величина ИРИ (0,74±0,05 против 0,93±0,04, p<0,05) были более низкими, чем при сравнительно медленном темпе развития ВИЧ-инфекции, сочетающейся с ХГС. В то же время, абсолютное количество CD8+-(0,75±0,05x10*9/л против 0,51±0,02x10*9/л, p<0,001) и CD20+-клеток (0,16±0,01x10*9/л против 0,07±0,03x10*9/л, p<0,01) оказалось достоверно более высоким.

Полученные результаты могут быть использованы для прогнозирования БП и МП течения ВИЧ-инфекции в сочетании с ХГС и уточнения некоторых сторон иммунопатогенеза заболевания при различных вариантах его течения.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ТЕРАПИИ РОЖИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Амбалов Ю.М., Пшеничная Н.Ю., Коваленко А.П.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования: клиническая и экономическая оптимизация терапии рожи нижних конечностей (РНК).

Материал и методы исследования: обследовано 439 больных РНК, из числа которых в соответствии с применявшимися схемами лечения методом алфавитной рандомизации сформировано 7 групп, оказавшихся практически идентичными по своим исходным клинико-лабораторным данным. Это позволило провести их сравнительный анализ.

Пациенты 1-й группы получали в качестве этиотропного лечения препараты пенициллинового ряда в течение 6-9 дней по 6 млн ЕД в сутки, 2-й – цефалоспорины I поколения по 4 г. в сутки в течение 5-8 дней, 3-й – бициллин-3 по 1200000 ЕД 3 раза с интервалом в 4 дня в 1-й межпальцевый промежуток стопы пораженной конечности. Больным остальных групп назначали 2-х курсовую этиотропную терапию. У пациентов 4-й и 6-й групп первый курс состоял из препаратов пенициллинового ряда (по 6 млн. ЕД в сутки в течение 4-6 дней), второй - из линкомицина (4-6 дней по 600 мг 3 раза в сутки). Больные 5-й и 7-й групп в качестве первого курса получали цефалоспорины I поколения (по 4 г в сутки в 4-5 дней), вторым курсом также использовался линкомицин (4-6 дней по 600 мг 3 раза в сутки). Всем пациентам назначали стандартную патогенетическую терапию. Дополнительно в 6-й и 7-й группах использовали: при негеморрагических формах рожи - гемолизат аутокрови (ГАК) внутривенно по 20 мл в течение 7-10 дней, при геморрагических - эмоксипин по 1,0 мл в течение 10 дней.

Для проведения сравнительного фармакоэкономического анализа исследуемых схем лечения составлена модель Маркова [Авксентьева М.В. с соавт., 2000;Ades A.E., Cliffe S., 2002], состоящая из графа, равного, в нашем случае, 2-х летнему периоду наблюдения за пациентами. Было сделано допущение, что в течение марковского процесса пациент может находиться в 3-х состояниях: 1) острое заболевание, 2) неполная ремиссия и 3) полная ремиссия. В начале наблюдения больные пребывали в состоянии «острого заболевания», после которого все они переходили в состояние «неполной ремиссии». Вероятность перехода из первого во второе пациентов любой из исследуемых групп равнялась 1 (т.е. 100%). Состояние «неполной ремиссии» было промежуточным. У части пациентов, находящихся в этом состоянии, возникал рецидив болезни, и тогда они возвращалась в состояние «острого заболевания». Риск возникновения рецидивов (р) определялась по формуле: р = число рецидивов/число больных в группе. Другая часть пациентов, при условии, что в течение марковского процесса у них не было рецидива заболевания, переходила в состояние «полной ремиссии». С учетом вероятности возникновения рецидивов определяли затраты на лечение по формуле COI•(1+p), где COI – полная стоимость болезни, состоящая из прямых и непрямых затрат на лечение пациентов в остром периоде заболевания.

Для установления оптимальной стратегии лечения также использовали графическое представление метода Парето [Рейнолдс М., Смоленский Ю., 1981; Lustig A.,2004]. Были взяты 2 интересующих нас параметра – число рецидивов и полная стоимость болезни (COI), величины которых отложили на графике по осям X и Y . Каждую из исследуемых стратегий лечения представили в виде определенной точечной геометрической фигуры, в месте пересечения числа рецидивов по истечении 2-х лет наблюдения и COI. Кривая Парето или компромиссов представляла собой равностороннюю гиперболу. Ее передвигали по оси симметрии в сторону возрастания величин X и Y, добиваясь пересечения с ближайшими, расположенными к ней стратегиями лечения. Альтернативными стратегиями лечения считали те, которые практически одновременно первыми пересекались с кривой Парето. Затем, из них из них выбирали наиболее оптимальную по соотношению указанных параметров.

Результаты. Максимальными затраты на лечение, определенные с использованием модели Маркова оказались в группе больных, леченных с использованием препаратов пенициллинового ряда (1-я) и применением 2-х курсовой антибактериальной терапии пенициллинами и линкомицином (4-я). Практически идентичны по затратам и более экономичными, чем две предыдущие были 2-я и 5-я группы. Оптимальными в отношении затрат являлись 3-я (группа, с использованием бициллина-3), 6-я и 7-я группы, причем наименьшими они были зарегистрированы в последней из перечисленных.

В соответствии с законом Парето, 3-я и 7-я группы лежали на кривой компромиссов, в нашем случае компромисса между числом рецидивов и затратами на лечение. Выбор необходимо было сделать только из стратегий лечения, находящихся на этой кривой. 3-я группа практически не имела преимуществ перед 7-й по числу рецидивов, вместе с тем, оказалась более дорогостоящей. 1-я, 2-я, 4-я и 5-я группа в соответствии с законом Парето вообще не должны рассматриваться как альтернативные, так как находились в значительном удалении от этой кривой. 6-я стратегия лечения не лежала на кривой Парето, однако находи-

лась в непосредственной от нее близости, приближаясь по своим координатам к расположению 7-й стратегии. Самым оптимальным вариантом была схема лечения, используемая в 7-й группе.

Выводы. Наиболее оптимальной в клиническом и экономическом плане являлась 2-х курсовая антибактериальная терапия с использованием цефалоспоринов I генерации и линкомицина в комбинации с ГАК при эритематозных формах рожи и эмоксипином – при геморрагических. Альтернативным вариантом может считаться лечение с использованием пенициллинов и линкомицина в сочетании с вышеупомянутой патогенетической терапией. Эти схемы могут быть предложены в качестве стандартов терапии рожи с локализацией воспалительного очага на нижних конечностях.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА РАСПОЗНАВАНИЯ РОЖИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Амбалов Ю.М., Пшеничная Н.Ю., Коваленко А.П.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Современное развитие медицинской науки и практики, направленное на оказание диагностических и лечебных мероприятий наиболее экономичными, но вместе с тем клинически эффективными методами, повсеместное внедрение системы обязательного медицинского страхования, предъявляют повышенные требования к качеству предоставляемых медицинских услуг населению. Одним из первых звеньев оказания медицинской помощи населению является амбулаторно-поликлиническая служба. Зачастую, диагностические ошибки врачей поликлиник и службы скорой помощи приводят к ненадлежащему лечению или же несвоевременному его началу.

Цель исследования: изучение встречаемости и причин ошибок при распознавании рожи врачами амбулаторно - поликлинической службы г. Ростова-на-Дону.

Материал и методы исследования. За 3-х летний период проведен ретроспективный анализ 1029 случаев обращения пациентов в 5-е инфекционное отделение МЛПУЗ ГБ-1 им. Н.А. Семашко с направительным диагнозом «рожа».

Результаты. Установлено, что в различные годы инфекционный стационар по направлению из поликлиники обратилось от 39,4% до 58,9%, доставлено в инфекционный стационар службой скорой помощи - от 43,2% до 48,5% от общего числа пациентов. Ошибочным диагноз: «Рожа» оказался у 22,5-31,3% больных, направленных врачами поликлинической службы и у 24,5-29,6% пациентов, доставленных в стационар бригадами скорой помощи.

При изучении частоты ошибочной диагностики рожи у поликлинических врачей различных специальностей выяснилось, что наименьшая встречаемость ошибок в распознавании рожи из числа направленных в стационар с этим диагнозом была во все изучаемые годы у инфекционистов и колебалась в пределах 7-13,1%, а наибольшей – у терапевтов (30-39,4%). У врачей других специальностей (дерматолога, хирурга, онколога, ЛОР-врача) ошибочная диагностика регистрировалась в 20-37,5% случаев.

В связи с тем, что обращаемость к врачам различных специальностей с симптомами, схожими с рожей, варьировала в очень широких пределах (к терапевту - 54-55%, к инфекционисту - 26-32%, к врачам других специальностей 2-8% в разные годы) мы сочли необходимым определить долевое участие различных поликлинических специалистов в ошибочной постановке диагноза: «Рожа». При этом выяснилось, что на долю терапевтов приходилось от 68,3% до 73,9% от всех ошибочных диагнозов, инфекционистов 7,1-12,2%, у хирургов, онкологов, дерматологов число ошибок варьировало от 2,2 до 9,8%.

Таким образом, полученные данные выявили наибольшую обращаемость пациентов с рожей и клинически сходными с ней заболеваниями к врачам службы скорой помощи и терапевтам поликлиник, что, в какой то мере, объясняет и самую высокую встречаемость диагностических ошибок в распознавании рожи у этих специалистов. Это, в свою очередь, ведет к ненадлежащему или несвоевременному оказанию врачебной помощи пациенту, привлечению к оказанию консультативной помощи врачей других специальностей и неминуемо вызывает дополнительные расходы. В связи с этим назрела необходимость включения в тематические планы по профессиональной подготовке и повышению квалификации указанных специалистов практических занятий по ранней диагностике инфекционных болезней, в том числе и рожи.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Амбалов Ю.М., Сизякина Л.П., Перепечай С.Д.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Одной из важнейших медико-социальных проблем современности бесспорно является ВИЧ- инфекция (Покровский В.В., 1998). До настоящего времени не существует четких представлений об иммунологических механизмах взаимодействия ВИЧ и HCV (Caredda F., 1993; Chossegros P.,1996; Marion P., 2001).

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинических и иммунологических показателей у больных ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-инфекцией в сочетании с ХГС.

Настоящая работа базируется на результатах комплексного клинико-иммунологического обследования у 140 больных ВИЧ-инфекцией (у 82- в сочетании с ХГС и у 58- без такового). Оценивались клини-