

- 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 свежевыявленными 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

РНИФ в лаборатории ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Ивановской области (титры 1:40 — 1:180). Исследования проводились на платной основе, что затрудняет адекватный динамический контроль за выздоровлением у некоторых пациентов в связи с их затруднительным финансовым положением.

Больные в стационаре обязательно осматривались неврологом, окулистом, производилась ЭКГ и обзорная рентгенограмма грудной клетки для своевременного выявления органной патологии.

У 12 больных отмечена поздняя диагностика заболевания вследствие развития неврологической симптоматики спустя месяц после укуса клеща. Эти больные в первую очередь обращались к невропатологам, специалистам, которые должны быть хорошо информированы о природно-очаговой заболеваемости болезнью Лайма и знать ее неврологические проявления во 2 и 3 стадии болезни. В этой ситуации больные жаловались на упорные головные боли, боли в мышцах предплечий и спины, изменялись глубокие рефлексы, имела место ганглио-радикулопатия D5-D7, головная боль в сочетании с анизокорией, недостаточной конвергенцией, вестибулярной атаксией, вегетативными расстройствами, признаками плексита и полиартрита. Диагноз у всех больных этой группы также был подтвержден серологически.

С целью санации больных от возбудителей и профилактики хронизации процесса всем больным проводилась адекватная антибактериальная терапия (тетрациклины, пенициллины или цефалоспо-

рины) в зависимости от тяжести заболевания не менее 10—14 дней, также назначались патогенетические средства. При наличии органной патологии больные получали преднизолон (120—150 мг на курс), витамины группы В, РР, препараты кальция, ноотропы.

Всем больным, выписанным с клиническим выздоровлением, было рекомендовано наблюдение инфекционистом КИЗа поликлиники по месту жительства в течение двух лет с контролем титров специфических антител к возбудителям через 3, 6, 12, 24 месяца и консультациями терапевта и невролога для исключения хронизации данной инфекции с формированием органной патологии.

Таким образом, больным системным клещевым боррелиозом (болезнью Лайма) необходимо обеспечивать полноценное стационарное лечение (антибиотики не менее 10—14 дней, патогенетические средства), а также контроль за выздоровлением, в том числе во время диспансерного наблюдения в КИЗе поликлиники по месту жительства, до исчезновения специфических антител к боррелиям в крови реконвалесцентов. При выявлении органной патологии к лечению больных боррелиозом и диспансерному наблюдению за реконвалесцентами следует привлекать специалистов (терапевтов, невропатологов, дерматологов). В подострую и хроническую фазу болезни лечение рекомендуется проводить в специализированных (неинфекционных) стационарах в зависимости от выявленной органной патологии (больные не являются источниками инфекции).

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Панфилов Ю.А., Урясьев О.М., Спичкина В.Л.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Распространенность бронхиальной астмы (БА) среди взрослых составляет от 5,6 до 7,3% (Чучалин А.Г., 2006). В мире живет около 300 млн. больных БА, и ежегодно от БА умирают 250 000 человек (Masoli M., Beasley R., 2004). Распространенность метаболического синдрома (МС) среди взрослого населения различных стран также весьма значительна — 25—35% и начинает приобретать характер эпидемии (В.С. Зодиченко и соавт., 2004), что в первую очередь связано с большой распространенностью во всем мире ожирения. По данным ВОЗ в 2003 г. около 1,7 млрд. человек на земном шаре (т.е. практически каждый четвертый человек) имели избыточную массу тела. От заболеваний, связанных с ожирением, в мире ежегодно умирает 2,5 млн. человек (Дедов И.И., 2001). Несмотря на высокую социальную значимость, большое распространение БА и МС в популяции и, следовательно, их достаточно частое совместное течение, особенности такого сочетания остаются мало изученными.

Цель работы — изучить показатели функции внешнего дыхания (ФВД) у больных БА в сочетании с МС.

Задачи исследования: 1) оценка показателей ФВД больных БА; 2) оценка показателей ФВД больных БА в сочетании с МС; 3) сравнительная оценка показателей ФВД обеих групп.

Под наблюдением находились 15 больных БА средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 45 до 57 лет (средний возраст $49,2 \pm 5,2$ года), 25 больных БА в сочетании с МС в возрасте от 42 до 54 лет (средний возраст $47 \pm 4,4$ года). Пациентов обследовали в фазе затихающего обострения и ремиссии БА. Исследование ФВД проводилось с помощью спирографа Spirovit ST «Shiller» (Швейцария). Оценивались основные показатели ФВД: ЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ, ПОС, МОС25%, МОС50%, МОС75%. МС диагностировался в соответствии с критериями диагностики МС Международной диабетической федерации 2005 г.

Проведя анализ полученных данных, у группы больных БА выявлены умеренно выраженные нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу, выражающиеся, прежде всего, в снижении показателей ОФВ1, всех МОС и индекса Тиффно.