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-

ческие проявления и показатели иммунного статуса (CD4+,CD8+,CD20+,CD95+).

В стадии пре-СПИД у пациентов с ВИЧ-инфекцией, сочетающейся с ХГС, достоверно чаще, чем у больных ВИЧ-инфекцией в той же стадии болезни, встречались гепатомегалия (соответственно 100% и 57,1± 9,5%, p<0,001), спленомегалия (44,6±6,6% и 21,4±7,9%, p<0,05) и гастроинтестинальный синдром (67,9± 6,2% и 42,9± 9,5%, p<0,05).

Что касается иммунологических показателей, то у больных ВИЧ-инфекцией в стадии пре-СПИД, сочетающейся с ХГС, относительное число CD4+-лимфоцитов оказалось более низким, чем у страдающих ВИЧ-инфекцией в той же стадии (соответственно 24,4±1,2% против 29,2±1,1%, p<0,01). Кроме того, у больных ВИЧ-инфекцией в стадии пре-СПИД, сочетающейся с ХГС, относительное (35,4±3,6% против 28,5±1,1%, p<0,05) и абсолютное (0,63±0,08x10*9/л против 0,43±0,03x10*9/л, p<0,05) количество CD8+-лимфоцитов, абсолютное содержание CD20+-клеток (0,12±0,02x10*9/л против 0,07±0,01x10*9/л, p<0,05) оказались более высокими, чем у пациентов с ВИЧ-инфекцией в той же стадии болезни.

У больных ВИЧ-инфекцией в стадии СПИД, сочетающейся с ХГС, регистрировались более низкие, чем у пациентов с ВИЧ-инфекцией той же стадии, показатели относительного (соответственно 29,6±2,4% против 37,0±1,8%, p<0,001) и абсолютного (0,58±0,02x10*9/л против 0,8±0,09x10*9/л, p<0,05) числа CD8+-лимфоцитов и относительного количества CD4+-клеток (24,7±1,3% против 32,0±1,7%, p<0,001). Кроме того, у пациентов ВИЧ-инфекцией в этой же стадии, сочетающейся с ХГС, в сравнении с больными ВИЧ-инфекцией было выявлено более высокое абсолютное количество CD95+- (соответственно 0,15±0,02x10*9/л против 0,09±0,01x10*9/л, p<0,01) и CD20+-клеток (0,27±0,03x10*9/л против 0,11±0,01x10*9/л, p<0,001).

Проведенный сравнительный анализ клинико-иммунологических показателей у больных ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-инфекцией в сочетании с ХГС показал, что в последнем случае по мере развития заболевания происходит более интенсивное нарастание частоты и выраженности клинических симптомов, а также – сдвиги иммунологических показателей.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОПОЭЗА У КРЫС ЛИНИИ WAG/Rij В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Ахмадеев А.В., Калимуллина Л.Б.
Башкирский государственный университет, Уфа

Изучение гематологических и некоторых иммунологических показателей реактивности организма в процессе экспериментального эпилептогенеза показало, что завершенный киндлинг сопровождается изменениями со стороны красной и белой крови, носящими системный характер. Начальные этапы эпилептогенеза характеризуются реактивными изменениями эритроцитов и тромбоцитов (Калимуллина и др., 2002).

Крысы линии WAG/Rij являются моделью абсансной эпилепсии (Coenen, van Luijtelaar,1986). Эта форма эпилепсии носит генерализованный характер и причины ее возникновения остаются не раскрытыми. Процесс эпилептизации мозга у крыс этой линии проявляется в возрасте трех месяцев возникающими на ЭЭГ спайк-волновыми разрядами. К шести месяцам число таких разрядов достигает нескольких сотен в сутки, т.е. эпилептизация мозга становится выраженной(Meeren et al.,2004). Сравнивая картину периферической крови у крыс линии WAG/Rij в возрасте трех и шести месяцев можно получить представление о гематологических сдвигах, сопровождающих процесс генерализации из первичного эпилептогенного очага.

Исследования проведены на крысах линии WAG/Rij, гомозиготных по аллелю A_1 в локусе TAG1A гена рецептора дофамина типа $Д_2$, селекция которых проведена на кафедре МФЧЖ Башгосуниверситета. Кровь брали из хвостовой вены и анализировали на автоматическом гемоанализаторе. Полученные данные свидетельствуют о том, что к шести месяцам общее количество лейкоцитов (в 10^9/л снижается почти вдвое с 10,4±0,8 до 5,7±0,3, p<0,001), это сопровождается уменьшением количества лимфоцитов с 72,0±61,7±1,9 (p<0,05) и моноцитов (10,6±1,8 до 6,9+1,3, p>0,05) и увеличением числа эозинофилов (1,2±1,2 до 5,9±1,2, p<0,05). На основании ранее полученных данных (Калимуллина и др., 2002) можно предполагать, что выявленные сдвиги в показателях лейкопоэза свидетельствуют об эпилептизации мозга, которая у крыс линии WAG/Rij происходит между тремя и шестью месяцами постнатального онтогенеза.

Сравнение полученных нами данных с имеющимися сведениями в литературе показывает, что гематологические сдвиги при фокальных и генерализованных формах эпилепсии могут иметь различия.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НЕЙРОНЫ МИНДАЛЕВИДНОГО КОМПЛЕКСА НА СТАДИИ ДИЭСТРУС

Ахмадеев А.В.
Башкирский государственный университет, Уфа

Нейроэндокринные нейроны миндалевидного комплекса мозга (МК), ультраструктура которых описана нами впервые (Ахмадеев и соавторы, 1999) имеют рецепторы к половым стероидам. Их электронно-микроскопические характеристики изменяются в ответ на колебания в крови уровней этих гормонов, которые происходят в эстральном цикле (Бабичев и соавторы, 1986, Ахмадеев, Калимуллина, 2000, 2004). В ранее проведенных исследованиях показано, что представительство «темных» и «светлых» клеток на территории дорсомедиального ядра МК и их ультраструктура в стадии метэструс и эструс различаются. На стадии эструс преобладают нейроны «повышенной активности», в стадии метэструса преобладают «темные» клетки».

Целью данного сообщения является характеристика структурно-функциональной организации нейроэндокринных нейронов дорсомедиального ядра в