

синдромная терапия без учета этиологии заболевания. Особого внимания заслуживает синдром лихорадки у больных гриппом, когда достаточно быстро — в течение 3—4 суток от начала болезни может развиваться инфекционно-токсический шок III степени, который в большинстве случаев является причиной летального исхода.

Безусловно, сложна диагностика сепсиса в амбулаторной практике. Широкое распространение инструментальных методов исследования, появление антибиотикорезистентных форм микроорганизмов, недостаточное знание врачами общей практики динамики симптомов этого грозного заболевания, приводит к поздней диагностике сепсиса, развитию инфекционно-токсического шока, который часто заканчивается летально. В клинике инфекционных болезней мы наблюдали больных с бактериальным эндокардитом, развившимся в сроки до 2,5 недель от начала заболевания, когда сепсис не имел явных «входных» ворот инфекции, а был обусловлен активацией флоры из собственных хронических очагов инфекции (хронический бронхит, хронический тонзиллит, гайморит и т.д.). Появление ВИЧ-инфекции, изменение степени тяжести её клинических проявлений, делает проблему сепсиса еще более актуальной.

На место «классических» инфекций с их отчетливой симптоматикой приходят новые формы заболеваний, как вирусной, так и бактериальной этиологии с весьма нетипичной клинической картиной. При отсутствии врачебной настороженности и быстрой специфической лабораторной диагностики, перечисленные нозологические формы затрудни-

тельно диагностировать в амбулаторных условиях. В этой связи, необходима превентивная, ранняя госпитализация больных с синдромом лихорадки.

Госпитализация больных с синдромом лихорадки осуществляется в диагностическое инфекционное отделение № 2 МУЗ ГКБ №1 г. Иванова. Первичный — скрининговый — комплекс обследования включает оценку общего анализа крови, мочи, исследование на туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, осмотры специалистов — отоларинголога, невролога, гинеколога (у женщин).

При удерживающейся лихорадке, в зависимости от данных клинического обследования, эпидемиологического анамнеза, времени года проводятся серологические, вирусологические и иммунологические исследования на респираторные вирусы, тифопаратифозную группу заболеваний, природно-очаговые инфекции, гельминты.

При длительности лихорадки 5 и более дней и/или отсутствии отчетливого положительного эффекта от терапии, проводится исследование крови на стерильность для исключения или подтверждения септического процесса.

Использование данного алгоритма курации больных с синдромом лихорадки показало его эффективность по своевременной диагностике основных нозологических форм инфекций и проведения дифференциального диагноза с соматическими заболеваниями, сопровождающимися синдромом лихорадки.

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Довгалюк Т.И., Орлова С.Н., Чернобровый В.Ф., Шибачева Н.Н., Федосеева Е.С., Аверина И.В., Лаврух И.Ф.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Иваново

За последние годы отмечен рост природно-очаговых зоонозных инфекций в Ивановской области. Наряду с лептоспирозом, туляремией резко увеличилась заболеваемость ГЛПС — геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

В Постановлении Главного государственного санитарного врача, опубликованного в июне 2007 г., обращено внимание на сохранение напряженной эпизоотической и эпидемической обстановки по данной инфекции. Заболеваемость ГЛПС среди населения субъектов Центрального федерального округа в 2006 г. увеличилась в 1,7 раза, число заболевших составило 377 человек.

По данным МУЗ «Городская клиническая больница № 1» города Иванова в 2007 г. отмечается подъем заболеваемости ГЛПС; за 8 месяцев уже зарегистрировано 17 случаев болезни, в том числе у двух детей в возрасте до 14 лет. Вспышки инфекции отмечались в Лежневском, Гаврилово-Посадском, Викугском, Тейковском, Шуйском, Южском районах Ивановской области. Среди за-

болевших городские жители составили 30%, жители сельской местности — 70%. Заражение происходило преимущественно в осенне-весенний период при выполнении сельскохозяйственных работ, в том числе и на собственных садово-огородных участках.

Основной причиной высокого уровня заболеваемости ГЛПС в Ивановской области явилось осложнение эпизоотической ситуации в природных очагах этой инфекции за счет увеличения численности мышевидных грызунов. Помимо благоприятных теплых погодных условий, отмечаемых в последние годы, особенно в зимний период, наблюдаются изменения в структуре сельскохозяйственного производства, обусловившие снижение общего количества пахотной земли, зарастание её сорной травой и создание благоприятных условий для размножения грызунов. ГЛПС является актуальной проблемой и в силу трудности диагностики и полисиндромности в начале развития инфекции.

Под наблюдением находилось 46 больных с диагностированной ГЛПС: 40 мужчин и 6 женщин в возрасте от 16 до 49 лет. Тяжелое течение отмечено у 18 пациентов, среднетяжелое — у 16, легкое — у 12. В инфекционный стационар больные поступали на 7—9-й день от начала заболевания с диагнозами: ОРВИ, аденовирусной инфекции, лихорадки неясного генеза, инфекции мочевыводящих путей, пневмонии и т.д. Верификация диагноза ГЛПС проводилась серологически в динамике болезни, регистрировалось нарастание титра антител в реакции иммуноферментного анализа (ИФА). Течение инфекции, в большинстве случаев, характеризовалось развитием лихорадки неправильного типа, стадийностью поражения желудочно-кишечного тракта, кратковременным нарушением зрения.

Тяжелые формы ГЛПС сопровождались развитием острой почечной недостаточности (суточный диурез у взрослого пациента составлял от 20 до 50 мл мочи в сутки), а также желудочно-кишечными кровотечениями, тяжелой анемией и развитием ДВС-синдрома. Содержание мочевины сыворотки крови превышало норму в 4-5 раз, а уровень креатинина — повышался в 6-10 раз от нормативных показателей. 12 пациентам потребовалось проведение гемодиализа. Все пациенты получали антибактериальную, гемостатическую и патогенетическую терапию.

По окончании курса лечения, все пациенты были выписаны домой в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями в анализах крови и мочи. При катamnестическом обследовании через 3 месяца у 5 пациентов наблюдались изменения в анализах мочи в виде гипо- и изостенурии, и асте-

нический синдром — пациенты жаловались на общую слабость и слабость в ногах, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, понижение аппетита, сердцебиение при умеренной физической нагрузке.

В современных условиях имеет место рост заболеваемости ГЛПС в связи с активацией природных очагов инфекции. Своевременность госпитализации в инфекционный стационар во многом определяет исход болезни. У пациентов соматических и специализированных нефрологических отделений, госпитализированных с подозрением на острый гломерулонефрит, должен быть тщательно собран эпидемиологический анамнез и проведено серологическое исследование крови на ГЛПС.

Резидуальные явления после перенесенной острой инфекции должны быть предметом пристального внимания нефрологов и интернистов в течение как минимум 1 года. Реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС, необходимо через лечебно-консультативную комиссию освободить от тяжелой физической работы, командировок, работы в ночную смену, запретить занятия спортом на 6—12 месяцев. При ухудшении состояния показана повторная госпитализация для проведения лечения в стационаре. Специфическая профилактика ГЛПС не разработана. Стабилизация и снижение уровней заболеваемости природно-очаговыми зоонозными инфекциями возможна за счет увеличения охвата населения профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, проведения дератизационных мероприятий в очагах, внедрения современных методов диагностики и профилактики всех природно-очаговых инфекций.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Евсина О.В., Якушин С.С., Зайцева Н.В., Токарева Л.Г.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающаяся в клинической практике разновидность аритмий, составляющая приблизительно 1/3 госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. Смертность и тромбоэмболические осложнения среди пациентов с ФП приблизительно в 2 раза выше, чем у больных с синусовым ритмом. Органические заболевания сердца играют ведущую роль в происхождении ФП. Однако существенное значение в возникновении и прогрессировании ФП придается и экстракардиальным факторам, таким как эмоциональное состояние пациента, наличие психотравмирующих ситуаций. Поэтому оценка психоэмоционального статуса пациентов с ФП, особенно наличие тревоги и депрессии, которые по данным литературы способствуют развитию аритмий, является актуальной задачей.

Цель — изучить распространенность и выраженность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных с ФП, оценить качество жизни.

Нами были использованы психометрические шкалы, адаптированные к применению в терапевтическом стационаре: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для скрининговой диагностики, шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); опросник SF-36 для оценки качества жизни. Было обследовано 70 больных в возрасте 30—65 лет (средний — $52,4 \pm 8,9$ года) с ФП (впервые выявленная у 14% больных, перманентная — 20%, рецидивирующая 66%, в т. ч. пароксизмальная — 30%, персистирующая — 36%). В исследование не включались больные с ХСН IV ФК (по NYHA), перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, с ревматическим пороком сердца.

У 55% пациентов выявлено ТДР, в т.ч. у 11% больных (8) выявлена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов по HADS и более 16 баллов по MADRS), у 17% (12) — субклинически выраженная депрессия (8—10 баллов по HADS); у 27,2% больных (19) клинически выра-