

корректировке или укрупнении принятых в прошлом нормативных актов, но и о разработке актов принципиально новых, неизвестных в ранее законодательной практике Российского государства — например, страховой медицине, трансплантации органов и тканей человека, донорстве и т.д. По-новому, более остро, ставятся вопросы борьбы с наркоманией, профилактикой табакокурения [4].

Сегодня вряд ли можно назвать такую область законодательства, которая не претерпела бы существенных изменений после принятия Конституции РФ. Законодательство о здравоохранении не только не стало исключением, но и во многом показательно.

1. Конституция Российской Федерации / Российская Федерация // Российская газета. — 1993. — 25 декабря.

2. Лауэр Э.Ф. Конституционное право России: Советское конституционное право от 1918 года до Сталинской конституции / Э.Ф. Лауэр [электронный ресурс] / Все о праве — компас в мире юриспруденции. — 2003.

3. Международные акты о правах человека: Сборник документов / Сост. В.А. Картошкин, Е.А. Лукашева. — М.: Изд-во НОРМА, 2002.

4. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 25 апреля 2005 года // Российская газета. — 2005. — 26 апреля.

5. С бюджетом определились // Медицинская газета. — 2003. — 20 августа.

6. Чиркин В.Е. Конституционное право: Россия и зарубежный опыт / В.Е. Чиркин. — М., 1998.

## ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

27–28 сентября 2005 года во Владивостоке состоялся 2 Дальневосточный региональный Конгресс «Человек и лекарство» с международным участием. Научная программа Конгресса была посвящена важнейшим достижениям в лечении основных заболеваний человека, вопросам совершенствования формулярной системы и рационального использования лекарственных средств на основе принципов доказательной медицины, обсуждению вопросов лекарственного обеспечения и повышения качества жизни населения. Ниже публикуются тезисы докладов, поступивших в оргкомитет Конгресса.

### Батищев Э.М., Волкова М.В., Калинин А.В., Кривелевич В.Я., Кривелевич Е.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ ПРИМОРСКОГО КРАЯ О ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДЗАПК, ГУЗ «ПК МИАЦ», Владивосток

Значимость сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в инвалидизации и преждевременной смертности населения не вызывает сомнения. Сегодня в странах Западной Европы смертность от ССЗ равна примерно половине уровня соответствующего показателя в 1970 г. Этому способствовали как своевременные проводимые превентивные профилактические мероприятия, так и соответствующая терапия, основой которых являются тщательно спланированные, достоверные, доказательные исследования. Но, напротив, в Российской Федерации уровень заболеваемости и смертности от ССЗ остаётся высоким. Их частота прогрессивно увеличивается с возрастом. Ежегодно выявляется до 500 тыс. новых случаев заболевания, причём, до 40% пациентов не знают о своём заболевании (Р.Г. Оганов, 2002 г.) и, соответственно не проводят профилактические мероприятия. Разумеется, что этому способствует и то, что россияне ведут нездоровый образ жизни, в отличие от «примерных» граждан экономически развитых стран. Ситуацию усугубляет не столь оперативное внедрение канонов доказательной медицины в практическое Российское здравоохранение [6, 2]. Информирование практических врачей об эффективности и безопасности лекарственных средств (ЛС), основанное на принципах доказательной медицины, является компонентом системы их рационального использования.

Цель: Изучить соответствие мнения специалистов, работающих в условиях первичного контакта с пациентами, международным рекомендациям, по поводу терапии ССЗ.

Материалы и методы: Исследование проводилось методом анкетирования в 2004 г. по 8 территориям и регионам Приморского края (ПК) в 29 лечебно-профилактических учреждениях. Проведён анализ 421 анкеты (при репрезентативности  $n = 340$ ). Средний возраст респондентов — 46,39 ± 5,3 лет; 91,25% составили терапевты, 8,75% — кардиологи. Окончившие ВУЗ в течение 1-5 лет назад — 6,38%, 6-10 — 10,64%, 11-15 — 13,0%, более 15 лет составили 69,98%. Специалистам было предложено сформулировать свои предпочтения при назначении лекарственной терапии пациенту, страдающему эссенциальной артериальной ги-

пертензией (ЭАГ), стенокардией напряжения (СТ), а так же при их сочетании. Всего было представлено 20 фармакотерапевтических групп и подгрупп препаратов, учитывая механизм и продолжительность действия. Группы препаратов были сформированы по результатам АВС-анализа персонифицированной базы льготных рецептов, отпущенных жителям ПК за 2003 г. [5]. Было предложено три варианта ответа: применяю всегда, применяю только по необходимости и не применяю вообще.

Результаты и обсуждение: Тиазидные диуретики (ТД) совершенно закономерно используют 90,78% врачей при ЭАГ и 79,76% совершенно правильно не применяют их при СТ. Однако, при сочетании 2-х нозологий одновременно, лишь 73,52% врачей назначают препараты этой группы. Напротив, ситуация с петлевыми диуретиками (ПД) выглядит менее ясно и предпочтения врачей примерно одинаково распределились между режимами «не применяю» и «ad hoc». Необходимо отметить, что показаниями к применению ПД в настоящее время является лишь urgentная несостоятельность левых отделов сердца, отёчно-асцитический синдром, почечная недостаточность, нарушение солевого баланса, проведение форсированного диуреза.

Десятки лет успешного использования ингибиторов фермента, конвертирующего ангиотензин (ИФКА), закономерно обеспечили высокую привязанность специалистов к препаратам этой фармакотерапевтической группы: при ЭАГ их используют 92,91% специалиста, а в сочетании со СТ в 89,60% случаев, при изолированной СТ лишь 21,51% пациентам назначают ИФКА.

В настоящее время основанием для использования сердечных гликозидов (СГ) остаётся небольшое число показаний: мерцательная аритмия и хроническая сердечная недостаточность высоких степеней (уменьшают частоту легальных осложнений). Здесь мнения практических врачей не расходятся с доказательными: не применяют при ЭАГ — 90,78%, СТ — 84,40%, а при их сочетании — 80,85%.

Вызывает недоумение высокая частота назначения периферических вазодилататоров в амбулаторно-поликлинической практике. Следует учесть, что пациенты, обращающиеся за

помощью в медицинские учреждения такого уровня, не нуждается в столь частом приёме препаратов этой группы, поскольку диапазон их использования весьма узок и ограничен в основном urgentной несостоятельностью левых отделов сердца, которая не лечится в этих условиях, либо пароксизмы стенокардии. Следовательно, это удел лишь палат интенсивной терапии в стационарах или бригад скорой медицинской помощи. И, напротив, вследствие необоснованного и частого использования препаратов этой группы, имеет место возникновение нежелательной лекарственной реакции в виде толерантности, что, в конечном итоге, может способствовать увеличению числа пароксизмов стенокардитических приступов [1]. В 42,79% нитраты используют режимом ad hoc, что является рациональным режимом их использования, но, одновременно с этим, 41,38% посоветуют пациентам постоянно принимать их. Нами это расценено, как привязанность врачей к вековым традициям медицины, что возможно связано с инертностью мышления. Несколькими иная ситуация с нитратами ретардной формы. Постоянным приёмом их используют 78,25% врачей, а ситуационно назначают лишь 15,60%. В последнем случае это совершенно необоснованный режим применения, поскольку в этом случае терапевтический эффект развивается спустя несколько часов после их применения и препараты этой группы, напротив, следует применять ситуационно, к примеру, перед физической нагрузкой, причём перед планируемой, а не спонтанной. Так же отсутствует точка приложения для использования нитратов при ЭАГ, поскольку при этом состоянии не возникает злокачественных кризов, при которых может возникнуть несостоятельность левых камер сердца. Несмотря на это, около четверти специалистов назначают их: короткодействующие — 24,35%, ретардные — 20,80%.

Положительная тенденция прослеживается в отношении использования антагонистов кальция (АК), поскольку практически половина специалистов использует их ситуационно для купирования гипертонических кризов. Одновременно настораживает тот факт, что при СТ короткодействующие АК будут использованы в 26,95% случаев. Следует отметить, что если такой режим применять при нестабильной СТ, то это приведёт к повышенному риску смертности пациентов.

После долгих лет игнорирования бетаадреноблокаторов (БАБ) в клинической практике, что было обусловлено высокой частотой развития нежелательных лекарственных реакций при приёме неселективных БАБ, АС данной группы заняли достойное место в лечении пациентов с ССЗ. Благодаря доказательным исследованиям, интерес и привязанность врачей к ним возрастает: 73,52% назначают их постоянным приёмом при СТ, 69,50% при ЭАГ и 81,32% при их сочетании.

Благодаря «вековым» традициям медицины, в амбулаторно-поликлинической практике, до сих пор имеет место использование препаратов группы, которая за рубежом не применяется вообще: кардиометаболики. Около половины специалистов — 43,03% используют их при СТ, 18,92% при ЭАГ, 39,48% при соче-

тании СТ и ЭАГ. Возможно, это объяснимо тем, что в структуре опрошенных врачей больший удельный вес (69,98%) занимает группа лиц, окончивших ВУЗ более 15 лет назад, и, характеризующихся определённым консерватизмом. Так же возможно, что на курсах факультета повышения квалификации не придают особого значения вопросам исключения устаревших методик лечения, что закономерно влияет на последующие рекомендации для пациентов.

Очень высокий процент специалистов используют в своей практике антиагреганты: 90,31% при СТ. Несколько лет назад всем пациентам, имеющим сердечно-сосудистую патологию, рекомендовался постоянный приём аспирина в дозе 125 мг. в сутки. Тем не менее, последующие исследования доказали, что в этой ситуации польза не перевешивает риск [4], поскольку в связи с этим в популяции увеличивается число инсультов, больше геморрагических, которые прогностически более неблагоприятны [3]. Приём ацетилсалициловой кислоты должен рекомендоваться только при наличии факторов риска, к примеру, аневризмы левого желудочка, а не рутинно.

Относительно ясной выглядит ситуация с центральными альфаадреноблокаторами: при СТ их не используют в 91,25% случаев, а при ЭАГ ситуационно совершенно обоснованно назначают 82,27%.

К следующей группе препаратов мы отнесли категории фармацевтического хаоса, поскольку в настоящий момент нет показаний к их использованию в терапии ССЗ: раувольфия, спазмолитики, витамины, ноотропы, препараты солей калия, магния, седативные, отвлекающие. Но они продолжают применяться в клинической практике; до 30% врачей используют их как ситуационно, так и постоянно. Это, несомненно, никак не сказывается положительно на оказании медицинской помощи, поскольку они «растаскивают» средства пациентов, вследствие чего не могут позволить себе купить действительно эффективные препараты.

**Выводы:** 1. Препараты некоторых фармакотерапевтических групп совершенно обоснованно стали чаще применяться врачами: ингибиторы фермента, конвертирующего ангиотензин, центральные альфаадреноблокаторы, бетаадреноблокаторы, тиазидные диуретики, сердечные гликозиды.

2. По значительно большему количеству групп препаратов у врачей нет однозначного мнения о показаниях к их использованию, к ним относятся: периферические вазодилататоры, кардиометаболики, соли калия, магния, спазмолитики, отвлекающие, ноотропы, петлевые диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция, седативные, отвлекающие.

3. Данные доказательных исследований не столь оперативно попадают в поле зрения практического здравоохранения, что может приводить к ухудшению качества оказания медицинской помощи, снижению продолжительности жизни населения, повышению числа сердечно-сосудистых осложнений в популяции.

4. В практику преподавания следует активнее вводить каноны медицины, основанной на доказательствах.

**Гаврина С.Е., Денисенко Л.С., Пахолок Ю.П., Токарчук В.В., Шкуратова О.К., Рогаткина Е.С.  
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ  
В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*Владивостокский государственный медицинский университет  
Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН  
Приморская краевая клиническая больница №1, Владивосток*

Интерес к реконструктивно-восстановительным операциям возрастает в связи со значительным увеличением их количества. При осложненном раке, дивертикулёзе толстой кишки, травмах, неспецифических колитах, резекция толстой кишки заканчивается выведением одноствольной колостомы (операция Гартмана). Избавляя больного от заболевания, эта операция приводит к инвалидизации. Наличие стомы на передней брюшной стенке вынуждает отказаться от приобретенной профессии и делает невозможным полноценное пребывание в обществе. Восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных, перенесших операцию Гартмана.

В период с 1990 по 2004 гг. в колопроктологическом отделении было оперировано 110 больных после операций толстой кишки на различных уровнях и формированием одноствольной колостомы. Мужчин было оперировано 56 (50.9%), женщин — 54 (49.1%). Возраст больных составил от 19 лет до 78 лет.

Основными причинами выполненных ранее резекций толстой кишки по Гартману были: осложненный колоректальный рак — у 79 больных (71.8%); травмы толстой кишки — 12 больных (10.9%); заворот сигмовидной кишки — 6 больных (5.5%); осложнения дивертикулёза ободочной кишки — 5 больных (4.5%); ятрогенные ранения толстой кишки — 4 пациента (3.7%); неспеци-

фические колиты — 3 больных (2.7%); заболелание внутренних половых органов — 1 больной (0.9%).

Перед хирургическим вмешательством все больные подвергались тщательному обследованию. Абсолютным противопоказанием к оперативному лечению являлись — выраженная сердечно-сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность, ХЛН, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, декомпенсированное течение сахарного диабета.

Всем больным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства. Компьютерная томография делалась после операций, выполненных ранее по поводу рака толстой кишки. Обязательно делалось ФГДС, ректороманоскопия отключенной культи прямой кишки, ФКС через колостому и отключенной части толстой кишки через задний проход. Для определения соотношения проксимального и дистального отрезка кишки, подлежащей восстановлению, делалась гермография.

Предоперационная подготовка заключалась в назначении бесшлаковой диеты, 15% раствора сернистой магнезии. Накануне операции проводилась механическая очистка толстой кишки и культи. Либо для предоперационной подготовки применяли препарат «Фортранс» без дополнительного назначения слабительных препаратов.