начала реализации проекта он окажется нерентабельным, банк не может требовать от кредитора покрытия своих затрат за счет сторонних денежных ресурсов. Поэтому 1-им из главных требований банка к проекту является готовность организатора проекта вкладывать в него достаточно значительную сумму собственных денег. Положительно: у предпринимателя не возникает дополнительных финансовых обязательств и происходит «разделение рисков». Отрицательно: банк за участие в «рискованных инвестициях» обычно требует более высокую ставку процента по кредиту.

Таким образом, с помощью финансово-экономической модели оценки эффективности работы аптеки возможна взаимосвязь предпосылок и прогнозируемых экономических показателей работы, что позволяет анализировать чувствительность дисконтированного денежного потока, как главного показателя финансовой модели, к разным факторам.

Литература

1. Бригхем Ю., Гапенски Л. Финансовый менеджмент: Полный курс в 2-х т.: Пер. с англ. / Под ред. В.В. Ковалева. – С.-Пб.: Экономическая школа, 2001. – 248 с.
2. Гохан П. А. Слияния, поглощения и реструктуризация компаний: Пер. с англ. – М.: Альпина-Бизнес-Букс, 2004. – 368 с.
3. Интрилигатор М. Математические методы оптимизации и экономическая теория: Пер. с англ. – М.: Айрис-Пресс, 2002. – 350 с.
4. Лобанов А., Чугунов А. Энциклопедия финансового риск-менеджмента. – М.: Альпина-Бизнес-Букс, 2003. – 326 с.
5. Рид С., Лажу А. Искусство слияний и поглощений: Пер. с англ. – М.: Альпина-Бизнес-Букс, 2004. – 460 с.

FINANCIAL MODELING OF PHARMACIES

Yurchenko T.V.

Illustrates the ability of independently developed a financial model to predict the cost of organizing the pharmacy (the investment, operating and discounted cash flow). Rating cash flow leads to conclusions about the cost and payback of the project.

Keywords: Pharmacy, a financial model, evaluation of the projec

2. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

НОВЫЙ БИКОМПОНЕНТНЫЙ ПРОБИОТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ «БАЦИЛАКТ» И ПЕРСПЕКТИВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГ ПРОФИЛЯ

Бакуринских М.А., Забокрицкий Н.А., Кривопалов С.А., Бакуринских А.Б., Гайсина Е.Ф., Коломиец О.В.

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, Институт иммунологии и физиологии УрО РАН

Результаты последних исследований отечественных и зарубежных авторов показали, что при воспалительных заболеваниях гениталий (ВЗГ), как правило, наблюдаются микроэкологические нарушения нормального биоценоза не только влагалища, но и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Элиминация эндогенной микрофлоры приводит к заселению открытых полостей патогенными и условно-патогенными микробами, что ухудшает течение основного заболевания, которое в ряде случаев принимает затяжной рецидивирующий характер. В значительной степени явления дисбиоза усугубляются, осложняются и становятся хроническими под влиянием антибактериальных и

химиотерапевтических препаратов, составляющих основу этиотропной терапии. Вместе с тем до настоящего времени остается не ясным, являются ли микроэкологические нарушения генитальной микрофлоры отображением нарушенного микробиоценоза кишечника и может ли влиять коррекция микробиотических нарушений ЖКТ на восстановление эубиоза генитального тракта.

Цель работы - сравнительное изучение клинического эффекта нового пробиотического бикомпонентного препарата Бацилакт с коммерческим препаратом-пробиотиком бифидумбактерином при пероральном назначении на фоне базисной терапии гинекологических больных.

Материалы и методы исследований

В работе использовали бактериальные культуры штаммов B. subtilis 59T и L. plantarum 8P-A3, являющиеся биологическими компонентами пробиотика Бацилакт. Штаммы микроорганизмов не обладали патогенными свойствами для человека и животных.

Для проведения клинических наблюдений были отобраны 48 женщин репродуктивного возраста с обострением хронических ВЗГ, поступивших на лечение в гинекологическое отделение Городской клинической больницы №40 (ГКБ№40) г.Екатеринбурга. Больные были разделены на 3 группы по 16 человек в каждой. В 1-й группе применяли Бацилакт, новый пробиотический препарат, состоящий из двух штаммов бактерий: Bacillus subtilis 59T и Lactobacillus plantarum 8P-A3 во 2-й - коммерческий бифидумбактерин, 3-я группа оставалась контрольной.

Пробиотики назначали внутрь по схеме: 6 доз на прием по 3 раза в сутки за 30 мин до еды в течение 12-14 дней. Все больные получали антибактериальную (химиотерапевтическую) терапию и симптоматическое лечение. Из общего числа наблюдаемых - 5 человек (10,4%) были оперированы по поводу гнойно-воспалительных процессов придатков. У этих женщин в послеоперационном периоде проводили интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию. Антибиотики вводили парентерально в течение 7-10 дней, используя схему, принятую в клинике -комбинация аминогликозидов с полусинтетическими препаратами пенициллинового ряда (80мг гентамицина 3 раза в сутки в комбинации с ампициллином по 1г 3 раза в сутки) или одни аминогликозиды. Кроме того, патогенетическая терапия во всех группах дополнялась назначением метронидазола по 0,25г 3-раза в сутки, нистатина по 500 тыс. ЕД в сутки. Бактериологическое исследование фекалий и содержимого влагалищного секрета проводили на 1-2-й день пребывания больных в стационаре, далее через 3 суток после отмены препаратов, а также на 10-14-й день после завершения курса терапии. Взятие вагинального содержимого осуществляли стерильными ложечками Фолькмана из заднего свода влагалища. Использовали общепринятые элективные и селективные питательные среды, высев на которые осуществляли не позднее 2-3 ч от момента взятия материала. В процессе идентификации учитывались типичные представители родов Bacillus, Bifidobacterium, Lactobacullus, Propionibacterium, Bacteroides, Clostridium, Pseudomonas, Staphylococcus, Streptococcus, Peptostreptococcus, Enterococcus, Gardnerella, Gorvne-bacterium, семейства Enterobacteriaceae, грибы рода Candida.

Для идентификации использовали классические микробиологические методы и/или рапид системы "Api" (Франция), или автоматические системы "Quantum-ПТМ", или "Avantage" фирмы "Abbott" (США). Клиническую эффективность препаратов оценивали по выраженности интоксикации, наличию болевого синдрома, нормализации функции ЖКТ, а также по лабораторным, клиническим и бактериологическим показателям. Количественные определения на дисбактериоз осуществляли согласно Методическим рекомендациям (М.,1986г.).

Результаты исследований и их обсуждение

Группы наблюдавшихся больных были рандомизированы по диагнозу, возрасту, тяжести клинического течения, проводимому курсу бактериальной терапии. Группа пациенток, где применяли Бацилакт, была представлена следующими нозологическими

формами: острый двухсторонний сальпингоофорит (СОФ) - 4 (25%) человека, подострый двухсторонний СОФ - 6 (37,5%) человек и двухсторонний хронический СОФ в стадии обострения - 6 (37,5%) больных. Сопутствующие заболевания и осложнения основного процесса при обследовании были выявлены у 12 (75%) пациенток: заболевания верхних дыхательных путей (хронические бронхиты, тонзиллиты и т.д.) и ЖКТ (хронический гастрит, неспецифический хронический колит). У 12 (75%) больных регистрировали дисфункцию кишечника (запоры, метеоризм и пр.). У всех 16 женщин отмечали бели: в 4-х случаях слизистые, в 8 - творожистые, в 4-х - гнойные и в 6 случаях был поставлен диагноз кандидозного кольпита.

Проведенные исследования показали, что в группе больных, получавших пробиотик Бацилакт имеет место позитивная клиническая динамика. После проведенного лечения боли прекратились ко 2-му дню у 8 (50%) больных, к 3-му - у 5 (31,2%) и к 4-му - у 3 (18,7%) пациенток. Температура нормализовалась к 3-му дню у 14 (87,5%) больных, к 5-му дню - у 2-х (12,5%). Расстройства функции кишечника, наблюдавшиеся в общей сложности у 12 (75%) женщин, на фоне пробиотикотерапии Бацилактом прекратились на 5-6-й день. Патологическое отделяемое из влагалища отмечали в 14 (87,5%) случаях, гнойные и творожистые выделения к 3-му дню приобретали более светлый цвет, к 5-му - становились светлыми и прозрачными, а к 8-9-му дню бели прекращались.

В группе 2, где применяли внутрь коммерческий бифидумбактерин, клинические формы ВЗГ перераспределились следующим образом: острый двухсторонний СОФ - у 3 (18,7%) женщин, подострый двухсторонний СОФ - у 5 (31,3%) и двухсторонний хронический СОФ в стадии обострения - у 8 (50%) пациенток. В результате проведенного лечения болевой синдром исчез у 9 (56,2%) больных к 3-4-му дню, к которому нормализовалась и температура. Дисфункции кишечника сохранялись у 8 (50%) больных. Исчезновение патологических выделений из влагалища отмечали у 50% женщин к 3-му дню, у 20% - к 5-му и у 30% - к 10-му дню.

В контрольной группе 3 у больных проводили базисную терапию без назначения пробиотиков. Воспалительные заболевания половых органов у пациенток контрольной группы классифицированы как острые СОФ у 5 (31,3%), подострые.СОФ -у 7 (43,7%) и хронические - у 4 (25%) женщин. До начала базисной терапии болевой синдром разной выраженности отмечали у всех больных женщин. Лихорадка (температура выше 37,5°С) и дисфункции ЖКТ наблюдались у 10 (62,5%) пациенток. Выделения из влагалища имелись у всех больных: слизистые в 5, творожистые в 8 и гнойные в 3 случаях. Эффективность проведенного лечения в контрольной группе оказалась менее выраженной, чем в каждой из опытных групп. Так, болевой синдром сохранялся к 4-5-му дню лечения у 11 (68,7%), лихорадка к 5-6-му дню - у 7 (43,7%) больных. Функция кишечника не нормализовалась ни у одной пациентки. Выделения из влагалища продолжали носить патологический характер к 10-му дню лечения у 10 (62,5%) женщин (табл.).

Таким образом, новый бикомпонентный препарат-пробиотик Бацилакт при применении внутрь обеспечивает коррекцию не только дисбиотических нарушений желудочно-кишечного тракта, но и вагинальной микрофлоры. На основании клинических и бактериологических данных целесообразно рекомендовать введение в схему базисной терапии воспалительных заболеваний половых органов женщин пробиотики, содержащие два вида бактерий, взаимодополняющих друг друга по активности и эффективности.

Таблица. Влияние исследуемых пробиотических препаратов на динамику клинических симптомов в группах гинекологических больных

Симптомы	Продолжительность в днях	Группы больных		
		1	2	3
Боли внизу живота	1 2 3	8(50%) 5(31,3%) 3(18,7%)	2(12,5%) 5(31,3%) 9(56,2%)	15(93,7%) 12(75%) 11(68,7%)
Снижение температуры	3 5	14(87,5%) 2(12,5%)	7(43,7%) 9(56,2%)	4(25%) 7(43,7%)
Сухость во рту	3-4	1(6,25%)	4(25%)	9(56,2%)
Нормализация функции ЖКТ	5-6	12(75%)	8(50%)	0(0%)
Прекращение патологических выделений из влагалища	3 5 10	2(12,5%) 14(87,5%) -	8(50%) 3(18,7%) 5(43,7%)	0(0%) 0(0%) 0(0%)

Примечание:
Группа 1 больные, в схему лечения которых был включен бикомпонентный пробиотический препарат Бацилакт;
Группа 2 - больные, в схему лечения которых был включен обычный коммерческий бифидумбактерин;
Группа 3 - контрольная группа, находившаяся на базисной терапии. Число пациентов в каждой группе - 16 человек.

THE NEW BIKOMPONENTNY PROBIOTICAL DRAG «BACILACT» AND PROSPECTS OF CLINICAL APPLICATION IN MEDICAL PRACTICE AT TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES GYNAECOLOGICAL OF THE PROFILE

Bakurinskikh M.A., Zabokritskiy N.A., Krivopalov S.A., Bakurinskikh A.B., Gaysina E.F., Kolomiets O.V.

The article comparative studying of clinical effect of a new probiotic bikomponentny preparation of "Bacilact" with a commercial preparation probiotic bifidumbakteriny is stated at peroralny appointment against basic therapy of gynecologic patients.

Keywords: the probiotic, basic therapy of gynecologic patients.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Барташевич Г.М., проф. Смоленская О.Г., Курындина А.А.
ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России

Артериальная гипертензия (АГ) имеет место у 90% пациентов с подагрой [1]. Лечение этой категории больных имеет много проблем в связи со сложностью патогенеза болезни, заинтересованностью почек при подагре и прямого воздействия кристаллов мочевой кислоты (МК) на сосудистую стенку с развитием системного артериолосклероза [2]. Кроме этого больным подагрой приходится принимать большое количество ЛС, кроме гипотензивных (уникостатики, НПВП, статины и пр.), что не всегда хорошо сказывается на работе печени и почек. В связи с этим, возможность уменьшения медикаментозной нагрузки при лечении АГ имеет важное значение для больных подагрой [3,4].

Цель исследования - выяснить приоритеты в назначении антигипертензивных препаратов у пациентов с подагрой.

Материалы и методы

Обследованы 44 пациента (мужчины) в возрасте от 28 до 53 лет с подагрой интермиттирующего течения и АГ 1-2 ст., II стадии, риск 3. Средний возраст 47,69 ± 5,49 лет.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, определение уровня АД и исследование уровня МК сыворотки крови. После двухнедельной отмены предшествующей антигипертензивной терапии пациентов методом конвертов разделили на 2 группы: