

**Российское научное медицинское общество терапевтов
ФБУН «Центральный НИИ Эпидемиологии»
Роспотребнадзора**

Роль и место инфекционного фактора в классической лихорадке неясного генеза

Руженцова Татьяна Александровна
Кандидат медицинских наук

06 апреля 2016 г.

Лихорадка

- эволюционно выработанная реакция организма, при которой повышение температуры тела создает препятствие к размножению бактерий и активации собственных систем противоинфекционной защиты.

МКБ-10 • R50 Лихорадка неясного происхождения

Критерии лихорадки неясного генеза

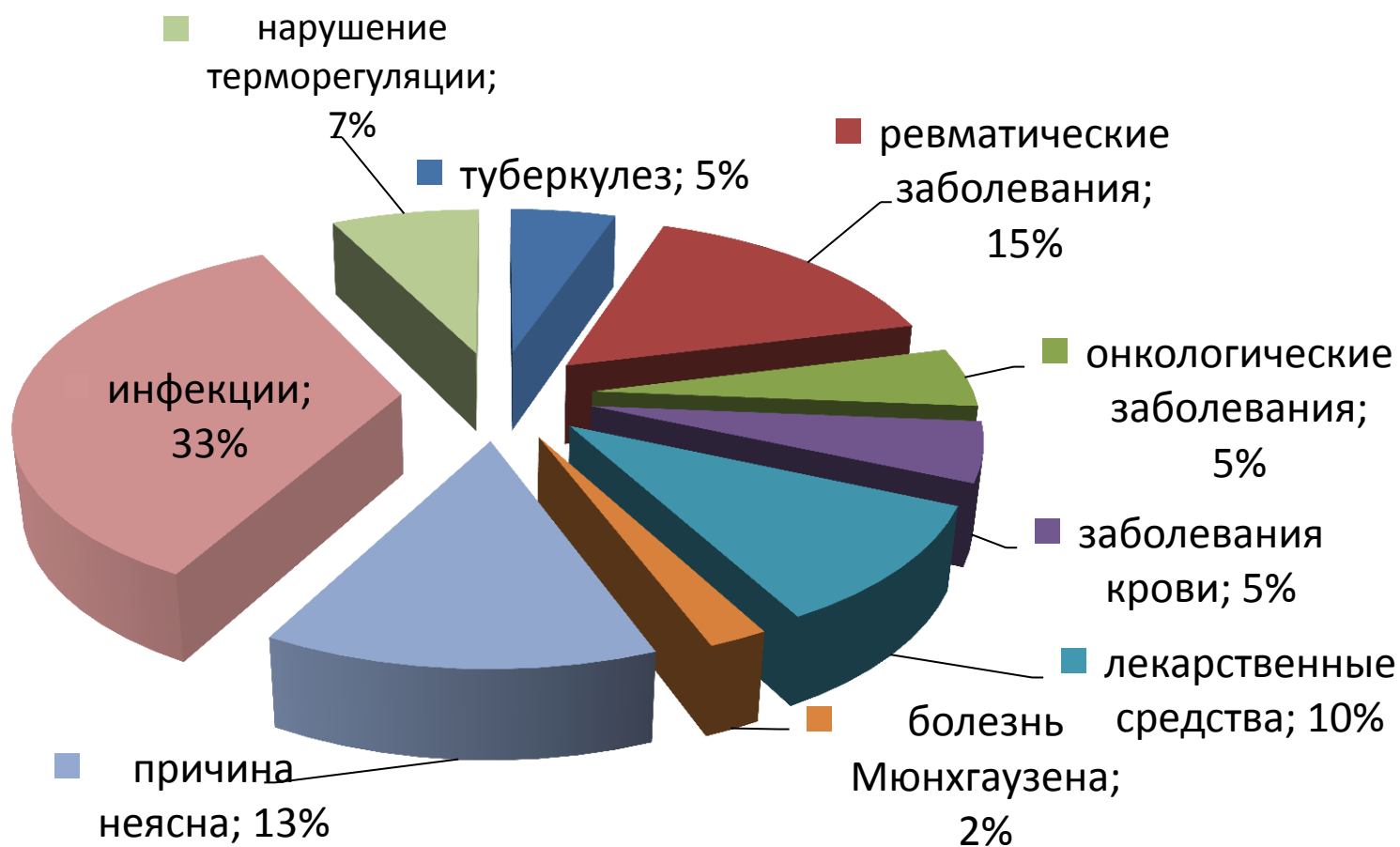
- Более 3 недель
- Более 38°C
- Неясность диагноза после недельного обследования рутинными методами: ОАК, ОАМ, биохимический АК, кровь на стерильность, РГ грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КГ
- (Petesdorf, 1967)

Критерии лихорадки неясного генеза

- - повышение температуры тела более 2 недель,
- - повышение температуры тела более $37,3^{\circ}\text{C}$
- - диагноз неясен даже при обследовании в условиях стационара

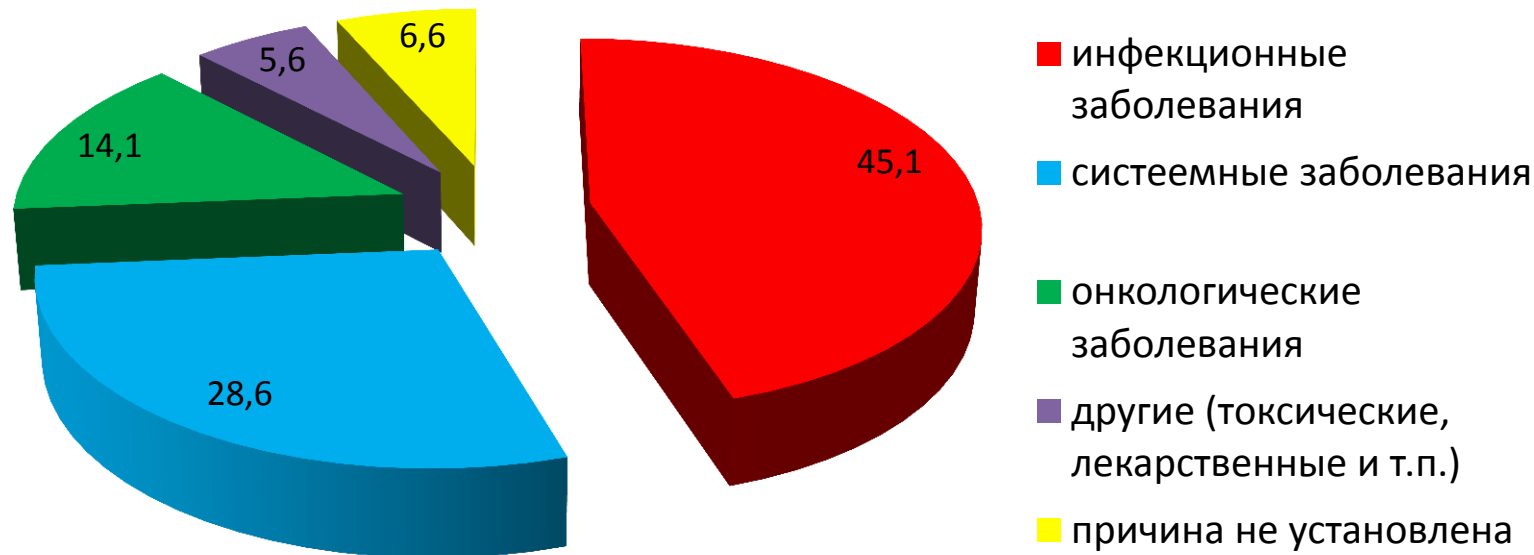
(A.B. Dechovitz, H.L. Moffet, 1968 г.)

Причины лихорадок неясного генеза



Лихорадки неясного генеза

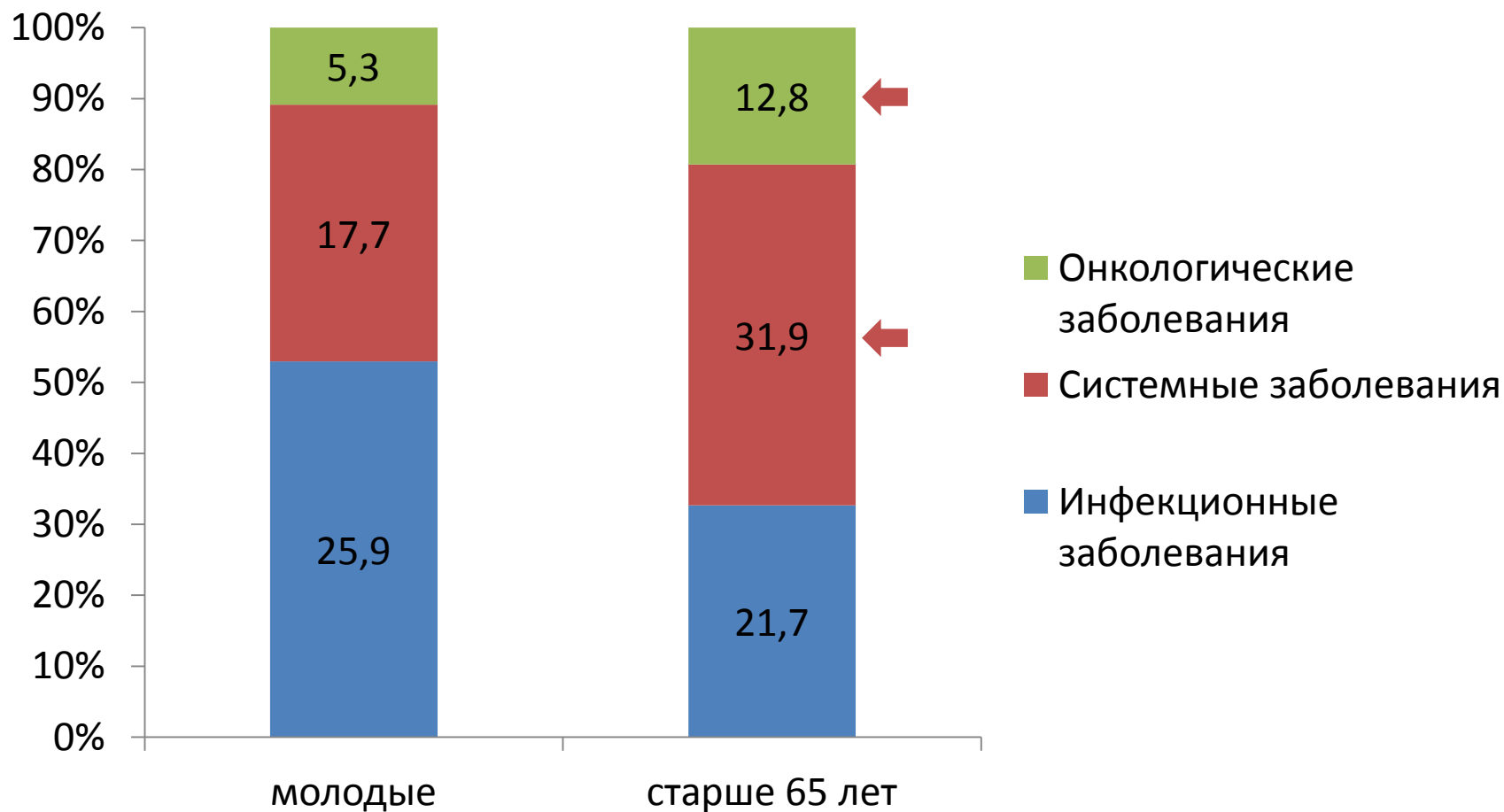
этиологическая структура (в%)



генерализованные или локальные инфекционно-воспалительные процессы составляют до 50% всех случаев

*Colpan A, Onguru P, Erbay A, et al.
Fever of unknown origin: analysis of 71 consecutive cases.
Am J Med Sci 2007;334(2):92–6.*

Возрастная структура ЛНГ



Sari Tal, Vladimir Guller, Alexander Gurevich.
Fever of Unknown Origin in Older Adults
Clin Geriatr Med 23 (2007) 649–668.

Типы лихорадки (1)

- **постоянная (febris continua)** – суточные колебания температуры не превышают 1°C ;
- **интермиттирующая (febris intermittens)** – в пределах суток повышение температуры сменяется снижением ее до нормального уровня;
- **ремиттирующая (febris remittens)** – температура снижается ежедневно, но не достигает нормы;
- **возвратная (febris recurrent)** – короткие периоды фебрилитета сочетаются с периодами нормальной температуры в течение одного или нескольких дней

Типы лихорадки (2)

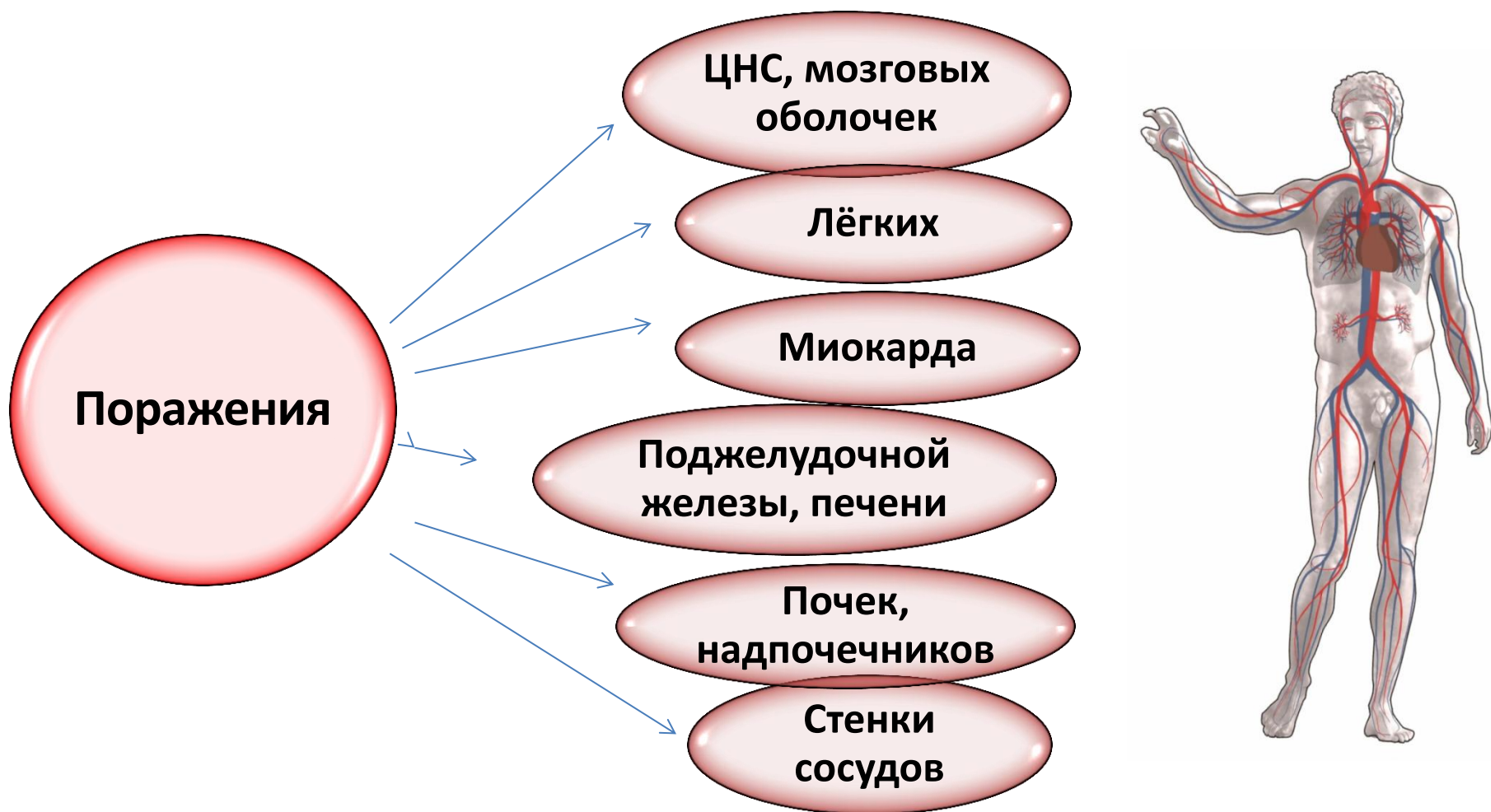
- **гектическая (септическая) или истощающая (febris hectica)** – очень большие подъемы с быстрым спадом температуры, иногда повторяющиеся два или три раза в течение суток;
- **извращенная (febris inversa)** – извращение суточного режима с более высокими подъемами температуры по утрам;
- **неправильная (febris atypica)** – колебания температуры в течение суток без определенной закономерности.

Клинические особенности ЛНГ инфекционной этиологии

- Острое начало
- Повышение температуры тела до 38,9–40,0 °С
- Наличие ознобов
- Обильное потоотделение
- Гепатоспленомегалия
- Симптомы поражения ВДП — фарингит, насморк, кашель;
- Симптомы интоксикации
- Поражение ЖКТ (тошнота, рвота, диарея, неустойчивый стул)
- Наличие экзантемы
- Лимфоаденопатия разной степени выраженности
- Поражение различных органов и систем

Подтверждением инфекционного характера лихорадки является положительная проба с НПВС: прием нормализует или снижает температуру тела

Осложнения ротавирусной инфекции



(Rotavirus Infections: Epidemiology, Clinical Characteristics and Treatment Options. Ed. C.D. Zeni. New York, 2014; Grech V. et al, 2001; Cioc A.M., Nuovo G.J., 2002; Dalgıç N. et al, 2010; Ramig R.F., 2007; Руженцова Т.А., Плоскирева А.А., Горелов А.В., 2015)

Особенности инфекционного процесса на современном этапе



Клинико-лабораторные особенности ЛНГ инфекционной этиологии

- С-реактивный белок > 6 мг/л
- Снижение количества эозинофилов крови
- концентрация ферритина в сыворотке крови <500 мкг/л
- увеличение СОЭ
- увеличение фибриногена

Efstathiou SP, Pefanis AV, Tsiakou AG, et al.

Fever of unknown origin: discrimination between infectious and non-infectious causes.

Eur J Intern Med 2010;21(2):137–43.

Kim SE et al.

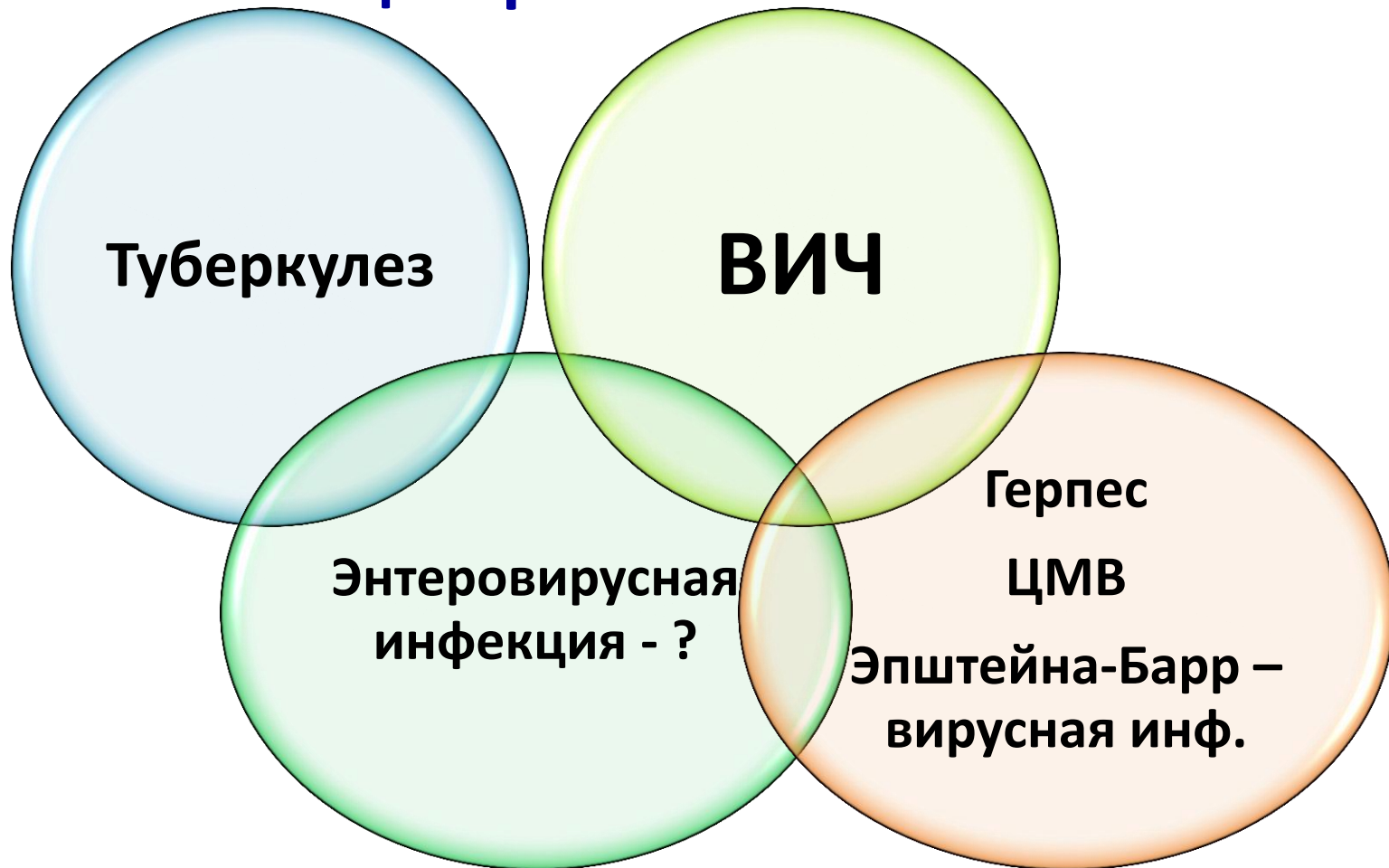
Diagnostic use of serum ferritin levels to differentiate infectious and noninfectious diseases in patients with fever of unknown origin

Dis Markers. 2013;34(3):211-8.

Эпидемиологический анамнез

- Контакт с инфекционным больным человеком или животным
- Посещение региона, эндемичного по инфекционным заболеваниям
- Употребление продуктов питания, воды сомнительного качества
- Несоблюдение мер личной санитарной безопасности
- Медицинские манипуляции (переливание крови, инвазивные вмешательства и т.п.)

Основные инфекции как причина лихорадки неясного генеза в центральной части РФ



Заболевание	Инкубац. период	Длительность лихорадки	Распространённость
Малярия	7 - 40 дней в зависимости от вида	Несколько лет	Ю. Африка; Центральная, Ю.-З. и Ю.-В. Азия; Центральная и Ю. Америка, южные регионы Европы.
Амёбиаз	от 1-2 недель до 2-3 месяцев	До нескольких лет	Центральная и Южная Америка, южная Африка, Европа и Северная Америка, Кавказ и среднеазиатские республики бывшего СССР.
Риккетсиоз клещевой североазиатский (клещевой сыпной тиф)	от 3 до 7 дней	7-21 день	Сибирь и Дальний Восток России, некоторые районы Северного Казахстана, Монголия, Армения.
Лихорадка Марсельская	от 5 до 10 дней	10-22 дня	Страны Средиземноморского и Каспийского бассейнов, страны Центр. и Ю. Африки, ю. берег Крыма и Черноморское побережье Кавказа.
Лихорадка Цуцугамуши	7 - 21 день	2-3 недели	Япония, Восточная и Юго-Восточная Азия (Таиланд), Приморский и Хабаровский край.

Заболевание	Инкубац. период	Длительность лихорадки	Распространённость
Лихорадка Эбола	2 – 21 день	10-14 дней	Западная и Центральная Африка
Лихорадка Зика	3 -12 дней	2-7 дней	Африка, Юго-Восточная Азия (в т. ч. Вьетнам, Таиланд, Индия), Северная и Латинская Америка, Полинезия.
Лихорадка Денге	3 - 15 дней	2-9 дней	Ц. и Ю. Азия (Азербайджан, Армения, Афганистан, Бангладеш, Грузия, Иран, Индия, Казахстан, Туркменистан, Таджикистан, др.), Ю.-В. Азия (Бруней, Индокитай, Индонезия, Сингапур, Таиланд, Филиппины), Африка, бассейн Карибского моря (Багамы , Гваделупа, Гаити, Куба, Ямайка).
Лихорадка Паппатачи	3 - 9 дней	1-8 дней	Тропические и субтропические страны , южные регионы Европы, Кавказ и среднеазиатские республики бывшего СССР.

Туберкулёз

наиболее частые формы, проявляющиеся ЛНГ

1. Милиарный ТБК легких
2. Диссеминированные формы с наличием различных внелегочных поражений:
 - **лимфатических узлов** (периферических, мезентериальных),
 - серозных оболочек (перитонит, плеврит, перикардит),
 - печени, селезенки,
 - урогенитального тракта,
 - позвоночника.

Диагностика туберкулёза

- **Туберкулиновые пробы** могут быть отрицательными или сомнительными при иммунодефиците
- **Микробиологическая верификация**: мокрота, бронхоальвеолярная жидкость, промывные воды желудка, полостные экссудаты и т.д.
- **Обнаружение** в крови и других биологических жидкостях специфических **антигенов и антител** (низкая специфичность и чувствительность, за исключением ПЦР).

Клинический пример 1

- Мужчина 56 лет **2 месяца** отмечает повышение температура тела **более 38°C**, утомляемость, снижение веса, боли в спине.
- **При осмотре:** состояние относительно удовлетворительное. Зев, кожные покровы – без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 80, АД 130/80. Живот мягкий, размеры печени и селезенки в пределах нормы. Отеков нет. Данные неврологического обследования — в пределах нормы.
- **Результаты рутинных лабораторных исследований** (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, рентгенограмма, кардиограмма) и посевы мочи **в норме.**

Клинический пример 1

Больной работает фермером, разводит крупный рогатый скот.

За несколько недель до начала заболевания больной без перчаток оказывал помощь корове во время выкидыша.

Предварительный диагноз: бруцеллёз.

Подтверждение: антитела в титре 1:2000, положительный результат посева крови.

Бруцеллёз

Бруцеллёз

эпидемиологические особенности

- **Источник** - животные (козы, овцы, бараны, свиньи, олени).
- **Пути передачи** - алиментарный, пищевой, контактный, воздушно-капельный. Через поврежденную кожу и неповрежденные слизистые оболочки.
- **Факторы передачи:** молоко, мясо, шерсть ЖИВОТНЫХ.

От больного человека здоровому не передаётся.

- **Инкубационный период: 2 – 21 день**
- **Эндемичные районы:** средняя Азия, сев. Кавказ

Бруцеллез

клинические формы

Острый

• 1,5 – 2 месяца

Подострый

• 2 – 6 месяцев

Хронический

• Более 6 месяцев

Резидуальный

(возбудитель отсутствует)

Острый бруцеллез

клинические особенности

- Реммитирующая лихорадка - колебания 1.5-2°
- Ознобы и проливные поты.
- Гепатолиенальный синдром.
- Артралгии, миалгии, фибралгии.
- Поражение ЦНС токсического генеза (эйфория, неадекватность).
- Характерное изменение кожных покровов (буллёзный пемфигOID)

Буллёзный пемфигоид



Хронический бруцеллез

клинические особенности

- **Субфебрилитет**
- **Поражение опорно-двигательного аппарата** - артриты, бурситы, спондилиты, артрозы, остеопороз.
- **Поражение нервной системы** - полиневриты, радикулиты, невралгии, психические расстройства, менингит, менингоэнцефалит.
- **Висцеральная форма** - миокардит, эндокардит, гепатит
- **Урогенитальная форма** - орхиты, эпидидимиты, нарушение менструальной функции
- **Комбинированная форма.**

Бруцеллез

диагностика

- **Бактериологический метод** (из-за образования возбудителем L-формы через 2-3 недели после начала заболевания роста может и не быть)
- **Серологические реакции:** реакция Райта, диагностический титр 1/200 - 1/400
- **Кожно-аллергическая проба с бруцеллином** (внутрикожно на внутреннюю поверхность предплечья. Положительной считается реакция отека).

Клинический пример 2

данные anamnesis morbi и клинического осмотра и обследования

Девушка, 14 лет, **находилась на отдыхе в Таиланде**. В последний день поездки заболела с **подъема температуры тела до 39⁰С**, с ознобом.

При осмотре на 2 сутки заболевания: лихорадка 39⁰С, озноб, **боли в мышцах и костях конечностей**.

Объективно: состояние ближе к тяжелому, выраженные симптомы интоксикации, зев чистый, кожные покровы без патологии, тахикардия до 114 уд. в мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий. Стул и диурез не изменены.

Предварительный диагноз: острая респираторная инфекция.

Назначены: амоксициллин, жаропонижающие средства.

Клинический пример 2

данные anamnesis morbi и клинического осмотра и
обследования

К концу 3-их суток температура снизилась до субфебрильных значений, самочувствие улучшилось.

На 5 сутки отмечался повторный подъем температуры тела до 39,3⁰С, покраснение и отёчность лица, покраснение глаз, мелкая геморрагическая сыпь на коже верхней части туловища. ЧСС – 52 уд. в мин.

На 15 сутки температура тела нормализовалась, экзантема исчезла, самочувствие нормализовалось.

Клинический пример 2

подтверждение диагноза

- Серологическая диагностика геморрагических лихорадок: выявлены IgM к вирусу лихорадки Денге.
- Заключительный диагноз: лихорадка Денге, среднетяжелая форма.



Геморрагические лихорадки

Лихорадка Денге

эпидемиологические особенности

- - костоломная лихорадка, суставная лихорадка, лихорадка жирафов, пятидневная лихорадка, семидневная лихорадка, финиковая болезнь — острая трансмиссивная вирусная инфекция.
- Возбудители - арбовирусы антигенной группы В, семейства *Togaviridae* рода *Flavivirus* .

Лихорадка Денге

- В Южной и Ю.-В. Азии, Африке, Океании и в Карибском бассейне.
- **Источник** - больной человек, обезьяны и летучие мыши.
- **Передача комарами** *Aedes aegypti*.



Лихорадка Денге

клинические симптомы

- Инкубационный период 3—15 дней
- Клиника: озноб, боли в костях, в суставах, в мышцах,
- повышение температуры до 39—40⁰С,
- к концу 3-их суток температура резко снижается,
- через 1—3 дня температура вновь повышается, далее опять снижается через 2—3 дня.

Лихорадка Денге

особенности изменения кожных покровов

- Покраснение и отёчность лица
- Сыпь на туловище, затем распространяется на конечности и сохраняется 3—7 дней
- Виды сыпи: петехиальная, скарлатиноподобная, уртикарная,
- сильный зуд.

Клинический пример 3

данные anamnesis morbi и клинического осмотра и обследования

Мужчина 40 лет обратился с **жалобами на повышение температуры тела**. Заболел остро, 3 дня назад.

- Контакт с инфекционными больными отрицает
- Выезжал в Италию (3 месяца назад)

Общее состояние удовлетворительное, температура 37.8, АД 150/100, ЧСС 82. Кожные покровы: чистые, повышенной влажности. **Зев гиперемирован**, миндалины не увеличены, налетов нет. Отеков нет, л/узлы не увеличены. **Носовое дыхание затруднено. Дыхание жесткое**, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Печень не выступает за край реберной дуги. Менингеальные симптомы отсутствуют.

Предварительный диагноз: острая респираторная инфекция.

Назначена симптоматическая терапия.

Клинический пример 3

данные anamnesis morbi и клинического осмотра и обследования

Температура нормализовалась через 5 дней

Через 10 дней опять повысилась до 38.5⁰С с ознобом, выраженной слабостью – 2 дня. **Эпизоды лихорадки повторялись в течение недели, периодичность больной точно указать не может.**

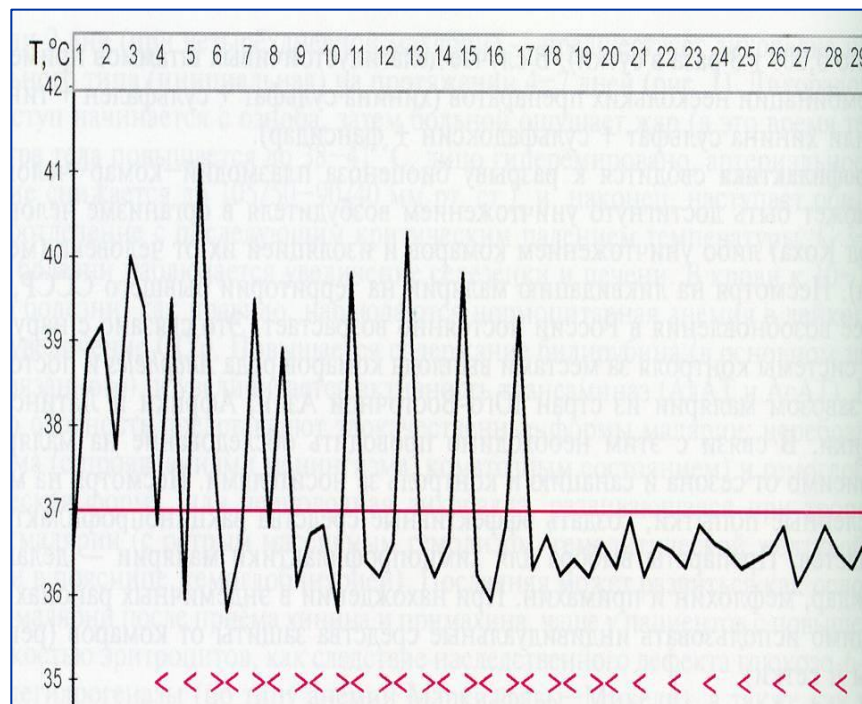
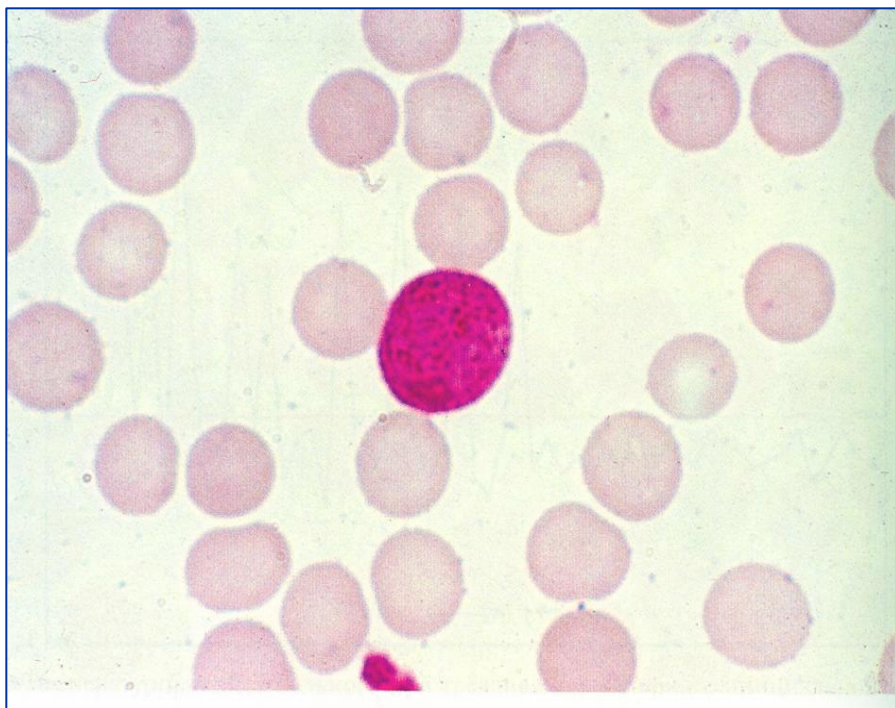
При осмотре через 3 недели от начала заболевания отмечается появление **гепатоспленомегалии.**

При обследовании: **умеренная гипохромная анемия, моноцитоз, анэозинофилия.**

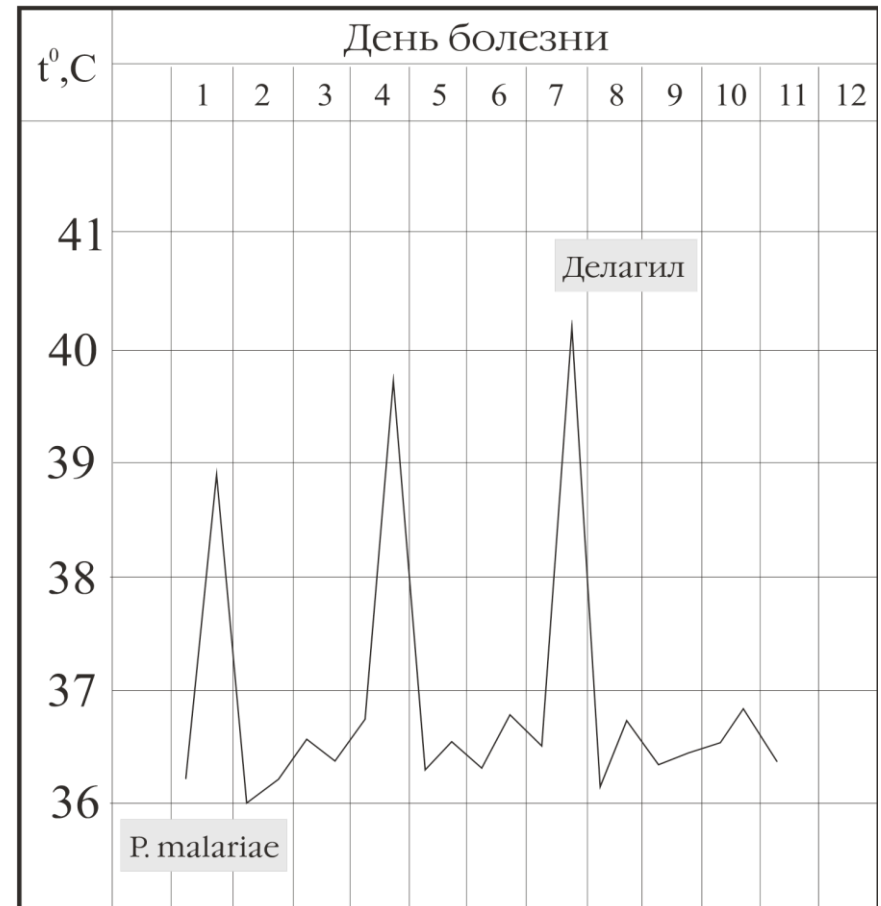
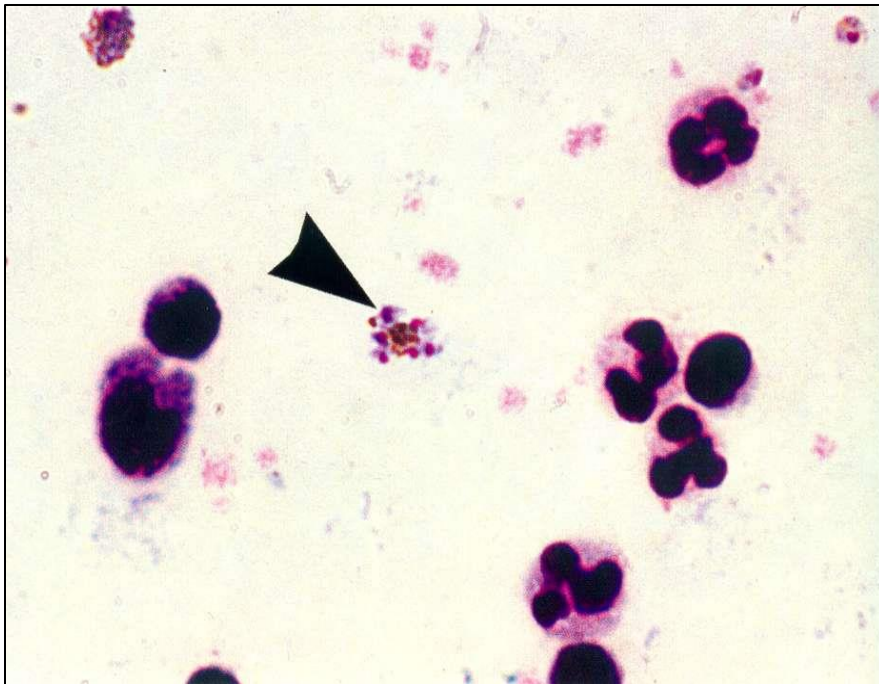
- Микроскопия толстой капли – отрицательно
- **ПЦР (малярия) – положительно**
- **Мазок крови на малярию – положительно**

Малярия

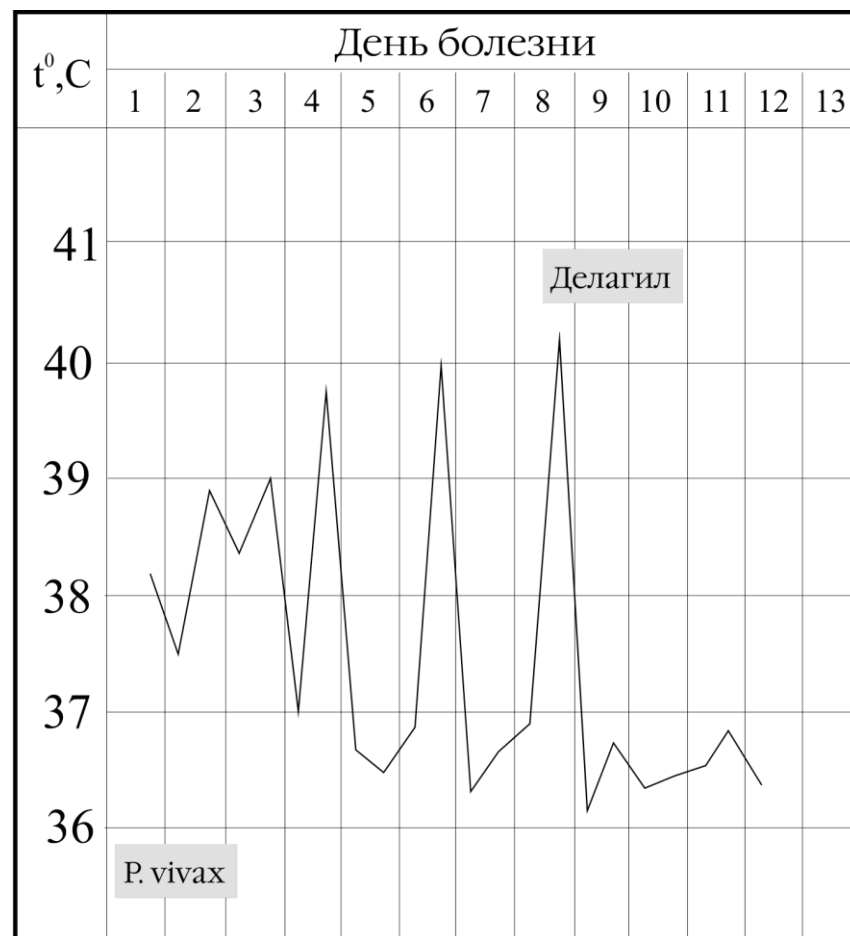
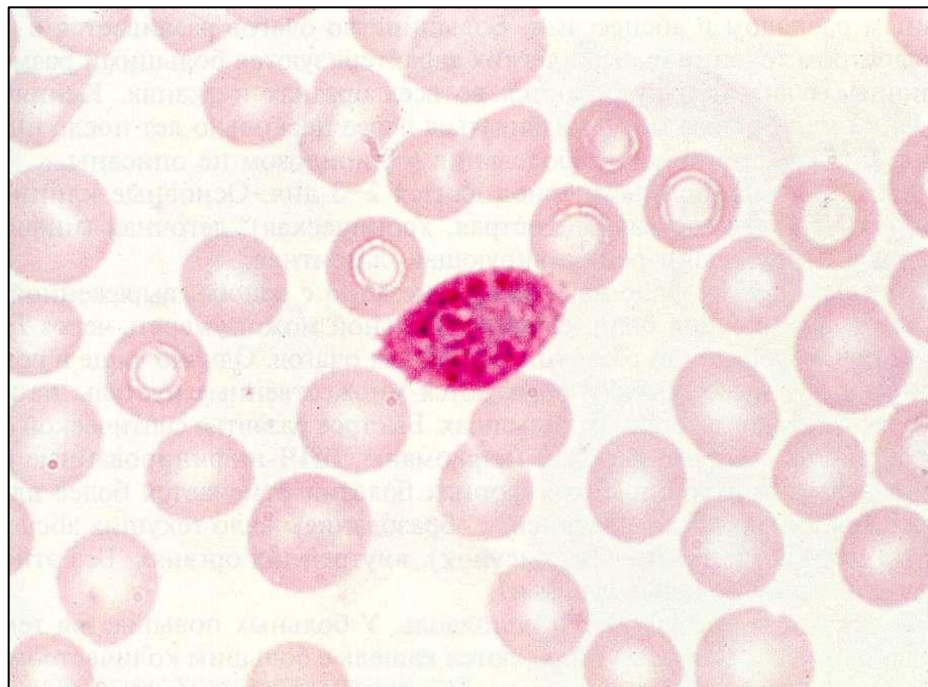
Трехдневная малярия (P.Vivax)



Четырехдневная малярия (*P. malariae*)



Овале малярия (P. ovale)



МАЛЯРИЯ: диагностика

Диагностически значимые клинические признаки:

1. Приступообразная лихорадка с ознобами и потливостью (через 1-3 дня)
2. Сплено- и гепатомегалия
3. Анемия

Вспомогательные диагностические признаки:

1. Эпид. анамнез (пребывание в очаге трех и менее лет до болезни);
2. Гемотрансфузии и др. парентеральные вмешательства в те же сроки;
3. Новорожденные от матерей, больных малярией

Решающие диагностические признаки:

1. Микроскопия толстой капли и мазка крови
2. Серология (РНИФ, РИФ, РНГА)
3. ПЦР

Клинический пример 4

данные anamnesis morbi и клинического осмотра и
обследования

- **Мальчик 1 год 11 месяцев.**
- **Жалобы при поступлении:** на лихорадку, слабость, сыпь, конъюнктивит, отеки кистей и стоп, снижение аппетита, гиперемия стоп и кистей.
- **Анамнез заболевания:** мальчик болен 3-е сутки. Контакт с инфекционным больными не было.
- За пределы региона проживания не выезжал.

Клинический пример 4

данные anamnesis morbi и клинического осмотра и обследования

- Состояние средней тяжести. Капризный, плаксивый. **T=39C**. Потливость выражена. **Язык сосочковый «малиновый»**. Кожные покровы бледные, выражена лиловая отечность кистей и стоп и эритема, **пятнисто-папулезная сыпь по всему телу** местами сливная местами на гиперемизированном фоне, зуд, **яркая гиперемия каймы губ**, в зеве **яркая гиперемия слизистой оболочки**. **Энантема на твердом небе**. Полилимфаденопатия. Инъецирование склер. **Носовое дыхание затруднено**, слизистые выделения из носа. Мышечная слабость.
- В легких хрипов нет, пуэрильное дыхание. ЧД 24 в мин. Кашель редкий, малопродуктивный. Тоны сердца звучные, систолический шум. ЧСС 128 в мин. Живот мягкий. **Печень +2,5-3,0см** из-под края реберной дуги, селезенка - край из-под реберной дуги. Стул и диурез в норме.

Клинический пример 4

данные лабораторного обследования

Общий анализ крови: лейкоцитоз,
нейтрофиллез

Биохимический анализ крови:
гипопротеинемия, АЛТ 58 (норма до 30)

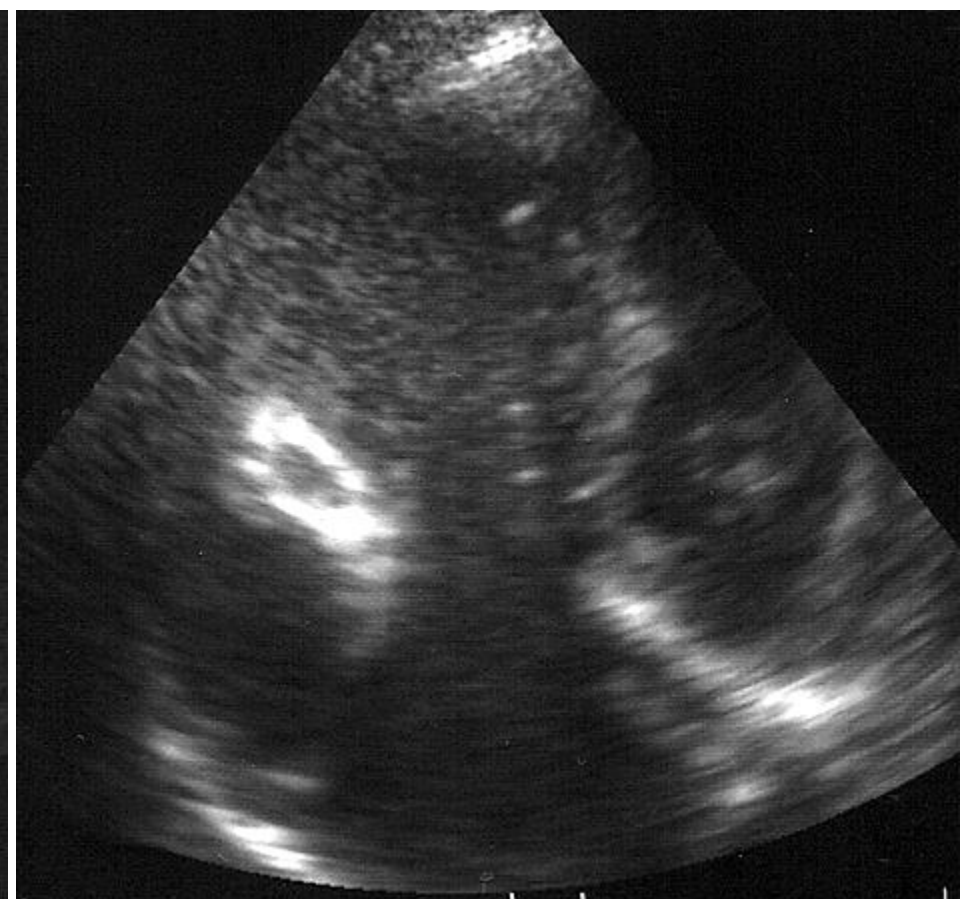
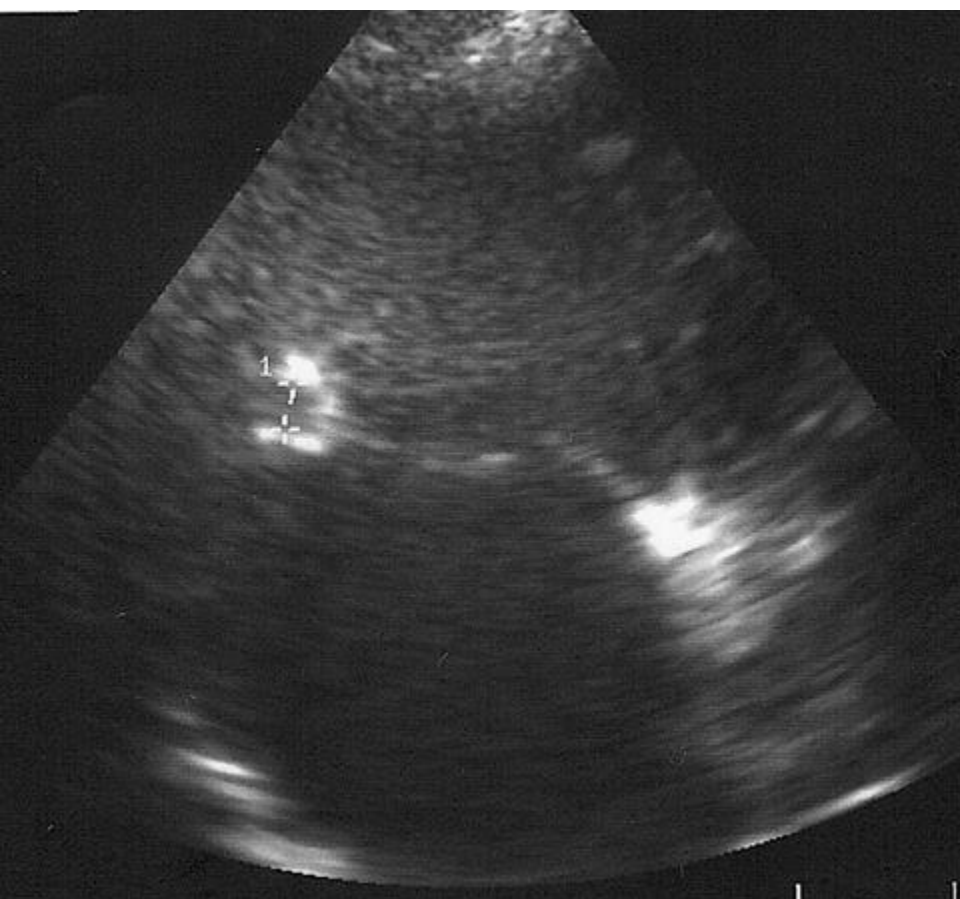
Кровь на ВИЧ, гепатит В, С, сифилис - отриц.

Коагулограмма – в пределах нормы

Общий анализ мочи – в пределах нормы

ЭКГ от 16.04.2012: выраженная синусовая
аритмия. Склонность к брадикардии.
Нарушены процессы реполяризации
(снижение амплитуды Т диффузно).

ЭХО-КГ :повышение эхогенности стенок коронарной артерии и периваскулярного ложа. Диаметр проксимального сегмента правой коронарной артерии на верхней границе нормы, в среднем сегменте расширение до 3,0-3,5 мм.



Болезнь Кавасаки

Болезнь Кавасаки

- - слизисто-кожно-лимфо-железистый синдром — артериит неизвестной этиологии, поражающий крупные, средние и мелкие артерии, с преимущественной локализацией в коронарном русле.

Основные клинические признаки болезни Кавасаки

- лихорадка (более 37,5° С) в течение 5 – 36 дней,
- краснота / отек ладоней и подошв в начале заболевания
- шелушение кожи пальцев ладоней и стоп в стадии реконвалесценции,
- полиморфная сыпь,
- катаральный конъюнктивит,
- яркая гиперемия слизистой оболочки полости рта, красные сухие губы, отечный пунцово-красный язык
- острый негнойный шейный лимфаденит.

Лихорадка + 4 из 5 этих признаков (при отсутствии других известных заболеваний) = диагноз СК.

Основные клинические признаки болезни Кавасаки

динамика экзантемы 3 сутки



Основные клинические признаки болезни Кавасаки

динамика экзантемы 3 сутки



Основные клинические признаки болезни Кавасаки

динамика экзантемы 10 сутки



Основные клинические признаки болезни Кавасаки

3 сутки



Основные клинические признаки болезни Кавасаки

«сосочковый язык»



Болезнь Кавасаки

рекомендуемый объем обследования

- Развернутый анализ крови с формулой.
- СОЭ и С-реактивный белок.
- Посев крови.
- Антистрептолизин О и антиДНКаза
- Мазки из носа и зева на бактерии и вирусы.
- Посев кала
- Мочевина, Печеночные ферменты
- Коагулограмма
- Аутоантитела
- Исследование парных сывороток на энтеровирусы, парвовирусы, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус.
- Титры против *Mycoplasma pneumoniae*
- Исследование мочи: микроскопия осадка, эритроциты, белок
- **ЭКГ, ЭхоКГ**

Болезнь Кавасаки

лабораторные особенности

- Лейкоцитоз с нейтрофилией (более $20 \times 10^6/\text{ml}$) с лимфоцитозом к концу первой недели
- На 14 день может быть выявлена гипохромная анемия и тромбоцитоз (более $1000 \times 10^9/\text{ml}$)
- Повышение СОЭ
- Могут быть выявлены С-реактивный белок, стерильная пиурия и протеинурия.

Ни один из этих тестов не патогномоничен для болезни Кавасаки.

Болезнь Лайма

Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) -
инфекционное **трансмиссивное**
природноочаговое заболевание, вызываемое
спирохетами и передающееся клещами,
имеющее склонность к хроническому и
рецидивирующему течению и
преимущественному **поражению кожи,**
нервной системы, опорно-двигательного
аппарата и сердца.

Впервые изучение заболевания началось в 1975 г
в местечке Лайм (США).

Этиология

Три вида бактерий рода *Borrelia*, типа спирохет:

- *Borrelia burgdorferi* доминирует как возбудитель болезни Лайма в США
- *Borrelia afzelii* и *Borrelia garinii* — в Европе

Эпидемиологические особенности

Резервуар: белохвостые олени, грызуны, собаки, овцы, птицы, крупный рогатый скот

Переносчик: клещи *Ixodes persulcatus* и *I. ricinus*

Передача через укус клеща, втирании в кожу и слизистые раздавленного клеща, алиментарный путь, трансплацентарный путь.

Сезонность - на Европейской территории - май, в Предуралье, на Урале и Западной Сибири — май—июнь, на Дальнем Востоке — май — июль

Распространение

- от Балтийского побережья до берегов Тихого океана
- Зараженность возбудителями клещей - переносчиков может варьировать в широком диапазоне (от 5 до 90%).

Стадии боррелиоза

1. Стадия **локальной инфекции** с развитием патологического процесса в месте внедрения возбудителей;
2. Стадия **диссеминации** (распространения) боррелий от места их первичного внедрения;
3. Стадия **органных поражений**, как результат длительного патологического воздействия возбудителей на органы и системы.

Клиническая классификация

Стадии заболевания:

1. Ранняя

-локализованная инфекция

-диссеминация

2. Поздняя (хроническая инфекция).

Формы боррелиоза

- типичная
 - клещевая мигрирующая эритема
- Атипичная
 - менингоэнцефалит, менингит, невриты, кардит, миозит, артрит

Течение заболевания

Острое - до 1 мес.

Подострое - до 1,5 мес.

Затяжное - до 3 мес.

Хроническое - более 3 мес.

Основные клинические проявления

- Инкубационный период 1—2 недели, может быть от нескольких дней до нескольких лет
- Лихорадка
- Интоксикация
- Мигрирующая эритема вокруг первичного аффекта в 70% случаев.

Красное пятно постепенно увеличивается по периферии, достигая 1-10 см в диаметре, иногда до 60 см и более. Наружный край интенсивно красный, несколько возвышается. Со временем центральная часть пятна бледнеет или приобретает синюшный оттенок, создается форма кольца. В месте укуса клеща, в центре пятна, определяется корочка, затем рубец. Пятно без лечения сохраняется 2-3 нед, затем исчезает.

- У четверти больных - гепатомегалия, повышение уровня печеночных ферментов

Характерная сыпь,
вызванная болезнью Лайма.



Безэритемная форма

- Встречается до 30%
- Синдром общей интоксикации
- Лихорадка
- **У каждого седьмого пациента заболевание впервые манифестирует симптомами или синдромами поражения внутренних органов, без предшествующей эритемы и заметного лихорадочного периода**

Генерализация инфекции (через 1 – 1,5 месяца)

- **Лихорадка**
- **интоксикация**
- **Поражение различных органов**
(лимфатических узлов, печени, селезенки, сердца, мышц, суставов, почек, головного мозга с вовлечением в воспалительный процесс мозговых оболочек и др.

Поражение нервной системы (генерализованная форма)

- Менингит (менингоэнцефалит),
- Неврит черепных нервов,
- Радикулоневрит
- Астено-невротический синдром

Спинномозговая жидкость прозрачная, давление ее в пределах нормы, часто наблюдается умеренный лимфоцитарный плеоцитоз (100-300 клеток в 1 мкл) на фоне повышенного содержания белка (до 0,66-1,0 г/л) и нормальной или несколько повышенной концентрации глюкозы

Миокардит

(генерализованная форма)

- Жалобы на дискомфорт или боли в области сердца, сердцебиение, одышку, головокружение.
- брадикардия, увеличение размеров сердца, приглушение сердечных тонов, расщепление 1 тона, систолический шум.
- На ЭКГ - уплощение и инверсия зубца Т, удлинение интервала Q-T.

Артрит

(генерализованная форма)

Развивается через 4-6 недель от начала болезни или после мигрирующей эритемы

Моно- или олигоартрит обычно крупных суставов:

- до 50% - это коленные суставы,
- 30% - плечевые,
- 20-25% локтевые и голеностопные

Одинаково часто наблюдается как одностороннее, так и симметричное поражение суставов

Продолжительность артрита обычно от одной недели до 3 месяцев. Без этиотропного лечения артрит принимает хроническое непрерывное или рецидивирующее течение

Лабораторная диагностика

- Микроскопические, иммуногистохимические, культуральные методы
- Серологические методы (антитела IgM, IgG в т.ч. к рекомбинантному антигену VlsE)
- Полимеразная цепная реакция (ПЦР)
- *Исследование клеща*

Где обследовать клеща?

- ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора,
Новогиреевская, 3А, тел.(495)788-00-02
- Вирусологическая лаборатория, Москва,
Варшавское шоссе, д. 19 А, тел. (495)952-40-98;
- Институт полиомиелита и вирусного
энцефалита, МО, г. Внуково, пос. Московский,
тел. (495)439-90-96.

Другие инфекционные болезни, вызывающие длительную лихорадку

Гранулематозные инфекции:

1. Глубокие микозы.
2. Атипичные микобактериозы.

Бактериемии без явного первичного очага:

1. Бруцеллез.
2. Менингококцемия.
3. Гонококцемия.
4. Листериоз.

Другие инфекционные болезни, вызывающие длительную лихорадку

1. Возвратный тиф
2. Лихорадка Ку
3. Лептоспироз
5. Орнитоз.
6. Трихинеллез.
7. Гепатиты

Другие инфекционные болезни, вызывающие длительную лихорадку

1. Боррелиоз.
2. Возвратный тиф
3. Лихорадка Ку
4. Лептоспироз
5. Орнитоз.
6. Трихинеллез.
7. Гепатиты

- **Различные инфекционные агенты могут стать причиной лихорадки неясного генеза**



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!