

из сапропеля. /А.Е. Бушин, Е.А. Чирятев, О.А. Русакова, П.Я. Шаповалов //Успехи современного естествознания. — 2008. — 2. — С. 80.

2. Кортусов В.Л. Эфффекторы свертывания крови природного происхождения. //Авто-реф. канд. биол. наук. — Тюмень, 2007. — 30 с.

3. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. // М.: Мед. 1988. — 528 с.

РАЗНОВИДНОСТИ ПРОВОДНЫХ ГОЛОСОВЫХ ШУМОВ

В.Г. Субботина,

А.И. Кодочигова, Е.С. Оленко,

Н.Ю. Папшицкая,

О.А. Пономарёва,

М.М. Курако

*ГОУ ВПО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава»,
кафедра пропедевтики внутренних
болезней. г. Саратов, Россия*

Проводные шумы, в отличие от других дыхательных шумов, образуются не в легких, а в гортани и могут в условиях патологии проводиться лучше, что дает ценную информацию для диагностики. К методам оценки патологических проводных шумов относится бронхофония — проведение голоса с гортани по воздушному столбу бронхов на поверхность грудной клетки, оценивается с помощью аускультации. В физиологических условиях голос, проводимый на поверхность кожи грудной клетки, выслушивается очень слабо и одинаково с обеих сторон в симметричных точках. Вы-

деляют усиленную бронхофонию — пекторилоквия (по-латыни: голос на поверхности грудной клетки), разновидностями которой является шёпотная (ясные и хорошо различимые слова, выслушиваемые над грудной клеткой при шепоте) и голосовая.

Усиление проведения появляется при наличии уплотнения легочной ткани, которая лучше проводит звуковые волны, и полостей в легком, резонирующих и усиливающих звуки. К патологическим проводным голосовым шумам относится эгофония, означающая бляющий звук, выслушиваемый через грудную стенку при произнесении больших слов. Эгофония ничего общего не имеет с фрейдистским понятием «эго» и происходит от греческого слова aix – коза. Впервые этот феномен описал Лаэннек и дал ему это название.

Вариантом эгофонии является изменение Е-на-А, которое впервые описал Шибли (Shibley), работающий в Китае врачом в 1920-е гг. Он проводил аускультацию грудной клетки, прося больных одновременно произносить «раз, два, три». Поскольку больные были китайцами, они произносили это как «i, er, san». Однако, в той провинции Китая, где довелось работать Шибли, китайское слово «i» произносилось как «Е». Вскоре Шибли заметил, что при пневмонии или плевральном выпоте над некоторым участком грудной клетки звук «Е» внезапно изменялся, и всегда выслушивался как «А». Более того, в звук «А» при появлении уплотнения в легком или плеврального выпота превращались все гласные звуки (А, Е, И, О, У). Он описал это наблюдение в Chinese Medical Journal (1922), и в настоящее время этот феномен называют изменением Е-на-А.

Физические свойства голосовых шумов различны в зависимости от того, передаются ли они через наполненные воздухом или уплотнённые (не содержащие воздуха) лёгкие. Поэтому голосовые шумы можно использовать для клинической диагностики уплотнения лёгочной ткани, применяя не только всем известную бронхофонию, но и её разновидности (шёпотную и голосовую), эгофонию, тест изменения Е-на-А.

**ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ НА ПРОБЛЕМУ
АТЕРОГЕНЕЗА
В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ
А.Д. Сусликова, Г.С. Маль**

*Комитет здравоохранения города
Курска, Курский государственный
медицинский университет,
г. Курск, Россия*

По данным ВОЗ, одну треть всех причин смертности взрослого населения (15 миллионов смертей во всем мире) составляют сердечно-сосудистые заболевания.

Повышенные уровни атерогенных липидов и липопротеидов (ХС ЛНП (холестерин липопротеидов низкой плотности, ТГ (триглицериды)) и низкий уровень ХС ЛВП (холестерин липопротеидов высокой плотности) в плазме крови являются одними из важнейших факторов риска развития атеросклероза и связанных с ним осложнений.

Фармакоэкономический подход к оценке целесообразности применения медицинских технологий предполагает взаимосвязанную оценку последствий (результатов)

и стоимости медицинских вмешательств. Наиболее принципиальным в данном определении является именно взаимосвязанная оценка, т.е. речь идет не просто о сравнении затрат, а об оценке соотношения между затратами и полученными результатами.

Целью настоящего исследования явилось изучение сравнительной фармакоэкономической эффективности розувастатина и симвастатина у больных ИБС с гиперлипидемией (ГЛП). Методами исследования явились: аналитический, медико-социологический, фармакоэкономический, статистический. Было проанализировано 350 амбулаторных карт пациентов в возрасте 60-80 лет, страдающих ИБС с ГЛП.

В ходе проведенного исследования было установлено, что лидирующие позиции были у розувастатина. Использование Розувастатина оказалось наиболее фармакоэкономически целесообразным, когда в качестве критериев эффективности проводимой терапии выбирались снижение уровня ХС-ЛПНП и ТГ, а также повышение уровня ХС-ЛПВП.

Исходя из реальной средней стоимости упаковки соответствующей лекарственной формы, рассчитывалась стоимость лечения (произведение стоимости одной таблетки препарата и количества дней проводимой терапии). По стоимости 3-месячной терапии препараты расположились следующим образом: Розувастатин (10 мг №28) — 1062 руб., симвастатин (10 мг №30) — 265 руб.

При оценке влияния статинов на ХС отмечено увеличение стоимости лечения, рассчитанной по «стоимости таблеток» в сравнении с реальной клинической практикой