

ем застойной сердечной недостаточности. Для устранения застойных явлений использовались диуретики в умеренных дозах, так как избыточный диурез может привести к уменьшению трансмитрального градиента давления, что спровоцирует нарушение кровенаполнения левого желудочка и падение сердечного выброса.

Назначение β -адреноблокаторов зарегистрировано в 65% случаев. Исследования последних лет показали целесообразность назначения этой группы препаратов больным с хронической сердечной недостаточностью. В настоящее время рекомендуют кардиоселективные β -адреноблокаторы, что соответствует назначениям в нашем исследовании. Наиболее часто применялись такие препараты как метопролол и конкор. β -адреноблокаторы рекомендуются использовать для уменьшения тахикардии, что препятствует увеличению давления левом предсердии при нагрузке. С этой целью данная группа может назначаться как при сопутствующей мерцательной аритмии, так и у больных с синусовым ритмом. β -адреноблокаторы не только улучшают прогноз при развитии ХСН, но также уменьшают степень ремоделирования сердца, т.е. оказывают кардиопротективное действие, позволяющее замедлять прогрессирование декомпенсации и число госпитализаций.

Сердечные гликозиды назначались в 46% случаев. Препаратом выбора являлся дигоксин. Применение гликозидов обычно не эффективно у больных с чистым митральным стенозом. Поэтому данные препараты целесообразно назначать при тахисистолической форме мерцательной аритмии для нормализации числа сердечных сокращений, а также в случае присоединения правожелудочковой недостаточности. При других пороках рекомендован приём сердечных гликозидов в сочетании с диуретиками для лечения больных с застойной сердечной недостаточностью.

Аспирин является вспомогательным средством при лечении больных с хронической ревматической болезнью сердца, несмотря на довольно высокий процент применения его у наших пациентов (46%). Назначение его оправдано у больных перенесших

инфаркт миокарда и у пациентов с мерцательной аритмией в малых дозах (75—150 мг) для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Антагонисты кальция, являясь также вспомогательными средствами, назначались в небольшом количестве случаев (16%). В настоящее время предпочтение отдаётся длительнодействующим дигидропиридинам, которые слабее, чем нифедипин, активируют симпатoadреналовую систему. Поэтому при выраженной митральной и аортальной регургитации дополнительно к ингибиторам АПФ может быть назначен амлодипин.

Выводы

1. Проводимая в стационаре терапия пациентов с хронической ревматической болезнью сердца соответствует требованиям национальных рекомендаций по ведению больных с хронической сердечной недостаточностью.
2. Применение основных групп лекарственных препаратов проводилось дифференцированно с учётом вида ревматического порока сердца, его гемодинамических особенностей, тяжести и прогноза.
3. Назначение ингибиторов АПФ предупреждает развитие дилатации и замедляет появление дисфункции левого желудочка.
4. Приём β -адреноблокаторов улучшает прогноз, уменьшает степень ремоделирования сердца.
5. Наиболее часто применяемыми в терапии мочегонными препаратами являются калийсберегающие диуретики. Рекомендовано назначение диуретических средств в умеренных дозах.
6. Сердечные гликозиды являются препаратом выбора при тахисистолической форме фибрилляции предсердий.
7. Аспирин и антагонисты кальция являются вспомогательными средствами лечения хронической сердечной недостаточности, развившейся на фоне ревматического порока сердца.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ЛИХОРАДКИ В ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИКЕ

**Довгалюк Т.И., Орлова С.Н., Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П.,
Аверина И.В., Альпер А.Г.**

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

Основным клиническим синдромом инфекционной патологии является лихорадка разных типов (постоянная, ремиттирующая, интермиттирующая), а также немотивированный субфебрилитет. Лихорадка с той или иной степенью выраженности регистрируется при самых разнообразных как инфекционных, так и соматических заболеваниях, но в то же время, является ведущим клиническим синдромом при ОРВИ, гриппе, брюшном и сыпном тифах. Удельный вес тифов в общей структуре инфекционной патологии за последние 3 года ни-

чтожен. Это объясняется наличием эффективных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, способствующих исключению основного — водного — пути передачи инфекции. Практически не встречается и болезнь Брилла, даже у пациентов старшей возрастной группы.

Вирусные инфекции дебютируют с повышения температуры тела уже в первые дни болезни: лихорадка чаще носит неправильный характер. Пациенты находятся под наблюдением врачей поликлиники в течение 3—5 дней, им проводится по-

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, Вишугском, 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.