

Однако, фармакоэкономические исследования эффективности различных вариантов ее терапии еще не проводились. Целью работы явилось проведение комплексного фармакоэкономического анализа для выявления наиболее оптимальных схем лечения у больных с РНК.

Для реализации поставленной цели было обследовано 439 пациентов, проходивших лечение в 5-м инфекционном отделении городской больницы №1 г. Ростова-на-Дону. Больные были разделены на 7 групп, в зависимости от особенностей поведенной этиотропной терапии. Пациентам 1-й группы назначали препараты пенициллинового ряда в течение 6-9 дней по 6 млн ЕД в сутки, 2-й – цефалоспорины по 4 г. в сутки в течение 5-8 дней, 3-й – бициллин-3 по 1200000 ЕД 3 раза с интервалом 4 дня в 1-й межпальцевый промежуток стопы пораженной конечности (Айткулуев Н.С., 1991), больные оставшихся групп получали 2-х курсовую этиотропную терапию: 4-й и 6-й групп – пенициллины (4-6 дней)+линкомицин (4-6 дней по 600 мг в сутки), 5-й и 7-й групп – цефалоспорины (4-5 дней)+линкомицин (4-6 дней по 600 мг/сутки). Все пациенты получали идентичную патогенетическую терапию (гемодез, глюкозо-солевые растворы). Дополнительно пациентам 6-й и 7-й групп назначалась патогенетическая терапия: при негеморрагических формах рожи - гемолитат аутокрови внутривенно по 20 мл в течение 7-10 дней (Усаткин А.В., 2002), а больным с геморрагическими формами - эмоксипин по 1,0 мл в течение 10 дней (Кузнецов В.П., 1998).

При анализе затрат на лечение было выяснено, что наименее экономичными являлись схемы лечения больных 1-й и 2-й групп, что было связано как с относительно большей продолжительностью стационарного лечения, так и с существенными личными расходами пациентов на медикаменты. Наиболее экономичным оказалось лечение больных 6-й и 7-й групп, что, в основном, было обусловлено уменьшением продолжительности стационарного лечения, в то время, как личные расходы на медикаменты были сопоставимы с расходами в большинстве сравниваемых групп. Наименьшие расходы пациентов на медикаменты были в 3-й группе, однако затраты по ОМС, связанные с продолжительностью стационарного лечения не позволили отнести эту схему к экономичной. Остальные схемы занимали промежуточное положение по расходам.

При оценке отдаленных результатов лечения учитывалось число рецидивов в течение 2-х летнего мониторинга. Наименьшее количество рецидивов было зарегистрировано в 3-й, 6-й, и 7-й группах больных (7,1±3,4%, 7,6±3,2% и 7,4±3,5% пациентов, соответственно), наибольшее – в 1-й (26,9±5,6%) и 2-й (19,5±5,3%) группах. На основании числа рецидивов в исследуемых группах определяли затраты на единицу эффективности, используя формулу: расходы на лечение число больных/ (1 - число рецидивов). Как оказалось, наименьшие затраты на единицу эффективности были в 7-й группе пациентов, группы 3-я и 6-я несколько превосходили 7-ю по этим затратам. Самым неэффективным оказалось лечение в 1-й группе. Анализ минимизации затрат использовали для установления более экономичной схемы лечения, при одинако-

вой терапевтической эффективности (в нашем случае речь идет о схемах 1 и 2, 4 и 5, а также о схемах 3,6,7), Сравнение схем 1 и 2, 4 и 5 показало, что при одинаковой эффективности (по числу рецидивов) наиболее экономичными оказались 2-я и 5-я схемы лечения. При сравнении схем лечения с высокой терапевтической эффективностью - 3-й, 6-й и 7-й наиболее оптимальной была 7-я, в то время как в 3-й и 6-й, расходы на лечение были более значительными.

Таким образом, из всех анализируемых типов лечения наиболее оптимальной оказалось лечение больных 7-й группы. Терапия в 6-й группе требовала несколько больших затрат. Терапия в 3-й группе пациентов обладала хорошим противорецидивным эффектом, однако проигрывала по экономичности в связи с большей продолжительностью стационарного лечения. Схемы лечения, используемые во 2, 4, 5, и, особенно 1-й, группах заметно уступали по эффективности 3, 6 и 7-й. Считается, что использование цефалоспоринов более целесообразно при повторной и рецидивирующей роже (Черкасов В.Л., Еровиченков А.А., 1999). Поэтому, мы рекомендуем при первичной роже, за исключением тяжелой формы заболевания, использовать схему 6-й группы, в остальных случаях наиболее оптимальной в клинико-экономическом плане является 7-я схема.

К вопросу о природной очаговости туляремии в Анапском районе Краснодарского края

Антонов А.В.

*Причерноморская противочумная станция
МЗ РФ, Новороссийск*

На большей части Краснодарского края расположен равнинно-степной очаг туляремии, который подразделяется на две части: Западный (приазовский) и Юго-восточный (прикубанский). Циркуляция возбудителя в очагах осуществляется среди обыкновенных полевых, домовых мышей, других мелких млекопитающих и иксодовых клещей. Заболевание людей туляремией, как правило, наблюдаются в пределах энзоотической территории края.

Районы причерноморской зоны, в том числе и Анапский, считаются свободными от энзоотии туляремии. В январе 2003 года в Анапском районе имел место случай заболевания туляремией местного жителя К.. Предполагается, что его заражение произошло при контакте с мышевидными грызунами и их гнездами при разборе собственного старого строения. В январе 2004 года в этом же районе был официально зарегистрирован случай заболевания туляремией местного жителя Л.. Нами было установлено, что больной на протяжении 1,5 месяца до начала заболевания почти ежедневно охотился на зайцев на территории Анапского района восточнее села Джигинки. Добытых зайцев разделял дома, протгив туляремии не привит. За две недели до заболевания, будучи на охоте, поранил о кустарник пальцы рук. В этот же день он убил двух зайцев.

На территории, где охотился Л., из разных открытых водоемов нами было взято 10 проб воды для их исследования на возможность контаминации возбу-

телем туляремии. С этой же целью была получена от Л. тушка зайца, добытого им до начала заболевания, обработанная столовым уксусом и хранившаяся в бытовом холодильнике. Пробы воды и тушки исследовались бактериологическим, серологическими способами и в ПЦР. Из пробы, взятой из небольшого временного водоема в 8 км восточнее Джигинки, была выделена культура возбудителя туляремии, идентифицированная нами как *Francisella tularensis holarctica* биовар II Егу^R, высоковирулентная для белых мышей. При исследовании тушки зайца возбудитель не был выделен, отрицательными были и результаты серологического исследования, но из спинного мозга был получен в ПЦР положительный результат на ДНК возбудителя туляремии.

По периметру водоема, из которого был выделен возбудитель туляремии, обнаружено большое число обитаемых нор грызунов. Следует отметить, что на территории Крымского района, являющейся частью равнинно-степного природного очага туляремии и граничащей с Анапским районом, с 1988 по 2003 год регистрируется активное проявление энзоотии с выделением возбудителя туляремии от обыкновенных и кустарниковых полевок, лесных, полевых, домовых мышей, малой белозубки, и из открытых водоемов. Эти виды грызунов являются фоновыми и для Анапского района.

Возникновение местных случаев заболеваний людей туляремией, выделение из воды открытого водоема возбудителя этой инфекции, положительный результат исследования в ПЦР спинного мозга зайца свидетельствуют о реальной возможности существования на территории Анапского района природного очаговости туляремии. Для решения этого вопроса необходимо проведение расширенного эпизоотологического обследования с тщательным лабораторным исследованием носителей, переносчиков и объектов внешней среды.

Имуногенетические факторы hla-системы у детей, вакцинированных живой коревой вакциной

Ахмерова Р.Р., Мартова О.В., Курятникова Г.К.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Вопросы борьбы с коревой инфекцией в настоящее время входят в круг наиболее актуальных проблем здравоохранения, т.к. среди воздушно-капельных инфекций корь продолжает занимать ведущее место. Основным методом борьбы с этой инфекцией остается вакцинопрофилактика. Помимо качества проведения прививочной работы, уровень заболевания корью обусловлен наличием среди привитых тех, кто не ответил на вакцинацию специфическим антителообразованием или быстро утратил поствакцинальный иммунитет.

Доказано, что способность организма отвечать выработкой антител на введение вакцины генетически детерминирована, что проявляется выраженностью иммунологических реакций. Поэтому, важным представляются исследования, направленные на изучение зависимости между ответной реакцией организма на

вакцинацию живой коревой вакциной (ЖКВ) и генетическими факторами индивидуума связанными с системой HLA.

Цель исследования: проведение серологического обследования детей, в возрасте 6-7 лет, вакцинированных ранее ЖКВ, а также выявление генотипических маркеров HLA, детерминирующих качество и силу иммунного ответа на вакцинацию.

Материалы и методы.

Серологический скрининг был проведен методом постановки реакции пассивной гемагглютинации с коревым диагностикомом. Тканевое типирование антигенов HLA осуществлялось микролимфоцитотоксическим методом по Терасаки. Идентифицировали 8 антигенов локуса А и 15 антигенов локуса В. Контролем служила группа здоровых лиц в количестве 200 человек.

Результаты исследования и их обсуждение.

Обследовано 570 детей, ранее привитых против кори ЖКВ. Противокоревые антитела в защитных титрах выявлены в 90,2% случаев. 9,2% человек оказались серонегативными. У них было проведено исследование антигенных профилей по системе HLA. Анализ различий иммуногенетических характеристик у детей и контрольной группы показал, что достоверно значимые положительные ассоциативные связи выявлены для антигенов HLA - A10, A28, B15 и B 21, характерные для лиц с недостаточным уровнем иммунного ответа. Величина «относительного риска» RR для данных маркеров равнялась соответственно 3,2; 2,3; 3,4; 4,0.

Выявление ассоциативных связей с антигенами HLA у серонегативных к кори детей, свидетельствует о генетически детерминированной предрасположенности организма к различным типам иммунного ответа на введение ЖКВ.

Полученные результаты по выявлению генетических специфичностей среди детей, не ответивших на вакцинацию антителообразованием или утративших поствакцинальный иммунитет, свидетельствуют о связи между антигенами HLA и качеством иммунного ответа на введение вакцины. По-видимому, иммунная ответная реакция организма на введение ЖКВ контролируется генетически и в определенной мере связана с фенотипом HLA каждого индивидуума. Регулярное проведение серологического обследования у декретированных к кори лиц позволит существенно повлиять на эпидпроцесс и добиться снижения заболеваемости корью до спорадической.

Проведение углубленного эпидемиологического надзора за корью с учетом иммунологических и иммуногенетических данных позволит скорректировать систему профилактических и противозидемических мероприятий и обеспечить возможность осуществления индивидуальной иммунокорректирующей профилактики.