

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор

Федерального Государственного Учреждения

«Институт хирургии им. А.В. Вишневского»

академик РАМН

В.Д.Федоров

ОТЧЕТ

о клинико-лабораторном открытом, сравнительном, рандомизированном исследовании в параллельных группах по оценке эффективности, безопасности и переносимости препарата «Офломелид» ОАО «Синтез» (Россия) у пациентов с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей.

Москва – 2008г.

ОТЧЕТ

о клинико-лабораторном открытом, сравнительном, рандомизированном исследовании в параллельных группах по оценке эффективности, безопасности и переносимости препарата «ОФЛОМЕЛИД» ОАО «Синтез» (Россия) у пациентов с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей.

Москва – 2008

РЕФЕРАТ

Наименование фармакологического средства –

ОФЛОМЕЛИД

Разработчик: ОАО «Синтез» (Россия)

Лекарственная форма – алюминиевые тубы по 30г - мазь для наружного применения.

Показания к применению:

– больные с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей;

Количество больных – 30 (основная группа), 10 больных (группа сравнения)

Клинический эффект:

– основная группа - 90%

– группа сравнения - 70%

Бактериологический эффект:

– основная группа - 83,3%

– группа сравнения - 70%

Побочные эффекты:

– не выявлены.

Заключение.

«ОФЛОМЕЛИД» ОАО «Синтез» (Россия) мазь для наружного применения рекомендуется для лечения больных с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей.

ОТЧЕТ

о клинико-лабораторном открытом, сравнительном, рандомизированном исследовании в параллельных группах по оценке эффективности, безопасности и переносимости препарата «ОФЛОМЕЛИД» ОАО «Синтез» (Россия) у больных с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей.

Проблема раневой инфекции в последние годы стала чрезвычайно актуальной. Резко возросло число инфекционных осложнений со стороны операционных ран, в особенности число тяжелых септических осложнений и септического шока, вызванного грамотрицательной флорой.

В общей структуре хирургической заболеваемости раневая инфекция занимает одно из ведущих мест. Среди всех хирургических больных раневая инфекция встречается у 35-45%.

Инфекция является причиной не только различных острых гнойно-воспалительных заболеваний, но и многочисленных послеоперационных осложнений - от нагноения послеоперационной раны до развития хирургического сепсиса с высоким процентом летального исхода. Число послеоперационных гнойно-септических инфекций в 1998г увеличилось до 39% (А.П.Сельцовский с соавт. 1999г). Гнойные осложнения после аппендэктомий развиваются в 13,9%-40,4% -58,7%, после холецистэктомии в 7,8%-8,7%-32%, после грыжесечений 7,8% - 10,9%-28,3% (Бакулин А.А. с соавт..1999, Римжа М.И. с соавт., 1999. Прискарь В.И., 1999). Гнойно-септические осложнения в гинекологических стационарах встречаются в 13,7-46%, у ортопедических больных - в 20,7 - 20,8% (Шкарин В.В. с соавт. 1999). После операций у больных кардиохирургического профиля раневая инфекция, бактериемия развивается в 13,5% и летальность в этой группе достигает 19% (Спирина Т.С. с соавт. 1999).

Изучение видового состава микрофлоры, выделяемой из гнойных ран в последние годы, показывает, что ведущими возбудителями гнойно-воспалительных процессов остаются патогенный стафилококк и синегнойная палочка (43% и 17,9%). Количественные изменения различных

микроорганизмов в пределах 3-5%. Увеличилась частота выявления грибов (9.5%).

Чрезвычайно актуальной проблемой в настоящее время считается стремительный рост резистентности микроорганизмам к современным антибактериальным препаратам, что значительно ограничивает возможности врача успешно не только предупреждать, но и лечить гнойно-воспалительные процессы.

В тоже время, современная концепция общей и местной антимикробной терапии раневой инфекции базируется на учете видового состава микрофлоры различных ран, фазы раневого процесса, распространенности раневого процесса.

35-ти летний опыт работы специализированного отделения гнойной хирургии института хирургии им. А.В.Вишневского показывает, что наряду с хирургической обработкой раны, дополненной дренированием с длительным промыванием антисептиками, часто возникает необходимость операцию закончить тампонированием послеоперационной раны. В этих случаях препаратами выбора для лечения больных различными гнойно-воспалительными процессами кожи и мягких тканей, с гнойными послеоперационными, посттравматическими ранами кожи и мягких тканей считаются мази на ПЭГ основе (левосин, левомеколь, диоксиколь, 5% диоксидиновая мазь, нитацид, стрептонитол, стрептолавен, 10% йодопирионовая мазь, мазь повидон-йод, мирамистиновая мазь и др.). Перечисленные препараты обеспечивают хорошую санацию раны от нежизнеспособных тканей, продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. Широкий антимикробный спектр, активности (включающий как аэробные, так и анаэробные микроорганизмы) приводит в короткие сроки к элиминации микроорганизмов из раны или к снижению количества микробов в ране до уровня, позволяющего выполнять очередной этап хирургического лечения. Все эти положительные воздействия на рану резко сокращают первую фазу раневого процесса и создают благоприятные условия для

быстрейшего закрытия раны. Закрытие раны, в свою очередь дает возможность зажить ране линейным рубцом с хорошим функциональным и косметическим результатом.

К сожалению, в настоящее время наблюдается значительное сокращение объема выпуска этих высокоэффективных препаратов или полное прекращение их выпуска, хотя для страны потребность в таких отечественных препаратах составляет ориентировочно до 2000 тонн.

Единичные зарубежные аналоги (мазь йод-повидон, бетадин) из –за их дороговизны не доступны нашим лечебным учреждениям, да и необходимо учитывать и тот факт, что далеко не всем больным можно назначать лечение йод-содержащими препаратами.

Кроме того, у ряда больных имеется индивидуальная непереносимость препаратов, содержащих левомицетин или сульфаниламидные препараты.

В настоящем исследовании проведено изучение клинической эффективности новой мази «ОФЛОМЕЛИД» ОАО «Синтез» (Россия) у больных с инфекцией кожи и мягких тканей. Препаратом сравнения была мазь Левосин - ОАО «НИЖФАРМ»

I. Материал и методы исследования.

Препарат «ОФЛОМЕЛИД» ОАО «Синтез» для клинического изучения представлен в виде алюминиевых туб, содержащих 30 г белого цвета мази. Основными веществами мази являются – офлоксацин, метилурацил, лидокаин гидрохлорид, вспомогательными - напагин, нипазол, пропиленгликоль, полиэтиленоксид-1500, полиэтиленоксид -400.

Мазь Левосин была представлена в виде алюминиевых туб, содержащих по 30 г мази белого цвета. Основными веществами в этой мази являются левомицетин, сульфадиметоксин, тримекаин, вспомогательными - полиэтиленоксид-1500, полиэтиленоксид -400.

Изучение эффективности сравниваемых препаратов проводили в отделении гнойной хирургии ГУ Института хирургии им. А.В.Вишневского. В основную группу вошли 30 больных (19 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 21 года до 77 лет. Средний возраст в этой группе $52,7 \pm 3,36$.

В группу сравнения вошли 10 больных (9 мужчин и 1 женщина). Средний возраст в этой группе составил $44,30 \pm 3,94$.

Отбор больных для исследования и лечение с использованием сравниваемых препаратов проводились в соответствии с требованиями Протокола. Длительность лечения у большинства больных диктовалась динамикой раневого процесса, сроками купирования клиники острого гнойного процесса. В среднем сроки лечения в каждой группе были в диапазоне 10 – 14 суток (в группе с офломелидом – $13,7 \pm 0,6$ суток и в группе с левосином – $14,2 \pm 1,5$ суток). Более длительный период использования препаратов 19- 27 суток отмечен только у нескольких у больных с особенностями раневого процесса, когда невозможно было во время операции сразу удалить все нежизнеспособные ткани (больные с посттравматическим остеомиелитом, больные с синдромом диабетической стопы). Таким больным выполнялось несколько этапных операций, во время которых проводились дополнительные операции (некрэктомии, секвестрэктомии). Во всех случаях началу лечения исследуемыми препаратами предшествовало клинико-лабораторное обследование больных. Наряду с проведением клинических анализов крови и мочи, изучалось влияние препарата на течение раневого процесса (сроки появления в ране грануляций, активность краевой эпителизации), а также переносимость препаратов.

До начала лечения, а также после отмены препарата (если была возможность) выполнялись бактериологические исследования биоптатов ран на наличие микрофлоры, цитологические исследования раневых отпечатков. В конце лечения проводилась оценка клинической и бактериологической эффективности препарата.

Критерии клинической эффективности:

- излечение (исчезновение всех исходных симптомов заболевания);
- улучшение (частичное исчезновение исходных симптомов заболевания);
- отсутствие эффекта (сохранение всех исходных симптомов заболевания);

Лечение считалось эффективным при излечении или улучшении течения раневого процесса, переход его из первой во вторую фазу.

Критерии бактериологической эффективности:

- элиминация (исчезновение первичного возбудителя после лечения или невозможность получения материала для контрольного исследования в связи с заживлением раны);
- частичная элиминация (исчезновение одного возбудителя из первоначальной ассоциации из нескольких микроорганизмов);
- рецидив (исчезновение первичного возбудителя с последующим его выделением);
- элиминация с суперинфекцией (исчезновение первичного возбудителя и выявление нового микроорганизма);
- персистенция (сохранение первичного возбудителя в процессе и по окончании лечения);

Положительным результатом считались случаи полной или частичной элиминации микроорганизма, а также элиминация с суперинфекцией.

II. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клиническая оценка.

Распределение больных по клиническим группам заболевания представлено в таблице 1.

Таблица 2

Распределение больных по клиническим группам заболевания

Клинические группы	Офломелид	Левосин
	Число больных	Число больных
Хронический посттравматический остеомиелит с гнойными ранами кожи и мягких тканей	14	6
Синдром диабетической стопы	7	1
Посттравматические гнойные раны кожи и мягких тканей без повреждения костей	1	
Трофические язвы венозной или артериальной этиологии	3	
Послеоперационные гнойные раны кожи и мягких тканей	3	2
Острые гнойные заболевания кожи и мягких тканей	2	
Всего	30	10

У некоторых больных были выявлены сопутствующие заболевания (таб.2). Ряд больных имели сразу несколько сопутствующих заболеваний, что требовало проведения необходимой терапии.

Сопутствующие заболевания в основной и группе сравнения

Сопутствующие заболевания	Основная группа Мазь Офломелид (№ карт)	Всего	Группа сравнения мазь Левосин (№ карт)	Всего
Сахарный диабет	1,2,5,8,15,18,20,24,28,29	10	36,40	2
Артериальная гипертензия	1,2,5,7,8,10,15,17,20,24,25,26,28,29	14	33,35,40	3
Бронхиальная астма	2	1	40	1
Ишемическая болезнь сердца	7,8,20,23,25,26,28	7	35	1
Стенокардия напряжения	7,23,24,25,28,29	6		
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	9,17	2	33,36	2
Хронич. вен. нед	9,13,17,22,26	5		
Хронический пиелонефрит	15,28	2		
Мочекаменная болезнь	16	1	35	1
Язвенная болезнь желудка, хронич. гастрит	17,27,28	3		
Хронический бронхит	22,23,25,27	4	33	1
Диффузный пневмосклероз	17	1		

2.2. Бактериологическая оценка.

До начала применения сравниваемых препаратов и по окончании лечения у всех больных проводилось бактериологическое исследование качественного и количественного состава микрофлоры ран. Результаты динамики микрофлоры в сравниваемых группах представлены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика микрофлоры в сравниваемых группах до и после лечения

Клинические группы	№ инд. регистр. карты	Мазь Офломелид		№ инд. регистр. карты	Мазь Левосин	
		До лечения	После лечения (длительность лечения)		До лечения	После лечения (длительность лечения)
Хронический Посттравматический остеомиелит с гнойными ранами	16	<i>P. aeruginosa</i>	<i>P. aeruginosa</i>	31	<i>S. aureus</i>	Роста нет (15 суток)
	14	<i>P. aeruginosa</i>	Роста нет(12 суток)	34	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (12 суток)
	26	<i>Proteus mirabilis</i> + <i>S. aureus</i>	Роста нет(15 суток)	38	<i>S. aureus</i> <i>P. melaninogenicus</i>	Роста нет (11 суток)
	27	<i>Corinobacterium sp.</i> 10 [3]	Роста нет(10 суток)	32	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (14 суток)
	4	<i>S. aureus</i>	Роста нет(10 суток)	33	<i>S. aureus</i>	Роста нет (13 суток)
	12	<i>S. aureus</i>	Роста нет(10 суток)	39	<i>S. aureus</i>	Роста нет (24 суток)
	16	<i>P. aeruginosa</i>	<i>P. aeruginosa</i> (9)			
	25	<i>P. aeruginosa</i>	Роста нет (19)			
	3	<i>P. aeruginosa</i> , <i>Kl. pneumoniae</i>	<i>Kl. pneumoniae</i> (10)			
	19	<i>S. aureus</i> <i>P. aeruginosa</i>	<i>S. epidermidis</i> (11)			
	22	<i>S. aureus</i> <i>Enterococcus sp.</i>	Роста нет (14)			
	11	<i>Streptococcus sp.</i>	Роста нет (14)			
	23	<i>Enterococcus sp.</i>	Роста нет (10)			
	30	<i>S. aureus</i> <i>P. melaninogenica</i>	<i>P. aeruginosa</i>			
7	<i>S. aureus</i>	Роста нет (10)				
Синдром диабетической стоп	5	<i>P. aeruginosa</i>	<i>P. aeruginosa</i> (27)	40	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i> (12 суток)
	1	<i>S. aureus</i> <i>P. aeruginosa</i>	<i>S. aureus</i> <i>P. aeruginosa</i> (13)	36	<i>S. aureus</i> <i>P. aeruginosa</i>)	<i>P. aeruginosa</i> (12 суток)
	29	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (16)			
	2	<i>Corinobacterium sp.</i>	<i>S. epidermidis</i> (12)			
	8	<i>P. aeruginosa</i> + <i>S. aureus</i> + <i>Enterococcus sp.</i>	<i>S. epidermidis</i> (10)			
	28	<i>E.coli</i> + <i>Citrobacter</i>	Роста нет			
	17	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (17)			
Посттравматические гнойные раны кожи и мягких тканей без повреждения костей	6	Роста нет	Роста нет (13)			
	17	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (11)			
Трофические язвы	13	Гр. Положит. палочки	Роста нет (11)			
		<i>Acinetobacter sp.</i>	Роста нет (20)			
	15	<i>S. aureus</i>	Роста нет (24)	35	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (12 суток)
Послеоперационные гнойные раны	21	<i>S. epidermidis</i> + <i>P. melaninogenica</i> + <i>Corinobacterium sp.</i>	Роста нет (12)	37	<i>S. epidermidis</i>	<i>S. epidermidis</i> (11 суток)
	24	<i>S. epidermidis</i>	Роста нет (13)			
	10	<i>S. epidermidis</i> + <i>B. fragilis</i>	Роста нет (15)			
Острые гнойные заболевания кожи и мягких тканей	18	<i>Str. pyogenes</i>	Роста нет (10)			

Как видно из представленной таблицы в основной группе сохранение исходных микроорганизмов после лечение выявлено у 5 больных, что составило 16,7%, а группе сравнения – в 3 случаях (30%).

Выявление различных микроорганизмов, распространенность гнойно-воспалительного процесса у 10 больных (33.3%) основной группы потребовалось проведение системной антибактериальной терапии, в группе сравнения- у 5 больных (50%) (таб.4).

Таблица 4.

Сопутствующая системная и местная антимикробная терапия, проводимая в основной и группе сравнения.

Препараты	До лечения (кол-во больных)	Во время лечения (кол-во больных)	После лечения (кол-во больных)
Группа сравнения			
Ципрофлоксацин	4	3	
Цефтриаксон		1	
Ванкомицин	1	1	1
Фузидин натрия	1		
1% р-р диоксидина	2		
Метронидазол в/в	1		
1% раствор повидон-йода	2		2
Левомеколь	1		
Основная группа			
Ципрофлоксацин	12	4	
Фузидин натрия	1		2
Метронидазол в/в	7	4	
Амоксиклав в/в	2.	1	
Цефепим	3	1	
Цефтазидим	1	2	
Клиндамицин	1		
Импипенем		2	
Ванкомицин	1		
Банеомицин (порошок –мазь)	1		
1% р-р диоксидина			
Левомеколь	8		
Мазь Стрептолавен	1		
Лавасепт 2% (местно)	1		1
5% диоксидиновая мазь	4		
Борная мазь	1		
Мазь «Фузимет»			1
1% раствор повидон-йода	10		16

В случаях выявления – анаэробных микроорганизмов дополнительно назначались метронидазол (4 больных), либо тиенам (2 больных).

2.3. Метод местного лечения.

В каждой клинической группе после выполненного этапа хирургической обработки гнойного очага, тщательного раскрытия карманов, удаления свободно лежащих некротизированных тканей, обработки раневой поверхности 3% раствором перекиси водорода препараты накладывались на раневую поверхность небольшим слоем, сверху раны закрывались несколькими стерильными марлевыми салфетками.

В свищи препарат вводился с помощью марлевых турунд, предварительно пропитанных мазью. В зависимости от обширности и глубины раны на одну перевязку затрачивалось от 30 до 90г.

Согласно требованиям Протокола, в основной группе и группе сравнения перевязки выполнялись ежедневно.

Динамика клинических признаков гнойного процесса в ранах после полного курса лечения сравниваемыми препаратами прослежена у всех больных.

Динамика клинических признаков течения гнойного процесса в ранах до и после лечения представлена в таблице 5.

У всех 30 больных основной группы и 10 больных группы сравнения отмечена хорошая переносимость сравниваемых препаратов. Ни в одном случае не отмечено развитие клиники местной или системной аллергической реакции.

При сравнении влияния препаратов на течение раневого процесса, прежде всего, выявлено, что мазь Офломелид обладает выраженным местным обезболивающим эффектом. Только в двух случаях из 30 (6,6%) сохранился слабый болевой синдром. Один больной был с синдромом диабетической стопы (1) и один - с посттравматическим остеомиелитом, с обширной послеоперационной раной.

Таблица 5

Клинические признаки гнойного процесса в ранах до и после лечения

Симптомы	Офломелид		Левосин	
	До лечения (кол-во больных)	После лечения (кол-во больных)	До лечения (кол-во больных)	После лечения (кол-во больных)
Температура тела выше 39° С	1			
Температура тела -до 39° С				
Температура тела - до 38° С	1		3	
Температура тела - норма	28	30	7	10
Болевой синдром сильный	9		4	
Болевой синдром слабый	20	2	6	6
Болевой синдром отсутствует	1	28		4
Количество раневого отделяемого: обильное	13		9	
Количество раневого отделяемого: умеренное	17	4	1	
Количество раневого отделяемого: отсутствует		26		10
Отек тканей сильный	11		6	
Отек тканей слабый	17	1	3	2
Отек тканей отсутствует	2	29	1	8
Гиперемия тканей сильная	4		4	
Гиперемия тканей слабая	13	1	4	1
Гиперемия тканей отсутствует	13	29	2	9
Грануляции отсутствуют	25	1	10	
Грануляции мелкозернистые (единичные)	5	24		8
Грануляции крупнозернистые(вся рана)		5		2
Эпителий отсутствует	29	1	10	1
Эпителий мало выражен	1	2		2
Отчетливая кайма эпителия (краевая)		27		7

В группе сравнения болевой синдром в различной степени выраженности сохранился в 6 случаях (60%). В 2 случаях потребовалось назначение обезболивающих средств.

Оба препарата показали хорошие дренирующие свойства. Во всех случаях к концу лечения раны были чистыми, без свободного раневого отделяемого. При лечении мазью офломелид у 29 больных к концу лечения исчезали отек тканей, гиперемия тканей. Слабая отечность тканей и гиперемия сохранились только в одном случае – больной с синдромом диабетической стопы, что было обусловлено сохранением в глубине тканей недостаточно дренированной гнойной полости. Практически такой же результат получен и группе сравнения.

К концу лечения (в среднем на 8 -10 сутки) офломелидом у 24 больных на дне ран появлялись мелкозернистые, яркого красного цвета, хорошо кровоточащие грануляции. В 5 случаях полость ран заполнилась полностью такими же грануляциями. Отчетливая кайма краевого эпителия при лечении офломелидом выявлена к концу лечения в 27 случаях (90%), в 3 случаях процесс эпителизации был менее отчетлив.

В группе сравнения к концу лечения процесс эпителизации был замедленным также в 3 случаях, что объяснялось прежде всего тяжестью местного процесса, обширностью раневой поверхности, реинфицированием госпитальными штаммами.

Таким образом, клиническая эффективность в группе больных пролеченных мазью Офломелид составила 90%, в группе сравнения, при лечении ран под повязкой с мазью Левосин -70%.

2.4. Результаты цитологических исследований раневых отпечатков.

Данные динамики качественного и количественного состава микрофлоры ран полностью коррелировали с динамикой показателей цитологического исследования раневых отпечатков (таб.6).

ДАННЫЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАН

ТИП ЦИТОГРАММЫ	СРОКИ ИССЛЕДОВАНИЯ			
	Офломелид (до лечения)	Офломелид (после лечения)	Левосин (до лечения)	Левосин (после лечения)
ДЕГЕНЕРАТИВНО/ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ	7		4	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ	22	1	6	1
ВОСПАЛИТЕЛЬНО/ РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ	1	4		3
РЕГЕНЕРАТОРНО/ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ		2		1
РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ		23		5

Как представлено в таблице, у больных сравниваемых групп в большинстве случаев исходным был либо дегенеративно-воспалительный, либо воспалительный тип цитогаммы. Согласно данным цитологического исследования мазков-отпечатков ран микроскопическая картина цитогамм характеризовалась наличием многочисленных нейтрофилов, покрывающих поле зрения. Иногда встречались в поле зрения единичные макрофаги. К 5 – 7 суткам исследования характерным было снижение количества нейтрофилов. В отдельных макрофагах наблюдались фагоцитированные обломки нейтрофилов. Иногда в поле зрения наряду с макрофагами наблюдались единичные фибробласты, что указывало на начало регенераторного процесса. В среднем к 10 – 12 суткам в цитогаммах отмечалось значительное увеличение фибробластов, появлялись молодые эпидермоциты. Фагоцитоз флоры был завершенным, что указывало на неосложненное течение раневого процесса как в основной, так и в группе сравнения. Признаков аутоиммунной реакции на применение препаратов ни в одном отпечатке не было выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное клиничко-лабораторное исследование эффективности препарата ОФЛОМЕЛИД при лечении различных групп больных с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей показало, что данный препарат

относится к группе препаратов с широким спектром антимикробной активностью, длительным осмотическим действием, высоким обезболивающим эффектом. Препарат не вызывает местное или системное токсическое воздействие. ОФЛОМЕЛИД хорошо переносился всеми больными, ни в одном случае не отмечено каких-либо местных или общих аллергических осложнений. Клиническая эффективность при лечении ран под повязкой с мазью ОФЛОМЕЛИД составила 90%, а в группе с мазью Левосин – 70%. Бактериологическая эффективность в основной группе - 83,3%, в группе сравнения – 70%.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Разрешить медицинское применение мази "ОФЛОМЕЛИД" для лечения инфекции кожи и мягких тканей (первая фаза раневого процесса), сопровождающейся выраженным болевым синдромом. Внедрение указанной мази в клиническую практику расширит ассортимент лекарственных средств для местного лечения гнойных ран различной этиологии.

**ДИРЕКТОР ГУ ИНСТИТУТА
ХИРУРГИИ им. А.В.Вишневого
АКАДЕМИК РАМН, ПРОФЕССОР**



В.Д. ФЕДОРОВ

**ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОЙ
ХИРУРГИИ ГУ ИНСТИТУТА ХИРУРГИИ
им. А.В.Вишневого доктор мед. наук,**



А.О. ЖУКОВ

**РУКОВОДИТЕЛЬ ГРУППЫ
КЛИНИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ
НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ИНСТИТУТЕ
старший научный сотрудник**



Л.А. БЛАТУН

**ВРАЧ ЦИТОЛОГ
Старший научный сотрудник**



В.А. АГАФОНОВ

**ВРАЧ БАКТЕРИОЛОГ
старший научный сотрудник**



Р.П. ТЕРЕХОВА

Институт хирургии им. А.В.Вишневского

Список больных пролеченных препаратами «ОФЛОМЕЛИД», «ЛЕВОСИН»

Ф.И.О. больных	№ истории болезни
1. ОРЕШКИН Д В	991
2. МАРТЫШИНА Т Д	1193
3. ТЕМНОВ А А	1258
4. ШИШКИН А Д	1439
5. ЧЕНСКИЙ И Г	1441
6. ЛОВЦОВА Г П	1466
7. БУЛЕЕВ В.А.	1967
8. АРХИПОВ В Ф	1560
9. БАЛАКИРЕВА В П	1569
10. САФРОНОВ Г И	1598
11. КУЗЬМИН В И	1599
12. ПАНФИЛОВА С С	1611
13. ГОРБАТОВСКАЯ Н Н	1616
14. ШАЛАЕВ С В	1643
15. МАКЕЕВА Н К	1647
16. БОНДАРЬ Л В	1674
17. СПЕСИВЦЕВ В Ф	1688
18. ШИЛОВ С Н	1729
19. СЕМЕНЧУКОВА И В	1908
20. СИРОТИН Б Д	1864
21. АЗАРОВА Н Б	1966
22. АРТЮШИН Н И	1965
23. ЦОРОЕВ Б Ю	1969
24. МОРТИКОВ Е С	1976
25. ЧАШКИН В В	2008
26. ЖИГАНОВА В Е	2042
27. БОБЫРЕВ С Е	2081
28. ГРУЗДЕВА К Н	2176
29. ЮДИН В Д	2157
30. АНДРИЕВСКАЯ	2268
31. ВАРВАНИН А М	2208
32. ПЕТРЫКИН Ю А	2140
33. УСТИНОВ А Н	2647
34. САВЕЛЬЕВ М А	3014
35. ИСАЕВ М Д	2077
36. ИВАНОВ А Л	3092
37. СЕМЕНОВА И В	3018
38. ДЫШКОЛН А В	3016
39. ХОХЛЕНКО А В	2243
40. ГОРЮНОВ С Г	2894

СТАРШИЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК



Л.А.БЛАТУН