лимфатическое введение антибиотиков. *Лечение часто рецидивирующей рожи* проводили в условиях стационара. Терапия строго индивидуальная. Вводили цефалоспорины, линкосамиды, курс 8-10 дней. При тяжелой форме рожи в комплекс терапевтических методов включали дезинтоксикационную инфузионную терапию с использованием глюкозо-солевых коллоидных растворов и препаратов, обладающих ангиопротективным и антиоксидантным действием. При выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления применяли нестероидные противовоспалительные препараты: хлотазол, бутадион, а также комплекс витаминов группы В, витамина А, рутина, аскорбиновой кислоты, курс лечения – 2-4 недели. При рецидивирующей форме рожи на фоне антибактериальной терапии при выраженных явлениях лимфостаза, назначаем гормональную терапию. Рекомендуем при рецидивирующей роже фитотерапию, сбор трав: листьев эвкалипта – 4 части, почек березы – 3 части, травы сушеницы – 3 части, травы тысячелистника – 2 части, травы хвоща – 3 части, травы зверобоя – 4 части. Смешать. 1 столовую ложку смеси трав залить стаканом кипятка, настоять 30 мин., процедить и принимать по ½ стакана 2 раза в день после еды в течение месяца.

Нами предложено комплексное лечение больных рожей с местными аппликациями галавтилина на очаг воспаления два раза в сутки в течение 2-10 дней. Отмечен положительный терапевтический клинический эффект: уменьшение болевых ощущений, чувства жжения в очаге воспаления, длительности периода лихорадки и других симптомов интоксикации, регресс местных проявлений – гиперемия составила 5,8±0,42 дня, геморрагий у больных геморрагическими формами рожи составила в среднем 7,7±0,6 дня, сокращение сроков пребывания больных в стационаре. Больным с тяжелыми формами течения заболевания с осложнениями в виде флегмон, некрозов на фоне явлений эндотоксикоза проводили оперативное лечение – вскрытие гнойного очага с максимальным иссечением всех видимых некротических измененных тканей, дренирование затеков. Физиотерапевтическое лечение включало применение УФО на очаг и УВЧ на область регионарных лимфоузлов 2-3 процедуры в остром периоде болезни, а в период реконвалесценции продолжали данное лечение до 10. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита назначаются аппликации озокерита, парафина (лицо), электрофорез с лидазой в стадии формирования слоновости, хлорида кальция. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов рожи должно проводится врачами кабинетов инфекционных заболеваний или специализированных отделений с привлечением других специалистов. Срок диспансерного наблюдения составляет 2-3 года при отсутствии рецидивов в этот период. В целях профилактики и своевременного выявления рецидивов у пролеченных нами больных в Майкопской клинической инфекционной больнице проводятся следующие организационные и лечебно-диагностические мероприятия: проспективное наблюдение за реконвалесцентами с амбулаторным обследованием и лечением; формирование групп риска из лиц с частыми и сезонными рецидивами, наличием на пораженной конечности остаточных явлений после лечения в виде инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита; проведение лечения фоновых заболеваний (санация очагов хронической инфекции, лечение микозов, хронической венозной недостаточности и лимфостаза); в весенне-зимний период проведение курсов витаминотерапии (аскорбиновая кислота, рутин, поливитамины), назначение адаптогеннов и лекарственных растений, периодически с интервалом в 6-9 месяцев назначали физиотерапевтическое лечение.

Таким образом, диагностические критерии заболевания, используемая методика лечения и профилактика рожи в республике Адыгея, свидетельствует о благоприятном влиянии комплексного подхода на течение болезни, лабораторные показатели, что позволяет добиться быстрой регрессии воспаления в очаге и сокращение сроков пребывания больного на койке. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов рожи, профилактические организационные и лечебно-диагностические мероприятия препятствуют развитию осложнений и рецидивов болезни.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения» (18-25 мая, 2004 г., г. Анталия, Турция)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВЫХ МЕНИНГИТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Курятникова Г.К., Жирнов В.А., Черенова О.П., Галимзянов Х.М., Тимонина О.Г.
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

В настоящее время менингококковая инфекция регистрируется во многих странах мира и имеет тенденцию к увеличению заболеваемости. Проведен анализ 20 случаев менингококкового менингита по данным нейроинфекционного отделения ОИКБ за 2002-2003 гг. Возрастной состав был следующий: 20-30 лет – 10 чел., до 40 лет – 6 чел., 4 чел. Были в возрасте 45-60 лет; 17 чел. – мужчин, 3 – женщины. Большая часть заболевших была представлена городским населением.

Все больные были госпитализированы в основном на 3-й день от начала заболевания. В клинической картине имело место острое начало заболевания, быстрое нарастание всего менингеального симптомокомплекса. У всех больных был выражен гипертензионный синдром: интенсивная головная боль распирающего характера с преимущественной локализацией в области лба и глазниц, тошнота, рвота. Ригидность затылочных мышц выявлена у 18 чел., симптом Кернига у 16 чел.

При люмбальной пункции отмечался мутный ликвор с нейтрофильным плеоцитозом до 5 тыс. клеток в 1 мкл у 10 чел., у остальных от 5 тыс. в 1 мкл до неподдающихся подсчету. В общем анализе крови лейкоцитоз от 10 до 25 тыс. в 1 мкл., СОЭ у всех больных было ускорено от 15 до 70 мм/ч; 18 больных поступило в тяжелом состоянии, 10 чел. сразу же госпитализировались в реанимационное отделение с клиникой выраженного отека мозга, инфекционно-токсического шока. У 2-х больных заболевание в тяжелой форме протекало на фоне субфебрильной или даже нормальной температуры. Проводилась дифференцированная терапия: 5 чел. получали один антибиотик – пенициллин в дозе 24-40 млн в/м, в/в., остальные пенициллин в сочетании с гентамицином или цефалоспоринами 2-3 поколения, так как у части больных при поступлении подозревался вторичный менингит.

Всем больным проводилась адекватная дезинтоксикационная, дегидратационная терапия, лечение антигипоксантами. Течение заболевания у 16 больных было тяжелым, а у 4-х средне-тяжелым. Летальных исходов не отмечалось. Диагноз менингококкового менингита у 16 чел. Был подтвержден бактериологически, выделением N. meningitidis серогруппы «С» из ликвора, а у 4-х серологически.

Таким образом, за последние 2 года наблюдается утяжеление клиники менингококкового менингита, что может быть связано как с поздней обращаемостью больных, так и отсутствие современной госпитализации.

МЕТОДИКА АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МИКРОСКОПИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРЕПАРАТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ

Никитаев В.Г., Проничев А.Н., Чистов К.С., Воробьев И.А.[1], Зубрихина Г.Н.[2]

Московский инженерно-физический институт (государственный университет), Москва;
[1]Гематологический научный центр РАМН, Москва;
[2]Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Целью применения описываемой ниже методики является повышение своевременности и достоверности диагностики острых лейкозов при микроскопическом исследовании мазков крови.

Острые лейкозы относятся к одним из тяжелейших гематологических заболеваний. Успех в их лечении в значительной степени зависит от своевременности постановки правильного диагноза. Сложность диагностики заключается в том, что на ранних стадиях заболевания оно протекает неспецифично, а правильную диагностику может осуществить лишь врач-гематолог.

Одним из признаков острого лейкоза является наличие в периферической крови бластных клеток, в то время как при нормальном функционировании органов кроветворения такие клетки можно наблюдать лишь в костном мозге. Наличие даже единичных бластных клеток в периферической крови является грозным предупреждением.

Клинический анализ крови является рутинной процедурой и выполняется для любых пациентов, поступающих в стационар, или проходящих обследования амбулаторно. Для выполнения таких анализов все более широкое распространение приобретают автоматические гематологические анализаторы. Как правило, они представляют собой проточные цитометры – устройства, построенные по принципу измерения параметров потока жидкости (электрической проводимости, рассеяния света от луча лазера), значения которых зависят от типа клеток, находящихся в этом потоке. В зависимости от класса прибора в результате автоматического анализа может быть определено от 6 до 20 и более параметров, характеризующих состав крови. Любой патологический процесс в организме человека сопровождается изменением состава крови. Изменение количественных соотношений состава крови будет зарегистрировано с помощью такого прибора, который выдаст «сигнал тревоги». Но качественные изменения (например, появление бластных клеток) такие приборы выявить не в состоянии. Поэтому, наряду с широким применением проточных цитометров, не теряет актуальности микроскопический анализ мазков крови, позволяющий выявить качественные изменения состава крови (обнаружить атипичные клетки, в норме отсутствующие в крови и в костном мозге, или незрелые клетки – в норме присутствующие в костном мозге, но отсутствующие в периферической крови).

Дополнительную сложность раннего выявления острого лейкоза обусловливает тот факт, что в обычных лабораториях, выполняющих анализ крови, случаи обнаружения бластных клеток встречаются редко (на фоне массовых анализов крови), вследствие этого врачи, выполняющие микроскопический анализ крови, зачастую не имеют достаточного опыта для выявления бластных клеток при исследовании мазка крови. В этой связи актуально создание автоматизированных систем микроскопического анализа препаратов крови, предоставляющих помощь врачу в принятии решений в сложных случаях диагностики заболеваний системы крови [1].

Для решения задачи выявления бластных клеток в периферической крови при острых лейкозах разработана методика автоматизированного микроскопического анализа с применением системы АТЛАНТ. Система включает оптический микроскоп со сканирующим предметным столиком, телекамеру, сопряженную с микроскопом, компьютер с устройством преобразования видеосигнала в цифровое изображение, модуль программного управления сканирующим столиком микроскопа с силовым приводом шаговых двигателей, специализированное программное обеспечение.

Методика автоматизированного анализа мазка крови содержит два основных этапа. Первый – этап предварительного сканирования мазка. На этом этапе производится установка препарата на предметный столик микроскопа, устанавливается объектив предварительного просмотра (с кратностью 20х - 40х), путем визуального анализа микроскопического изо-