

была ниже, чем в контроле, поэтому лимфосанирующая функция ее оказалась более эффективной у животных, употреблявших с пищей голубую глину, по сравнению с контрольными. Последнее подтверждается структурной организацией регионарных и отдаленных лимфатических узлов и показателями крови.

Экономический анализ медицинских затрат при роже на этапе оказания первичной медицинской помощи

Пшеничная Н.Ю., Амбалов Ю.М., Усаткин А.В.,
Брагина И.Н., Хоменко О.И.

*Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов-на-Дону*

В настоящее время продолжающееся реформирование системы здравоохранения основывается на создании и развитии экономического базиса, предусматривающего повышение эффективности оказания медицинской помощи наиболее экономичными методами. В данном исследовании на примере рожи была сделана попытка провести экономический анализ затрат на этапе оказания первичной медицинской помощи и поступления больного в стационар, а также оценить их целесообразность.

Для решения поставленной задачи были проанализированы варианты обращения больного в стационар и медицинские затраты на каждое звено этих вариантов. В идеале они представлялись следующим образом:

I вариант: 1) обращение в поликлинику (консультация, направление на госпитализацию в стационар), 2) обращение к дежурному врачу приемника стационара с последующей госпитализацией. II вариант: 1) вызов на дом врача скорой помощи (СП), транспортировка в стационар, 2) обращение к дежурному врачу стационара с последующей госпитализацией. III вариант: самостоятельное обращение пациента на консультацию к дежурному врачу стационара.

Тариф стоимости услуг, оказываемых при амбулаторном обращении больного к врачу в поликлинике и консультацию дежурного врача стационара составил в пересчете на USD 0,82 у.е, услуг бригады скорой помощи с транспортировкой в стационар 3,09 у.е. Проанализированы идеальные и реальные расходы на этом этапе оказания медицинской помощи, беря за основу число пациентов, обратившихся в 5-е инфекционное отделение больницы 1 г. Ростова-на-Дону за 1 календарный год.

Идеальные расходы рассчитывали, учитывая число госпитализированных пациентов, прошедших по 1-му (97 чел.) и 2-му (53 чел.) варианту обращения за медицинской помощью и обратившихся на консультацию самостоятельно (22 чел.), что составило:

$97 \text{ пациентов} \times 0,82 \text{ у.е} \times 2 + 53 \text{ пациента} \times (0,82 \text{ у.е} + 3,09 \text{ у.е.}) + 22 \text{ пациента} \times 0,82 \text{ у.е.} = 384,35 \text{ у.е.}$ в идеале должно было быть израсходовано на данном этапе оказания медицинской помощи на 172 пациента.

Но фактически за медицинской помощью обращалось еще дополнительно 168 (!) человек по направлению из поликлиники или доставленных бригадой СП, которые не были госпитализированы по причине

самовольного отказа от госпитализации либо в связи с неправильным направительным диагнозом рожа и необходимостью госпитализации пациента в стационар другого профиля.

Дополнительные расходы составили:

1) на 64 пациента, направленных из поликлиники и отказавшихся от госпитализации: $64 \times 0,82 \text{ у.е} = 52,48 \text{ у.е.}$; 2) на 19 пациентов, доставленных бригадой СП и отказавшихся от госпитализации $19 \times 3,09 \text{ у.е.} = 58,71 \text{ у.е.}$; 3) на 55 пациентов, направленных из поликлиники и после консультации дежурным врачом стационара направленных в стационар другого профиля $55 \times 0,82 \text{ у.е.} = 45,1 \text{ у.е.}$; 4) на 30 пациентов, доставленных бригадой СП, и после консультации врачом приемника отправленных, как правило уже другой бригадой СП в стационар иного профиля $30 \times (0,82 \text{ у.е.} + 3,09 \text{ у.е.}) = 117,3 \text{ у.е.}$ Общая сумма дополнительных расходов составила 273,59 у.е. Таким образом, в течение 1 календарного года только по одной нозологической единице, такой как рожа, на этапе оказания первичной медицинской помощи и обращения в стационар перерасход затрат на медицинские услуги составил 71,2%.

В связи с вышеизложенным, назрела острая необходимость в повышении уровня подготовки и квалификации врачей первичного звена медицинской службы и наложении штрафных санкций учреждениями страховой медицины в случае неквалифицированных консультаций, влекущих за собой, в ряде случаев, несвоевременное оказание надлежащей медицинской помощи и значительные дополнительные расходы.

Клинические особенности течения шигеллеза флекснера на фоне алкоголизма

Рамзанова К.Х., Шульдяков А.А., Решетников А.А.,
Петренко Т.Н.

*Саратовский государственный медицинский
университет, Саратов*

В последние годы в мире наблюдается тенденция роста заболеваемости острыми диареями, одной из наиболее частых причин которых, особенно в развивающихся странах, остаются шигеллезы. Удельный вес их в структуре расшифрованных диарей колеблется от 28% до 75%. В настоящее время ежегодно на отдельных территориях России и в странах СНГ отмечается высокий уровень заболеваемости дизентерией, с увеличением числа тяжелых и затяжных форм болезни, летальных исходов, встречающихся преимущественно в группе лиц с отягощенным преморбидным фоном, среди которых наибольший удельный вес принадлежит больным хроническим алкоголизмом. В большинстве регионов России в этиологической структуре шигеллезов, в конце 20-го начале 21 века, доминирует шигелла Флекснера.

В развитии инфекционного процесса важную роль играет макроорганизм, его преморбидный статус. Более тяжелое течение дизентерии обусловлено не только патоморфозом заболевания, связанным со сменой возбудителя с шигеллы Зонне на шигеллу Флекснера, но и увеличением прослойки населения

имеющей иммунодефициты. У лиц, страдающих алкогольной болезнью, отмечается предшествующее поражение желудочно-кишечного тракта, других органов и систем (хронический гепатит, панкреатит, кардиомиопатия, полинейропатия и др.), имеются нарушения питания, белково-витаминная недостаточность, а также наблюдаются асоциальные типы поведения, что влечет за собой отсутствие приверженности терапии. Кроме того, для этой категории пациентов характерно изменение иммунологического фона с развитием иммунодепрессии, снижением энергетического потенциала иммунокомпетентных клеток.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей течения шигеллеза на фоне хронического алкоголизма.

Проведено клиническое и лабораторное обследование 30 больных среднетяжелыми и тяжелыми формами дизентерии Флекснера с сопутствующим хроническим алкоголизмом II стадии. Группу сравнения составили пациенты среднетяжелыми и тяжелыми формами шигеллеза Флекснера без сопутствующей патологии. Существенных различий по возрасту, полу, срокам поступления в стационар, проводимой терапии в группах выявлено не было.

При анализе полученных данных установлено, что у больных дизентерией, страдающих хроническим алкоголизмом, основные клинические симптомы заболевания (слабость, гипертермия, боли в животе, тенезмы, ложные позывы, диарея) выражены в большей степени и сохраняются дольше, нередко развиваются осложнения в виде острой почечной недостаточности. Кроме того, у этой группы пациентов отмечаются клинические признаки полиорганной патологии (кардиальной, почечной и др.) и сопутствующих бактериальных инфекций (дыхательных, мочевыводящих путей).

Таким образом, больным шигеллезом, протекающем на фоне хронического алкоголизма, необходимо проводить комплексное клиническое, лабораторно-инструментальное обследование, с последующим пристальным динамическим наблюдением и назначением оптимальной антимикробной терапии препаратами широкого спектра действия.

Ультраструктурные изменения эндотелиоцитов синусоидов у больных хроническим гепатитом С (предварительное сообщение)

Романова Е.Б., Амбалов Ю.М., Кириченко Ю.Г., Повилайтите П.Э., Хоменко О.И.

Ростовский государственный медицинский университет, Гепатологический центр, Ростов-на-Дону

В публикациях последних лет активно обсуждаются различные аспекты фиброгенеза в печени при хроническом гепатите С (ХГС). Нетрудно заметить, что подходы большинства авторов к решению этой проблемы в основном сфокусированы на попытках установления взаимосвязи воспалительных изменений гепатоцитов с интенсивностью фиброзирования печени у этого контингента больных. Такая научная позиция представляется вполне обоснованной. Однако, нельзя не учитывать значение и других факто-

ров, способных оказывать влияние на продукцию протеинов внеклеточного матрикса (ВКМ).

Проведенный нами информационный поиск и анализ собственных данных свидетельствует о возможном участии эндотелия синусоидов в механизмах печеночного фиброгенеза при ХГС. Для проверки этого предположения с помощью электронной микроскопии была изучена структура эндотелиоцитов синусоидов у 10 больных ХГС в возрасте до 40 лет.

Исследования показали, что у больных ХГС с повышенным уровнем АлАТ регистрируются значительные изменения ультраструктуры эндотелиоцитов синусоидов в виде набухания и вакуолизации цитоплазмы, пролиферации гладкой эндоплазматической сети и пластинчатого комплекса. В то же время у больных с нормальным уровнем сывороточных трансаминаз подобных изменений обнаружить не удалось.

По-видимому, эндотелиоциты служат мишенью действия НСУ, а возникающие в них структурные нарушения приводят к развитию пресинусоидального блока. Это, в свою очередь, может быть одной из причин развития фиброза в печени при ХГС. В любом случае, получить окончательный ответ на вопрос о правомерности наших суждений помогут дальнейшие исследования.

Сравнительная характеристика реакций кислородзависимого метаболизма моноцитов и нейтрофилов у больных различными формами красной волчанки и склеродермии

Романова Н.В., Шилкина Н.П., Семичева М.Н., Романов В.А.

Государственная медицинская академия, Ярославль

Многие стороны иммунопатогенеза красной волчанки (КВ) и склеродермии (СД) являются спорными и малоизученными. Имеющиеся данные литературы свидетельствуют о снижении переваривающей способности фагоцитов на фоне увеличения их кислородзависимого метаболизма и снижения функций антиоксидантной системы при указанных заболеваниях. Однако до настоящего времени детально не исследованы кислороднезависимые метаболические функции нейтрофилов (Нф) и макрофагов (Мн), а также их вклад в развитие аутоиммунного процесса при красной волчанке и склеродермии.

Нами исследован кислороднезависимый метаболизм циркулирующих нейтрофилов и моноцитов по данным морфологического (Мф) и микроцитотолуриметрического (МЦФ) учета спонтанного и стимулированного лизосомального теста у 42 больных системной красной волчанкой (СКВ), 23 – кожными формами красной волчанки (ДКВ), 15 – системной склеродермией (ССД), 19 – ограниченной склеродермией (ОСД).

Установлено, что показатели спонтанного Мф Мн были существенно снижены при СКВ и повышены при ССД; у больных ДКВ и ОСД эти показатели не отличались от контрольных. Активированный Мф Мн был достоверно увеличен при ДКВ, ОСД, ССД; коэффициенты активации были повышены при ДКВ, СКВ, ОСД. Показатели спонтанного Мф Нф