

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Предисловие | 9 |
| Участники издания | 10 |
| Список сокращений и условных обозначений. | 15 |
| Глава 1. Вакцинопрофилактика инфекционных болезней. | |
| Календарь прививок. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 21 |
| Раздел I. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ | 39 |
| Глава 2. Лабораторные методы | 40 |
| Клинический анализ крови* <i>О.Л. Тимченко</i> | 40 |
| Клинический анализ мочи*. <i>М.М. Гаджикулиева</i> | 40 |
| Биохимический анализ крови*. <i>О.Л. Тимченко</i> | 40 |
| Анализ желчи*. <i>О.Л. Тимченко</i> | 40 |
| Клинический анализ кала*. <i>М.М. Гаджикулиева, О.Л. Тимченко</i> | 40 |
| Исследование спинномозговой жидкости*. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 40 |
| Специальные методы лабораторной диагностики. | |
| <i>И.П. Балмасова</i> | 40 |
| Микроскопический метод | 40 |
| Микробиологический метод | 47 |
| Биологический метод | 49 |
| Иммунологические методы | 49 |
| Молекулярно-биологические методы | 68 |
| Глава 3. Инструментальные методы*. <i>П.Г. Филиппов, Т.Э. Мигманов</i> | 70 |
| Электрокардиография. <i>П.Г. Филиппов</i> | |
| Рентгенография. <i>Т.Э. Мигманов</i> | |
| Электроэнцефалография. <i>Т.Э. Мигманов</i> | |
| Электронейромиография. <i>Т.Э. Мигманов</i> | |
| Компьютерная томография. <i>Т.Э. Мигманов</i> | |
| Магнитно-резонансная томография. <i>Т.Э. Мигманов</i> | |
| Ультразвуковая диагностика. Эхокардиография. | |
| <i>П.Г. Филиппов</i> | |
| Эзофагогастродуоденоскопия. <i>П.Г. Филиппов</i> | |
| Ректороманоскопия, колоноскопия. <i>П.Г. Филиппов</i> | |
| Раздел II. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ | 71 |
| Глава 4. Немедикаментозные методы лечения инфекционных болезней*. <i>О.Л. Тимченко</i> | 72 |
| Глава 5. Фармакотерапия. | 73 |
| 5.1. Антибактериальные препараты. Этиотропная терапия инфекционных заболеваний. <i>Е.А. Климова</i> | 73 |
| 5.2. Лечебно-профилактические бактериофаги как средство антибактериальной терапии. <i>О.С. Дарбеева</i> | 85 |

* Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на последней странице книги.

| | |
|--|-----|
| 5.3. Противогрибковые препараты. <i>Е.А. Климова</i> | 88 |
| 5.4. Противовирусные препараты. <i>К.Р. Дудина</i> | 92 |
| 5.5. Противопаразитарные препараты. <i>А.К. Токмалаев</i> | 120 |
| 5.6. Лекарственные взаимодействия. <i>Е.А. Климова</i> | 128 |
| 5.7. Биодоступность возбудителя. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 137 |
| 5.8. Побочное действие антимикробных препаратов. <i>Г.С. Архипов</i> | 138 |
| 5.9. Иммунотерапия инфекционных болезней. <i>А.В. Караулов</i> . . . | 151 |
| Раздел III. КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ | 161 |
| Глава 6. Лихорадочно-интоксикационный синдром. <i>Ю.Я. Венгеров</i> . . . | 162 |
| Глава 7. Катарально-респираторный синдром. <i>М.Г. Кулагина</i> | 167 |
| Глава 8. Экзантемы, энантемы, первичный аффе́кт. <i>И.В. Шестакова, Ю.Я. Венгеров</i> | 175 |
| Глава 9. Лимфаденопатия. <i>Г.Н. Кареткина</i> | 190 |
| Глава 10. Синдром желтухи. <i>С.Л. Максимов, Ю.Я. Венгеров</i> | 194 |
| Глава 11. Синдром поражения желудочно-кишечного тракта при инфекционных болезнях. <i>Н.Д. Ющук, А.Ю. Розенблюм</i> | 201 |
| Глава 12. Гепатолиенальный синдром. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 208 |
| Глава 13. Поражение почек при инфекционных болезнях. <i>М.М. Гаджикულიева</i> | 211 |
| Глава 14. Поражение центральной нервной системы при инфекционных болезнях. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 214 |
| Глава 15. Поражение периферической нервной системы при инфекционных болезнях*. <i>Н.Д. Ющук, О.Л. Тимченко</i> | 222 |
| Раздел IV. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ | |
| ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ | 223 |
| Глава 16. Бактериальные инфекции | 224 |
| Сальмонеллезы. <i>Д.Р. Ахмедов</i> | 224 |
| Брюшной тиф. <i>Д.Р. Ахмедов</i> | 225 |
| Паратифы А, В и С. <i>Д.Р. Ахмедов</i> | 234 |
| Сальмонеллез. <i>Д.Р. Ахмедов, Ю.Я. Венгеров</i> | 236 |
| Шигеллез. <i>Н.Д. Ющук, А.Ю. Розенблюм</i> | 241 |
| Эшерихиозы. <i>Г.К. Аликеева</i> | 248 |
| Пищевые токсикоинфекции. <i>А.Ю. Розенблюм</i> | 256 |
| Холера. <i>Г.С. Архипов</i> | 262 |
| Заболевания, вызываемые НАГ-вибрионами*. <i>Я.М. Еремюшкина</i> | 271 |
| Иерсиниозы. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 271 |
| Иерсиниоз. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 271 |
| Псевдотуберкулез. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 277 |
| Чума. <i>Н.Д. Ющук, М.В. Нагибина</i> | 286 |
| Кампилобактериоз. <i>И.И. Токин</i> ** | 296 |

* Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на последней странице книги.

** Глава написана при участии Т.В. Сологуб.

| | |
|--|-----|
| Листериоз. <i>Г.Н. Кареткина</i> | 301 |
| Бруцеллез. <i>Д.Р. Ахмедов</i> | 309 |
| Туляремия. <i>Э.А. Кашуба, Т.Г. Дроздова, Н.В. Огошкова</i> | 317 |
| Сибирская язва. <i>М.В. Нагибина</i> | 326 |
| Стрептококковые инфекции* <i>Н.И. Брико</i> | 336 |
| Скарлатина. <i>Н.И. Брико</i> | 336 |
| Рожа. <i>А.А. Еровигенков</i> | 342 |
| Пневмококковые инфекции. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 352 |
| Стафилококковые инфекции* <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 357 |
| Менингококковая инфекция. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 357 |
| Сепсис. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 369 |
| Дифтерия. <i>П.Г. Филиппов</i> | 377 |
| Гемофильная инфекция. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 386 |
| Легионеллезы. <i>М.Г. Кулагина</i> | 391 |
| Возвратные тифы. <i>Г.Н. Кареткина, Н.Д. Ющук</i> | 396 |
| Эпидемический возвратный тиф вшиный. | 397 |
| Возвратный тиф клещевой (эндемический) | 400 |
| Лептоспироз. <i>М.Г. Авдеева</i> | 403 |
| Иксодовые клещевые боррелиозы. <i>И.В. Малов</i> | 413 |
| Столбняк. <i>В.В. Никифоров, М.З. Шахмарданов</i> | 420 |
| Ботулизм. <i>В.В. Никифоров</i> | 427 |
| Лепра*. <i>В.В. Дуйко, В.П. Цемба, Х.М. Галимзянов</i> | 433 |
| Риккетсиозы. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 433 |
| Сыпной тиф. <i>Э.А. Кашуба, Т.Г. Дроздова, Л.В. Ханипова</i> | 433 |
| Эпидемический сыпной тиф | 434 |
| Рецидивный сыпной тиф (болезнь Брилла) | 439 |
| Эндемический (крысиный) сыпной тиф. | |
| <i>Э.А. Кашуба, Т.Г. Дроздова, Ю.С. Чехова</i> | 440 |
| Марсельская лихорадка. <i>Х.М. Галимзянов, Ю.В. Шерышева</i> .. | 443 |
| Астраханская риккетсиозная лихорадка. | |
| <i>Х.М. Галимзянов, Ю.В. Шерышева</i> | 446 |
| Другие пятнистые риккетсиозные лихорадки. | |
| <i>Г.Н. Кареткина</i> | 450 |
| Клещевой сыпной тиф Северной Азии | 450 |
| Пятнистая лихорадка Скалистых гор | 453 |
| Лихорадка цуцугамуши* | 455 |
| Австралийский клещевой риккетсиоз* | 455 |
| Везикулезный риккетсиоз* | 455 |
| Ку-лихорадка. <i>Э.А. Кашуба, Т.Г. Дроздова, М.В. Антонова</i> ... | 455 |
| Эрлихиозы. <i>П.Г. Филиппов</i> | 463 |
| Доброкачественный лимфоретикулез. <i>Н.Д. Ющук, Т.Н. Ермак</i> ... | 469 |
| Орнитоз. <i>Ю.Я. Венгеров</i> | 473 |
| Респираторный микоплазмоз. <i>Н.Д. Ющук, О.Л. Огиенко</i> | 478 |

* Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на последней странице книги.

| | |
|---|-----|
| Глава 17. Вирусные инфекции | 484 |
| Вирусные гепатиты | 484 |
| Гепатит А. <i>Г.Н. Кареткина</i> | 484 |
| Гепатит Е. <i>С.Л. Максимов</i> | 492 |
| Гепатит В. <i>О.О. Знойко</i> | 495 |
| Гепатит D. <i>О.О. Знойко</i> | 511 |
| Гепатит С. <i>Е.А. Климова</i> | 517 |
| Гепатиты ни А ни G. <i>С.Л. Максимов</i> | 528 |
| ВИЧ-инфекция. <i>А.И. Мазус, Т.П. Бессараб</i> | 530 |
| Грипп. <i>М.Г. Кулагина, Н.Д. Ющук</i> | 560 |
| Грипп птиц у человека. <i>М.Г. Кулагина</i> | 570 |
| Аденовирусная инфекция. <i>М.Г. Кулагина</i> | 575 |
| Риновирусная инфекция. <i>М.Г. Кулагина</i> | 579 |
| Коронавирусная инфекция. <i>М.Г. Кулагина</i> | 581 |
| Энтеровирусные инфекции. <i>Т.Э. Мигманов</i> | 586 |
| Полиомиелит. <i>Н.Д. Ющук, Т.Э. Мигманов</i> | 595 |
| Диареи вирусной этиологии. <i>А.А. Шульдяков, Е.П. Ляпина,</i> <i>К.Х. Рамазанова</i> | 602 |
| Ротавирусная инфекция | 602 |
| Норовирусная инфекция | 608 |
| Герпесвирусные инфекции*. <i>Н.Д. Ющук, Т.К. Кускова</i> | 611 |
| Герпетическая инфекция. <i>Т.К. Кускова</i> | 611 |
| Ветряная оспа. <i>Я.М. Еремушкина</i> | 619 |
| Опоясывающий лишай. <i>Я.М. Еремушкина</i> | 624 |
| Вирусный инфекционный мононуклеоз, Эпштейна–Барр вирусный инфекционный мононуклеоз, болезнь Филатова. <i>Е.Г. Белова, Ю.Я. Венгеров</i> | 629 |
| Цитомегаловирусная инфекция. <i>В.И. Шахгильдян</i> | 635 |
| Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека 6-го типа. <i>Т.К. Кускова</i> | 646 |
| Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека 7-го типа. <i>Т.К. Кускова</i> | 649 |
| Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека 8-го типа. <i>Т.К. Кускова</i> | 650 |
| Корь. <i>И.А. Зайцева, Е.В. Михайлова, Д.Ю. Левин</i> | 652 |
| Краснуха. <i>В.В. Цветков**</i> | 659 |
| Паротитная инфекция. <i>А.В. Сундуков</i> | 663 |
| Натуральная оспа*. <i>Г.С. Архипов</i> | 670 |
| Оспа животных. <i>Г.С. Архипов</i> | 670 |
| Оспа обезьян | 671 |
| Коровья оспа | 674 |

* Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на последней странице книги.

** Глава написана при участии Т.В. Сологуб.

| | |
|--|-----|
| Геморрагические лихорадки. Ю.Я. Венгеров | 676 |
| Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Д.А. Валишин | 679 |
| Омская геморрагическая лихорадка. Д.А. Валишин | 686 |
| Желтая лихорадка. А.В. Сундуков | 690 |
| Лихорадка денге. Н.Д. Ющук, А.В. Сундуков | 695 |
| Болезнь, вызванная вирусом Эбола. В.В. Никифоров, М.З. Шахмарданов | 702 |
| Геморрагическая лихорадка Марбург. М.М. Гаджикулиева, Н.Д. Ющук | 706 |
| Геморрагическая лихорадка Ласса. Н.Д. Ющук, М.М. Гаджикулиева | 709 |
| Лихорадка Западного Нила. Ю.Я. Венгеров | 713 |
| Лихорадка Зика. Н.Д. Ющук, О.В. Добронравова | 719 |
| Бешенство. Е.А. Климова | 721 |
| Клещевой энцефалит. И.В. Малов | 727 |
| Медленные инфекции центральной нервной системы*. О.О. Знойко | 737 |
| Глава 18. Протозоозы. | 738 |
| Амебиаз. А.К. Токмалаев | 738 |
| Лямблиоз. А.К. Токмалаев | 744 |
| Малярия. А.К. Токмалаев | 747 |
| Токсоплазмоз. А.К. Токмалаев | 763 |
| Криптоспоридиоз. Т.Н. Ермак | 770 |
| Пневмоцистоз. Т.Н. Ермак | 774 |
| Глава 19. Гельминтозы. | 782 |
| Трематодозы | 782 |
| Описторхоз. Э.А. Кашуба, Т.Г. Дроздова, О.А. Любимцев | 782 |
| Фасциолез. А.К. Токмалаев | 788 |
| Шистосомозы. А.К. Токмалаев | 791 |
| Церкариальный дерматит | 798 |
| Цестодозы. А.К. Токмалаев | 799 |
| Дифиллоботриозы | 799 |
| Тениаринхоз | 802 |
| Тениоз | 804 |
| Цистицеркоз | 806 |
| Эхинококкозы | 809 |
| Нематодозы. А.К. Токмалаев | 816 |
| Аскаридоз | 816 |
| Трихоцефалез | 820 |
| Энтеробиоз | 822 |
| Стронгилоидоз | 825 |
| Трихинеллез | 829 |
| Токсокароз | 837 |
| Дирофиляриозы | 843 |
| Глава 20. Болезни, вызываемые членистоногими*. Ю.Я. Венгеров. | 846 |

* Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на последней странице книги.

Лабораторные методы

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ*

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОЧИ*

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ*

АНАЛИЗ ЖЕЛЧИ*

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАЛА*

ИССЛЕДОВАНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ*

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Микроскопический метод

Основной задачей микроскопического метода исследования является индикация возбудителя в биологическом материале от больного и в ряде случаев — определение его видовой принадлежности.

В процессе микроскопического исследования выявляется морфология возбудителя и его отношение к окраске, которые характеризуют его родовую принадлежность. В связи с этим микроскопия не позволяет в большинстве случаев определить вид возбудителя и поставить на этом основании диагноз заболевания.

Световая микроскопия позволяет исследовать как нативные препараты из биологического материала, так окрашенные препараты.

* Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на последней странице книги.

В нативных препаратах определяют не только морфологию возбудителя, но и его подвижность (спирохеты, амёбы, холерные вибрионы и др.). В фиксированных и окрашенных красителями мазках выявляют тинкториальные свойства возбудителя, то есть наличие у него определенных химических структур, приобретающих под воздействием специального красителя определенную окраску. Наиболее распространенный способ окраски бактерий — окраска по Граму, которая позволяет выявлять в составе их клеточной стенки высокое содержание пептидогликана, усваивающего один из красителей. В результате бактерии с высоким содержанием пептидогликана окрашиваются в фиолетовый цвет — грамположительные бактерии, а с низким — в красный цвет — грамотрицательные бактерии. Такое разделение бактерий имеет очень важное значение в их систематике, оценке патогенных свойств и чувствительности к химиотерапевтическим средствам. Например, патогенные грамположительные бактерии в большинстве случаев образуют экзотоксины, грамотрицательным бактериям присуще содержание липополисахарида (эндотоксина) в составе клеточной стенки.

В оптической микроскопической технике нашло применение и явление люминесценции микроскопических объектов, как естественное, так и вызванное специальными красителями-флюорохромами (**люминесцентная микроскопия**).

Световая микроскопия до настоящего времени используется в диагностике гельминтозов, инфекций, вызванных простейшими и грибами. Этот метод сохраняет свое значение при обнаружении в биологическом материале бактерий и бактериеподобных микроорганизмов — микобактерий, вибрионов, бактерий кокковой группы, спирохет, актиномицетов, т.е. таких микробов, размеры которых, уникальные тинкториальные свойства или характерная подвижность позволяют оптически зарегистрировать их присутствие в материале от больного.

Комбинация световой микроскопии с иммунологическим методом в виде обработки микроскопических препаратов антителами, мечеными флюорохромами к наиболее характерным видовым микробным антигенам, с последующей люминесцентной микроскопией значительно повышает ее диагностическую значимость. Эти методы еще будут охарактеризованы в последующем как разновидность иммуноанализа — **иммунофлюоресцентный** или **иммуногистохимический методы**.

Значительно реже в инфекционной практике используется электронная или конфокальная микроскопия — микроскопический метод, в котором вместо светового потока для визуализации микроскопических объектов используется поток электронов или лазерные лучи, позволяющие тысячекратно увеличить разрешающую способность метода и обнаруживать в биологическом материале не только клеточные микроорганизмы, но и вирусы.

Микроскопический метод может использоваться и в диагностике вирусных инфекций, но в этом случае обнаруживают не отдельного

возбудителя, имеющего чрезвычайно малые размеры, а внутриклеточные включения — скопления возбудителя в клетках макроорганизма или продуктов измененного метаболизма клетки. В табл. 2.1–2.3 представлены возможности микроскопической диагностики при инфекционных заболеваниях.

Таблица 2.1. Микроскопический метод в диагностике заболеваний, вызываемых гельминтами

| Гельминтоз | Возбудитель | Исследуемый материал | Препараты для микроскопии | Объекты микроскопического обнаружения |
|-------------------|----------------------------------|---|---------------------------|--|
| Нематодозы | | | | |
| Аскаридоз | <i>Ascaris lumbricoides</i> | Кал | Нативный препарат | Оплодотворенные и неоплодотворенные яйца |
| Трихоцефалез | <i>Trichocephalus trichiurus</i> | Кал | Нативный препарат | Яйца |
| Энтеробиоз | <i>Enterobius vermicularis</i> | Соскоб с периаанальной складки | Нативный препарат | Яйца, возбудитель |
| Стронгилоидоз | <i>Strongyloides stercoralis</i> | Кал, дуоденальное содержимое | Нативный препарат | Личинки |
| Трихинеллез | <i>Trichinella spiralis</i> | Мясные продукты, биоптаты мышечной ткани, секционный материал | Нативный препарат | Личинки |
| Токсокароз | <i>Toxocara canis</i> | Биопсийный и секционный материал | Нативный препарат | Личинки |
| Цестодозы | | | | |
| Дифиллоботриоз | <i>Diphyllobothrium latum</i> | Кал | Нативный препарат | Яйца, членики |
| Тениаринхоз | <i>Taeniarhynchus saginatus</i> | Кал, соскоб с периаанальной складки | Нативный препарат | Яйца, членики |
| Тениоз | <i>Taenia solium</i> | Кал | Нативный препарат | Яйца, членики |
| Цистицеркоз | <i>Cysticercus cellulosae</i> | Биопсийный материал | Нативный препарат | Личинки (цистицерки) |

Окончание табл. 2.1

| Гельминтоз | Возбудитель | Исследуемый материал | Препараты для микроскопии | Объекты микроскопического обнаружения |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------|---------------------------------------|
| Эхинококкоз | <i>Echinococcus granulosus</i> | Содержимое паразитарной кисты, мокрота, лаважная жидкость, желчь, биопсийный материал | Нативный препарат | Протосколексы, ацефалокисты |
| Трематодозы | | | | |
| Описторхоз | <i>Opisthorchis felineus</i> | Кал, желчь | Нативный препарат | Яйца |
| Фасциолез | <i>Fasciola hepatica</i> , <i>Fasciola gigantica</i> | Кал, желчь | Нативный препарат | Яйца |
| Шистосомоз мочеполовой и кишечный | <i>Schistosoma haematobium</i> , <i>Schistosoma mansoni</i> | Моча, кал | Нативный препарат | Яйца |

Таблица 2.2. Микроскопический метод в диагностике заболеваний, вызываемых простейшими

| Протозооз | Возбудитель | Исследуемый материал | Способ микроскопического обнаружения | Объекты микроскопического обнаружения |
|-----------|---|----------------------|---|---|
| Амебиаз | <i>Entamoeba histolytica</i> | Свежий кал | Нативные препараты (с добавлением раствора Люголя и метиленового синего) и окрашенные мазки | Трофозоиты, у реконвалесцентов и носителей — просветная форма, цисты |
| Лямблиоз | <i>Giardia intestinalis</i> | Желчь, кал | Нативный препарат | Трофозоиты, цисты |
| Малярия | <i>Plasmodium vivax</i> , <i>Plasmodium malariae</i> , <i>Plasmodium falciparum</i> , <i>Plasmodium ovale</i> | Кровь | Мазок «толстая капля» без фиксации, окраска по Романовскому–Гимзе | Трофозоиты, шизонты, эритроцитарные мерозоиты, микрогаметоциты, макрогаметоциты |

Окончание табл. 2.2

| Протозооз | Возбудитель | Исследуемый материал | Способ микроскопического обнаружения | Объекты микроскопического обнаружения |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| Токсоплазмоз | <i>Toxoplasma gondii</i> | Спинально-мозговая, слезная, околоплодная жидкость, кровь, биоптаты лимфатических узлов | Фиксированные мазки с окраской по Романовскому–Гимзе | Трофозоиты, псевдоцисты, в тканях — цисты |
| Лейшманиоз | <i>Leishmania tropica</i> , <i>Leishmania donovani</i> и др. (около 20 видов) | Отделяемое с краев язвы, кровь, пунктаты внутренних органов, лимфатических узлов | Фиксированные мазки, окрашенные по Романовскому–Гимзе | Безжгутиковые формы возбудителя |
| Трихомоноз мочеполовой, кишечный | <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Trichomonas hominis</i> | Свежее отделяемое влагалища и уретры, кал | Нативный препарат | Возбудитель |
| Бабезиоз | <i>Babesia divergens</i> , <i>Babesia rodhaini</i> , <i>Babesia microti</i> | Кровь | Мазок «толстая капля» без фиксации, окраска по Романовскому–Гимзе | Возбудитель |
| Трипаносомоз | <i>Trypanosoma brucei</i> , <i>Trypanosoma cruzi</i> | Пунктат первичных аффектов, кровь | Фиксированный мазок-отпечаток и мазок «толстая капля» крови без фиксации с окраской по Романовскому–Гимзе | Возбудитель |
| Балантидиоз | <i>Balantidium coli</i> | Кал | Нативный препарат | Трофозоиты, цисты |

Таблица 2.3. Микроскопический метод в диагностике заболеваний, вызываемых грибами

| Микоз | Возбудитель | Исследуемый материал | Способ микроскопического обнаружения | Объекты микроскопического обнаружения |
|--|--|--|---|---|
| Кератомикозы | | | | |
| Отрубевидный лишай | <i>Pityrosporum obiculare</i> | Чешуйки кожи | Обработанный щелочью нативный препарат | Мицелий и характерное скопление гифов гриба |
| Дерматофитии | | | | |
| Трихофития, фавус | <i>Trichophyton</i> | Чешуйки кожи, волосы, соскобы с ногтей | Обработанный щелочью нативный препарат | Характерные споры грибов (в волосах), мицелий и споры гриба |
| Микроспория | <i>Microsporum</i> | Чешуйки кожи, волосы, соскобы с ногтей | Обработанный щелочью нативный препарат | Характерные споры грибов (в волосах), мицелий и споры гриба |
| Эпидермофития | <i>Epidermophyton floccosum</i> | Чешуйки кожи, соскобы с ногтей | Обработанный щелочью нативный препарат | Характерные мицелий и споры гриба |
| Кандидозы | | | | |
| Кандидоз кожи, слизистых оболочек, инвазивный кандидоз | <i>Candida albicans</i> , <i>Candida tropicalis</i> , <i>Candida catenulata</i> , <i>Candida cijferrii</i> , <i>Candida guilliermondii</i> и др. | Соскобы кожи, налет слизистых оболочек, моча, мокрота, кал, кровь, пунктаты внутренних органов | Нативные препараты, фиксированные препараты с окраской по Граму и др. окраски | Дрожжевые почкующиеся клетки, псевдомицелий |
| Оппортунистические микозы | | | | |
| Криптококкоз | <i>Cryptococcus neoformans</i> | Мокрота, гной, соскобы язв, СМЖ, моча, биоптаты тканей | Нативные препараты, фиксированные мазки, окрашенные тушью | Округлые или яйцевидные клетки, окруженные слизистой капсулой |

Окончание табл. 2.3

| Микоз | Возбудитель | Исследуемый материал | Способ микроскопического обнаружения | Объекты микроскопического обнаружения |
|------------------------|---|---|---|---|
| Плесневые микозы | <i>Aspergillus spp.</i> , <i>Mucor spp.</i> , <i>Penicillium spp.</i> , <i>Fusarium spp.</i> | Соскобы с кожи, ногтей, отделяемое пазух носа, наружного слухового прохода, мокрота, гной, кал, биоптаты тканей | Фиксированные препараты с окраской по Граму | Характерное расположение мицеллия и конидиоспор |
| Пневмоцистоз | <i>Pneumocystis jiroveci</i> | Мокрота, лаважная жидкость, биоптаты легочной ткани | Фиксированные мазки с окраской по Романовскому–Гимзе | Возбудитель |
| Глубокие микозы | | | | |
| Кокцидиоз | <i>Coccidioides immitis</i> | Гной, мокрота, кровь, ликвор, биопсийный материал | Нативные препараты, фиксированные препараты с окраской по Граму | Сфераула как тканевая форма |
| Гистоплазмоз | <i>Histoplasma capsulatum</i> , <i>Histoplasma duboisii</i> | Гной, мокрота, кровь, моча, ликвор, пунктаты внутренних органов | Фиксированные мазки с окраской по Романовскому–Гимзе | Овальные дрожжеподобные клетки внеклеточно или внутри моноцитов/макрофагов |
| Бластомикоз | <i>Blastomyces dermatitidis</i> | Гной из свищей и абсцессов, ликвор, мокрота, моча, пунктат лимфатических узлов | Обработанный щелочью нативный препарат | Круглые или овальные крупные дрожжевые клетки с двухконтурной клеточной стенкой |

Микробиологический метод

Микробиологический метод заключается в выделении чистой культуры возбудителя из материала от больного с его последующей идентификацией.

Наиболее часто микробиологический метод используется в диагностике бактериальных инфекций (бактериологический метод), микозов (микологический метод), в этом случае чистую культуру получают путем посева на искусственные питательные среды.

Выделить чистую культуру вирусов путем посева на искусственные питательные среды не удастся, так как вирусы размножаются только в живых клетках. Для выделения культуры вируса используют культуры тканей, куриные эмбрионы, что входит в понятие вирусологического метода диагностики.

Бактериологический метод

Бактериологический метод служит одним из самых широко используемых методов в диагностике бактериальных инфекций.

Эффективность бактериологического метода диагностики зависит от ряда обстоятельств.

Во-первых, необходимо учитывать сроки отдельных стадий патогенеза инфекционного процесса, которые влияют на присутствие возбудителя в исследуемом биологическом материале. Например, при брюшном тифе чаще всего удастся выделить гемокультуру возбудителя в первые дни лихорадки, поскольку в последующие дни интенсивность бактериемии значительно снижается, в то же время на 2–3-й неделе болезни резко повышается возможность получения копрокультуры возбудителя. При менингококковой инфекции бактериемия наиболее интенсивна в первые часы болезни, а в течение вторых и третьих суток падает даже в отсутствие антибактериальной терапии.

Во-вторых, существенное значение для эффективности бактериологической диагностики имеет соблюдение правил забора материала для исследования. Забор крови, мочи, слизи, кала должен осуществляться в посуду, стерилизованную путем термической обработки. При этом очень важно производить забор биологического материала из места наиболее вероятного нахождения возбудителя — краев налетов на миндалинах, кожных поражений, язв кишечника, спинномозговой жидкости, пунктата гнойных очагов. Наружные покровы в месте забора материала (из вены, артерии, местного очага) должны быть тщательно обработаны (настойкой йода, 96% этиловым спиртом) во избежание попадания в просвет иглы аутофлоры.

Очень важное значение имеет отсутствие в исследуемом материале ингибиторов роста бактерий, прежде всего антибиотиков, которые

резко снижают (не менее чем в 2–3 раза) вероятность высева возбудителя. По этой причине бактериологическое исследование нужно стремиться производить до назначения антибиотиков.

Наилучшими способами предупредить гибель предполагаемого возбудителя является посев на основную или транспортную среду у постели больного. В остальных случаях следует максимально сократить сроки доставки материала в лабораторию, предохранить его от загрязнения, охлаждения и высыхания. Для этого взятый для исследования материал хранится в стерильной посуде с герметичной крышкой в термостате при 37 °С, перевозится при той же температуре в термосе или другом транспортном обогревателе.

Очень важной составляющей частью бактериологической диагностики является **определение чувствительности возбудителя к антибиотикам**, способы которого довольно разнообразны.

Особый интерес вызывают автоматизированные способы определения чувствительности возбудителя к антибиотикам, которые позволяют работать не только с чистой культурой, но и с исходным биологическим материалом. В этом случае определение лекарственной устойчивости возбудителя происходит автоматически без выяснения видовой принадлежности возбудителя и исследование занимает от 2 до 6 ч.

Микологический метод

Микологический метод, применяемый в диагностике грибковых инфекций и также основанный на использовании искусственных питательных сред (Сабуру, Чапека и др.).

Вирусологический метод

Вирусологический метод отличается тем, что биологический материал, предположительно содержащий вирусы, используется для заражения куриного эмбриона, культуры клеток или культуры органов лабораторных животных.

Если исследуемый материал содержит постороннюю микрофлору, его предварительно обрабатывают антибиотиками. Культивирование куриных эмбрионов после их заражения осуществляется в течение 5–8 дней, культур тканей — в течение 5–6 дней, а общая продолжительность вирусологического исследования составляет до 3 нед, что в большинстве случаев позволяет поставить лишь ретроспективный диагноз. В связи с этим вирусологический метод чаще используют для мониторинга циркулирующих штаммов различных вирусов, в частности вирусов гриппа, гепатитов.

Завершается вирусологический метод идентификацией вируса с помощью таких серологических реакций, как реакция нейтрализации (РН) действия вируса на живую ткань, реакция торможения

гемагглютинации (РТГА) куриных эритроцитов, реакция связывания комплемента (РСК), реакция иммунофлюоресценции (РИФ), ИФА.

Биологический метод

Биологический метод (биопроба) заключается в выделении возбудителя из биологического материала или идентификации его токсинов путем заражения лабораторных животных, высоковосприимчивых к данному возбудителю или чувствительных к действию его токсинов. В современных условиях метод биопроб применяется преимущественно как первый этап обнаружения и идентификации возбудителей особо опасных инфекций.

Биологический метод имеет ведущее значение при *идентификации бактериальных экзотоксинов* (ботулинического, столбнячного).

На основе биопробы можно воспроизводить такие серологические реакции, как РН токсина или РН вируса, которые позволяют не только идентифицировать возбудителя, но и способствуют обнаружению антител к экзотоксинам или вирусам.

Иммунологические методы

Методы иммунодиагностики

Сероиндикация — обнаружение возбудителя в биологическом материале от больного на основе применения специфических антител к его видовым антигенам. Как диагностическое направление сероиндикация широко используется при экспресс-диагностике различных инфекционных заболеваний, а ее значение в верификации диагноза определяется качеством препарата из специфических антител и способом регистрации результата исследования.

Сероидентификация не является самостоятельным методом диагностики инфекционных заболеваний, а этапом бактериологического или вирусологического методов, связанным с определением вида организма по его видовым антигенам. Этому исследованию предшествует выделение чистой культуры возбудителя, а сам процесс идентификации включает использование препаратов специфических видов антител.

Серодиагностика — постановка диагноза путем обнаружения антител к возбудителю в сыворотке крови и других биологических жидкостях как специфических биомаркеров инфекционного процесса. Методическая основа такого диагностического исследования не очень однозначна в интерпретации. Она требует учета возможности попадания возбудителя и, соответственно, выработки антител к нему в анамнезе, а также факта высокой вероятности присутствия

в организме больного «нормальных» антител, способных давать перекрестные реакции с антигенами искомого патогенного микроорганизма. Несмотря на это, современная серодиагностика составляет значительную часть исследований по верификации диагноза в клинике инфекционных болезней.

Среди серологических методов наиболее доступны методы, основанные на феномене агглютинации.

Сущность реакции агглютинации заключается в том, что в присутствии электролита иммунные комплексы, содержащие корпускулярные частицы антигена и антитела, сшиваются между собой и выпадают в виде зернистого или хлопьевидного осадка, что регистрируется визуально.

Наиболее часто РА используется в диагностике бактериальных инфекций. Если в состав иммунных комплексов при данной реакции входят бактериальные клетки, то это собственно агглютинация. В РА могут участвовать различные поверхностные антигены бактерий: компоненты их клеточной стенки (О-антигены), жгутики бактерий (Н-антигены), элементы капсулы (К-антигены).

Если микробные антигены искусственно адсорбированы на поверхности эритроцитов, то такая реакция носит название **пассивной (или непрямой) гемагглютинации (РПГА или РНГА)**. Если микробные антигены адсорбированы на поверхности латекса — это **латекс-агглютинация**.

РА широко используется не только для сероидентификации бактерий, но и для серодиагностики бактериальных инфекций. При этом РПГА и латекс-агглютинации применяются исключительно для серодиагностики. Для предотвращения ложноположительных результатов реакции из-за наличия в сыворотке больного «нормальных» антител введено понятие **диагностического титра**.

Величина диагностического титра зависит от возбудителя, а также вида серологической реакции. Так, например, для брюшного тифа диагностический титр РА составляет 1:200, для сыпного тифа 1:100, а для РПГА при брюшном тифе 1:40 и т.д. (табл. 2.4). Основанием для того, чтобы считать ту или иную реакцию положительной, является превышение диагностического титра при постановке реакции не менее чем в 2–4 раза.

В то же время, если человек уже болел тем инфекционным заболеванием, диагностика которого проводится в настоящий момент, для исключения ложноположительного результата **исследование проводят с парными сыворотками**, полученными с интервалом от 7 до 14 дней. Диагностически значимым считается нарастание титра антител при исследовании парных сывороток не менее чем в 4 раза или снижение титра при постановке реакции в поздние сроки болезни.

Таблица 2.4. Иммунологический метод в диагностике бактериальных инфекций

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|---|---|---|--|
| Брюшной тиф <i>Salmonella typhi</i> , паратифы А, В, С | Сероидентификация РА Серодиagnostика РА Видалья Реакция пассивной Vi-гематлутинации (РПГА) | Определение вида возбудителя В конце первой недели болезни с О- и Н-видовыми диагностикумами У реконвалесцентов и лиц с подострым на носительство | Положительная реакция, соответствующая титру видовой сыворотки Диагностический титр 1:200 с О-антигеном при возможности дифференцировать текущую инфекцию с «прививочной» или анамнестической реакцией: О-антигена обнаруживаются в разгар болезни, а затем исчезают, Н-антигена появляются позднее и остаются на длительный срок Диагностический титр 1:40. Vi-антигена обнаруживаются у реконвалесцентов и носителей брюшного тифа |
| Сальмонеллез <i>Salmonella</i> | Сероидентификация РА с О-групповыми и Н-видовыми сыворотками Серодиagnostика РПГА | Определение групповой и видовой принадлежности сальмонелл, выделенных в чистой культуре С использованием комплексного и групповых диагностикумов | На первом этапе с помощью сывороток к О-антигенам определяется групповая принадлежность сальмонел, а затем внутри группы с помощью Н-сывороток — вид Диагностический титр 1:32. При получении положительной реакции с комплексным эритроцитарным диагностикумом ставят реакции с отдельными групповыми О-диагностикумами |
| Шигеллез <i>Shigella</i> | Сероидентификация РИФ Сероидентификация РА Серодиagnostика РПГА РСК | Обнаружение видов шигелл Определение вида шигелл Обнаружение видоспецифических антигел | Экспресс-диагностика шигеллеза Положительная реакция, соответствующая титру видовой сыворотки Диагностический титр 1:160, вспомогательный метод диагностики |

Продолжение табл. 2.4

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|---|---|---|---|
| Эшерихиоз <i>Escherichia coli</i> <ul style="list-style-type: none"> • энтеротоксигенные, • энтеропатогенные, • энтероинвазивные, • энтерогеоморфические | Сероидентификация Реакция агглютинации Серодиагностика РА, РПГА, ИФА | Реакция на стекле с комплексной эшерихиозной ОК-сывороткой, развернутая реакция живой культуры с групповой ОК-сывороткой, развернутая реакция гретой культуры (без К-антигена) с типовыми О-сыворотками В парных сыворотках Определение IgM и IgG антител к эшерихиям | Определение видовой принадлежности возбудителя Определение групповой принадлежности кишечной палочки Определение в рамках групповой принадлежности патогенного серовара кишечной палочки по O-антигену Нарастание титра антител через 7–10 сут не менее чем в 4 раза Наличие IgM-антител свидетельствует об острой инфекции, наличие IgG-антител — о бактерионосительстве |
| Листериоз <i>Listeria monocytogenes</i> | Серодиагностика РА, РПГА, РСК | Антитела вырабатываются на невысоком уровне | Вспомогательный метод. Диагностический титр РА 1:250 |
| Иерсиниоз <i>Yersinia enterocolitica</i> . Псевдотуберкулез <i>Yersinia pseudotuberculosis</i> | Серодиагностика РПГА ИФА | В парных сыворотках (первый забор 1–3 сут) | Нарастание титра антител через 7–10 сут не менее чем в 4 раза |
| Чума <i>Yersinia pestis</i> | Сероидентификация Реакция латекс-агглютинации Серодиагностика РПГА | Обнаружение возбудителя в материале от больного Обнаружение антител к капсульному антигену | Экспресс-диагностика чумы Ретроспективный диагноз чумы |

Продолжение табл. 2.4

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|----------------------------------|--|--|---|
| Холера <i>Vibrio cholerae</i> | Сериоиндикация РИФ, реакция иммобилизации холерных вибрионов водными сыворотками Сериодентификация Реакция агглютинации Серодиагностика РПГА, РНИФ | Обнаружение холерных вибрионов в материале от больного Реакция на стекле с холерными сыворотками O-1, O-139 и RO; реакция на стекле с сыворотками Oгава и Iнаба; развернутая реакция с холерными сыворотками O-1, O-139 и RO В парных сыворотках (забор первой сыворотки — на 3-й день болезни) | Экспресс-диагностика холеры Определение принадлежности вибрионов к группе возбудителей холеры. Определение серовара <i>V. cholerae</i> O1 Определение вида и биоваров возбудителей при положительной реакции не менее чем в 1/2 титра сыворотки Вспомогательный метод. Наращивание титра антител через 6–8 сут не менее чем в 4 раза |
| Бруцеллез <i>Brucella</i> | Сериодентификация РА Серодиагностика РА Райта РА Хеддлсона, РПГА, РСК, РИФ Реакция Кумбса Аллергодиагностика Проба Бюрне | Определение принадлежности к роду бруцелл Через неделю от начала заболевания Через неделю от начала заболевания По окончании острого периода По окончании острого периода | Положительная реакция, соответствующая титру диагностической сыворотки Диагностический титр 1:200 в течение нескольких лет Положительная реакция в течение заболевания Индикация неполного антител у реконвалесцентов и при ретроспективном диагнозе Положительная проба у реконвалесцентов, вакцинированных и при ретроспективном диагнозе |

Продолжение табл. 2.4

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|--|---|--|--|
| Туляремия <i>Francisella tularensis</i> | Серодиагностика РА, РПГА Кровяно-капельная проба Аллергодиагностика Проба с тулярином | На второй неделе заболевания Начиная с 3–5-го дня заболевания с 3–5-го дня заболевания | Диагностический титр РА 1:100 Экспресс-диагностика туляремии Диагноз текущей инфекции и ретроспективный диагноз |
| Сибирская язва <i>Vaccillus anthracis</i> | Сероиндикация Реакция преципитации по Асколи, РИФ Серодиагностика РПГА, ИФА Аллергодиагностика Внутрикожная проба с антраксинном | Обнаружение возбудителя на объектах внешней среды, в материале от больного На второй неделе заболевания Начиная с 3–5-го дня заболевания | Кольцо преципитата при наличии спор возбудителя Экспресс-диагностика сибирской язвы Ретроспективный диагноз сибирской язвы Диагноз текущей инфекции и ретроспективный диагноз |
| Стафилококковая инфекция <i>Staphylococcus aureus</i> | Серодиагностика РПГА, ИФА | В парных сыворотках с использованием аутоантигенов | Наращение титра антител через 7–10 сут не менее чем в 4 раза |
| Стрептококковая инфекция <i>Strepto-coccus spp.</i> | Сероиндикация Реакция преципитации Серодиагностика РСК | Обнаружение антигенов стрептококка в моче больного с помощью групповых стрептококковых сывороток | Образование преципитата свидетельствует о наличии стрептококка в биологическом материале и его принадлежности к соответствующей группе стрептококков (А, В, С, D, F, G) |

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|--|--|---|--|
| РН антителами сыворотки крови большого гемолитической активности стрептококкового стрептолизина-О (АСЛЮ) | | Исследование парных сывороток Однократно (7–14-й дни болезни) В парных сыворотках | Нарастание титра антител через 10–14 суток не менее чем в 4 раза Выше 250 АЕ50 — острая стрептококковая инфекция Отсутствие снижения в течение 6 мес от начала заболевания — возможность рецидива или осложнений |
| Пневмококковая инфекция <i>Streptococcus pneumoniae</i> | Серодиагностика РПГА, ИФА | В парных сыворотках (первый забор крови — при поступлении в стационар) | Нарастание титра антител через 7–10 сут не менее чем в 4 раза |
| Гемофильная инфекция <i>Haemophilus influenzae</i> | | | |
| Легионеллез <i>Legionella pneumophila</i> | | | |
| Дифтерия <i>Corynebacterium diphtheriae</i> | Серодиагностика РПГА, ИФА | В парных сыворотках (первый забор 1–3 сутки) | Нарастание титра антител через 7–10 сут не менее чем в 4 раза |
| Менингококковая инфекция <i>Neisseria meningitidis</i> | Серодиагностика РПГА, ИФА | В парных сыворотках (первый забор 1–3 сутки) | Нарастание титра антител через 7–10 сут не менее чем в 4 раза |
| Лепра <i>Mycobacterium leprae</i> | Аллергодиагностика Лепроминовая проба | Учет результатов через 2–4 нед | Диагноз текущей инфекции |

Продолжение табл. 2.4

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|---|--|--|--|
| Возвратный тиф: эпидемический <i>Borrelia recurrens</i> эндемический <i>B. duttoni</i> , <i>B. persica</i> | Серодиагностика РСК, реакция на грузки спирохет тромбоцитами | Определение антител в сыворотке крови больного | Вспомогательный метод Диагностика текущего заболевания |
| Иксодовые клещевые боррелиозы <i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>B. afzelii</i> , <i>B. garinii</i> | Серодиагностика РНИФ, ИФА | Определение антител в сыворотке крови и синовиальной жидкости больного | Диагностика текущего заболевания |
| Лептоспирозы <i>Leptospira interrogans</i> | Серодиагностика РПГА, реакция агглютинации и лизиса | В парных сыворотках (в разгар заболевания и в период реконвалесценции) | Наращение титра антител не менее чем в 4 раза |
| Эрлихиозы <i>Ehrlichia chaffeensis</i> , <i>E. cams</i> | Серодиагностика РНИФ | В парных сыворотках с определением IgM и IgG антител | Диагностика заболевания на 2-й неделе с подтверждением на 4–6-й неделе |

| Бактериозы и возбудители | Серологическая реакция, назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|---|---|---|--|
| Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф <i>Rickettsia prowazekii</i> | Серодианостика РА, РСК, РТГА, РНИФ, ИФА | Определение видовых антител в сыворотке крови больного | Диагностика заболевания с идентификацией возбудителя |
| Эндемический крысиный сыпной тиф <i>R. typhi</i> | | | |
| Марсельская лихорадка <i>R. solarii</i> | | | |
| Астраханская риккетсиозная лихорадка <i>R. solarii var. casp.</i> | | | |
| Орнитоз <i>Chlamydia psittaci</i> | Сероиндикация РИФ, ИФА | Обнаружение хламидий в материале от больного | Экспресс-диагностика хламидиоза IgM-антитела свидетельствует о начальном этапе и активности хламидиоза. Через 2–3 нед появляются IgG-антитела в высоком титре (1:4000). IgA антител свидетельствует о тяжелом течении заболевания и выраженном аутоиммунном процессе (синдром Рейтера). Отсутствие антител не означает отсутствия хламидиоза (50%) |
| Урогенитальный хламидиоз, трахома, венерический лимфогранулематоз и др. <i>Chlamydia trachomatis</i> | Серодианостика ИФА, РНИФ | Неоднократное определение IgM, IgG и IgA антител Использование антигенов хламидий различных серотипов | Обнаружение антител к хламидиям различных серотипов |
| Пневмохламидиоз <i>Chlamydia pneumoniae</i> | | | |
| Микоплазмоз <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> | Сероиндикация РИФ Серодианостика ИФА, РСК, РТГА | Обнаружение микоплазм в лаважной жидкости, соскобах со слизистых оболочек В парных сыворотках (первый забор 1–6 сут) | Экспресс-диагностика микоплазменной инфекции Нарастание титра антител через 10–14 сут не менее чем в 4 раза |
| Уреоплазмоз <i>Ureaplasma urealyticum</i> | | | |

В некоторых случаях, например при бруцеллезе, антитела сыворотки больного не дают феномена агглютинации — так называемые неполные антитела. Для их выявления реакцию ставят в два этапа. На первом этапе к сыворотке больного добавляют, как обычно, бактериальный диагностикум (взвесь бруцелл), а на втором этапе в тест-систему вносят сыворотку, полученную иммунизацией животных эта сыворотка содержит в своем составе антитела к иммуноглобулинам человека, способные давать в случае формирования иммунного комплекса феномен агглютинации. В результате, если в сыворотке больного содержатся неполные антитела, то они присоединяются к бруцеллам в составе диагностикума, а к ним, в свою очередь, антитела к иммуноглобулинам человека. В конечном итоге эти «тройные» комплексы в физрастворе объединяются между собой и выпадают в осадок. Такая реакция по выявлению неполных антител получила название **реакции Кумбса**.

РА в различных вариантах ее постановки может использоваться не только при бактериальных инфекциях, но также при некоторых микозах и заболеваниях, вызванных простейшими (табл. 2.4–2.6).

При заболеваниях вирусной природы постановка РА невозможна из-за мелких размеров вируса. В то же время при вирусных инфекциях используют один из вариантов реакции, связанных с явлением гемагглютинации куриных эритроцитов вирусами. В основе такой серологической реакции лежит способность противовирусных антител блокировать у вируса гемагглютинирующие свойства, а сам диагностический прием носит название **РТГА**. Эту реакцию воспроизводят как для идентификации вируса, полученного при вирусологическом исследовании, так и для серодиагностики вирусных инфекций путем обнаружения антител в сыворотке больного (табл. 2.6).

В число методов с использованием феномена перекрестного взаимодействия иммунных комплексов входит и **реакция преципитации** с тем отличием от описанных выше методов, что антиген в ней имеет молекулярную форму и образует прозрачный раствор. В присутствии антител и электролита иммунные комплексы сшиваются в конгломераты и вызывают помутнение среды. Чтобы зарегистрировать это помутнение, существует несколько способов — реакция кольце-преципитации, реакция преципитации в геле, с помощью прибора нефелометра, позволяющего зарегистрировать даже слабую степень помутнения среды.

Среди **методов с использованием феномена комплементарного лизиса** наибольшей известностью пользуется **РСК**, учет которой производится по феномену гемолиза и которая широко используется для диагностики инфекций как бактериальной, так и небактериальной этиологии.

Таблица 2.5. Иммунологический метод в диагностике протозоозных и паразитарных инфекций

| Протозооз и возбудитель | Серологическая реакция и ее назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|---|--|---|---|
| Амебиаз <i>Entamoeba histolytica</i> | Серодиагностика РПГА, ИФА | В парных сыворотках | Нарастание титра антител через 10–14 сут не менее чем в 4 раза при внекишечном амебиазе и наличии тканевых форм |
| Токсоплазмоз <i>Toxoplasma gondii</i> | Серодиагностика РНИФ ИФА | В парных сыворотках с определением IgM и IgG антител, а также avidности IgG антител | Нарастание титра антител через 10–14 сут не менее чем в 4 раза говорит о наличии токсоплазмоза, но не носительства. Определение IgM антител применяется для диагностики острого токсоплазмоза. Антитела IgG появляются в период реконвалесценции и сохраняются до 10 лет. Низкая avidность IgG антител говорит, что от момента заражения прошло не более 16 нед. Высокая avidность — больший срок |
| Криптоспоридиоз <i>Cryptosporidium parvum</i> | Сероиндикация РИФ ИФА | Обнаружение ооцист возбудителя в кале | Экспресс-диагностика криптоспоридиоза |
| Малярия <i>Plasmodium vivax</i> , <i>P. malariae</i> , <i>P. ovale</i> , <i>P. falciparum</i> | Сероиндикация РИФ Серодиагностика РНИФ РПГА ИФА | Обнаружение малярийных плазмодиев Через неделю от начала заболевания | Экспресс-диагностика малярия Диагностический титр 1:80, в случае <i>P. falciparum</i> свидетельствует о свежей инвазии |
| Лямблиоз <i>Lambdia intestinalis</i> (<i>Giardia lamblia</i>) | Серодиагностика ИФА | Обнаружение IgM антител | Наличие IgM антител свидетельствует о лямблиозе, но не о носительстве |

Окончание табл. 2.5

| Протозооз и возбудитель | Серологическая реакция и ее назначение | Особенности постановки | Положительный результат и способ его оценки |
|---|--|-----------------------------------|---|
| Токсокароз <i>Toxocara canis</i> | Серодиагностика РПГА, ИФА | Обнаружение антител к возбудителю | Основной метод диагностики при невозможности обнаружить возбудителя |
| Шистосомоз <i>Schistosoma haematobium</i> , <i>S. mansoni</i> | | | |
| Трихинеллез <i>Trichinella spiralis</i> | | | |

Таблица 2.6. Иммунологические методы в диагностике вирусных инфекций

| Вирусная инфекция | Серологические маркеры | Характерика маркеров | Диагностическое значение |
|-------------------|--------------------------|---|--|
| ВГВ | HBsAg | Поверхностный антиген вируса гепатита В (HBV) | Инфицированность HBV |
| | HBеAg | Антиген инфекционности HBV | Репликация HBV в гепатоцитах, высокая инфекционность крови |
| | HBcAg | Сердцевинный антиген HBV | Репликация HBV в гепатоцитах, в крови в свободном виде не выявляется |
| | анти-HBc (total) (HBcAg) | Суммарные антитела к HBcAg | Ретроспективная диагностика ГВ, особенно в отсутствие HBsAg и при неверифицированных гепатитах |
| | D анти-HBc (HBcAg IgM) | Антитела класса М к сердцевинному антигену | Ранний сывороточный маркер ГВ, указывает на острую инфекцию, при ХГВ маркирует репликацию HBV и активность процесса в печени |

| Вирусная инфекция | Серологические маркеры | Характерика маркеров | Диагностическое значение |
|--------------------------|------------------------|---|--|
| Вирусная инфекция | Анти-HBe (HBeAb) | Антитела к антигену инфекционности | Начало стадии реконвалесценции (исключение — мутантная форма HBV) |
| | Анти-HBs (HBsAb) | Протективные антитела к поверхностному антигену HBV | Перенесенная инфекция или наличие остаточных антител; обнаружение антител в первые недели ГВ прогнозирует развитие фульминантного гепатита |
| | IgM анти-HDV | Антитела класса М к HDV | Репликация вируса гепатита D (HDV) в организме |
| Вирусный гепатит D (BFD) | IgG анти-HDV | Антитела класса G к HDV | Возможная инфицированность HDV или перенесенная инфекция |
| | HDAg | Антиген HDV | Маркер наличия HDV в организме |
| | Анти-HCV IgG | Антитела класса G к вирусу гепатита С (HCV) | Возможная инфицированность HCV или перенесенная инфекция |
| Вирусный гепатит С (BFC) | Анти-HCV core IgM | Антитела класса М к сердцевинным белкам HCV | Текущая инфекция (острая или хроническая в фазе реактивации) |
| | Анти-HCV core IgG | Антитела класса G к сердцевинным белкам HCV | Инфицированность HCV или перенесенная инфекция |
| | Анти-HCV NS | Антитела к неструктурным белкам HCV | Хроническая стадия гепатита С (ГС) |
| BGA | IgM анти-HAV | Антитела класса М к HAV | Острая инфекция |
| | IgG анти-HAV | Антитела класса G к HAV | Перенесенная инфекция, сохраняются пожизненно |
| BGE | IgM анти-HEV | Антитела класса М к HEV | Острая инфекция |
| | IgG анти-HEV | Антитела класса G к HEV | Перенесенная инфекция |

Продолжение табл. 2.6

| Вирусная инфекция | Серологические маркеры | Характерика маркеров | Диагностическое значение |
|-------------------|---|---|---|
| ВИЧ-инфекция | p24 | Сердцевинный белок ВИЧ | 2–8 нед после заражения, маркер развития СПИДа |
| | IgM anti-p24 | Антитела класса M к белку p24 ВИЧ | Первые месяцы после заражения ВИЧ |
| | IgG anti-p24 | Антитела класса G к белку p24 ВИЧ | Текущая ВИЧ-инфекция |
| | IgG anti-gp41 IgG anti-gp120 IgG anti-gp160 | Антитела класса G к поверхностным антигенам ВИЧ | Текущая ВИЧ-инфекция через 3–6 мес после заражения |
| Грипп | Выявление антител в РСК, РТГА с использованием парных сывороток | | Ретроспективный диагноз, нарастание титра антител не менее чем в 4 раза |
| | Выявление антител в реакции радиального гемолиза | | Экспресс-диагностика гриппа |
| Краснуха | IgM-, IgG- | Отсутствие антител (ИФА) | Отсутствие заболевания в настоящее время и в анамнезе |
| | IgM-, IgG+ | Наличие антител вторичного ответа | Перенесенное заболевание в анамнезе |
| | IgM+, IgG- | Наличие антител первичного ответа | Заболевание в ранней стадии, период обострения |
| | IgM+, IgG+ | Наличие антител первичного и вторичного ответа | Период обострения |

Продолжение табл. 2.6

| Вирусная инфекция | Серологические маркеры | | Характерика маркеров | Диагностическое значение |
|--|---|-----------------------------------|----------------------|---|
| | Вирусная инфекция | Серологические маркеры | | |
| Корь | Определение IgM и IgG антител методом ИФА | | | Наличие IgM антител при отсутствии IgG характерно для острого периода (периода высыпаний) |
| Эпидемический паротит | Определение антител в парных сыворотках методами РТГА, РСК | | | Ретроспективный диагноз, нарастание титра антител не менее чем в 4 раза |
| Полиомиелит | Выявление антител в сыворотке крови в реакции преципитации, РСК | | | Наличие IgM антител при отсутствии IgG характерно для острого периода |
| Энтеровирусная инфекция | ЭВ-специфические IgM | Наличие антител первичного ответа | | Выявление антител со 2–3-й недели заболевания |
| Вирусные диареи (ротавирусная и норовирусная инфекция) | Определение антигенов вирусов в кале с помощью ИФА | | | Выявляются в сроки от первой недели заболевания до 6 мес от начала инфекции |
| ОРВИ | Определение видовых антител к вирусам в сыворотке крови с помощью ИФА, РСК | | | Экспресс-диагностика вирусных диарей (основной метод) |
| Герпетическая инфекция | Выявление антител к вирусу герпеса простого типа 1 и 2 в парных сыворотках крови методом ИФА | | | Вспомогательный метод |
| Ветряная оспа | Определение уровня IgM антител к Herpes zoster методом ИФА | | | Нарастание титра антител не менее чем в 4 раза |
| Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) | Определение уровня IgM антител к цитомегаловирусу (ЦМВ) методом ИФА с использованием парных сывороток | | | Обострение инфекции при нарастании титра антител не менее чем в 4 раза |
| | | | | Острый период инфекции при наличии IgM |
| | | | | Нарастание титра IgM антител при обострении инфекции не ранее 4-й нед заболевания |

| Вирусная инфекция | Серологические маркеры | Характерика маркеров | Диагностическое значение |
|--|---|--|--|
| Инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейна–Барр) | Реакция Гоффа–Бауэра — неспецифическая серологическая реакция гетероагглютинации эритроцитов лошади со 2-й недели заболевания | Определение уровня IgM и IgG антител к вирусу Эпштейна–Барр методом ИФА | Ориентировочная диагностика инфекционного мононуклеоза при диагностическом титре 1:32 |
| Натуральная оспа | Выявление антител в РТГА, РСК, РН на куриных эмбрионах и в культурах клеток | Выявление антител в РТГА, РСК, РН на куриных эмбрионах и в культурах клеток | Острый период инфекции при наличии IgM |
| Геморрагические лихорадки | Выявление видовых антител в РСК, РН, РИА (радиоиммунный анализ) с парными сыворотками | Выявление видовых антител в РСК, РН, РИА (радиоиммунный анализ) с парными сыворотками | Ретроспективный диагноз |
| Клещевой энцефалит | Определение специфических антител классов IgM и IgG в сыворотке крови методами ИФА или РНИФ, а также авидности IgG | Определение специфических антител классов IgM и IgG в сыворотке крови методами ИФА или РНИФ, а также авидности IgG | Наличие антител класса IgM и низкоавидных IgG является показателем острой инфекции. При отсутствии симптоматики со стороны ЦНС основанием для постановки диагноза является одновременное обнаружение IgM- и IgG-антител либо 4-кратное увеличение концентрации IgG-антител в образце, взятом через 2–3 нед |

Реакция основана на том, что антитела в составе иммунных комплексов приобретают новое свойство — активировать систему комплемента, которая в процессе активации формирует мембрано-атакующий комплекс и вызывает лизис антигена, находящегося в комплексе с антителами.

Система комплемента используется при диагностике лептоспироза на основе **РА и лизиса лептоспир**. При постановке этой реакции учет результатов проводят под микроскопом, наблюдая при положительном тесте не только процесс агглютинации живой культуры лептоспир, но и их комплементарный лизис.

В арсенале иммунодиагностики есть также **методы, основанные на нейтрализующем действии антител**, например, реакция нейтрализации (РН) воспроизводится на живых объектах, восприимчивых к действию бактериальных экзотоксинов или вирусов. В соответствии с этим различают РН токсина и РН вирусов. Суть реакции заключается в том, что антитела, взаимодействуя с токсином или вирусом, препятствуют проявлению их патогенного воздействия на живой объект. РН можно использовать для индикации бактериальных токсинов в биологическом материале, идентификации вирусов, для серодиагностики вирусных инфекций.

Очень близкими к реакциям нейтрализации по механизму воспроизведения служат **реакции иммобилизации**, которые используют для идентификации возбудителей, обладающих подвижностью. Этот лабораторный прием применяют в диагностике сифилиса (реакция иммобилизации трепонем), а также холеры (иммобилизация холерного вибриона).

Еще один вариант — нейтрализация антителами сыворотки крови больного гемолитической активности стрептококкового стрептолизина-О (**АСЛО**). Этот тест используется для диагностики инфекций, ассоциированных с гемолитическим стрептококком группы А.

Аллергодиагностика основана на ориентировочном диагностировании инфекционного процесса путем регистрации местной аллергической реакции, развивающейся на коже в месте введения микробного аллергена. Тем не менее при некоторых видах инфекционной патологии этот метод до настоящего времени не потерял своего диагностического значения как скринингового теста.

Аллергическая проба. Для ее постановки человеку чаще всего внутрикожно вводится раствор микробных антигенов. Антигены взаимодействуют с эпителиальными клетками в месте введения, что способствует выделению хемокинов и привлечению к месту введения аллергена различных клеток иммунного ответа и прежде всего Т-лимфоцитов, которые под воздействием микробных антигенов выделяют провоспалительные цитокины. Все это в совокупности в течение 48 ч дает основные проявления положительной аллергической реакции — лимфоидно-макрофагального инфильтрата в месте введения аллергена.

Аллергические пробы, хотя и носят лишь ориентировочный характер, очень удобны при массовых обследованиях на наличие таких

инфекционных заболеваний, как туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз. В этих случаях положительная аллергическая проба указывает на инфицированность организма и необходимость более точной диагностики инфекции. К числу современных методов диагностики инфекционных заболеваний относятся **методы иммуноанализа**. Это особая группа методов, основанная на использовании меченых моноклональных антител.

Моноклональные антитела получают с использованием так называемых гибридных технологий, они высокоспецифичны, поскольку способны к взаимодействию только с одной наиболее характерной антигенной детерминантой среди всего набора видовых микробных антигенов. Моноклональные антитела обычно метятся с помощью красителей-флюорохромов. Такие антитела, присоединяясь к специфичному для них объекту — искомому микроорганизму в составе биологического материала, вызывают его свечение в ультрафиолетовом свете, что может быть зарегистрировано, например, с помощью люминесцентного микроскопа. Этот способ обнаружения микробных возбудителей получил название **прямого иммунофлюоресцентного анализа (РИФ)**.

Этот способ используется не только для обнаружения возбудителей в составе материала от больного, но и для выявления антител к возбудителю в сыворотке крови (серодиагностика). В последнем случае убитую культуру возбудителя обрабатывают сывороткой больного с последующим добавлением в систему меченых флюорохромом антител к IgG человека. Наблюдаемое в последующем свечение микроорганизма говорит о возникновении сложного иммунного комплекса — микроб + антитела из сыворотки больного класса IgG + люминесцирующие анти-IgG МКАТ. Такую реакцию называют **реакцией непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ)**.

Другой способ иммуноанализа — **радиоиммунный анализ**. Он основан на использовании моноклональных антител, меченных радиоизотопом. Присоединение таких антител к специфичному им объекту придает последнему радиоактивность, что может быть определено с помощью специальных приборов.

Высокоперспективный способ мечения моноклональных антител — с помощью фермента. В качестве последнего чаще всего используют растительный фермент — пероксидазу хрена. Обработка изучаемого объекта такими антителами требует последующего нанесения «хромогена» — субстрата для фермента, меняющего цвет при образовании перекиси. В результате объект для специфического присоединения меченых антител приобретает окрашивание, которое может быть зарегистрировано спектрофотометром, а метод получил название **ИФА**.

ИФА, как и описанный выше иммунофлюоресцентный анализ, можно воспроизводить в виде прямого (выявление антигенов возбудителя в биологическом материале) и непрямого (выявление антител в сыворотке больного) методов. В конечном итоге с помощью ИФА

можно обнаруживать микроорганизмы в материале от больного, противомикробные антитела и антитела к другим веществам антигенной природы.

С введением в клиническую практику аппаратного ИФА диагностические возможности врача-инфекциониста значительно возросли. Особенно это касается серодиагностики, поскольку появилась возможность устанавливать не только наличие антител к тому или иному возбудителю в сыворотке крови больного, но и определять принадлежность антител к тому или иному классу иммуноглобулинов, что повышает качество диагностики инфекционного заболевания. Дело в том, что антитела, принадлежащие разным классам иммуноглобулинов, выполняют различные функции (рис. 2.1).

Определение уровня **IgA-антител** имеет значение при исследовании секретов слизистых оболочек в тех случаях, когда последние служат входными воротами инфекции. IgA-антитела начинают вырабатываться одновременно с IgG, и около 80% из них поступают в секреты слизистых оболочек. После исчезновения инфекционного агента из организма IgA-антитела еще в течение 2–4 мес продолжают секретироваться, а затем исчезают. Если же микроб продолжает персистировать в организме, IgA-антитела продолжают регистрироваться в секретах. В связи с этой особенностью обнаружение IgA-антител в отсутствие клинических проявлений заболевания или через полгода после их исчезновения считают признаком хронического инфицирования.

Рост в сыворотке крови **IgE-антител** к тому или иному антигену, как правило, является свидетельством развития IgE-опосредованной аллергии к нему. В инфекционной практике подобное состояние особенно часто сопутствует инфекционно-аллергическим осложнениям (кардит, полиартрит), а также грибковым инфекциям и гельминтозам и сопровождается развитием клинических признаков аллергического процесса.

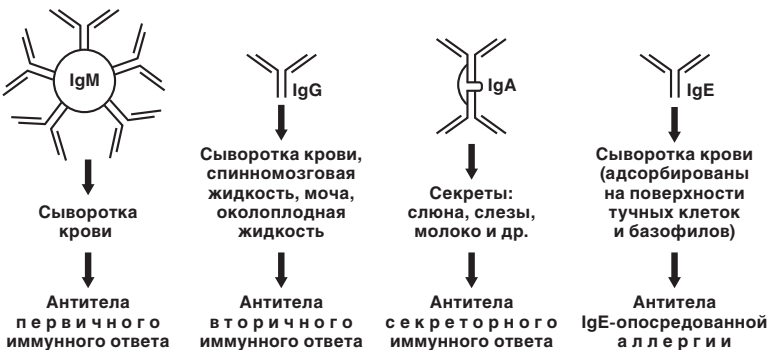


Рис. 2.1. Диагностически значимые классы антител и их функции

Молекулярно-биологические методы

К молекулярно-биологическим методам диагностики инфекционных заболеваний относятся генетический анализ, протеомный анализ, липидный анализ, комбинированные методы.

К **методам генетического анализа** относятся полимеразно-цепная ПЦР, которая наиболее широко применяется в инфекционной практике.

Суть ПЦР заключается в обнаружении в биологическом материале участков дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), специфичных для представителей того или иного вида микроорганизмов. ПЦР обладает очень высокой специфичностью и чувствительностью и позволяет обнаружить даже минимальные количества генетического материала, поскольку в содержание метода входит его селективная репликация до такого объема, когда он может быть зарегистрирован специальными приемами. Первоначально использовался качественный вариант. В последующем был разработан количественный метод ПЦР (ПЦР в режиме реального времени), который позволяет в условных единицах (число копий искомого гена в 1 мл исследуемого материала или МЕ) определять количество микроорганизма (микробную нагрузку). Этот количественный тест оказался очень полезным во врачебной практике при мониторинге больных хроническими вирусными инфекциями — хроническими вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией и др. ПЦР в настоящее время является основным методом индикации возбудителей в организме инфекционного больного независимо от природы этих возбудителей — простейших, грибов, бактерий и бактериеподобных микроорганизмов, вирусов. Для исследования используются в зависимости от преимущественной локализации возбудителя кровь, СМЖ, моча, кал, экссудаты и т.д.

Как правило, используются наборы праймеров, соответствующие характеру инфекционного процесса. Например, для диагностики бактерий используют праймеры грамм+кокков и грамм-палочек.

Определять наличие какого-либо микроорганизма в биологическом материале можно методами **рестрикционного анализа**, молекулярной гибридизации, риботипирования, опосредованной транскрипцией амплификации рРНК, секвенированием ампликонов, рестрикционного анализа, молекулярной гибридизации, опосредованной транскрипцией амплификации рРНК, высокопроизводительного секвенирования ампликонов.

Все описанные способы генетического анализа обладают очень важным преимуществом перед остальными методами — они позволяют выявлять даже те виды микроорганизмов, которые невозможно культивировать ни одним из описанных выше способов. Разработка этих методов находится на этапе изучения и внедрения в практику. Перспективными методами диагностики являются протеомный и липидный анализ.

Комбинированные методы

К комбинированным методам молекулярной диагностики относится, в частности, **иммуоблоттинг**. Этот метод сочетает в себе прин-

ципы молекулярной биологии и способа иммунодиагностики, как это показано на рис. 2.2.

Метод иммуноблоттинга востребован в тех случаях, когда врачу требуется информация не просто о наличии того или иного микроорганизма в материале от больного, а о наличии и количестве каждого антигена организма или антител к нему в биологическом материале. Такие сведения бывают необходимы при мониторинге больных некоторыми хроническими инфекционными заболеваниями, например ВИЧ-инфекцией. В этом случае врач, получая информацию о динамике того или иного антигена ВИЧ, может прогнозировать наступление следующей стадии инфекционного процесса.

Что касается самой методики осуществления иммуноблоттинга, то она основана на том принципе, что каждый белковый субстрат обладает уникальной для него электрофоретической подвижностью. В связи с этим на первом этапе исследования биологический материал от больного подвергают электрофорезу в геле, в результате каждый вирусный белок «продвигается» в геле на разное расстояние. Затем с геля делается «нитроцеллюлозный слепок», который обрабатывается иммуноферментным методом с помощью меченных ферментом моноклональных антител к каждому вирусному белку. В результате получают нитроцеллюлозную полоску, на которой, как показано на рисунке, образуются цветные фрагменты, при этом каждому вирусному белку соответствует свое расстояние от начала полоски.

Ориентируясь на наличие и ширину каждого цветного фрагмента, получают представление не только о наличии в организме, например, ВИЧ, но и том, сколько каждого вирусного белка или антител к нему циркулирует в организме. Так, например, высокое содержание белка капсида ВИЧ (p24) свидетельствует об активном прогрессировании вирусного процесса в стадию первичных проявлений, а динамика антител к p24 и другому поверхностному белку ВИЧ gp120 позволяет прогнозировать развитие СПИДа или переход в терминальную стадию инфекционного процесса.

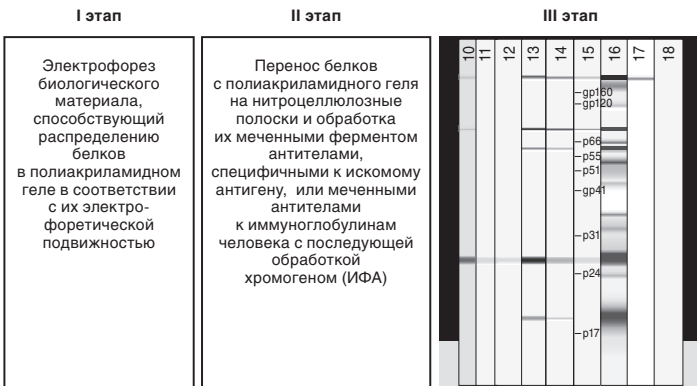


Рис. 2.2. Этапы выполнения и результат иммуноблоттинга