

При проверочных флюорографических обследованиях выявлено 44,5% больных, причем только у 25,9% клинические симптомы отсутствовали. При физикальном исследовании органов дыхания изменения обнаруживались редко и были очень скудными (жесткое или ослабленное дыхание).

При анализе лабораторных данных в 56,5% случаев как единственное изменение отмечено увеличение СОЭ (19—52 мм/час), в 16,7% — лейкопения, в 18,2% — умеренная лимфопения, в 10,8% — эозинофилия.

Из биохимических показателей фиксировалась гипоальбуминемия (23,4%) и диспротеинемия (36,7%) с повышением содержания гамма-глобулина до 23—34%. Ни в одном случае не отмечено повышение содержания кальция в крови и моче.

Всем пациентам проводилась внутрикожная туберкулинодиагностика с 2ТЕ ППД-Л и в 67,1% случаев отмечена анергия, но у 18,8% пациентов пробы были положительными нормергическими с размером папулы от 6—18 мм. Подавляющему большинству больных выполнялась фибробронхоскопия, при которой у 68,8% обнаружены косвенные признаки внутригрудной лимфаденопатии (тупой угол бифуркации трахеи, расширение углов деления долевых и сегментарных бронхов) и только в 3 случаях выявлены «саркоидные эктазии сосудов», в 2 — белесоватые милиарные бугорки на слизистой. При исследовании функции внешнего дыхания нарушения вентиляции I—II степени, преимущественно по рестриктивному типу, выявлены у 37,1% обследуемых. В бронхоальвеолярной жидкости повышение содержания лимфоцитов от 17 до 91% отмечено в 93,5% случаев.

Рентгенологическая картина органов грудной клетки у 97,9% больных характеризовалась увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов с обеих сторон, которое в 13,5% сочеталось с поражением узлов верхнего средостения (паратрахеальных и трахеобронхиальных). У 48,6% пациентов внутригрудная аденопатия выявлена одновременно с поражением паренхимы и интерстиция легких в виде мелких множественных диссеминированных очагов без тенденции к слия-

нию с преимущественной локализацией в нижних и средних отделах на фоне мелкопетлистого легочного рисунка. В единичных случаях наблюдалась реакция междолевой плевры или атипичная рентгенологическая картина в виде фокусов затемнения с нечеткими контурами. Изолированное поражение паренхимы легких было только у 2,1% больных.

Учитывая трудности дифференциальной диагностики саркоидоза с туберкулезом, другими гранулематозами, ВИЧ-инфекцией, верификация диагноза в 31,2% случаев осуществлялась гистологически (небольшой процент объясняется наличием у некоторых пациентов противопоказаний или отказа от инвазивных методов исследования). Проводилась чрезбронхиальная или открытая биопсия легкого и внутригрудных лимфатических узлов, видеоторакоскопия с биопсией плевры и легкого. Диагноз саркоидоза подтверждался обнаружением эпителиоидно-клеточных гранул без казеозного некроза, часто с тенденцией к фиброзированию.

Внелегочные локализации процесса (в сочетании с саркоидозом органов дыхания) наблюдались только у 5 пациентов: у 2 — поражение периферических лимфатических узлов и у 3 — кожи. Саркоидоз кожи у наблюдаемых пациентов проявлялся образованием на предплечьях темно-красных высыпаний 2—3 мм в диаметре или белесоватых блестящих узелков в области лба, спины, груди. Изменения зудом и болями не сопровождалось. Верификация диагноза осуществлялась гистологически.

На основании всего комплекса проведенных исследований саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (I стадия согласно классификации Всемирной организации саркоидоза и других гранулематозных заболеваний 1999 г.) установлен у 51,4% пациентов, II стадия (саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких) — у 46,5%, III стадия (саркоидоз легких) — у 2,1%. За указанные годы летальный исход констатирован у 2 больных со стажем заболевания 17 и 19 лет с развитием массивных фиброзных и буллезно-дистрофических изменений в легких и обызвествлением внутригрудных лимфатических узлов.

ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Орел В.И., Малеев А.И., Кривохиж В.Н.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Для оказания более эффективной медико-социальной помощи в Ленинградской области организована специализированная туберкулезная больница «Дружноселье» для лечения больных туберкулезом с сопутствующей патологией. Утвержден Устав больницы, где указано, что больница создана для «оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом легких, в том числе в комбинации с соматическими заболеваниями, а также туберкулезом

легких в сочетании с психическими расстройствами.

Для достижения уставных целей больница осуществляет в порядке, установленном действующим законодательством, следующие виды деятельности:

- диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний на базе качественного обследования;

- консервативное лечение туберкулеза легких, его осложнений, последствий;
- лечение сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом легких;
- диагностика психических расстройств, лечение, уход, решение экспертных вопросов, социальная и трудовая реабилитация больных;
- своевременная госпитализация, обеспечение лечебного процесса, выписка с выдачей рекомендаций по дальнейшему лечению;
- формирование системы контроля качества медицинской помощи; организация лечебного питания соответственно приказу МЗ СССР № 540 от 23 апреля 1985 г.

Больница на 200 коек, находится в Гатчинском районе в зоне хвойных лесов. За 2006 г. в больницу поступило 423 больных, в том числе со свежес выявленными процессами — 95 человек, из них с деструкцией — 69 (89,4%), с хроническими процессами — 328, в том числе с деструкцией — 200 (63,8%).

Среди больных с хроническими процессами в уточнении активности процесса нуждались 41 человек, в дифференциальной диагностике — 19. По клиническим формам больные распределились следующим образом: очаговый туберкулез был у 82 (19,85) человек, инфильтративный — у 109 (25,7%), диссеминированный туберкулез легких — у 105 (24,8%), фиброзно-кавернозный —

у 90 (21,5%), туберкулема — у 33 (7,9%), плеврит и эмпиема плевры — у 37 (8,1%). Возрастной состав больных от 20 до 80 лет, наиболее многочисленная возрастная группа — 40—50 лет, удельный вес которых составляет свыше 53%. Среди больных преобладают мужчины (83%). Все больные имели по одному, два и более сопутствующих заболевания. Наиболее часто встречались следующие сопутствующие заболевания: хронический алкоголизм — 51%, сердечно-сосудистая патология — 20%, гепатиты — 19%, ВИЧ-инфекция — 10%. В прошлом находились в местах лишения свободы 20% больных, 40% составляют лица БОМЖ. Средняя продолжительность лечения 1 больного составляет 176 койко-дней.

В больнице, кроме лечения основного заболевания, проводилось лечение и сопутствующей патологии. Все больные перед началом лечения консультированы специалистами: хирургом, невропатологом, психологом, психиатром, гинекологом (женщины), окулистом, ЛОР-врачом, что позволяло проводить эффективное лечение не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии.

Таким образом, организация лечения больных туберкулезом с сопутствующей патологией в специализированной больнице значительно повышает эффективность проводимой терапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ (БОЛЕЗНЬЮ ЛАЙМА)

Орлова С.Н., Федосеева Е.С., Довгалюк Т.И., Федоровых Л.П.,
Шибачёва Н.Н., Чернобровый В.Ф., Лебедев С.Е., Лаврух И.Ф., Машин С.А.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»

В структуре инфекционных заболеваний все большее значение приобретают природно-очаговые инфекции, среди которых выделяется клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), как по уровню заболеваемости, полиморфизму клинических проявлений, так и возможности развития хронических форм с поражением нервной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем и кожи, что требует четкой организации помощи больным.

Под наблюдением в инфекционном стационаре 1-й городской клинической больницы г. Иванова находилось 74 человека, больных системным клещевым боррелиозом в возрасте от 14 до 77 лет. Самой многочисленной была группа пациентов старше 60 лет (64%). Женщины болели чаще (56%), чем мужчины. Почти половина больных (48%) были пенсионеры.

Констатирована сезонность заболевания (май-июль) с наибольшим (48%) поступлением больных в июне месяце. Заражение происходило в высокоактивных природных очагах на территории Ивановской области через укусы клещей (*Ixodes ricinus* и *Ixodes persulcatus*) во время работы лю-

дей на приусадебных участках и посещения лесных массивов.

Удаление клещей у 52% пациентов произведено в 1-3 сутки. Развитие клещевой эритемы, которая является маркером болезни Лайма, диагностировано у всех больных. Эритема появилась через 7 (24%), 14 (44%) и более 20 (32%) дней после укуса клеща. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 38-39°C, головной болью, вялостью, потливостью, слабостью и мышечными болями. Эритема размерами 8-10-15 см в диаметре, сплошная или кольцевидная, обычно располагалась в аксиллярной, ягодичной, надлопаточной областях, задней и боковой поверхности шеи (излюбленные места укусов клещей). В некоторых случаях отмечалось увеличение регионарных периферических лимфатических узлов (подчелюстных, паховых и бедренных).

На фоне эритемы наблюдалась неврологическая симптоматика у 60% пациентов в виде остеохондроза полисегментарного, поясничного, шейного, грудного с нейромышечным синдромом, явлениями нейротоксикоза. Клинико-эпидемиологический диагноз верифицировался обнаружением специфических антител к *Borrelia burgdorferi* методом