

Анализ работы показал, что за 1 год под наблюдением врача диспансерного отделения находилось 170 больных (из них 149 ВГА, 20 ВГВ и 1 ВГС). Полное выздоровление достигнуто у 54 % больных ВГА, 25 % ВГВ. Затяжная реконвалесценция (длительная гипербилирубинемия, гиперферментемия, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта) наблюдались у 17 % ВГА и 50 % ВГВ. Исходов в хронический гепатит за этот период не зарегистрировано.

Таким образом, создание поэтапно-последовательной реабилитации больных вирусным гепатитом позволяет осуществить преемственность по принципу "Единого лечебного учреждения". В результате этого у большей половины больных достигнуто полное выздоровление и отсутствуют исходы в хронические формы. Кроме того, имеется значительный экономический эффект вследствие сокращения сроков пребывания больных в стационаре.

## ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Красовицкий Э.И., Сницарь А.О.,  
Троцкая И.А., Клименко Н.В., Кулеш Л.П.  
Кафедра инфекционных болезней  
с курсами эпидемиологии  
и детских инфекционных болезней

До настоящего времени геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) в Сумской области не регистрировалась, в связи с чем настороженность к этому заболеванию со стороны врачей снизилась. Согласно данным Крымской противочумной станции инфицированность грызунов в Сумской области вирусом ГЛПС составляет 0,2 - 0,3 % (Лебединский, Липово-Долинский районы).

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Г., 32 лет, проживающий в Тростянецком районе, поступил в СОИБ 21.12.1996 г. Заболевание

началось остро 15.12.96 с озноба, повышения температуры, головной боли, общей слабости. Несмотря на приём жаропонижающих препаратов лихорадка сохранялась. В дальнейшем, в связи с ухудшением общего состояния и зрения госпитализирован в Тростянецкую ЦРБ с диагнозом ботулизм, введена противоботулиническая сыворотка, проведена дезинтоксикационная, антибактериальная терапия. Но несмотря на проводимое лечение состояние ухудшалось. Инфекционистом из г. Сумы больному установлен диагноз ГЛПС и он переведен в СОИВ на 6-й день заболевания. Из эпиданамнеза: проживает в частном доме, где имеются мыши, крысы; в октябре - ноябре занимался скирдованием сена (возможность аэрогенного пути заражения).

При поступлении состояние тяжелое, температура  $38,9^{\circ}\text{C}$ , больной вял, выражена резкая слабость, сухость во рту, жажда, "сетка" перед глазами, тошнота, икота, рвота. Лицо, шея, верхняя треть туловища гиперемированы, с геморрагическими высыпаниями в виде цепочки. Выражена инъекция сосудов склер и конъюнктив, кровоизлияния в области наружных углов глаз. Пульс 112 в мин. слабого наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Живот вадут, при пальпации болезненный по всей поверхности, печень увеличена на 3 см. Резко "положительный" симптом поколачивания с обеих сторон. Рвота "кофейной гущей". Диурез снижен до 300 мл в сутки.

В анализе крови: эр.  $5,38 \cdot 10^9$  /л, Нв 170 г/л, Нт 0,48 л/л, тромб.  $91 \cdot 10^9$  /л, лейкоц.  $22,7 \cdot 10^9$  /л, п. 8%, с. 74 %, лимф. 14 %, мон. 4 %, СОЭ 4 мм/час. В анализе мочи белок 18 г/л, эр. до 20, лейкоц. до 10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые, эпителий мочевого пузыря, вакуолизованный почечный эпителий. В биохимическом анализе крови повышенное содержание мочевины, креатинина.

На основании клинической картины и лабораторных данных установлен диагноз ГЛПС. Заболевание проте-

кало тяжело, с осложнениями (пневмония, экссудативный уреимический плеврит, отёк лёгких). Отмечена четкая цикличность. Дифференциальная диагностика проводилась с лептоспирозом, который исключен по результатам РАЛ. Для подтверждения диагноза направлена кровь (парные сыворотки) на исследование в Крымский противочумный институт.

Больной получал следующее лечение: режим строгий постельный, диета N 7, антибактериальная, дезинтоксикационная, гормонотерапия, диуретики, гепарин, энтеросорбенты, симптоматические препараты.

Из стационара был выписан 21.01.97 г. в удовлетворительном состоянии. В настоящее время находится под наблюдением врача инфекциониста и нефролога.

ГЛПС у больного установлена клинически на основании типичных признаков заболевания (острое начало, ликорадка, одутловатость, гиперемия лица, геморрагический синдром, нарушение зрения, явления ОПН с массивной протеинурией, гипоизостенурией).

Таким образом диагностика спорадических случаев ГЛПС хотя и представляет определённые трудности, особенно в условиях районных больниц, однако она возможна при учете эпидемиологических данных и характерных клинических признаков.

## К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ "СОВРЕМЕННОЙ" ДИФТЕРИИ

Красовицкий З.И., Сницарь А.О., Минаков Б.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и детских инфекционных болезней

К особенностям "современной" дифтерии необходимо отнести три основных фактора:

- 1) чёткая тенденция к "повзрослению" дифтерии;
- 2) преобладание локализованных форм;
- 3) поражение социально неблагополучных слоёв населения (алкоголики, БОМЖи и т.п.).