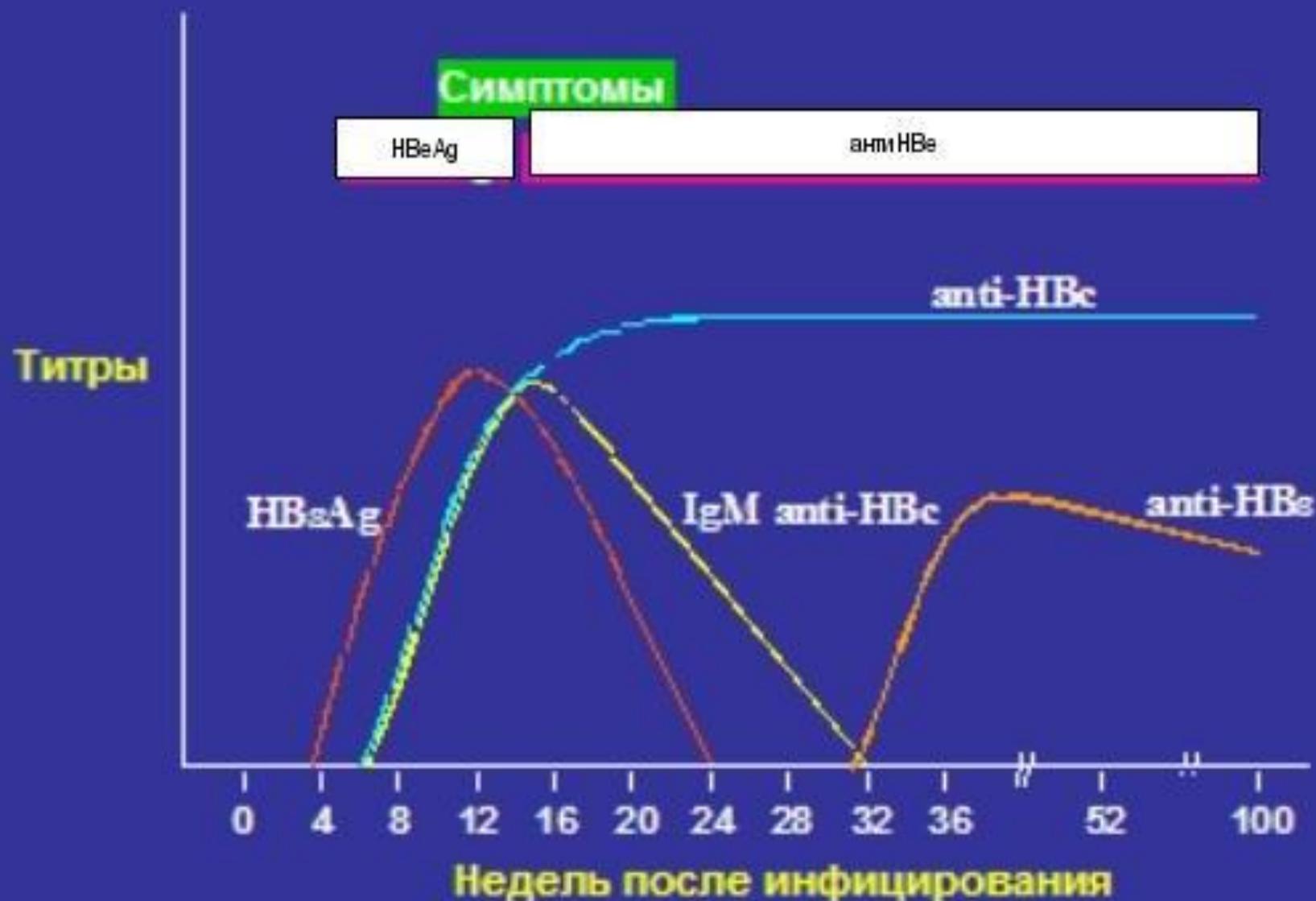
**Симптомы и клинические
признаки заболевания
зависят от типа вирусного
гепатита и от этапа развития
заболевания.**

Лабораторная диагностика вирусных гепатитов

Анализ результатов лабораторных исследований.



Маркеры HBV-инфекции при остром вирусном гепатите В



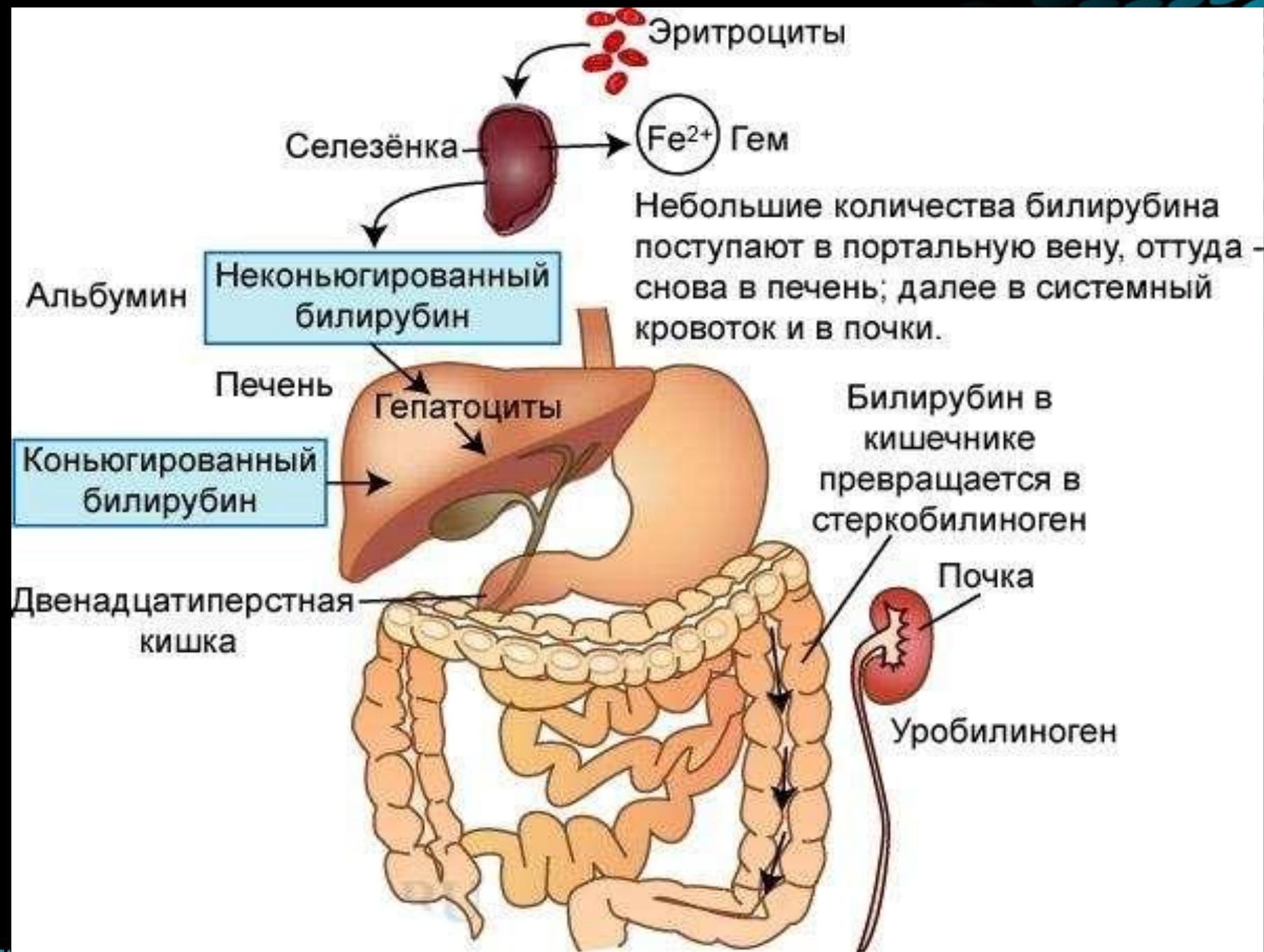
определение биохимического состава крови

- *печеночных ферментов*
- *фракций билирубина*

Пигментный обмен

Обмен пигментов крови -
гемоглобина и продуктов его
распада- билирубина и
уробилин.

Схема: печень - желчь - кишечник
- портальная кровь - печень -
желчь

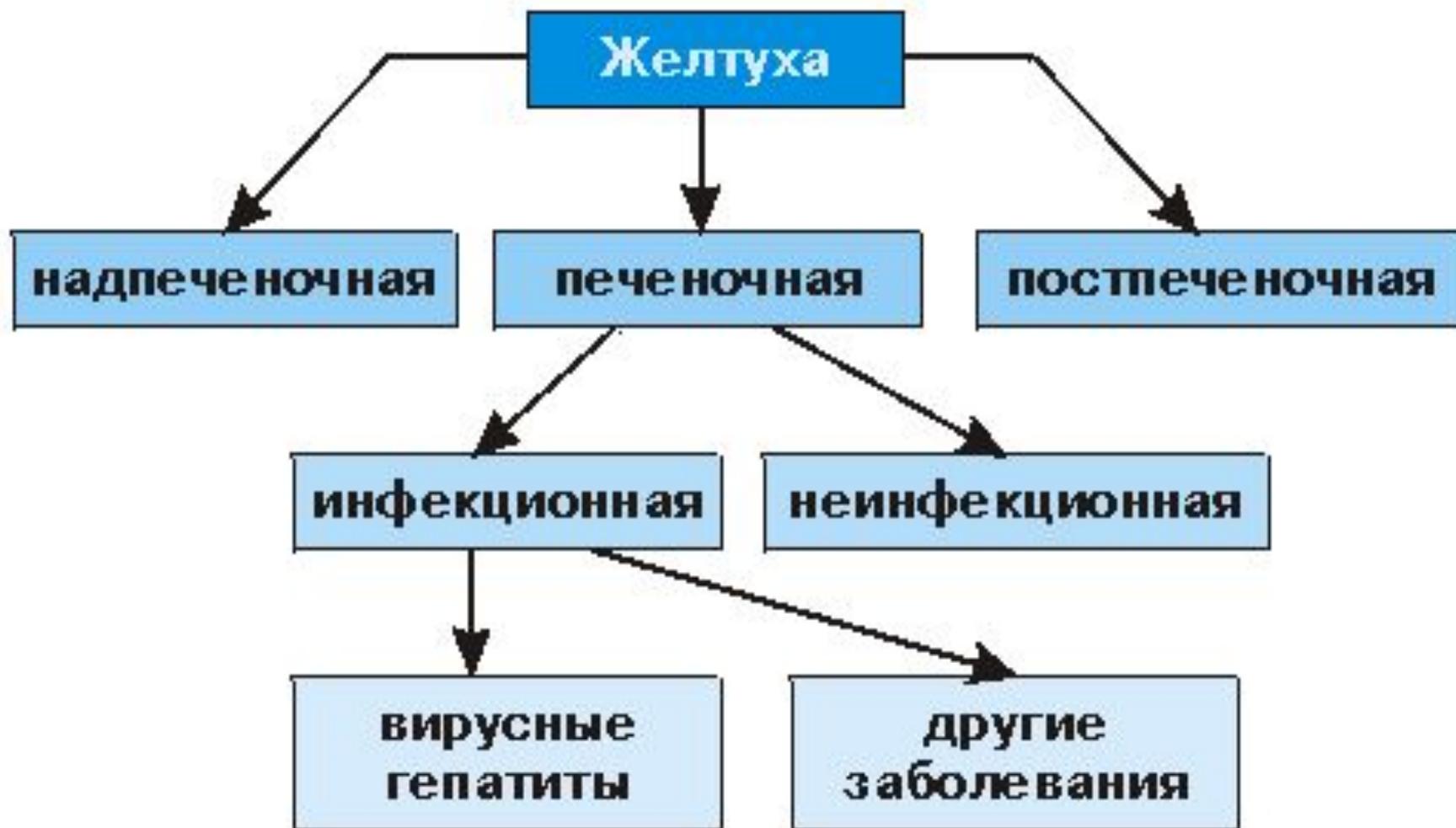


Для диагностики морфологических изменений печени

- Ультразвуковое исследование
- *Непрямая эластография печени* - для диагностики степени выраженности фиброза

эластометрия





Признаки	Надпеченочная (гемолитическая) желтуха	Печеночная (паренхиматозная) желтуха	Подпеченочная (механическая) желтуха
<i>Причины</i>	Повышенный гемолиз	Печеночная недостаточность	Обтурация общего желчного протока
<i>Анамнез</i>	Предшествующие обострения, семейный характер	Контакт с больными вирусным гепатитом, инъекции, гемотрансфузии, прием гепатотоксических средств, алкоголизм	Могут быть предшествующие обострения
<i>Тип развития</i>	Быстрый, с анемией, иногда лихорадка и озноб	После периода тошноты и потери аппетита. Постепенное начало	Быстрое прогрессирование после приступа болей при обтурации камнями. Постепенное развитие при новообразовании

Признаки	Надпеченочная (гемолитическая) желтуха	Печеночная (паренхиматозная) желтуха	Подпеченочная (механическая) желтуха
<i>Зуд кожи</i>	Отсутствует	Нет или небольшой	Есть
<i>Цвет кожи</i>	Лимонно-желтый, светлый	Желтый	Зелено-желтый, темный
<i>Увеличение печени</i>	Нет или небольшое	Равномерное, слегка или значительно выраженное. Иногда не увеличена	Нехарактерно
<i>Увеличение селезенки</i>	Обычно есть	Иногда есть	Нет
<i>Желчный пузырь</i>	Не пальпируется	Не пальпируется	Может пальпироваться

Признаки	Надпеченочная (гемолитическая) желтуха	Печеночная (паренхиматозная) желтуха	Подпеченочная (механическая) желтуха
<i>Уробилиногенурия</i>	Есть	Обычно есть	Обычно нет
<i>Билирубинурия</i>	Нет	Перебегающая	Обычно есть
<i>Кал</i>	Темный	Светлый	Светлый
<i>Гипербилирубинемия</i>	Есть, реакция непрямая	Есть, реакция двухфазная	Есть, реакция прямая
<i>Функциональные пробы печени</i>	Не изменены	Сильно изменены	Слегка изменены
<i>Щелочная фосфатаза сыворотки</i>	В норме	Может быть слегка повышена	Заметно повышена
<i>Тесты гемолиза</i>	Положительные	Отрицательные	Отрицательные

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А

- преимущественно контактный путь заражения;
- групповая заболеваемость с формированием эпидемических очагов;
- максимум заболеваемости в ноябре — январе;
- детский или молодой возраст заболевших;
- очерченность начала болезни обычно с выраженной температурной реакцией;
- короткий преджелтушный период (4 —5 дней), протекающий по диспепсическому типу;
- отсутствие ухудшения состояния больных при появлении желтухи;
- малая продолжительность и слабая интенсивность желтухи;
- малая выраженность интоксикации,
- крайне редкое развитие тяжелых форм болезни
- отсутствие хронизации процесса;
- обнаружение в сыворотке крови ранних антител к вирусу гепатита А (анти-HAV Ig M)

- эпиданамнез соответствует кишечной водной инфекции. В среднеазиатском регионе обширные эпидемии в сезон паводка крупных рек, для Российской — завозная инфекция;
- преимущественно регистрируется среди взрослого населения;
- клинические проявления в основном те же, что и при гепатите А, преобладают легкие маложелтушные и безжелтушные формы:
- затяжное и хроническое течение не развивается;
- тяжелые формы регистрируются у беременных женщин (вторая половина беременности), в раннем послеродовом периоде и у кормящих матерей. Протекают с выраженным болевым синдромом, интенсивным гемолизом с развитием гемоглинурии и острой почечной недостаточности, распространенными тромбгеморрагическими проявлениями.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

- парентеральный анамнез (с учетом искусственных и естественных путей передачи)
- отсутствие сезонных колебаний заболеваемости;
- преимущественная заболеваемость взрослого населения;
- стертость начала болезни;
- длительный преджелтушный период (более недели), преимущественно протекающий по артралгическому типу;
- дальнейшее ухудшение самочувствия при появлении желтухи;
- частое развитие среднетяжелых форм болезни с выраженной интоксикацией;
- возможность тяжелого и особотяжелого течения с развитием массивного некроза печени и печеночной комы;
- вариабельность интенсивности и продолжительности желтухи, чаще соответствующей тяжести болезни;
- частая хронизация процесса;
- обнаружение в сыворотке крови HBsAg, HBeAg, анти-HBc-IgM.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

- эпиданамнез тот же, что и при гепатите В, прежде всего важно уточнить возможность посттрансфузионного заражения;
- острая фаза болезни большей частью малосимптомная, безжелтушная, распознается редко;
- выявляется преимущественно хроническая фаза, протекающая по типу хронического персистирующего гепатита с редкими обострениями;
- обнаружение в крови анти-НС.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D

- данные эпиданамнеза те же, что и при гепатите В;
- при В + D коинфекции клинические проявления те же, что и при остром гепатите В, характерен более короткий преджелтушный период с выраженной температурной реакцией;
- при HD-суперинфекции — указания о выявлении HBsAg в прошлом (носительство, хронический гепатит В):
- клинические особенности суперинфекции; преимущественная тяжесть течения, высокая лихорадка, боли в правом подреберье, выраженная спленомегалия, отечно-асцитический синдром, особенно частая хронизация процесса с формированием ХАГ-цирроза;
- выявление в крови анти-HD (редко HDАg), всегда в сочетании с HBsAg

Диагностика ОРВИ

Лабораторная диагностика

предназначены для ранней (экстренной) или ретроспективной диагностики гриппа.

иммунофлюоресцентный метод

вирусологический метод

серологические методы

Дифференциальная диагностика

необходимо проводить с целым
рядом инфекционных болезней
вирусной и бактериальной
этиологии

После получения результатов обследования

устанавливают заключительный диагноз.

В диагнозе указывают нозологическую форму, шифр по МКБ-10, метод подтверждения диагноза, тяжесть и особенности течения болезни, период болезни, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний,

Парагрипп возникает остро лишь у половины больных, у других начинается постепенно на фоне невысокой температуры (37,5-38°C), без выраженных симптомов общей интоксикации. В клинической картине преобладают признаки поражения верхних отделов респираторного тракта: боль в горле, грубый «лающий и болезненный кашель» с чувством жжения по ходу трахеи, охриплость или осиплость голоса, заложенность носа, которая сменяется ринореей.

пример:

«Брюшной тиф (гемокультура), тяжелое течение болезни, период разгара; осложнение — кишечное кровотечение; сопутствующее заболевание — сахарный диабет». Максимально точно сформулированный и подробный диагноз определяет терапевтическую тактику.

- ***Аденовирусная инфекция*** начинается достаточно остро, с озноба, умеренной головной боли, иногда боли в суставах и мышцах, температура тела достигает 38-39° С. Отмечается боль в горле, охриплость голоса, заложенность носа, кашель. При осмотре больного отмечается гиперемия и одутловатость лица, конъюнктивит, миндалины часто покрыты белым налетом в виде точек или островков. Возможно поражение желудочно-кишечного тракта, которое сопровождается диспепсическими явлениями, увеличение печени и селезенки.

Респираторно-синцитиальная инфекция в большинстве случаев протекает в виде легкого респираторного заболевания с признаками слабо выраженной интоксикации. Температура тела обычно субфебрильная, иногда достигает 38°C. Катаральные изменения выявляются в виде ринита, умеренной гиперемии неба и дужек. Постоянным и основным симптомом заболевания является сухой приступообразный, навязчивый кашель.

Риновиральная инфекция встречается в течение всего года, но подъем ее отмечается весной или осенью. Основным симптомом заболевания является насморк с интенсивными серозными выделениями, которые сначала имеют водянистый характер, потом становятся слизистыми. Вместе с ринореей часто наблюдается сухой кашель, гиперемия век, слезотечение.

- Для установления клинического диагноза ***реовирусная инфекция*** обращают внимание на сочетание симптомов поражения верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

Микоплазменная инфекция.

Респираторный микоплазмоз чаще протекает по типу ОРЗ и пневмонии. Для первого характерно постепенное начало с умеренной и более длительной температурной реакцией, маловыраженной интоксикацией, ринитом, сухим навязчивым кашлем длительностью до 10-15 дней. При осмотре обращает на себя внимание легкая гиперемия лица, конъюнктивит.

- Для микоплазменной пневмонии характерны более длительный инкубационный период (15-40 дней), потом острое начало с симптомами выраженной интоксикации (головная боль, анорексия, вялость, повторная рвота, мышечная боль). После высокой температуры тела, до 39-40°C в течение 7-12 дней (то есть более длительной, чем при гриппе) устанавливается длительный субфебрилитет (иногда до месяца).

- В отличие от гриппа — выраженная гиперемия дужек, язычка и задней стенки глотки, которая напоминает гиперемию ротоглотки при катаральной ангине. Кашель сухой, надсадный, коклюшеподобный, длительностью до 2-4 недель. Физикальные данные в большинстве случаев малоинформативные, лишь рентгенография легких позволяет распознать пневмонию. Используется специфическая идентификация микоплазм методом ИФА и ПЦР.

Инфекционный мононуклеоз (ИМ)

- заболевание, обусловленное вирусом Эпштейна-Барра, характеризуется лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, увеличением печени и селезенки, характерными изменениями гемограммы, в ряде случаев может принимать хроническое течение.

Осложнения

- *гемолитическая анемия* длится около 1 - 2 месяцев
- *разрыв селезенки.*
- *неврологические осложнения*
- *гепатит.*
- *Кардиологические нарушения*
- *обструкцию дыхательных путей*
- *злокачественные новообразования*

дифференцировать

от ангины, локализованной формы дифтерии зева, цитомегаловирусной инфекции, от начальных проявлений ВИЧ-инфекции, от ангинозных форм листериоза, вирусного гепатита (желтушные формы), от кори (при наличии обильной макулопапулезной сыпи), а также от заболеваний крови, сопровождающихся генерализованной лимфоаденопатией.