



Оңтүстік Қазақстан
медицина академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

Южно-Казахстанской медицинской академии

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

ТОМ V

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4 (84), 2018

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (84), 2018, том III

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован
Министерством информации и
коммуникаций Республики Казакстан
Регистрационное свидетельство
№17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в
Международном центре по регистрации
серийных изданий ISSN(ЮНЕСКО,
г.Париж,Франция), присвоен
международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в
международной базе данных Information
Service, for Physics, Electronics and
Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казакстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19
www.ukgfa.kz, ukgma.kz
E-Mail: medacadem@rambler.ru,
raihan_ukgfa@mail.ru

Тираж 200 экз. Журнал отпечатан в
типографии ОФ «Серпилис»,
г. Шымкент.

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,
асс.профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук,
профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика
Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,
Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск,
Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия,
США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,
Россия)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек,
Кыргызстан)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа,
Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK,
Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск,
Республика Польша)



**Материалы VI международной научной конференции молодых ученых и студентов, инициированной Фондом Первого Президента Казахстана – Елбасы и Южно-Казахстанской медицинской академией,
«Перспективы развития биологии, медицины и фармации»
7-8 декабря 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан**

СЕКЦИЯ «ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВ: ПОИСКИ И РЕШЕНИЯ»

УДК 615.014.21:615.322

А.А. Игольников – студент 5-го курса Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина, angelinacup19@gmail.com

Научный руководитель- **Г.Д.Слипченко** – к.фарм.наук, доц.кафедры заводской технологии лекарств Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина, galinaslipchenko@ukr.net

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КАПСУЛ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА БЕТУЛИНА

Согласно статистике, большое количество человек имеют такие заболевания печени как: вирусные, токсические гепатиты, циррозы, функциональные расстройства печени, сопровождающиеся желтухой, заболевания, возникающие при поражении желчных путей. Биологически активные соединения, содержащиеся в растениях, находят все более широкое применение в профилактике и лечении заболеваний печени. Растительные гепатопротекторы способны стимулировать секрецию желчи, выводить токсины и ускорять процесс восстановления клеток печени. В сравнении с другими типами препаратов с гепатопротекторным действием препараты на основе растительных компонентов действуют более мягко, легче переносятся и обладают минимальным количеством противопоказаний и побочных действий. В связи с этим возникают большие перспективы изучения и применения лекарственного растительного сырья, обладающего гепатопротекторными свойствами. [3]. Опираясь на литературные данные, для создания препарата с целью профилактики и лечения заболеваний печени нашим объектом исследования был выбран водный раствор бетулина (экстракт коры березы).

Целью данной работы является разработка твердых желатиновых капсул на основе данного растительного сырья.

Для решения поставленных в работе задач использовали физические, фармако–технологические методы, методы логического и графического исследования (определение сыпучести, угла естественного откоса, средней массы, прессуемости, гранулометрического состава, распадемости капсул, контроль их качества)[1,4,5].

Необходимо было выбрать оптимальные вспомогательные вещества для получения капсульной массы. Для перевода водного экстракта в порошкообразное состояние использовали силоид марки 244FP. Экспериментально было выбрано содержание силоида в количестве 6% от массы капсулы. Следующим этапом нами проведены исследования по выбору вспомогательных веществ для улучшения сыпучести массы (таблетоза 80, Flowlac 100, целлактоза 80). Наилучшие показатели сыпучести и запресовки капсульной массы были получены с использованием целлактозы 80. Проведены исследования по выбору размера капсул. Учитывая, что плотность массы для капсулирования составляет 0,76 г/мл был выбран размер капсул № 3. Полученные капсулы соответствуют всем требованиям согласно Государственной Фармакопеи Украины [2].

Литература.

1. Вспомогательные вещества в технологии твердых капсул / К. В. Алексеев, Е. В. Блынская, А. С. Сульдин // Фармация – 2009. - №5. – с.31-36.
2. Державна Фармакопея України / Державне підприємство «Науково – експертний центр фармакопейний центр». – 1-е видання – Доповнення 2. – Харків: Державне підприємство «Науково – експертний центр фармакопейний центр», 2008. – 620 с.
3. Державний реєстр ЛЗ України [електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу до інформації : <http://www.drlez.kiev.ua>.
4. Наказ МОЗ України від 19.06.2007 р. № 339 « Про затвердження Переліків допоміжних речовин та барвників, що входять до складу лікарського засобу».
5. Чубка М. Б. Сучасний стан створення, виробництва і контролю якості капсул. Повідомлення 1. Допоміжні речовини при створенні капсул /М. Б. Чубка, Т. А. Грошовий, Л. В. Вронська // Фармацевтичний часопис. – 2010. - № 2 (14). – с.91-96.

УДК 615.326:615.454:615.262

Кравченко И.В., 4 курс факультет медико-фармацевтических технологий, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина kravchenko.irina.ns@gmail.com

Орловецкая Н.Ф., к. фарм. н., доцент, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Данькевич О.С., к. фарм. н., доцент, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, Ninelorlv@gmail.com

НЕФТЬ НАФТАЛАНСКАЯ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В практику официальной медицины, по лечению кожных болезней нафталанская нефть вошла в конце 19 века. В России первое официальное упоминание о лечебных свойствах нафталаны датируется 1896-м годом, когда российский врач Розенбаум Ф.Г. выступил с докладом для Кавказского медицинского общества, заседание которого проходило в Тифлисе. В 1890 году немецкий инженер Э.И. Эгер обратил внимание, что по рассказам очевидцев с давних времен в искусственно созданных водоемах с нафталанской нефтью купались люди. Получив результаты лабораторных анализов, он узнал о лечебных свойствах данного продукта и решил построить небольшое предприятие по выпуску мази. Дело оказалось очень успешным, и нафталанская мазь превосходно продавалась за рубежом. Каждый японский солдат во время русско-японской войны имел банку с нафталаном, способствующим заживлению ран и предохраняющий от обморожения.

Во время советской власти были исследованы свойства нафталанской нефти, ее химический состав, было опубликовано свыше 1000 научных исследований [1, 5].

Нафталанская нефть – густая жидкость черно-бурого или коричневого цвета, имеет специфический нефтяной запах. Сама нефть и изготовленные из неё препараты применяются в виде нафталановых ванн, повязок, орошений, местного смазывания в сочетании с электро- и светолечением [4].

Нафталанская нефть отличается сложным составом. В нее входят циклические насыщенные (нафтеновые) углеводороды (57%), ароматические углеводороды (15%, в том числе производные бензола), азотистые основания (0,3%), нафтеновые кислоты (до 1%), а также пигменты, соединения серы, микроэлементы, активные смолы, минеральные масла.

Нафталанская нефть и её препараты применяются как рассасывающие, дезинфицирующие и болеутоляющие средства, оказывают, сосудорасширяющее, фунгицидное, метаболическое, адаптогенное, гипосенсибилизирующее действие, так же обладает противовоспалительными, противозудными и дезинфицирующими свойствами, нормализует деятельность центральной нервной системы, оказывает положительное влияние на железы внутренней секреции, сердце, процессы кроветворения.

На сегодняшний день нафталан используется при большом количестве разнообразных заболеваний. Биологический спектр применения нафталана в клинической практике имеет следующие случаи.

Чаще всего его назначают при кожных заболеваниях: псориазе, нейродермите, экземе, себорее, фурункулах, сикозе, пиодермии. Помогает он также при крапивнице, розовом лишае, кожном зуде, ранах, пролежнях и тропических язвах, при ожогах I и II степени, вяло заживающих ранах и язвах кожи, пролежнях как эпителизирующее средство.

Эффективны препараты с нефтью для лечения неврологических заболеваний: межреберная невралгия; невралгия тройничного, затылочного и седалищного нервов; плечевой плексит; невриты лицевого, лучевого, локтевого, бедренного и большеберцового нервов, а также пояснично-крестцовый и шейно-плечевой радикулит; при хирургических заболеваниях: тромбозы вен; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; флебиты и хронические эпидермиты.

Назначают препараты, содержащие нефть нафталанскую при заболеваниях суставов и внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата: остеохондроз межпозвонковый; подагра и подагрический полиартрит; деформирующий спондилез.

Эффективен нафталан при лечении пациентов, страдающих инфекционными неспецифическими артритом и полиартритом; ревматическим полиартритом; вибрационной болезнью; профессиональным полиартритом и посттравматическим остеопорозом. Назначается также при таких внесуставных заболеваниях мягких тканей опорно-двигательного аппарата, как: бурситы; миозиты; миалгии; тендовагиниты и миофасциты [4, 5].

При гинекологических заболеваниях, таких как аднекситы; недоразвитие матки; бесплодие; сальпингоофориты, аменорея, а также при урологических заболеваниях – хронический простатит, в стоматологии – при терапии пародонтоза, в оториноларингологии – для лечения проблем с нарушением обоняния, показаны препараты нефти.

Что касается лечения детей при помощи нафталана, то его можно назначать с 5 лет. У детей им лечат: нарушение обмена веществ; аллергические заболевания; диатез; хронические неспецифические воспалительные процессы; заболевания опорно-двигательного аппарата и кожные гнойниковые заболевания [1, 2, 4].

Проведенный анализ готовых лекарственных средств представленный в аптеках Украины, показал, что фармацевтическая промышленность выпускает достаточно ограниченный ассортимент препаратов содержащих нафталанскую нефть: Нафталанская нефть рафинированная, Нафталанная мазь 10-25% концентрациях, Эмульсия нафталана, Линимент «Нафтадерм» 10% [3].

Восполняет недостаточный ассортимент препаратов экстремальная рецептура аптек, в которой нафталанская нефть и нафталан могут использоваться для приготовления линиментов, мазей, паст, суппозиториев, жирных присыпок, компрессов и других лекарственных форм для наружного применения. Подогретая нафталанская нефть назначается в виде общих и местных ванн (нафталанотерапия) [1, 2, 4].

Нами был также проведен анализ экстремальной рецептуры производственных аптек г. Харькова и было установлено, что нафталан или нефть в чистом виде служат основой для мазей и паст с добавлением различных лекарственных веществ: салициловой кислоты (салицилово-нафталановая мазь), цинка оксида (цинко-нафталановая паста), серы (серно-цинко-нафталановая паста), дёгтя березового (цинко-дегтярно-нафталановая паста), ихтиола (ихтиол-цинко-нафталановая паста), борной кислоты (борно-цинко-нафталановая паста), крахмалом, вазелином, ланолином.

Таким образом, в результате исследований фармацевтического рынка препаратов, содержащих нефть нафталанскую, можно сделать заключение, что она недостаточно используется в медицинской практике. Актуальным заданием современной фармацевтической науки является создание новых, изучение и совершенствование существующих лекарственных препаратов с высокоэффективными субстанциями, проверенными многолетним опытом их применения, к которым, собственно, и относится нефть нафталанская.

Литература.

1. Лечебная нефть Нафталана [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://xn--hlafcu3c.net/chudesasveta/2832-lechebnaya-neft-naftalana.html>.
2. Лечение псориаза нафталанской нефтью [Электронный ресурс]. – режим доступа: <https://1psoriasis.ru/psoriaz-lechenie/naftalanskaja-neft>.
3. Препараты, содержащие нафталанскую нефть [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://psoriasis-lechenie.info/препараты-содержащие-нафталанскую-нефть>.
4. Раскрываем секреты, как применяется нафталановая нефть [Электронный ресурс]. – режим доступа: http://www.inmoment.ru/beauty/health/treatment_naftalan.html.
5. Нафталан – забытая «сокровищница тайн» <http://www.1news.az/news/naftalan-zabytaya-sokrovishnica-tayn>.

ОӘК: 615.322:615.451.16

Конаш Н.Е., 4 курс студенті, фармация мамандығы, nyshanbayk@mail.ru
Даулбаева А.Ә., 2 курс магистранты, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы, arai_14@bk.ru
Рахымбаев Н.А., 1 курс-PhD докторант, С. Асфендияров атындағы «Ұлттық медицина университеті» АҚ, nr_farma@mail.ru

САСЫҚ ҚУРАЙ ӨСІМДІГІНІҢ ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНЫЛУЫ

Сасық курай шөбі – Шығыста танымал өсімдік. Оны дәмдеуіш ретінде қолданады. Сонымен қоса, оны ежелден емдік зат ретінде қолданады. Халық медицинасында емдік мақсатта сасық курайдың тамыры және түйнектерін кептірілген және балғын күйінде, арақтағы тұндырмасын және сулы қайнатпаларын қолданған. Қазіргі таңдағы ғылыми медицинада сасық курай қабынуға қарсы және ауруды басатын әсер көрсететіндігі анықталған.

Кілт сөздер: Сасық курай, асафетида, *Ferula asafoetida* L, халық медицинасы, фитотерапия.

Ferula asafoetida L. Орталық Азияда белгілі, кең таралған өсімдік. Феруланьң өте өткір, тұрақты сарымсақ иісі бар. Қазіргі заманғы медицинада бұл өсімдік зерттелу үстінде.

Өсімдіктің химиялық құрамы: Ферула тамырының ауада қатайған сүті шайырдан (9,3-65,1%), эфир майынан (5,8-20%) тұрады. Камедь-шайырының құрамында бассорин болады. Өсімдіктің эфир майы органикалық сульфидтерден тұрады және жағымсыз иісті жемістерінің басым бөлігінде майлар мен ақуыз бар. Өсімдіктің тамырында сесквитерпенді кумаринді – н-гидрооксикумарин фоеетидин бар [1].

Өсімдік Ежелгі Мысырлық папирустарда суреттелген және месопотамия медицинасында қолданылған.

Ежелгі медицинада Феруланьң зәйтүн майымен араластырып қолданғанда көз астындағы қанталауды кетірген. «Шегіргүл (Фиалка) тамыры» майымен шайырды сыртқа қолданғанда, буын ауруларын емдейді. Ферулань ішке қабылдағанда асқазан жұмысын жақсартып, тәбетті жоғарылатады. Балмен араласқан шайыр бастапқы катарактаны емдейді. Анар суымен араласқан асафетида буын мен жүйке ауырсынуларында қолданылады [2].

Ферула шайырын суға араластырып тамақ қырылында созылмалы жөтелде ішеді. Ол спазмолитикалық, тыныштандырғыш және іш жүргізетін қасиеттерге ие.

Үнді халық медицинасында ферула шайырын реттегіш, жел айдағыш, жансыздандырғыш, антисептикалық зат ретінде қолданады [3].

Халық медицинасында камедь-шайыр кейбір жүйке ауруларында, ұстамаға қарсы зат ретінде, құрттарға қарсы, сыртқа – жараны жазушы ретінде қолданады.

Иран халық медицинасында камедь-шайыр тыныштандырғыш, тырысқаққа қарсы зат ретінде қолданылады [4].

Өсімдіктің барлық бөліктері, шайырды қосқанда – антиоксидантты қасиет көрсетеді.

Сасық курай камедь-шайыры – қабынуға қарсы және ауруды басатын әсер көрсетеді. Одан бөлек «асафетиданы» антигистаминді, аллергияға қарсы қасиеттері айқындалған [5].

Қазіргі заманғы зерттеулер феруланың қабынуға қарсы заттарға ие екенін көрсетті. Әсіресе, асафетиди ісікке қарсы әсер көрсетеді. Ферула камедь-шайыры өзінің ферула қышқылы көмегімен сүт безі ісігінде терапевтикалық әсер көрсетеді. Концерогенез процесінде фарнесилтрансфераза фермент үлкен рөл атқарады. Эксперименттік зерттеулер ферула қышқылының бұл ферментті ингибирлеп, жасушаның ісікке айналуын алдын алады. Дәл осындай қасиетке феруланың гальбоникалық қышқыл шайыры ие. Феруланың спирті экстракты жас балалардағы лейкемиямен ауыру кезінде метаболикалық бұзылыстарды реттейді [6].

Ферула экстракты зерттеулер кезінде аллоксаннан Лангерганс аралын қорғау арқылы антидиабетті қасиет көрсеткен. Асафетиданың гипогликемиялық және гиполлипидемиялық әсерлері бар. Ферула камедь-шайыры дипиптидил пептидаза және альфаглицозидаза ферментінің активтілігін ингибирлейді.

Экспериментальды зерттеулер 2-ші типті қант диабетіндегі гипотозбен семірудің алдын алатынын дәлелденді. Және де сулы экстракты қант диабетінде жара жазылуының тездетуіне әсер етеді [7].

Феруланың барлық түрлерінде антибактериалды қасиет байқалады. Сонымен қатар, антигемолитикалық қасиет белгілі.

Камедь-шайыры метронидазолмен тең түсетіней прихомонозға қарсы әсер көрсетеді. Сасық курайдың вирусқа қарсы әсері де байқалады. Түркімен дәрігерлері эхинококктың имунопрофилактикасында феруланы қолдану перспективті деп ойлайды. Ферула камедь-шайыры айқын лейшманиальды әсерге ие [8].

Ферула қышқылы өзінің антиоксиданттық қасиеті арқасында нейрогенеративтік аурулар – Альцгеймер мен Паркинсон ауруларында терапевтік қасиет көрсетеді.

«Асафетиди» эпилепсияға қарсы әсер көрсетеді. Камедь-шайыр спазмолитикалық және гипотензивтік қасиетке ие.

Феруланы ұзақ қолдану (28күн) бауыр мен бүйрек жұмысына токсикалық әсер етпеген. Аз дозалы асафетиди ешқандай кері әсері болмаған, бірақ аса үлкен дозада(100мг/кг) бүйрек пен бауыр жұмысының қиындықтарына алып келуі мүмкін [9].

Қорытынды: Қазақстанда сасық курай дәрілік өсімдігі кең таралғанымен, толығымен зерттелмеген. Сондықтан да, сасық курай дәрілік өсімдігін ары қарай зерттеу актуальды болып табылады.

Әдебиеттер

1. Зубайдова Т.М., Джамшедов Дж.Н., Исупов С.Дж., Загребельный И.А. О фармакологическом изучении разных видов рода *Ferula L.* в медицине XX века - Вестник Таджикского Национального Университета. Серия Естественных Наук 2014, 1-3, 225-229.
2. Зубайдова Т.М., Джамшедов Дж.Н., Ходжиматов М., Назаро в М.Н. Исупов С.Д., Загребельный И.А., Самандаров Н.Ю., Сухробов П.Ш. Применение ферулы вонючей в древне-традиционной и народной медицине - Вестник Таджикского Национального Университета. Серия Естественных Наук 2013, 1-2, 205-213.
3. Холов А.К., Разыкова Г.В., Раупова П., Азонов Д.А. Влияние ферулоидов на антиоксидантную и экскреторную функции печени при токсическом поражении печени СС14 - Здоровоохранение Таджикистана 2011, 3, 75-79.
4. Abd El-Razek M.H. A new ester isolated from *Ferula assa-foetida L.* - Biosci. Biotechnol. Biochem. 2007, Sep., 71(9), 2300-2303.
5. Amalraj A., Gopi S. Biological activities and medicinal properties of *Asafoetida*: A review - J. Tradit. Complement. Med. 2016, Dec 20. 7(3), 347-359.
6. Al-Jenoobi F.I., Al-Thukair A.A., Alam M.A., Abbas F.A., Al-Mohizea A.M., Alkharfy K.M., Al-Suwayeh S.A. Modulation of CYP2D6 and CYP3A4 metabolic activities by *Ferula asafetida* resin - Saudi Pharm. J. 2014, Dec., 22(6), 564-569.
7. Abu-Zaiton A.S. Anti-diabetic activity of *Ferula assafoetida* extract in normal and alloxan-induced diabetic rats - Pak. J. Biol. Sci. 2010, Jan 15, 13(2), 97-100.
8. Chandran S., Sakthivel M., Thirumavalavan M., Thota J.R., Mariappanadar V., Raman P. A facile approach to the isolation of proteins in *Ferula asafoetida* and their enzyme stabilizing, anti-microbial and antioxidant activity - Int. J. Biol. Macromol. 2017, Sep., 102. 1211-1219
9. Bagheri S.M., Dashti-R M.H., Morshedi A. Antinociceptive effect of *Ferula assa-foetida* oleo-gum-resin in mice - Res. Pharm. Sci. 2014, May-Jun., 9(3), 207-212.

УДК: 615.014.2:615.456:615.07:638.167:638.178

Ошурко А.С., магистр факультета фармацевтического менеджмента и технологии
Шпичак О.С., научный руководитель, доктор фармацевтических наук, профессор кафедры аптечной технологии лекарств, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, e-mail: shpychak.oleg@gmail.com

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ТВЕРДОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ОСНОВЕ ПЕРГИ И СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ СУБСТАНЦИИ МЕДА

В настоящее время одной из актуальных проблем здравоохранения является профилактика и лечение заболеваний, связанных с иммунодефицитными состояниями организма, возникающих вследствие различных факторов связанных с загрязнением окружающей среды, наличия нежелательных побочных эффектов при применении лекарственных препаратов, перегрузки организма, наличия стрессов и др. [1]. Следует отметить, что возникновение любого патологического процесса в организме человека практически всегда сопровождается изменением и нарушением функций иммунной системы, что в свою очередь приводит к образованию иммунодефицитов, возникающих под воздействием инфекционных агентов и неблагоприятных факторов физической и химической природы [1, 2].

Учитывая этиологию и патогенез развития иммунодефицитных состояний организма, фармакотерапия требует особого комплексного подхода с использованием как однокомпонентных лекарственных препаратов, так и комбинированных. По результатам проведения маркетинговых исследований, а также согласно данным Государственного реестра лекарственных средств Украины [3] и электронной базы данных информационно-поисковой программы «Морион» [4] было установлено, что на фармацевтическом рынке Украины отечественные и зарубежные препараты представлены примерно в одинаковом количестве, однако в большинстве случаев в состав данной группы лекарственных средств входят субстанции синтетического происхождения по сравнению с растительными, что в свою очередь и определяет потребность в отечественных лекарственных препаратах природного происхождения иммуномодулирующего и антимикробного действия для лечения иммунодефицитных состояний организма.

Из числа лекарственных препаратов, обладающих иммуномодулирующим действием, в последние годы все большее внимание привлекают препараты на основе соединений природного происхождения. Большинство из них имеет ряд преимуществ перед синтетическими средствами, в частности многоплановость их влияния на организм, наличие широкого спектра фармакологической активности, низкая токсичность, активация функций нервной и эндокринной систем, стимуляция процессов регенерации, повышение иммунного ответа при вакцинации, снижение кратности применения химиотерапевтических средств и др. [2]. К таким препаратам относятся лекарственные средства, разработанные на основе стандартизированных субстанций продуктов пчеловодства, которые с успехом применяются при лечении различных заболеваний [5, 6]. Исходя из вышеизложенного, в данном аспекте целесообразным является создание твердых лекарственных препаратов в форме капсул для аптечного изготовления и промышленного производства на основе отечественных субстанций продуктов пчеловодства – меда порошкообразного (ТУ У 10.8-39834691-001:2015) [7] и перги (ДСТУ 7074:2009, ГОСТ 31776-2012), поскольку на эту лекарственную форму приходится всего 2% сегмента рынка.

В соответствии с планом научно-исследовательских работ Национального фармацевтического университета, г. Харьков «Создание стандартизированных биологически активных субстанций и лекарственных препаратов на основе продуктов пчеловодства (номер государственной регистрации 0114U000963) и ПК «Фармация» МЗ и НАМН Украины (руководитель темы – академик Украинской АН, д. фарм. н., профессор Тихонов А.И.), нами был научно обоснован состав и разработана рациональная технология твердой лекарственной формы в желатиновых капсулах на основе вышеупомянутых субстанций продуктов пчеловодства и растительных экстрактов, обладающая иммуномодулирующим, антимикробным и противовоспалительным действием для профилактики и лечения иммунодефицитных состояний организма. По результатам анализа данных современных источников литературы [8] было установлено, что иммуномодулирующая активность перги обусловлена наличием в ее составе около 70 биологически активных веществ различных классов (белки, аминокислоты, фенольные соединения, витамины, микро- и макроэлементы и др.), что, в свою очередь, позволяет рассматривать этот продукт в качестве потенциального источника для создания новых лекарственных препаратов природного происхождения с высоким спектром фармакологической активности, а сочетание перги с субстанцией меда порошкообразного усиливает иммуномодулирующую активность разработанных апипрепаратов [9].

Обоснована общая концепция исследований, отражающая суть и характер проведенной работы с учетом особенностей подхода к разработке состава и технологии лекарственных средств в форме гранул с последующим капсулированием, а также теоретически и экспериментально доказана целесообразность сочетания вышеперечисленных субстанций апипродуктов с растительными экстрактами.

Изучены физические, физико-химические и фармако-технологические свойства действующих веществ и их смесей со вспомогательными веществами, теоретически обоснованы и экспериментально разработаны состав и технология производства лекарственного препарата в форме желатиновых капсул, установлены основные технологические параметры, контролируемые во время проведения технологического процесса, что позволило разработать блок-схемы технологического процесса изготовления капсул в условиях аптечного изготовления и промышленного производства.

Литература

1. Симонова, А.В. Инновационные методы диагностики и лечения вторичных иммунодефицитных состояний / А. В. Симонова, И. С. Лебедева // Лечащий врач. – 2012. – № 4. – С. 16-19.
2. Хайтов Р.М., Пинегин Б.В. Иммуномодуляторы: механизм действия и клиническое применение // Иммунология. – 2003. – № 4, Том 24. – С. 196.
3. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс] / МОЗ України. – К. : PC WORLD UKRAINE, 2018. – Режим доступу : <http://www.driz.kiev.ua>.
4. База данных «Лекарственные средства» ООО «Морион» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.morion.kiev.ua
5. Тихонов А. И. «Посвящаю Вам...»: Библиография / Сост. С. А. Тихонова, А. Б. Юрвева. – Х.: Оригинал, 2010. – 271 с.
6. Шпичак, О. С. Теоретичне та експериментальне обґрунтування складу і розробка технології лікарських апіпрепаратів для застосування у спортивній медицині : автореферат ... д-ра фармацевт. наук: 15.00.01 / О. С. Шпичак. – Х., 2016. – 45 с.
7. Tichonow A. I., Bondarenko L. A., Jarnych T. G., Szpyczak O. S., Kowal W. M., Skrypnik-Tichonow R. I. Miód naturalny w medycynie i farmacji (Pochodzenie, właściwości, zastosowanie, preparaty lecznicze) // Monografia pod redakcją akademika Ukrainiejskiej Akademii Nauk A. I. Tichonowa / Redaktor wydania polskiego: Prof. dr hab. n. farm. Bogdan Kędzia. – Stróże: Wydawca: «Sądecki Bartnik», 2017. – 264 s.
8. Некрашевич, В. Ф. Технология, средства механизации и экономика производства перги: монография / В. Ф. Некрашевич, Р. А. Мамонов, Т. В. Торженова, М. В. Коваленко / Рязань, 2013. – 102 с.
9. Пат. на винахід № 114691 Україна, МПК⁵¹ А61К 35/644 (2015.01), А61Р 37/02 (2006.01). Імуномодулюючий лікувально-профілактичний засіб / Тихонов О. І., Кудрик Б. Т., Шпичак О. С., Торянік Е. Л – № а 201607587; заявл. 11.07.2016; опубл. 10.07.2017. – Бюл. № 13. – 5 с.

УДК: 615.014.2:615.454.1:638.135:665.525.527.5

Подольяка А.А., магистр факультета фармацевтического менеджмента и технологии
Шпичак О.С., научный руководитель, доктор фармацевтических наук, профессор, кафедры аптечной технологии лекарств, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, e-mail: shpychak.oleg@gmail.com

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОСТАВА И РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ КОМБИНИРОВАННОГО ГЕЛЯ АНТИМИКРОБНОГО И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Угревая болезнь принадлежит к группе психосоматических дерматозов заболеваний кожи и представляет собой мультифакторное полиморфное заболевание сальных желез. Термин «угревая болезнь» подчеркивает хроническое, зачастую рецидивирующее протекание дерматоза, сложность его этиопатогенеза и необходимость применения комплексного подхода к его фармакотерапии [1].

В настоящее время уровень заболеваемости угревой болезни (акне) возрастает стремительными темпами. Учитывая локализацию высыпаний на коже лица у большинства пациентов, не вызывает сомнения факт влияния этого заболевания на их психоэмоциональное состояние и социальную адаптацию, что обуславливают актуальность данной проблемы и необходимость проведения комплексного подхода в фармакотерапии акне [1, 2]. В связи с вышеизложенным, актуальным является разработка новых эффективных лекарственных препаратов для профилактики и лечения угревой болезни, а также их внедрение в промышленное производство системы здравоохранения.

На наш взгляд, перспективным сырьевым источником в этом отношении являются продукты природного происхождения, в частности продукты пчеловодства, обладающие широким спектром фармакологического действия [3]. Особая роль в этом отношении принадлежит стандартизированной субстанции продуктов пчеловодства – фенольному гидрофобному препарату прополису (ФГПП) (Praeparatum Propolis phenohydrophobum; Регистрационное свидетельство (РС) № UA/4505/01/01, приказ МЗ Украины № 730 от 19.07.2016 г.), разработанной на кафедре аптечной технологии лекарств Национального фармацевтического университета под руководством академика Украинской АН, д.фарм.н., профессора А.И. Тихонова. На основе данной субстанции разработан ряд лекарственных апипрепаратов, выпускаемых фармацевтической промышленностью Украины и других стран СНГ: «Прополиса настойка» (РС UA/0627/01/01, приказ МЗ Украины № 528 от 29.07.2014 г. – Производитель: ООО «Тернофарм», Украина; РС UA/5422/01/01, приказ МЗ Украины № 836 от 15.08.2016 г. – Производитель: ПАО «Витамины», Украина); капсулы «Апипрост» – комплексный препарат на основе продуктов пчеловодства, содержащий ФГПП и цветочную пыльцу (РС UA/8194/01/01, приказ МЗ Украины № 34 от 18.01.2013 г. – Производитель: ООО «Фармацевтическая компания»

Здоровье, Украина); таблетки «Проалор» (РС UA/7974/01/01, приказ МЗ Украины № 462 от 24.07.2015 г. – Производитель: ООО «Фармацевтическая компания» Здоровье, Украина); суппозитории «Прополис» (РС UA/7793/01/01, приказ МЗ Украины № 105 от 03.03.2015 г. – Производитель: ЗАО «Лекхим-Харьков», Украина) и др. [4].

Субстанция ФГПП оказывает антимикробное, противовоспалительное фармакологическое действие, снижает чувство боли на пораженных участках ткани, способствует росту грануляций, ускорению процессов регенерации и эпителизации раневой поверхности, а также является эффективной в применении как на ранних стадиях лечения патологических процессов, так и при хронических рецидивах развития различных заболеваний [5, 6].

В последнее время в современной практической дерматологии при фармакотерапии угревой болезни весьма часто применяют средства, подавляющие развитие микроорганизмов на коже и в сальных железах, к которым относится кислота азелаиновая. Это вещество существенно влияет на ДНК кератиноцитов, замедляет их рост и деление, способствует уменьшению избыточной кератинизации клеток кожного эпителия, а также оказывает комедонолитическое, противовоспалительное, антиоксидантное действие, нормализует липидный барьер кожи, участвует в обмене веществ организма человека и является незаменимым средством при лечении дерматологических заболеваний кожи лица, в том числе акне и розацеа.

Необходимо также отметить об эффективности применения различных эфирных масел в терапии кожных заболеваний, в частности масла чайного дерева, обладающего антисептическими свойствами и способного подавлять развитие и рост стафилококков и грибковой флоры [7].

В связи с вышеизложенным, нами был теоретически обоснован состав и экспериментально разработана технология комбинированного геля антимикробного и противовоспалительного действия на основе стандартизированной субстанции продуктов пчеловодства – ФГПП, кислоты азелаиновой и масла чайного дерева для лечения угревой болезни, которые при совместном комплексном применении обеспечивают синергизм фармакологического действия и оказывают широкий спектр антимикробной и противовоспалительной активности.

На основании проведенных физико-химических и фармако-технологических исследований, была изучена растворимость действующих веществ в различных растворителях и подобраны их оптимальные концентрации. Ссылаясь на результаты собственных экспериментальных исследований [6], с целью получения стабильной вязко-пластичной системы в качестве гелеобразователя был предложен гелеобразователь – карбомер марки Ultrez 10-NF, а также установлена его рациональная концентрация.

Проведены реологические исследования экспериментальных образцов основ, по результатам которых определено влияние вспомогательных веществ на структурно-механические показатели разработанной композиции и ее потребительские свойства, а также рационально подобраны технологические параметры ее производства. Разработаны блок-схемы технологического процесса изготовления геля в аптечных условиях и условиях промышленного производства, на которых обозначены критические стадии и параметры, непосредственно контролируемые в процессе производства разработанного препарата.

Литература

1. Потекаев, Н.Н. Акне (угревая болезнь): Современный взгляд на проблему / Н.Н. Потекаев, М.В. Горячкина, Т.А. Белоусова // Дерматология. – 2008. – № 1. – С. 12-16.
2. Юцковская, Я. А. Оценка состояния психоэмоциональной сферы у больных акне / Я. А. Юцковская, Е. В. Мельникова, Н. Б. Метляева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 3. – С. 48-49.
3. Tichonov A.I., Jarnych T.G., Czernych W.P., Zupanic I.A., Tichonowa S.A. Teoria i praktyka wytwarzania leczniczych preparatów propolisowych. / Pod redakcją akademika A.I. Tichonowa Redaktor wydania polskiego prof. dr. hab. Bogdan Kedzia // Drukarnia "Marka". – Krakow. – 2005. – 274 с.
4. База данных «Лекарственные средства» ООО «Морион» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.morion.kiev.ua
5. Koval V. M. The study of the specific toxicity of “Apiprost” capsules / V. M. Koval, T. G. Yarnykh, O. I. Tykhonov, O. Yu. Koshova, O. G. Bashura, O. S. Shpychak // Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. – 2018. – Vol. 10. – № 9. – P. 2155-2159.
6. Шпичак, О. С. Теоретичне та експериментальне обґрунтування складу і розробка технології лікарських апіпрепаратів для застосування у спортивній медицині : автореферат ... д-ра фармац. наук: 15.00.01 / О. С. Шпичак. – Х., 2016. – 45 с.
7. Евсеева, С. Б. Фитокомпоненты в составе косметических средств для ухода за жирной кожей и лечения акне / С. Б. Евсеева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 10. – С. 874-878.

УДК 615.262

Сысуев Б.Б., Майорова А.В., факультет повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов" (РУДН) Минобразования России, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, e-mail: bsb500@yandex.ru

ИЗУЧЕНИЕ РЕПАРАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ГЕЛЯ ЭКТОИНА

Эктоин (1,4,5,6-тетрагидро-2-метил-4-пиримидинкарбоновая кислота) рассматривается как средство для наружного применения для использования в медицине и косметологии благодаря выраженному защитному и увлажняющему действию.

Эктоин относится к так называемым осморегуляторам (осмолитам), веществам природного происхождения, способным стабилизировать белки и липиды. Накопление осморегуляторов способствует поддержанию клеточного объема, тургора и необходимой концентрации электролитов у микроорганизмов, растений и животных. Более того, осморегуляторы защищают от неблагоприятных воздействий, таких как изменение концентрации солей, заморозание, нагревание, высушивание, действие кислородных радикалов, радиации, мочевины и других факторов, влияющих на целостность белков, нуклеиновых кислот, биомембран, клеток.

Эктоин, впервые выделенный из фототрофной бактерии *Ectothiorhodospira Halochloris*, является наиболее распространенным осмолитом аэробных хемогетеротрофных зубактерий. По сравнению с другими осморегуляторами, эктоин и гидроксидэктоин наиболее надежно защищают белки.

Влияние эктоина на стабилизацию различных ферментативных процессов было изучено на модели различных белков- ферментов: рибонуклеазы А, лактатдегидрогеназы, фитазы и др. Так, известно, что структура ферментов лактатдегидрогеназы и фосфофруктокиназы сильно восприимчива к замораживанию-оттаиванию, нагреванию и сухой заморозке, что приводит к потере активности. Установлено, что стабилизация эктоином и гидроксидэктоином позволяет сохранить структуру и активность ферментов в условиях воздействия указанных стрессовых факторов.

В настоящее время имеется достаточно большое количество экспериментальных данных, подтверждающих его эффект при наружном применении.

Биологический эффект	Источник
Защита против старения кожи <i>in vivo</i>	Heinrich et al. (2007)
Защита коже от обезвоживания <i>in vivo</i> и <i>in silico</i> моделирование для объяснения этого	Graf et al. (2008)
Защита против старения кожи <i>in vitro</i> , защита митохондриальной ДНК и ингибирование воспалительной реакции опосредованной церамидами	Buenger and Driller (2004)
Индукция белков теплового шока и регулирование провоспалительной реакции в кератиноцитах человека	Buommino et al. (2005)
Фотозащита от видимого света <i>in vitro</i>	Botta et al. (2008)
Увлажняющий агент для кожи лица <i>in vivo</i>	Motitschke et al. (2000)
Защита клеток Лангерганса от УФ-индуцированной дегградации <i>in vivo</i>	Beyer et al. (2000)
Ингибирование образования клеток лучевого ожога <i>in vitro</i> и защиты клеток Лангерганса <i>in vivo</i>	Buenger et al. (2001) и Pfluecker et al. (2005)
Блокирование высвобождения индуцированного лучами УФ-А церамида в кератиноцитах человека	Grether-Beck et al. (2005)
Защита от обезвоживания кожи поверхностно-активными <i>in vivo</i> веществами	Bunger (1999)

Нами были проведены изучение репаративного действия разработанного геля на модели термического ожога (=30, ожог осуществляли путем 15-ти секундного контакта с находящейся в пробирке, нагретой до 99±1° водой). [1] Оценку репаративной активности исследуемых препаратов проводили путем гистологического исследования термически поврежденных тканей (препарат сравнения- контрадукс и актовегин). [2, 3]

В результате эксперимента установлено, что наилучшую гистологическую картину термически поврежденных тканей продемонстрировали животные, получавшие эктоин. Менее значимое, но выраженное репаративное действие наблюдалось в гистологических образцах группы, получавшей актовегин. Наименее значимый репаративный эффект продемонстрировал контрадукс.

В области ожоговой раны визуализируется полное восстановление структурности кожи. При микроскопическом изучении препаратов, в группе наблюдений получавших лечение гелем эктоина, было выявлено практически полное восстановление кожного покрова. Волокнистый остов дермы сформирован полностью. На поверхности среза кожи в области ожоговой раны визуализируется струп, под которым находится тонкий слой новообразованного эпидермиса.

Послойное строение эпидермиса сохранено, хорошо выражено три слоя. В базальном слое клетки высокой призматической формы. Среди базальных эпителиоцитов определяется большое количество лимфоцитов. В шиповатом слое форма клеток полигональная, с хорошо визуализируемыми межклеточными границами. В наружном слое клетки уплощенные с вынутыми ядрами. Роговой слой не выражен, роговых

чешуек нет, что свидетельствует о недостаточной зрелости эпидермиса и полного восстановления его функций, в том числе процесса ороговения.

Таким образом, в результате эксперимента было установлено репаративное действие разработанного геля, что позволяет рекомендовать его для дальнейшего изучения в качестве препарата, оказывающего заявленное действие.

Литература

1. Миронов А.Н. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Часть 1. Москва: Гриф и К. 328 с.
2. Резайкин А.В., Кубанова А. А., Резайкина А.В. Неинвазивные методы исследования кожи // Вестник дерматологии и венерологии. - 2009. - № 6. – С. 28-32
3. Утц С.Р., Каракаева А.В., Галкина Е.М. Методы неинвазивной оценки барьерных свойств кожи (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал. - 2014.- 10 (3). – С. 512–517.

УДК 615.015.42

Рубан Е. А., Алхалаф Малек Валид Ахмад, Гербина Н. А.

Кафедра заводской технологии лекарств, Национальный фармацевтический университет г. Харьков, Украина,
n.a.gerbina@gmail.com

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЗОМАЛЬТОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ТАБЛЕТОК САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

На сегодня таблетки являются наиболее распространенной и удобной лекарственной формой для лечения сахарного диабета. Для изготовления высококачественных таблеток необходимы субстанции, обладающие требуемыми параметрами гигроскопичности, влажности, прессуемости, а также размера, формы и пористости частиц, что влияет на текучесть смеси. Недостатки в свойствах активных фармацевтических ингредиентов (АФИ) являются основными показателями для выбора разных групп вспомогательных веществ, таких как наполнители, связывающие, разрыхлители, лубриканты и т.д. [4].

Многие лекарственные препараты содержат в своём составе углеводы (включая сахар), что может влиять на уровень глюкозы в крови. Поэтому правильный выбор вспомогательных веществ при разработке современных лекарственных препаратов, предназначенных для диабетиков является актуальной проблемой фармации.

На сегодняшний день, одними из современных вспомогательных веществ являются изомальты (торговое название – GalenIQ, BENEО-Palatinit GmbH, Германия), которые представляют собой смесь двух дисахаридных спиртов — глюкозаманнитола и глюкозосорбитола природного происхождения, получаемых из сахарной свеклы.

Согласно многочисленным исследованиям, основное преимущество использования изомальта в диетическом питании больных с избыточной массой тела и сахарным диабетом, связано с низкой энергетической ценностью (2 кал/г) и гликемическим индексом – 2%. Изомальт усваивается в желудочно-кишечном тракте в незначительном количестве, а не усвоившаяся часть метаболизируется кишечными бактериями, что приводит к более длительному состоянию насыщения, снижению аппетита, отсутствию риска переедания. Так же, изомальт не вызывает кариеса зубов, сокращает образование зубного налета и вредных для зубов кислот, благодаря чему, он является безвредным сахарозаменителем для организма человека без вкуса и запаха [2-3].

В фармацевтическом производстве чаще всего изомальт используют в качестве наполнителя при получении таблеток (методом прямого прессования и влажной грануляции), саше, драже. Благодаря своей стабильной химической структуре, негигроскопичному характеру, большой и пористой площади поверхности, низкому содержанию мелких фракций и почти сферической форме частиц, он не реагирует с другими веществами, обеспечивает оптимальную защиту даже для чувствительных к влаге АФИ, предотвращает сегрегацию и обеспечивает однородность и хорошую текучесть смеси. А также гарантирует высокую прочность таблеток при низкой силе прессования [1].

Таким образом, GalenIQ является многофункциональным вспомогательным веществом, которое рационально использовать для разработки твердых лекарственных форм для лечения сахарного диабета.

Литература

1. Май-Бритт Цепок Применение изомальта для таблетирования / Май-Бритт Цепок, Бодо Фитцинг, Михаэль Блэк // Фармацевтические технологии и упаковка – 2017. – №2 – С. 18 – 21
2. Специализированные пищевые продукты с модифицированным углеводным профилем в коррекции метаболических нарушений при сахарном диабете 2 типа / Х. Х. Шарафетдинов, О. А. Плотникова, А. М. Назарова, О. В. Кондратьева // Вопр. питания. – 2017. – Т 86, № 6. – С. 56 – 66.
3. Karina Ivonne Fuentes-González Powder Flowability As A Functionality Parameter Of The Excipient Galeniq 720 / Karina Ivonne Fuentes-González, Leopoldo Villafuerte-Robles // International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences – 2014. – Vol. 6, Issue 9 – P. 66 – 74
4. Sonia Cecilia Barrios-Vazquez, Functionality of GalenIQ 721 as excipient for direct compression Tablets / Sonia Cecilia Barrios-Vazquez, Leopoldo Villafuerte-Robles // Journal of Applied Pharmaceutical Science – 2013. –Vol. 3 (04) – P. 8 – 19

УДК 615.212.3, 615.275.3, 615.324, 615.453.64, 616.72

Зупанец И.В., аспирант каф. Заводской технологии лекарств, НФаУ. Харьков, Украина. ivzupanets@gmail.com
Рубан Е.А., д. фарм. н., проф., зав. кафедры Заводской технологии лекарств, НФаУ. Харьков, Украина.

АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ ТАБЛЕТОК С ПАРАЦЕТАМОЛОМ И ГЛЮКОЗАМИН N-АЦЕТИЛОМ

Интерес медицинского общества к проблеме терапии остеоартроза (ОА) на сегодняшний день актуален благодаря большому распространению и хронически-прогрессирующему течению данного заболевания, которое приводит к снижению качества жизни или даже к потере трудоспособности молодого рабочего населения. По информации ВОЗ, более 40% пожилых людей страдают ОА, примерно 80% пациентов имеют различные виды ограничений движения, а каждый четвертый больной не может выполнять свою повседневную деятельность.

На современном этапе для терапии остеоартроза используются препараты первой линии - хондропротекторы и анальгетики. В качестве хондропротекторов широко используются глюкозамин и хондроитин. С целью купирования болевого синдрома применяют парацетамол и другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Глюкозамин стимулирует синтез хондроцитами протеогликанов и гиалуроновой кислоты, снижает активность металлопротеиназ, подавляет синтез оксида азота. При проведении исследования на крысах, где в течение 1 месяца вводился перорально раствор глюкозамина гидрохлорида 50 мг / кг, было обнаружено значительное уменьшение апоптоза хрящевой ткани коленного сустава, по сравнению с контрольной группой [1]. В длительном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании было обнаружено, что применение глюкозамина вдвое уменьшало частоту эндопротезирования коленного сустава по сравнению с группой контроля [2].

В практике терапии ОА назначение 1500 мг глюкозамина снижает потребность в приеме НПВС до 50% [3].

В большинстве случаев в клинической практике прием хондропротекторов (глюкозамина) вызывает усиление болевых ощущений в первый месяц приема с последующим снижением и исчезновением такового.

Парацетамол оказывает улучшение функций пораженных суставов и анальгетический эффект. Ацетаминофен уступает по анальгетическому эффекту другим НПВС, но имеет гораздо лучшую переносимость по сравнению с ними. Также он в меньшей степени вызывает гастроэнтерологические заболевания и их обострения [4].

Одной из проблем длительного применения парацетамола является его гепатотоксичность. Комбинация ацетаминофена с глюкозамин N-ацетилом приводит к снижению гепатотоксичности парацетамола [5].

Все сказанное выше демонстрирует актуальность создания комбинированной лекарственной формы в виде таблеток с парацетамолом и глюкозамин N-ацетилом для проведения долгосрочной терапии пациентов с диагнозом остеоартроз. Данная комбинация позволит расширить спектр применения активных фармацевтических ингредиентов, улучшить комплайнс пациентов к терапии и повысить безопасность препарата.

Литература

1. Туляков В. О. Розробка протиартрозних препаратів з хондропротекторною, протизапальною і анальгетичною дією на основі аміноцукору глюкозаміну : дис. докт. фарм. наук / Туляков В. О. – Харків, Україна, 2012.
2. Bruyere O., Pavelka K., Rovati L.C. et al. Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomised, placebo-controlled trials // *Osteoarthritis Cartilage*. 2008. Vol. 16. P. 254–260.
3. Rovati L.C., Girolami F., D'Amato M., Giacovelli G. Effects of glucosamine sulfate on the use of rescue non-steroidal anti-inflammatory drugs in knee osteoarthritis: results from the Pharmacology-Epidemiology of GonArthroSis (PEGASus) study // *Semin Arthritis Rheum*. 2016. Vol. 45(4 Suppl). P. 34–41.
4. Towheed T., Maxwell L., Judd M., et al. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2006, 25;(1):CD004257.
5. Comparative Protective Effects of N-Acetylcysteine, N-Acetyl Methionine, and N-Acetyl Glucosamine against Paracetamol and Phenacetin Therapeutic Doses–Induced Hepatotoxicity in Rats [Электронный ресурс] / Tahia H. Saleem, Nagwa Abo El-Maali, Mohammed H. Hassan та ін.]. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1155/2018/7603437>.

UDK 615.322 : 615.453.4 : 637.345 : 546.284-31

Trioskovskaya E., 6th year student, pharmaceutical faculty N.1, NUPh, Kharkov, Ukraine
Supervisor: **Zubchenko T.N.**, Ph.D., associate professor, NUPh, Kharkov, Ukraine, e-mail: zubchenko-tn@i.ua

INFLUENCE OF TECHNOLOGICAL PROPERTIES OF AUXILIARY SUBSTANCES ON THE QUALITY OF CAPSULAR MASSES ON THE BASIS OF PHYTOEXTRACTS

Introduction. In the production of medicines with dry extracts of medicinal plant material a special place is occupied by such dosage form as capsules. The range of encapsulated drugs is diverse. So, among the dosage forms of industrial production abroad medicines in capsules take the 3rd place after tablets and ampullated solutions [2, 3]. Thus, we were faced with the task of choosing the best auxiliary substances and rational technology to achieve the final

result of our research – to obtain a medicine for the treatment of colds in the form of hard gelatin capsules based on extracts of medicinal plant material with quality parameters that meet the requirements of SPU [1].

A strategic approach to the creation of new medicines as vital goods requires a marketing justification in their implementation. Considerable attention and efforts are devoted to the study of the macro- and microenvironment of the target drug market segment, the definition of the social and medical need for a new drug, its competitiveness, innovation, economic efficiency and commercial attractiveness [3].

The last decade is characterized by a steady trend of increasing the volume of drug sales in Ukraine, with the consumption of domestically produced drugs in natural units reaching about 70 %, and in monetary terms it increased up to 40 % [2]. This was also contributed to not only by the crisis in the economy and a significant increase in the cost of foreign-made drugs, but also, in our opinion, public confidence in Ukrainian pharmaceutical products, high quality, efficacy and safety of domestic drugs.

Aim of the research. The study of the influence of auxiliary substances on the quality indicators of solid dosage forms for the treatment of colds.

Materials and methods. A small range of domestic internal dosage forms of expectorant action in the form of hard capsules containing the multicomponent composition of dry extracts became one of the determining factors in creating a drug based on phytoextracts. Capsule medicines have certain advantages over tableted ones: gelatin capsule is a kind of protective membrane against environmental factors for hygroscopic drugs, such as dry extracts of plant origin; it masks from unpleasant taste and smell.

The study of the technological properties of dry extracts on flowability, bulk weight, angle of repose and fractional composition allows concluding that it is necessary to use certain auxiliary substances to simplify the process and obtain the dosage form of the required quality [2-4]. To achieve the set goals, we needed to study the initial technological parameters of dry extracts of althea root and licorice for the development of a solid dosage form based on them. The bulk weight, flowability and moisture content of the substance have the highest effect on the encapsulation process of all the pharmaco-technological parameters. The results of the study of technological indicators of the substance presented in Table 1 show that, in aggregate, the values of all characteristics depend on the flowability, bulk weight of the powder and its moisture content, which in turn will impede the encapsulation process, since a very low flow rate of the substance into the capsule can reduce the dosing accuracy and uniform distribution of active substances.

Therefore, to prevent the occurrence of the above undesirable factors (effects), the introduction of auxiliary substances with good flowability and bulk density is necessary. The inclusion of the stage of mixing dry extracts and auxiliary substances will allow obtaining a more homogeneous mass for encapsulation. Given the hygroscopicity of dry extracts, as well as their dose for the introduction of the capsule, we selected auxiliary substances that will give the mass for encapsulation the desired technological properties, and also determined their technological characteristics (Table 2).

Table 1. Pharmaceutical and technological properties of dry extracts

Extract name	Flowability, g/s	Bulk density, g/cm ³	Angle of natural repose, deg.	Reference values for flowability, g/s
Althea dry extract	1.1 ± 0.02	0.217	38°	8.6 - 12 – excellent; 6.6 – 8.5 – good;
Licorice dry extract	1.25 ± 0.03	0.305	40°	3 – 6.5 – satisfactory; 2 - 3 – permissible; 1 - 2 – bad; 0.3 - 1 – very bad

Table 2. Technological characteristics of auxiliary substances used for the preparation of capsule mass

No.	Name	Flowability, g/s	Bulk density, g/cm ³
1	MKЦ 102 – Avicel	3.8 ± 0.05	0.380
2	Starch 1500	3.6 ± 0.02	0.650
3	Lactose	5.0 ± 1.2	0.712
4	Calcium Stearate	4.8 ± 1.1	0.410
5	Lactopress-260 granulated	7.1 ± 0.4	0.890
6	Aerosil A 300	-	0.136

In our studies, we have accumulated experimental model mass samples for encapsulation using the studied auxiliary substances and the sum of extracts in the ratio (2:1). Analysis of the technological characteristics of the masses for encapsulation with the studied excipients showed that not all the compositions have excellent flowability. Among the studied samples, a relatively high flowability index of 11.3 g/s shows the composition with the use of Aerosil 300 and lactopress 260, which as a result was chosen for the further research.

Conclusion. Auxiliary substances for the industrial production of capsule masses based on phytoextracts were investigated. The results of a comparative analysis of the technological properties of the experimental samples showed that to ensure uniform dosing and satisfactory flowability of capsule masses, the following fillers are the most rational to be used: Aerosil 300, lactopress 260, microcrystalline cellulose MCC 102 - Avicel.

References.

1. Державна Фармакопея України // ДП "Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів". 2-е вид. – Х. : ДП "Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів", 2015. – Т. 1. – 1128 с.
2. Сучасний стан створення, виробництва і контролю якості капсул / М. Б. Чубка, Л. В. Вронська, Н. О. Зарівна та ін. // Фармацевтичний часопис. 2012. – № 2. – С. 165-168.
3. Технологія ліків промислового виробництва : підручник : у 2 ч. / В. І. Чуєшов, С. В. Гладух, І. В. Сайко та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – Х. : НФаУ ; Оригінал, 2012. – Ч. 1. – 694 с.
4. Хаджиева, З. Д. Технологические аспекты использования вспомогательных веществ в производстве лекарственных препаратов / З. Д. Хаджиева, А. В. Кузнецов, Д. В. Бирюкова // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 5. – С. 436–440.

УДК615.21/26

Ковалевская И.В., к. фарм. н., доцент

Научный руководитель: **Рубан Е.А.**, д. фарм. н., профессор, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ФЛАВОНОИДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ КВЕРЦЕТИНА И ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА

Введение. Актуальность проблемы фармакологической коррекции нарушений, возникающих в организме при окислительном стрессе, а также многогранность патогенетических звеньев его развития обуславливает попытку найти высокоэффективные антиоксидантные средства среди препаратов различных фармакологических групп.

Цель исследования. Провести анализ данных литературы касательно применения кверцетина и дигидрокверцетина.

Материалы и методы. Для осуществления поставленной цели были проведены информационно-аналитические исследования посредством контент-анализа официальных источников информации, данных литературы, патентной базы относительно применения кверцетина и дигидрокверцетина.

Результаты и обсуждение. Среди антиоксидантов, т.е. веществ, способных тормозить свободнорадикальные процессы, большой интерес представляют флавоноидные соединения. Проблема установления механизма антиоксидантного действия флавоноидных соединений чрезвычайно сложна. Флавоноиды способны, как непосредственно захватывать свободные радикалы, так и участвовать в восстановлении других антиоксидантов. Непосредственное антиоксидантное действие флавоноидов реализуется за счет наличия в их структуре слабых фенольных гидроксильных групп легко отдающих свой атом водорода при взаимодействии со свободными радикалами. Сами они превращаются в малоактивные феноксильные радикалы [1]. Образующиеся при этом радикалы активно вступают в реакции диспропорционирования с другими радикалами. Некоторые флавоноиды могут действовать как хелаторы ионов металлов переменной валентности и, тем самым, ингибировать процессы перекисного окисления липидов на стадии разветвления цепей, когда ионы металлов индуцируют разложение органических перекисей [2].

Одновременно выраженные антигипоксические и антиоксидантные свойства обусловили широкий спектр фармакологической активности флавоноидов, связанной с коррекцией энергозависимых процессов: флавоноидные соединения проявляют противовоспалительное, гепатопротекторное, антимикробное, антивирусное, капилляропротекторное, радиозащитное, антиканцерогенное, иммунотропное действие [3].

В последнее время большой интерес вызывают природные флавоноиды кверцетин (КВ) и дигидрокверцетин (ДГК). Кверцетин обладает выраженным антиоксидантным, противовоспалительным и антиаллергическим действием, снижает проницаемость капилляров. В последние годы доказана эффективность кверцетина при лечении бронхиальной астмы, в том числе аспириновой астме [4]. Результаты анализа данных литературы свидетельствуют, что кверцетин обладает кардиопротекторными свойствами. Большой интерес с практической точки зрения вызывает другой природный флавоноид дигидрокверцетин (ДГК), аналог кверцетина, гидрированный по гетероциклу. ДГК обладает широким спектром биологической активности [5]. Данные литературы касательно фармакологического скрининга свидетельствуют о наличии у ДГК гемореологических, антиоксидантных, капилляропротекторных свойств в сочетании с противовоспалительным, гастро- и гепатопротекторным, гиполипидемическим и диуретическим действием. Данные об исследовании свойств ДГК в сравнении с кверцетином свидетельствуют, что по капилляроукрепляющему действию ДГК в 3,4 (100 мг/кг) и 4,9 (300 мг/кг) раза превосходит КВ. В то же время на модели без генерирования пероксильного и гидроксильного радикалов в присутствии Si^{2+} было обнаружено, что дигидрокверцетин проявляет скорее прооксидантные, чем антиоксидантные свойства [6].

Выводы. Таким образом, в ходе проведенной работы было установлено, что разница в биологических эффектах кверцетина и дигидрокверцетина может оказаться важной в перспективе их терапевтического использования. Оба вещества являются нетоксичными антиоксидантами, способными защитить органы и ткани при патогенных процессах, связанных с гиперпродукцией свободных радикалов. Представленные факты и

рассуждения следует учитывать при разработке подходов к использованию данных флавоноидов в клинической практике.

Литература

1. Оксидантный стресс и применение антиоксидантов в неврологии / А. И. Федин / Нервные болезни. 2002. - № 1. - С. 15 – 18.
2. Комплексное исследование динамики состояния сердечнососудистой системы при использовании препаратов дигидрокверцетина у больных с гипертонией / Белозерова И.Н. Дергачева Л.И. Скедина М.А. // Вестник восстановительной медицины. – 2008.-№ 6.-С.32-35.
3. Вильчинская Т. Кверцетин и его роль как антиоксиданта, цитостатика и онкопротектора / Вильчинская Т.//Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2014. – № 1–2 (70–71) – С. 55 – 58.
4. Перспективы применения препаратов кверцетина для профилактики и лечения атеросклероза / В. С. Роговский, А. И. Матюшин, Н. Л. Шимановский// Международный медицинский журнал//. – 2011. – №3. – С. 114 – 117.
5. Лапшина Л. А Оксидативный стресс при острой сердечной недостаточности и роль антиоксиданта кверцетина в его коррекции/ Л. А. Лапшина, В. И. Золотайкина // Международный медицинский журнал//. – 2009. – №3. – С. 45 – 51.
6. Флавоноид кверцетин – мощное оружие против комплекса болезней цивилизации Природная медицина. – 2013. - №1 (13). – С. 6 – 9.

UDC 615.45

Zubenko N.V., 2nd year PhD student, Department of Pharmacy, JSC «National Medical University», Almaty, Republic of Kazakhstan, zubenkonatalie@gmail.com;

Kazhimanova M.K., 4th year student, Department of Pharmacy, specialty «Technology of pharmaceutical productions», JSC «National Medical University», Almaty, Republic of Kazakhstan, makpal_737@mail.ru

Scientific adviser: **Ustenova G.O.**, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor, Head of the Department of Technology of Medicine and Engineering Disciplines, Department of Pharmacy, JSC «National Medical University», Almaty, Republic of Kazakhstan, ustenova@list.ru

ADVANTAGES OF USING POLYMER SYSTEMS FOR THE DELIVERY OF ANTIMICROBIAL AGENTS FOR TREATMENT AND PREVENTION OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS

To prevent healthcare-associated infections (HAI) is one of the global problems under the present conditions of development of a health care system and mankind as a whole [1]. According to the position of the World Health Organization (WHO), no one type of health facility in any country can claim to be free from the risk of HAI [2].

The frequency of HAI varies from 0.1 to 290 per 1000 patients, depending on the type of departments, the initial severity of the patient's condition, the level of aggression of the applied medical technologies and the degree of implementation of effective epidemiological measures. Patients experiencing a HAI had a significantly increased mortality risk (4-15-fold) and an increased length of hospital stay (threefold). According to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), every 17th case of an HAI is fatal, and the economic damage is about \$ 30 million [3]

One of the reasons for the development of HAI is the growing number of antibiotic-resistant bacteria on the background of the irrational use of antibiotics. The causative agents of HAI are multi-drug resistant bacteria, which cause difficulties in the selection of treatment regimens in patients, threaten the development of incurable complications [4-5].

Bacteria develop resistance to antibacterial drugs through a variety of mechanisms⁴ that require a fresh approach to develop new bactericidals. The search for new antimicrobial agents or modifications in already existing ones to improve their antimicrobial activity becomes indispensable [6].

Increase the effectiveness of antibiotic therapy and reduce unwanted side effects is possible by creating nanoscale medicinal forms of antibacterial drugs. Nanoscale carriers of medicinal substances, and in particular nanoparticles, possess such unique physico-chemical properties as small sizes that allow them to deliver antibiotics to target cells, a high specific surface area, the possibility of surface functionalization for directional transport to target cells and / or organs [7]. In addition, controlled drug delivery technology offer numerous advantages compared to conventional dosage forms including improved efficacy, reduced toxicity, and improved patient compliance and convenience. Such systems often use synthetic polymers as carriers for the drugs [8].

Controlled release dosage forms provide continuous release of antibiotics at a predetermined rate and for a predetermined time. The majority of these formulations are designed for oral administration; however recently such devices have also been introduced for parenteral administration, ocular insertion and for transdermal application [8].

In this connection, controlled drug delivery system based on biodegradable polymers and antimicrobial drugs from the group of carbapenems are of particular interest. Since today, carbapenems are the most effective drugs for the treatment of HAI. The action of this group of antibiotics is characterized by a wide spectrum of activity.

References

1. Akimkin V.G. Topical areas of researches in the nonspecific prevention of health care-associated infections / Akimkin V.G., Tutelyan A.V., Brusina E.B. // Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items. – 2014. – № 2. – P. 40-44.

2. WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection Worldwide. A systematic review of the literature. World Health Organization, 2011. 40 p. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf
3. Brusina E.B. Risk management of infections connected with providing medical aid (risk management) / Brusina E.B., Barbarash O.L. // Medical Almanac. – 2015. – Vol. 5 (40). – P. 22-25.
4. Voroshilova T.M. Clinical and laboratory assessment of the effect of bisphosphonates and antiseptics on the resistance of gram-negative bacteria to carbapenems. *Candidate's thesis*. St. Petersburg, 2017, 144 p. (in Russian)
5. WHO. European strategic action plan on antibiotic resistance. World Health Organization, 2011. 10 p. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/147734/wd14E_AntibioticResistance_111380.pdf
6. Singh R. Role of nanotechnology in combating multi-drug resistant bacteria / Singh R., Smitha M.S., Singh S.P. // J. Nanosci. Nanotechnol. – 2014. – Vol. 14 (7). – P. 4745-4756.
7. Pacenko M.B. Perspectives of the application of nanotechnologies in treatment of bacterial infections (literature review) / Pacenko M.B., Balabanyan V.Y., Gelperina S.E. // Journal of new medical technologies. – 2018. – № 1. – P. 131-140.
8. Gavasane A.J. Synthetic Biodegradable Polymers Used in Controlled Drug Delivery System: An Overview / Gavasane A.J., Pawar H.A. // Clinical Pharmacology & Biopharmaceutics. – 2014. – Vol. 3 (2). – P.1-7.

ОӘК: 615.322:582.982

А. Ө. Даулбаева – 2 курс магистранты, arai_14@bk.ru

Р.М. Анарбаева – фарм.ғ.к., проф. м.а., rm.rabiga@mail.ru

М.А. Өмірәлі – фарм.ғ.к., nur_farm@inbox.ru

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы

Н.А. Рахымбаев – PhD докторант – 1 курс, С. Асфендияров атындағы «Ұлттық медицина университеті» АҚ, nr_farma@mail.ru

САСЫҚ ҚУРАЙ СҰЙЫҚ ЭКСТРАКТЫСЫН АЛУДА ШИКІЗАТТЫҢ ҰНТАҚТАЛУ ДӘРЕЖЕСІ МЕН ЭКСТРАГЕНТ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ

Түйін

Соңғы жылдарда Ферула тұқымдас өсімдіктерге зерттеуші мамандар көп көңіл бөлуде, өйткені *Ferula asafoetida* L. биологиялық белсенді заттардың көзі болып табылады. Мақалада *Ferula asafoetida* L. өсімдік шикізаты тамырынан сұйық экстракт алуда экстрактивті заттардың шығымына әсер ететін факторлар зерттелген. Сұйық экстракт алу үшін, ұнтақталу дәрежесі 2-4, 4-6, 6-8 мм өсімдік тамырлары, 40, 70, 90%-ды этил спирті және реперколяция тәсілі қолданылды.

Кілт сөздер: *Ferula asafoetida* L., ұнтақталу дәрежесі, реперколяция, сұйық экстракт.

Кіріспе. Галенді препараттарды дайындауда шикізатты ұнтақтау, алдын-ала сулау және экстракциялау өсімдік текті дәрілік түрлерді алудың негізгі кезеңі болып табылады [1].

Экстракциялау сатысы – фитопрепараттар технологиясын оптимизациялау мақсатында өсімдік шикізатынан алынатын заттардың шығымына әр түрлі факторлардың әсерін зерттеуде одан әрі қызығушылық тудыратын күрделі үрдіс. Экстракциялауға өсімдік шикізатының ұнтақталу дәрежесі мен оларды ұнтақтау сипаты, экстракциялау уақыты, өсімдік материалының морфологиялық құрылымы, экстрагенттің табиғаты мен шикізат және экстрагенттің арақатынасы факторлары әсер етеді [2].

Жұмыстың мақсаты: Сасық қурай (*Ferula asafoetida* L.) тамырынан сұйық экстракт алуда экстрактивті заттардың шығымына әсер ететін факторларды зерттеу.

Материалдар және әдістер. Кептірілген және ұнтақталған затты экстракциялау қиын физика-химиялық үрдіс. Экстракциялаудың тиімділігі көптеген факторларға байланысты, сондықтан экстракциялау кезінде бірнеше факторлар ескеріледі. Біздің зерттеуімізде қарастырылған факторлар: экстрагент түрі және шикізаттың ұнтақталу дәрежесі. Экстрактивті және биологиялық белсенді заттардың максималды шығымына қол жеткізу үшін оңтайлы экстрагент таңдау керек. Шикізатты экстракциялаудың тиімді параметрлерін таңдау экстрактивті заттардың шығымы бойынша бақыланды (ҚР МФ әдісі бойынша).

Сасық қурай (*Ferula asafoetida* L.) өсімдік шикізаты тамырынан сұйық экстракт алу үшін реперколяция әдісі таңдалды. Сұйық экстракт алу үшін бұл әдісті таңдауымызға мына жағдай себеп: бұл әдіс кіші сериялары сұйық экстрактылар өндірісінде кеңінен қолданылады, өсімдік шикізатын мүмкіндігінше толығымен сығындылауға және жоғарғы концентрациялы сұйық экстракт алуға мүмкіндік береді [3].

Экстракциялау реперколяция әдісімен, соның ішінде Босин тәсілімен бөлме температурасында жүргізілді.

Экстрагентті іздеу көбінесе әсер етуші заттардың химиялық құрамы мен фармакологиялық белсенділігіне тәуелді. Яғни, экстрагент биологиялық белсенді заттарды экстракциялауды қажет ететін іріктеушілік қасиетке ие болуы керек. Концентрациясына байланысты этил спирті әр түрлі іріктеушілік қабілетке ие [4]. Экстрагент ретінде этил спиртінің әртүрлі концентрациялары алынды (40, 70, 90%). Тиімді экстрагентті таңдауды зерттеу нәтижесі 1- кестеде берілген.

Кесте 1 – Экстрактивті заттардың шығымына экстрагенттің әсері

Экстрагент, Этил спирті	Экстрактивті заттардың шығымы, %
90 %	21,20 ± 1,10
70 %	17,60 ± 1,00
40 %	15,80 ± 0,80

Кестеден көріп тұрғанымыздай, экстрактивті заттардың көп мөлшері 90 % этил спиртімен сығымдалды. Сасық құрай тамырынан экстрактивті заттардың максималды шығуын ескеріп, тиімді экстрагент ретінде 90 % этил спирті таңдалды.

Экстракциялау процесіне әсер ететін тағы да бір маңызды фактор дәрілік өсімдік шикізатының ұнтақталу дәрежесі мен ұнтақталу сипаты саналады. Ұнтақтау дәрілік өсімдік шикізатының сапасына өте зор ықпалын тигізеді. Өсімдік шикізатының ұнтақталған бөлшектерінің өлшемі фазалардың жанасу бетін анықтайды. Ол қаншалықты үлкен болса, диффузия соншалықты тез жүреді [5]. Шикізатты тиімді ұнтақтауды таңдау үшін, ұнтақталу дәрежесі 2-4, 4-6, 6-8 мм өсімдік шикізаты тамырынан экстрактивті заттардың шығымын зерттедік. Нәтижесі 2-кестеде берілген.

Кесте 2 – Экстрактивті заттардың шығымына шикізаттың ұнтақталу дәрежесінің әсері

Ұнтақталу дәрежесі, мм	Экстрактивті заттардың шығымы, %
2 – 4	21,50 ± 1,00
4 – 6	20,10 ± 1,20
6 – 8	19,00 ± 1,10

Кестеде берілгендей, экстрактивтік заттардың максималды шығымы болатын ұнтақталу дәрежесі – 2- 4 мм болды.

Жүргізілген зерттеулердің нәтижелеріне сәйкес экстрагент ретінде 90 % этил спирті таңдалды және 1:1 қатынаста сұйық экстракт алынды.

Нәтиже. Ұнтақталу дәрежесінің тиімді мөлшері 2-4 мм, ал этил спирттің тиімді концентрациясы 90% екендігі анықталды.

Қорытынды. Сасық құрай дәрілік өсімдік шикізатынан сұйық экстракт алуда экстрактивті заттардың максималды шығымына қол жеткізу үшін әсер ететін факторлар, атап айтқанда, шикізаттың ұнтақталу дәрежесі мен экстрагенттің концентрациясының әсері зерттелді.

Әдебиеттер

1. Гужва, Н. Н. Технология жидкого экстракта астрагала серпоплодного [Текст] / Н. Н. Гужва. - Фармация. - 2008. - № 6. - С. 40-42.
2. Минина, С. А. Химия и технология фитопрепаратов [Текст] / С. А. Минина, И. Е. Каухова. - М: Гэотар-мед, 2004. - 560 с.
3. Способ экстрагирования лекарственного растительного сырья [Текст] / М. В. Швырев, А. Ю. Прошин, Е. В. Иванов [и др.] // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической промышленности : сб. науч. тр. - Вып. 60. - Пятигорск, 2005. - С. 164-166.
4. Верещагина, В. В. Выбор оптимального растворителя для экстракции активных веществ коры березы [Текст] / В. В. Верещагина, Л. В. Погребняк, Е. В. Юшко // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции : сб. науч. тр. - Вып. 61. - Пятигорск, 2006. - С. 77-78.
5. Хазиев, Р. Ш. Влияние технологических факторов на изготовление настоев из цветков ромашки Текст. / Р. Ш. Хазиев, Ю. В. Бусыгина, Р. А. Юсупов // Фармация. 2005. - № 5. - С.26-28.

Резюме

А. Ө. Даулбаева – магистрант 2 года, arai_14@bk.ru

Р.М. Анарбаева – к.фарм.н. и.о. проф., rm.rabiga@mail.ru

М.А. Өмірәлі – к.фарм.н., nur_farm@inbox.ru

Южно-Казахстанская Медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан.

Н.А. Рахымбаев – PhD докторант– 1 курс, АО «Национальный Медицинский Университет» им. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан, nr_farma@mail.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАГЕНТА И СТЕПЕНИ ИЗМЕЛЬЧЕНИЯ СЫРЬЯ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА ИЗ ФЕРУЛЫ ВОНЮЧЕЙ

В последние годы исследователи дает больше значений к семейству Ферула, потому что *Ferula asafoedita* L. является источником биологический активных веществ. В статье изучен факторы влияющие на выход экстрактивных веществ жидкого экстракта из корней растение *Ferula asafoedita*. Для получения жидкого экстракта использовали корни растение размером измельчения 2-4, 4-6, 6-8 мм и этиловый спирт в концентрациях 40, 70, 90% и метод реперколяции

Ключевые слова: ferula asafoetida l., степень измельченности, реперколяция, жидкий экстракт.

ABSTRACT

A.O. Daulbayeva – the masters degree of the 2nd year, arai_14@bk.ru

R.M. Anarbayeva – PhD, ass. professor, rm.rabiga@mail.ru

M.A. Omirali – PhD, nur_farm@inbox.ru

South-Kazakhstan medical academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan.

N.A. Rakhymbayev – PhD doctoral candidate - 1 course, JSC "National Medical University" them. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan. nr_farma@mail.ru

STUDY OF THE EFFECT OF THE EXTRACTANT AND THE DEGREE OF GRINDING OF RAW MATERIALS IN THE PRODUCTION OF THE LIQUID EXTRACT OF FERULA ASAFOETIDA

In recent years, researchers have given more values to the Ferula family, because Ferula asafoetida is a source of biologically active substances. The article studies the factors affecting the yield of extractives of liquid extract from the roots of the plant Ferula asafoetida. To obtain the liquid extract, the roots of the plant were used in the size of grinding 2-4, 4-6, 6-8 mm and ethyl alcohol in concentrations of 40, 70,90% and the method of repercolation

Key words: Ferula assafeotida l., degree of crushing, repercolation, liquid extract.

УДК 615.235

Акромов А., магистр 2 курса направления, Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Узбекистан

Рахимова Г.Р., старший преподаватель, Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Узбекистан,
e.mail: rakhimova.gulnara@bk.ru,

ТЕХНОЛОГИЯ ТАБЛЕТОК АНТИАНЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

Введение. Железодефицитные состояния – широко распространенная патология среди населения всего Земного шара. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека [1]. Наиболее высок риск развития ДЖ, у детей (особенно первых двух лет жизни) и женщин репродуктивного возраста. Недостаток железа может стать причиной многих проблем: от усталости и выпадения волос до анемии. Миллионы людей испытывают дефицит этого микроэлемента и даже не подозревают об этом. По причине недостатка железа развивается около 70% всех анемий.

Цель исследования. Разработка оптимального состава и технологии таблеток для лечения железодефицитной анемии.

Методы исследования. Все вспомогательные и биологически активные вещества используемые при разработке технологии таблеток антианемического действия отвечали требованиям Брит.Ф., Европ.Ф., Ф.США. Для создания лекарственной формы в виде таблеток, в первую очередь, необходимо было разработать смесь для таблетирования, обладающую соответствующими необходимыми технологическими характеристиками. Технологические характеристики порошков определяют возможности использования конкретных видов прессования и необходимость введения в таблетлируемую смесь ингредиентов, ответственных как за характеристики смеси, обеспечивающие стабильность процесса таблетирования (текучесть, равномерность заполнения матрицы, адгезия к прессующему инструменту и т.п.), так и за качество получаемых таблеток (распадаемость, растворимость, твердость и т.п.). Поэтому, в первую очередь, при разработке таблеток изучены технологические характеристики субстанции, в том числе фракционный состав, объемные характеристики, сыпучесть, прессуемость, остаточная влажность, пористость. Данные характеристики определили вид прессования, необходимость введения дополнительных ингредиентов, обеспечивающих возможность процесса таблетирования, и соответствие качества полученных таблеток требованиям Государственной Фармакопеи (ГФ) [2]. Для правильного выбора технологии таблеток были изучены физико-химические и технологические свойства смесей субстанции железо сульфата, фолиевой кислоты. Технологические показатели субстанции: фракционный состав, насыпной объем, сыпучесть, прессуемость устанавливали по методикам, приведенным в литературе [3] на приборах фирмы Erweka (Германия). Были получены 8 таблеточных смесей, различающиеся природой и количеством вспомогательных веществ. Для получения модельных составов таблеток антианемического действия в лабораторных условиях отвечивали необходимое количество железо сульфата, фолиевой кислоты и вспомогательных веществ по соответствующим прописям. Таблеточные смеси увлажняли раствором связывающего вещества, требуемая для грануляции пластичность массы устанавливалась экспериментально, при этом количество связывающих растворов ВМВ составляло 10–12 % от общей массы смеси. Поскольку, связывающее вещество растворено в легко летучем 96% этиловом спирте, увлажненную прессуемую массу высушивали в сушильном шкафу при температуре не выше 25°C до остаточной влажности 1,7-1,8%, затем протирали через сито из нержавеющей стали с диаметром отверстий 1,0 мм. Опудривали гранулы магния стеаратом предварительно измельченным и отсеянным через капроновое сито с диаметром отверстий 100 мкм.

Затем гранулят прессовали ручном гидравлическом прессе на пресс-инструменте диаметром 12 мм, двояковогнутой формы при давлении прессования 120 МПа, фиксируя при этом давление выталкивания по манометру и проводя перерасчет в МПа. В промышленных условиях таблеточную массу готовили следующим образом: вспомогательные вещества и субстанции железа сульфата, фолиевой кислоты загружали в высокоскоростной смеситель-гранулятор, добавляли раствор связывающего вещества, и смешивали в течение 15 минут. Требуемая для грануляции пластичность массы устанавливалась экспериментально. Увлажненную массу сушили в полочной сушилке раскладывая слоем 1-1,3 см, при температуре 25°C в течение 60 минут, до оптимальной остаточной влажности 1,7-1,8%. Сухую грануляцию проводили гранулированием через сито с диаметром отверстий 1,5 мм. Опудривание проводили на опудривателе магния стеаратом, при скорости вращения корпуса 13 оборотов в минуту. Смесь перемешивали в течение 30 минут. Двояковыпуклые таблетки диаметром 10 мм в условиях производства получали на роторной таблеточной машине ZPY-23D (Китай). Для оценки прессуемости навеску порошка массой 0,5 г прессовали на ручном гидравлическом прессе в модельную таблетку диаметром 11 мм при давлении 120 МПа (40 атм). Раздавливающую нагрузку определяли на пружинном динамометре. Прессуемость порошка выражали в ньютонах. Технологические свойства прессуемых масс определяли по данным приведенными в литературе. [1, 3].

Основные результаты: из полученных данных эксперимента видно, что большое влияние на качество таблеток оказывает внешнее трение при выталкивании таблеток из матричного канала. Чем больше трение таблетки о матрицу, тем более неоднородно распределяются в ней остаточные напряжения, плотность а также прочность, что приводит к расслаиванию таблеток во время их выталкивания из матрицы. Для получения качественных таблеток давление выталкивания должна быть не более 10% от давления прессования [1, 3]. При использовании состава №2 давление выталкивания не поднималась выше 2,5МПа, т.е. составляла всего 2% по сравнению с другими составами. Анализ технологических характеристик таблеточных смесей модельных составов и качества полученных таблеток показал, что все составы имеют хорошую сыпучесть, насыпную массу, удовлетворяют требованиям по распадаемости и механической прочности на истирание. Наилучшим соотношением сыпучести, насыпной плотности, давлении выталкивания из матрицы, механической прочности, прочности на истирание, распадаемости обладает смесь модельного состава № 2. Состав №2 соответствует всем физико-механическим требованиям по ГФ 12 предъявляемым к таблеткам, и имеет сравнительно небольшие типоразмеры таблеток по сравнению к остальным составам, а это не затрудняет проглатывание таблеток больными. В качестве связывающих веществ в составе №2, использовались 20%ный раствор ПВП и 3%ный раствор желатина. В составе №2, ПВП использовали в нескольких целях, как связывающее (улучшает механическую прочность таблеток), дезинтегрирующее, а также скользящие (наряду с магния стеаратом) вещество.

Выводы. Разработан состав и технология таблетированной лекарственной формы таблеток антианемического действия с использованием влажной грануляции.

Литература

1. Гаврилов А.С. Фармацевтическая технология. Изготовление лекарственных препаратов. – М.: Гоотар-Медиа, 2010. – 624с.
2. Государственная фармакопея СССР, XI издание, вып.2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье/МЗ СССР.-М.:Медицина, 1990.-400 с.
3. Махкамов С.М. Основы таблеточного производства. –Ташкент.:Изд-во «Фан».2004.-150 с.

УДК 615.451.3:613.41

Григорусь М.А., 4 курс, фармацевтический факультет, г. Киев, Украина, Marinagrigrorus@gmail.com
Глушенко А.Н., к.фарм.н., доцент, г.Киев, Украина, Chelentechnos@gmail.com

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ И СОСТАВА ШАМПУНЯ ДЛЯ ЖИРНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ВОЛОС С БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Введение. Из широкого ассортимента косметических средств значительный интерес представляет группа средств для ухода за волосами - шампуни. Средство в форме жидкости, геля или крема для ухода за волосами, предназначенный для очистки волос, кожи головы и ухода за ними и содержит в своем составе синтетические или природные поверхностно - активные и биологически активные вещества (согласно ДСТУ 4315; 2004 «Средства косметические для очистки кожи и волос »).

Эти средства должны соответствовать органолептическим и физико-химическим показателям, быть безопасными, не иметь токсического, раздражающего, сенсibiliзирующего воздействия на здоровье человека.

Шампуни делятся на три группы: для нормальных, сухих и жирных (комбинированных) типов волос. По данным анкетирования опрошенных респондентов было выявлено, что проблема жирных волос достаточно распространена. Установлено, что 16% респондентов имеют сухой тип волос, 40% - нормальный тип волос, 44% - жирный тип волос.

Шампуни, содержащие в своем составе натуральные компоненты природного происхождения пользуются спросом имея положительное воздействие на волосы и кожу головы человека [1].

В состав большинства шампуней входят сульфаты (лауретсульфат натрия, лаурилсульфат натрия и др.) за счет чего они очень хорошо пенятся и промывают волосы. Сульфатные шампуни ослабляют защитный липидный слой волос и кожи головы. Накопление сульфатов и парабенов может со временем спровоцировать развитие серьезных заболеваний. В связи с этим возникает необходимость разработки рецептур, которые не содержат в своем составе сульфатов[2].

Цель исследования: Разработка состава шампуня для жирных и комбинированных волос с биологически активными веществами (БАВ).

Методы исследования: Сравнительные, статистические, технологические и методы информационного поиска. Также был проведен метод анкетного опроса потребителей и провизоров сетей аптек «Витамин», «Аптека оптовых цен», «Социальная Аптека №1», «Аптека низких цен» «Аптека Космо», «Виталюкс» г.Киева. Объектами исследования были шампуни для жирных и комбинированных волос.

Результаты исследования: По результатам проведенного анкетирования потребителей сетей аптек «Витамин», «Аптека оптовых цен», «Социальная Аптека №1», «Аптека низких цен» «Аптека Космо», «Виталюкс» выявлено, что 70% респондентов предпочитают шампуни с натуральными компонентами, а 30% - с низкой стоимостью [3].

Исследуя состав безсульфатных шампуней, нами было установлено, что производители вводят в состав «мягкие» поверхностно-активные вещества (ПАВ), к которым относят амфоацетаты (Sodium cocoamphoacetate), гликозиды (Decyl glucoside), изетионаты (Sodium cocoyl isethionate, Sodium lauroyl methyl isethionate). Преимущества этой группы состоит в том, что даже при высоких концентрациях они не вызывают раздражений кожи головы. Безсульфатные шампуни имеют и недостатки, а именно большой расход через жидкую текстуру и образуют мало пены, то есть неэкономичные[6].

Исследования и анализ показали, что из всего комплекса факторов, формирующих качество, с точки зрения потребителя, одним из важнейших является разработка компонентного состава продукции. Большинство пользователей (57%) предпочитают натуральные, экологически чистые косметические средства.

Основными детергентами при разработке «классических» пеномоющих средств являются поверхностно-активные вещества анионной природы. ПАВ выполняют функцию удаления грязи с волос и кожи головы, а также секреты сальных желез. Самым распространенным является натрий лауретсульфат [4,5].

Сальные железы выделяют жирное вещество, которое смазывает кожу и волос и этим придает им упругость, предохраняет от влаги, высушивания, механических и других вредных воздействий.

Однако поверхностно-активные вещества не полностью смываются с поверхности волос, что приводит к сухости и зуду кожи головы, вызывает увеличение работы сальных желез [6].

В ходе исследования было разработано несколько рецептур с использованием различных биологических, поверхностно-активных веществ и вспомогательных веществ. Для оптимального сочетания биологически активных и поверхностно-активных веществ было экспериментально доказано соотношение 75:15. Во время приготовления шампуней использовались такие составляющие как: SLES, кокамид DEA, натрий хлорид, полисорбат 80, лецитин, гидролат розмарина, эфирного масла шалфея, экстракт мыльнянки, слизь семян льна, масло конопля, глицерин, нипагин, бетаина, вода.

Заключение: В ходе исследования подобрано оптимальное соотношение состава компонентов шампуня и на основании полученных результатов разработана экспериментальная рецептура шампуня с БАВ. Перспективой дальнейших исследований в этом направлении станет разработка улучшенной рецептуры, изготовление косметико-гигиенических моющих средств и их последующая оценка качества и возможность введения разработанных составов в производство.

Литература

1. Beliaeva A.O., Analysis of assortment of shampoos for greasy hair on pharmaceutical market of Ukraine/ Beliaeva A.O., Grigorius M.O., Khomenko R.M.// Topical issues of new drugs development: Abstracts of XXV International Scientific And Practical Conference Of Young Scientists And Student. – Kharkiv: NUPh, 2018. – P.355-356
2. Липницкий П. А., Изучение способов загущения безсульфатных систем ПАВ// «Секция технологии органических веществ». – 215с.
3. Григорусь М.О., Дослідження складу та перспективи розробки шампуню для жирного волосся з сировини природного походження/ Григорусь М.О.// Фармацевтична наука та практика: проблеми, досягнення, перспективи розвитку, 2018.- с. 73-75.
4. Артамонова В. А. Шампуни: химия и биология в одном флаконе / В.А. Артамонова // Химия и жизнь – XXI век. – 2001. – № 4. – С. 36-41.
5. Горлов И. Подходы к разработке пеномоющих средств / И. Горлов // SÖFW journal (русская версия). - 2000. - № 1. – С. 44-52.
6. Безпала Ю. О./ Доцільність та перспективність створення безсульфатних шампунів/ Безпала Ю.О., Баранова І.І., Мартинюк Т.В.// «Сучасні досягнення фармацевтичної технології та біотехнології» - 83-85с.

УДК 618.15 – 008.8: 615.372: 615.454.2

Говорова А.В., 5 курс, фармацевтический факультет, aleksandragovorova0@gmail.com
Крикливая И.А., кандидат наук, доцент кафедры ЗТЛ, irinakrikliwa@ukr.net
Национальный фармацевтический университет
Кафедра заводской технологии лекарств (г. Харьков, Украина)

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ ВАГИНАЛЬНЫХ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Бактериальный вагиноз - это неинфекционный синдром полимикробной этиологии, обусловленный дисбиозом вагинального биотипа, при котором резко увеличивается количество облигатной и факультативно-анаэробной условно патогенной микрофлоры на фоне выраженного уменьшения или полного отсутствия перекиси продуцирующих лактобацилл. Данное заболевание сопровождается шестью следующими признаками: обильные, неприятно пахнущие, напоминающие рыбный запах, белые или сероватые, гомогенные выделения из влагалища, усиливающиеся после половых контактов, рН влагалищного отделяемого - 3,8 [2]. Вагиноз наблюдается у 19–25% беременных. Среди пациенток с заболеваниями шейки матки изменение видового состава влагалищной микрофлоры диагностируется в 56% наблюдений, а при воспалительных заболеваниях органов малого таза – в 46%. Сочетание дисбиоза влагалища с дисбактериозом кишечника встречается в 71% случаев [1]. На сегодняшний день для лечения БВ используется двухэтапный метод, основным принципом которого является создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды и восстановление микробиоценоза. На первом этапе необходимо использовать кислоты (молочную, аскорбиновую), кислотный гель, антибиотики, антисептики в виде монотерапии и комбинированных препаратов. Второй этап лечения включает стимуляцию нормальной лактофлоры влагалища путем применения биотерапевтических препаратов (БТП), как ацилакт, лактобактерин, бифидумбактерин, бифидин. Данная схема лечения БВ позволяет достичь стойкого клинического выздоровления у 92,6 % больных [2]. Как правило, для пациентки подбирается наиболее удобная форма терапии – местная.

Поэтому, целью нашей работы является разработка состава и технологии суппозиториев с лактобактериями и бифидобактериями, терапевтический эффект которых связан со снижением рН вагинальной среды в процессе жизнедеятельности этих микроорганизмов, а также с антагонистической активностью по отношению к условно-патогенным микроорганизмам. Препараты лакто- и бифидобактерий обладают высокой антагонистической активностью в отношении патогенных и условно-патогенных микробов, включая стафилококки, энтеропатогенные кишечные палочки, протей, шигеллы. Так же в состав планируется введение аскорбиновой кислоты, которая снижает рН влагалища, поддерживает клеточную регенерацию и образование коллагена, стимулируя синтез белкового РНК. Кроме того, аскорбиновая кислота стимулирует клеточный иммунитет, активизируя хемотаксис и фагоцитоз нейтрофилов и макрофагов (фагоцитов), потенцирует промежуточный клеточный иммунитет.

Исходя из вышеперечисленных фактов, вагинальные пробиотики, содержащие в составе лакто-, бифидобактерии и аскорбиновую кислоту являются перспективными АФИ для создания вагинальных препаратов для лечения вагиноза.

Литература

1. Анкирская А. С., Муравьева В. В. Опыт микробиологической диагностики оппортунистических инфекций влагалища // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2001. - Т. 3, № 2. - С. 190–192. Бондаренко К. Р.
2. Вагинальная микрофлора может меняться со временем // Интернет-документ URL:<http://www.medoo.ru/HTML> (дата обращения: 07.06.2012). Гаджимурадова Д. Г.

УДК 339.13.021:615.243.4

Денисюк В. С., студентка 4 курса фармацевтического факультета, НФаУ, г. Харьков, Украина, e-mail: valeriyadenisuk@gmail.com
Маслий Ю. С., научный руководитель, к.фарм.н., доцент кафедры ЗТЛ НФаУ, г. Харьков, Украина, e-mail: julia.masliy@gmail.com
Куценко С. А., д.фарм.н., профессор кафедры ЗТЛ НФаУ, г. Харьков, Украина
Национальный фармацевтический университет, кафедра заводской технологии лекарств

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ АНТАЦИДНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) остается одной из самых актуальных проблем гастроэнтерологии. Данное заболевание является ведущей причиной снижения качества жизни, трудоспособности и развития ряда осложнений, таких как: стриктура пищевода, кровотечение, язва пищевода, пищевод Барретта [1]. Учитывая то, что на сегодняшний день увеличивается число людей с данным

заболеванием, растёт и спрос на антацидные препараты, которые широко используются для лечения ГЭРБ в составе комплексной терапии [3].

Цель работы – исследование украинского рынка антацидных препаратов и обоснование актуальности создания нового лекарственного средства для лечения ГЭРБ.

Анализ ассортимента антацидных препаратов на украинском фармацевтическом рынке проводили по данным Государственного реестра лекарственных средств Украины, а также интернет ресурсов: tabletki.ua и compendium.com.ua [2, 4, 5].

На фармацевтическом рынке Украины антацидные препараты представлены 11 МНН: Алюминия фосфат, Алюминия гидроксид, Магния гидроксид, Натрия гидрокарбонат, Кальция карбонат, Магния карбонат, Магалдрат, Алгелдрат, Симальдрат, Гидроталцид, Аминоацетат дигидроксидальюминия. Кроме того, известны комбинации данных веществ с: натрия альгинатом, гвайазуленом, бензокаином, симетиконом, диметиконом, порошком корня солодки голой, добавляемых с целью повышения фармакологической активности антацидов. На основе 11 МНН известны 40 торговых наименований, из них отечественного производства – 3 (7,5%), импортного – 37 (92,5%). Украинские производители представлены фармацевтическими компаниями: АО "Киевский витаминный завод" (Киев), ПрАО "Технолог" (Черкассы), АО "Стома" (Харьков). Странами-производителями импортных антацидных препаратов являются: Франция, Индия, Болгария, Германия, Польша, Босния и Герцоговина, Хорватия, Македония, Сербия, Италия, Испания, Словения, Сербия и Черногория, Китай [2, 4, 5].

Антацидные препараты выпускаются в форме суспензий и гелей для перорального применения, мягких капсул, таблеток жевательных, для рассасывания и покрытых оболочкой. Большинство из них содержат в своем составе синтетические АФИ, и лишь в два лекарственных средства включены компоненты растительного происхождения – таблетки покрытые оболочкой "Вентеро-Нова" (Китай) и гель "Релцер" (Индия) [2, 4, 5].

Таким образом, анализ ассортимента антацидных препаратов установил, что фармацевтический рынок Украины является импортозависимым, поэтому разработка нового комбинированного алюминийно-магниевого лекарственного средства с компонентом природного происхождения для лечения ГЭРБ является перспективным и актуальным заданием фармации.

Литература

1. Бабак О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. От теории к практике / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 4. – С. 38–44.
2. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс]. – URL: <http://www.drzl.com.ua/>
3. Иванова О. И. Антациды в современной терапии кислотозависимых заболеваний / О. И. Иванова, О. Н. Минушкин // Медицинский совет. – 2015. – №13. – С. 30-36.
4. Компендиум [Электронный ресурс]. – URL: <https://compendium.com.ua/>
5. Таблетки – поиск лекарств в аптеках [Электронный ресурс]. – URL: <https://tabletki.ua/>

УДК 615.454.1:616.001

Беляева А.О., 4 курс фармацевтический ф-т, Киев, Украина, nastia-06-06@ukr.net

Глущенко А.Н., к.фарм.н., доцент, Киев, Украина, chelentechnos@gmail.com

РАЗРАБОТКА СОСТАВА КРЕМА ПО УХОДУ ЗА ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ

Введение. По данным аналитического отдела ВОЗ, ежегодно хирургическим вмешательствам разного уровня сложности подвергается более 100 миллионов человек, из которых от 4 до 10% имеют склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов [1,2]. Разрастание рубцовой соединительной ткани - неотъемлемая составляющая конечной фазы процесса заживления раны. Нарушение целостности кожных покровов любого генеза приводит к развитию на коже рубцов и шрамов различной степени выраженности у конкретного пациента [3].

Подобные кожные дефекты особенно в видимой локализации рубцовых изменений обуславливают влияние на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию больного. По поводу косметических дефектов к врачу чаще всего обращаются женщины в возрасте 31-40 лет (21,5% от общего числа пациентов), соотношение мужчин и женщин составляет 33% и 67% [4,5]. Методов коррекции рубцов существует много: но все они должны быть индивидуальными, с учетом вида рубца, его локализации и размеров [6]. Именно поэтому обеспечение населения недорогими, качественными и инновационными лекарственными средствами природного происхождения с выраженными противовоспалительными, репаративными свойствами и отсутствием токсического воздействия на организм – актуальная проблема украинской фармацевтической отрасли.

Цель исследования. Разработка эмульсионного крема изготавливаемого в условиях аптеки.

Методы исследования. Были использованы системный анализ, информационный поиск, сравнение и технологические методы. Объектами исследования были лекарственные средства по уходу за патологическими рубцами.

Основные результаты. Процесс заживления раны начинается сразу после повреждения ткани и включает

три основные фазы: воспаление, образование грануляционной ткани, эпителизацию и образование рубца [6]. Рост рубца, красная окраска, зуд, парестезии и гиперкератоз наблюдаются в первые месяцы после заживления раны. Начиная с 5-6 месяца явления воспаления и прогрессирования рубца прекращаются, снижается высота над уровнем окружающих тканей, рубец бледнеет и становится более эластичным [7]. Лечение рубцов базируется на трех основных принципах: устранение факторов, приводящих к чрезмерной активации фибробластов в зоне повреждения, удаление остатков макромолекулярной составляющей соединительной ткани, уменьшение объема патологической ткани [3].

Одними из эффективных подходов на ранних стадиях коррекции рубцов есть консервативные методы и применение наружных лекарственных средств в виде кремов. Крем (ГФУ 2.0) - это многофазное лекарственное средство, содержащее липофильную и водную фазы. Преимущество крема - легкая и нежная структура, не образующая плотной пленки на коже. Основные требования к данной лекарственной форме: эффективная защита грануляционной ткани, профилактика вторичного инфицирования раны и ускорение ее эпителизации. В состав средств для лечения этих дефектов чаще всего входят: ферменты, стимуляторы репарации и обмена веществ, флавоноиды, витамины [8].

По результатам анализа фармацевтического рынка Украины мягких лекарственных средств по уходу за патологическими рубцами было установлено, что зарегистрирован только один препарат «Контрактубекс» относящийся к фармакологической группе D - дерматологические средства, а также используются косметические средства разных групп. Анализ ассортимента средств для лечения и профилактики патологических рубцов в зависимости от вида лекарственной формы показал, что на рынке Украины препараты представлены пятью формами выпуска. Наибольшая доля приходится на гели (37,5%), второе место занимают мази, кремы и пасты для фонофореза (16,7%), наименьшее количество представлено силиконовыми пластинами (12,5%).

Следующим этапом исследования стал анализ средств по действующим веществам. Среди составляющих компонентов рецептуры исследуемых средств наибольшую долю занимают такие вещества, как полисилоксан – 27,6%, аллантаин, экстракт лука, комплекс колагенизованных протеаз – 13,8%, гепарин – 10,3%, и мочевины, пантенол, папаин - 6,9% [1,8,9].

В ходе исследования было разработано несколько рецептов с использованием различных действующих и вспомогательных веществ. С целью выявления качественных образцов изготовлены эмульсионные кремы с содержанием водной и липофильной фазы в соотношении 60:40. При выборе действующих и вспомогательных веществ руководствовались литературными данными о фармакологических свойствах и использовании в медицинской практике, как репаративных так и противовоспалительных средств, отсутствие токсического и побочных действий. Во время приготовления кремов использовались: экстракт лука, раствор бишофита (1:10), настойка софоры, гидролат клевера, эмульгатор Montanov, полисорбат-80, спермацет, ланолин безводный, масло какао, масло Ши (карите), масло сосны, виноградных косточек, подсолнечное, оливковое, зверобоя. Все кремы проверялись на внешний вид. Критерием отбора служили запах, однородность и стойкость. После изготовления было обнаружено, что одна рецептура имела удовлетворительные показатели. Другие были некачественными из-за физико-химической несовместимости компонентов или неправильного соотношения вспомогательных веществ.

Выводы. Разработан состав эмульсионного крема по уходу за патологическими рубцами на основе природных компонентов изготавливаемый в условиях аптеки.

Литература

1. Biliaeva A.O. Investigation of the conservative method of treatment and prevention of pathological scars / Biliaeva A.O., Khomenko R.M., Hlushchenko O.M. // The third international scientific congress of scientists of Europe and Asia.-2018.-p.152-169.
- 2.Современные подходы фармакологической коррекции патологических рубцов / А.В. Воронков, Э.Ф. Степанова, Ю.Ю. Жидкова, О.Ю. Гамзельва // Фундаментальные исследования.– 2014.–№3.– с.301–308.
- 3.Сучасні аспекти лікування колоїдних рубців / С.А. Левицька, Б.М. Боднар, О.Б. Боднар, К.І. Яковець // Клінічна та експериментальна патологія.–2016.–№1(55).– с.194–197.
- 4.Mehmet Ihsan Okur.The utility of onion extract gel containing topical allantoin and heparin after surgical treatment of upper extremity burn scars/Mehmet Ihsan Okur, Alpagan Mustafa Yildirim, Bilsev Ince//Hand and Microsurgery.–2014.–№3.–p.74–79.
- 5.Durani P, McGrouther DA, Ferguson MWJ. Current scales for assessing human scarring: a review. J Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surg 2009;62:703–20.
- 6.Бардова К.О. Деякі аспекти лікування рубців // Дерматологія та Венерологія.–2015.–№1 (67).– с.55–62.
7. ФистальН.Н. К вопросу о профилактике и лечение рубцов разной этиологии // Хірургія України.-2013.- №3.-с.117-122.
8. Шириева, Д. Б. Перспективы создания гелей для профилактики и лечения рубцов / Д. Б. Шириева, Н. А. Гербина // Фармацевтична наука та практика : проблеми, досягнення, перспективи розвитку : матеріали І наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю, м. Харків, 24-25 берез. 2016 р. – Харків : НФаУ, 2016. – С. 97. – (Серія «Наука»).
- 9.Державний реєстр лікарських засобів України.-[Електронний ресурс].- Режим доступа: <http://www.drlez.kiev.ua/>.

УДК :615.453.6:633.883.2

Пархатқызы Н., магистрант 1-го курса, фармацевтического факультета, E-mail: arabic.n@mail.ru
Научные руководители: профессора **Сакипова З.Б.** и **Саякова Г.М.**
Акционерное общество «Национальный медицинский университет» имени С. Д. Асфендиярова, г.Алматы,
Республика Казахстан

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА РЕВЕНЯ СЕРДЦЕВИДНОГО (*RHEUM CORDATUM LOSINSK*)

Ухудшение режима питания и качество принимаемой пищи приводит к различным патологиям со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), одним из проявлений которых, является запор - нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации (более чем на 48 ч.) по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в систематическом недостаточном опорожнении кишечника [1]. Необходимо заметить, что запор, как симптом, встречается более, чем у 20% населения, причем чаще у женщин, чем у мужчин. Разработка лекарственных средств (ЛС) для профилактики и лечения запоров является актуальной.

Целью работы является выбор оптимального состава и технология получения таблеток на основе экстракта ревеня сердцевидного, обладающего слабительным действием, которое должно обеспечить максимальную эффективность, отсутствие негативных субъективных ощущений после приема, безвредность, что должно достигаться отсутствием в составе синтетических (балластных) веществ и максимально возможным использованием природных вспомогательных веществ.

Определение технологических характеристик субстанции, вспомогательных веществ и таблеточной массы проводилось, согласно действующей нормативной документации. Качество таблеток зависит от свойств таблетуемой массы. Для правильного выбора технологии таблеток на основе экстракта ревеня сердцевидного, были изучены физико-химические и технологические свойства субстанции. Поэтому нами был использован метод сухого гранулирования.

При прессовании лекарственных веществ (ЛВ) резко уменьшается пористость и тем самым затрудняется проникновение жидкости внутрь таблетки. Для улучшения распадаемости или растворения применяют разрыхляющие (набухающие) вещества, обеспечивающие механическое разрушение таблеток в жидкой среде, что необходимо для скорейшего высвобождения действующего вещества. Крахмал картофельный, натрия карбоксиметил целлюлоза - вещества, разрывающие таблетку после набухания при контакте с жидкостью. Частицы большинства ЛВ имеют небольшую силу сцепления между собой, поэтому их таблетирование требует применения высокого давления, которое отчасти является причиной несвоевременного износа пресс-инструмента таблеточных машин (матриц и пуансонов) и получения некачественных таблеток.

Для достижения необходимой силы сцепления при сравнительно небольших давлениях к таблетуемым веществам прибавляют связующие вещества. Их функция заключается в том, что, заполняя межчастичное пространство, они увеличивают контактную поверхность частиц и когезионную способность. Функции связующих веществ могут выполнять различные вещества. В качестве связующих веществ применяют чистые растворители (вода, этанол), поскольку они частично растворяют таблетуемый материал; крахмальный клейстер, производные целлюлозы, кислоту альгиновую и альгинаты. Воду применяют во всех случаях, когда простое увлажнение обеспечивает нормальную грануляцию порошкообразной массы. Исследования показали, что с увеличением концентрации раствора связующих веществ ухудшается распадаемость таблеток и скорость высвобождения лекарственного вещества. Это относится к таким веществам, как крахмальный клейстер, натриевая соль карбоксиметил целлюлозы (Na КМЦ), полиэтиленоксид (ПЭО) и желатин. Что касается поливинил пирролидона (ПВП) и альгината натрия, то увеличение их количества улучшает высвобождение лекарственного вещества [2,3]. Следовательно, для каждого таблетуемого материала целесообразно подбирать оптимальный количественный и качественный состав связующих веществ, чтобы, получив наилучшие механические свойства гранулята и таблеток, в то же время обеспечить требуемую их распадаемость и скорость высвобождения лекарственного вещества.

Литература

1. Куркин, В. А. Основы фитотерапии: Учебное пособие для студентов фармацевтических вузов. - Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», 2009. - 963 с.
2. Махкамов С. М. Основы таблеточного производства. - Ташкент.: Изд-во «Фан», 2004. - 150 с.
3. Промышленная технология лекарств: Учебник. В 2-х т. Том.2/В.И.Чуешов, А.И. Зайцев, С.Т. Шебанова, Н.Е.Чернов, Под редакцией В.И.Чуешов.- Харьков, 1999.-704с.

УДК 615.45

Рыбачук В.Д., Кондрат Н.А., v.d.rybachuk@gmail.com
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ И ФАРМАКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СУХИХ ЭКСТРАКТОВ РОМАШКИ, КРАПИВЫ И ЗВЕРБОЯ

Введение. Желудочные заболевания в наше время – очень распространенная проблема среди населения разных возрастных категорий. Смертность от заболеваний органов пищеварения занимает третье место в мире (5,4%). В Украине этот показатель составляет 9,7% и с каждым годом неуклонно растет. Наряду с новейшими синтетическими лекарственными средствами не угасает интерес к веществам природного происхождения. Они обладают высокой биодоступностью и лишены тех побочных эффектов, которые свойственны синтетическим лекарственным средствам. Согласно данных литературы, особую ценность для лечения данных заболеваний имеют экстракты ромашки, крапивы и зверобоя [1.2].

Целью нашей работы явилось изучение физико-химических и фармако-технологических свойств сухих экстрактов ромашки, крапивы и зверобоя для дальнейшей разработки на их основе комбинированного препарата в форме таблеток.

Материалы и методы. Объектами исследования служили сухие экстракты ромашки, крапивы и зверобоя. Изучались, с использованием методик Государственной фармакопеи Украины [3], насыпной объем и насыпная плотность, способность к уплотнению (V_{10} - V_{500}), индекс Карра и коэффициент Гауснера. Кристаллографические исследования проводились на лабораторном микроскопе «KONUS - Academy» с увеличением окуляра в 40 раз со встроенной камерой.

Результаты и их анализ. Результаты органолептическому контролю показали, что сухой экстракт ромашки представляет собой порошок коричнево-желтого цвета с белыми или зелеными вкраплениями, сухой экстракт крапивы – порошок темно-зеленого цвета с белым или желтым оттенком, а сухой экстракт зверобоя – порошок серовато-зеленого цвета с желтыми или коричневыми вкраплениями.

Изучение формы и размера частиц веществ (см. рисунок) показало, что порошки имеют неоднородную структуру с частицами изометрической и анизодиаметрической форм, последних больше. Преобладание частиц анизодиаметрической формы может свидетельствовать о предположительно низкой текучести порошков.

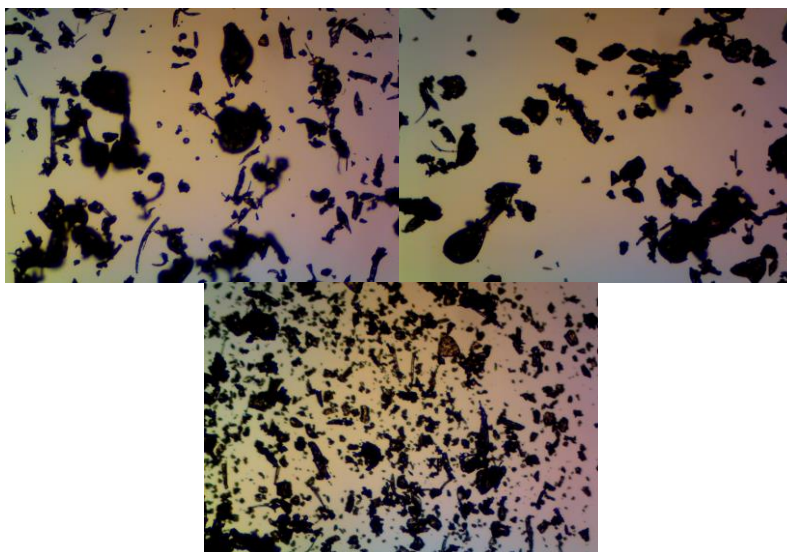


Рис. Микроскопия порошка: А- сухого экстракта крапивы; В - сухого экстракта ромашки; С – сухого экстракта зверобоя.

Следующим этапом нашего исследования было изучение технологических свойств порошков экстрактов. Полученные результаты экспериментальных исследований приведены в таблице. Полученные результаты насыпной плотности показывают, что все образцы порошков сухих экстрактов относятся к веществам со средней плотностью ($\rho_{\text{max}} = 0,78 \text{ г/см}^3$), что при смешивании с наполнителями, которые являются всегда более плотными по структуре, может привести к неоднородному распределению частиц экстракта в объеме твердой лекарственной формы и требует использования методов влажной грануляции для обеспечения однородности распределения веществ в лекарственной форме.

Таблица - Изучение технологических свойств порошков сухих экстрактов

Параметры	Единицы измерения	Сухой экстракт ромашки	Сухой экстракт крапивы	Сухой экстракт зверобоя
Насыпной объём до усадки V_0	см ³	23±0,1	29±0,1	25±0,1
Насыпной объём после усадки V_{10}	см ³	22±0,1	23±0,1	21±0,1
Насыпной объём после усадки V_{500}	см ³	20±0,1	21±0,1	20±0,1
Насыпной объём после усадки V_{1250}	см ³	19±0,1	20±0,1	19±0,1
Способность к уплотнению $V_{10}-V_{500}$	-	1,0±0,5	2,0±0,5	1,0±0,5
Насыпная плотность до усадки m/V_0	г/ см ³	0,65±0,1	0,51	0,60
Насыпная плотность после усадки m/V_{1250}	г/ см ³	0,78±0,03	0,75±0,03	0,78±0,03
Индекс Карра	%	17,4±0,02	31,0±0,02	24,0±0,02
Коэффициент Гауснера	-	1,21±0,01	1,45±0,01	1,31±0,01

Как известно, одним из наиболее важных показателей порошковой системы является ее текучесть, что обеспечивает равномерное заполнение канала матрицы. Из трех образцов только сухой экстракт ромашки имеет хорошую текучесть (Индекс Карра=17,4%, Коэффициент Гауснера=1,21), остальные экстракты имеют допустимые и неудовлетворительные показатели. Было также обнаружено, что экстракты показывают лучшую текучесть при воздействии вибрации. Последнее свидетельствует о том, что при разработке композиции твердой лекарственной формы требуется введения антифрикционных вспомогательных веществ. Также следует отметить, что порошки обладают низкой прессуемостью, показатели которой не превышают 30 Н, что свидетельствует о необходимости использования связующих веществ.

Выводы. Изучены физико-химические и технологические свойства сухих экстрактов ромашки, крапивы и зверобоя, которые могут быть в дальнейшем применены для создания твердых лекарственных форм с данными компонентами. Экспериментально доказана необходимость введения в состав рецептуры таблеток с данными экстрактами вспомогательных веществ из группы связующих и антифрикционных, а также использование метода влажной грануляции.

Литература

1. Афанасьев, Т. Г. Ситуационный анализ сегмента ответственного рынка лекарственных растительных препаратов в 2013 году / Т.Г. Афанасьева, Н. Б. Дремова, Т. Л. Киселева // Традиционная медицина. – 2013. – №4. – С. 33 – 38.
2. Богдан, Н.С. Проблема и необходимость создания лекарственных препаратов для заболеваний желудка / Н. С. Богдан, А. И. Тихонов // Украинский вестник психоневрологии. - 2013. - Т. 21 - С. 102 - 103.
3. Государственная фармакопея Украины: в 3 т. / ДП «Укр. науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів». – 2-е вид. – Х. : Державне підприємство «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів», 2015. – Т. 1. – 1128 с.

УДК 615.45

Джафарова С.Н., 6 курс фармацевтического факультета, Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина

Спиридонов С.В., кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры заводской технологии лекарств Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина

АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – это группа болезней с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, которые поражают все слои населения вне зависимости от пола и возраста. По статистике, вирусные респираторные заболевания относятся к наиболее частым инфекционным заболеваниям и являются самой распространенной патологией среди детей и взрослых. По данным ВОЗ, ежегодно каждый взрослый 2-4 раза болен острыми респираторными заболеваниями, школьник – 4-5 раз, дети первого года жизни – от 2 до 12 раз. В течение только зимних месяцев за медицинской помощью по поводу гриппа и ОРВИ в Украине обращаются до 10 млн. человек, среди которых 52% составляют дети. В последнее время отмечается снижение общего иммунитета среди населения, что способствует росту заболеваемости ОРВИ, а иммунодепрессивное действие респираторных вирусов является причиной повторных ОРВИ и бактериальных осложнений. Очевидной становится необходимость качественно новых подходов к профилактике и лечению

ОРВИ и гриппа, т.к., несмотря на высокую эффективность современных вакцин против гриппа (80–90%), вакцинация не может защитить от других возбудителей ОРВИ. Поэтому заболеваемость ОРВИ среди вакцинированных лиц в осенне–зимний период остается высокой.

Современный подход к профилактике и лечению ОРВИ заключается в применении препаратов, повышающих защитные силы организма, способствующих созданию барьера на пути проникновения вируса. К таким препаратам относятся интерфероны, индукторы интерферонов и иммуностимуляторы – средства патогенетического действия. В отличие от специфических химиопрепаратов интерфероны, индукторы интерферонов и иммуностимуляторы проявляют неспецифическое действие при ОРВИ, что позволяет применять их против различных типов респираторных вирусов без точной лабораторной диагностики и расширяет клинические возможности. Обоснованием к их применению при ОРВИ и гриппе, по данным различных авторов, служат полученные сведения о патогенетической роли цитокиновых реакций, которые запускают каскад иммунологических реакций клеточного и гуморального типа. Исследования иммунопатогенеза гриппа и ОРВИ последних лет убедительно показали, что респираторные вирусы грубо вмешиваются в сбалансированную систему цитокинов. От адекватности иммунологических реакций зависят характер клинического течения и исход заболевания. В организме первый эшелон антиинфекционной защиты обеспечивается клетками врожденного иммунитета (моноциты/макрофаги, дендритные клетки и естественные киллеры), которые организуют реакции адаптивного иммунитета в ответ на внедрение патогена. В результате наблюдается выброс цитокинов, запускающих как местные, так и системные воспалительные реакции. Таким образом, в ответ на внедрение возбудителя включаются факторы адаптивного и специфического к данному вирусу иммунитета.

Имуностимуляторы применяются не только в комплексной терапии ОРВИ, но и в составе комплексной профилактики наряду со специфической иммунизацией (вакцинацией). Действие иммуностимуляторов направлено на активацию естественного и коррекцию адаптивного иммунитета и относится к методам неспецифической защиты населения.

Негативные факторы окружающей среды создают предпосылки для развития различных патологических процессов в организме, приводят к истощению адаптационных и компенсаторных механизмов. Иммуностимулирующие препараты из растений влияют на систему иммунитета и активность иммунных реакций, улучшают физическое и эмоциональное состояние человека. Иммуностимуляторы растительного происхождения способны мягко воздействовать на организм и восстанавливать функции иммунного ответа, мобилизуют резервные механизмы защиты, положительно влияет на течение острых респираторных и заболеваний, способствует их успешной как для профилактики, так и лечению.

С целью расширения арсенала средств растительного происхождения, обладающих вышеуказанными свойствами, темой данной работы была разработка состава и технологии таблеток иммуностимулирующего действия на основе лопанта анисового

Лопант анисовый не является фармакопейным растением, не числится в Государственном реестре лекарственных средств и не используется в официальной медицине. Однако в поисках новых источников лечебно-профилактического сырья ученые провели ряд исследований по выделению и изучению биологически активных соединений данного растения. Доказано, что растение обладает бактерицидным, фунгицидным, иммуностимулирующим и антиоксидантным действием и может применяться в лечении заболеваний верхних дыхательных путей, мочеполовой системы, грибковых инфекций, расстройств желудочно-кишечного тракта, а также в качестве общеукрепляющего средства. Также, для повышения иммуностимулирующего эффекта в состав препарата вошли такие растения, которые давно известны и по праву считаются классическими иммуностимуляторами, как корни женьшеня и листья лимонника [1]. В нашей работе применялись сухие экстракты данных растений. В качестве вида лекарственной формы были выбраны таблетки.

Перед началом разработки технологии прежде всего, для выполнения технологического процесса, нам необходимо было изучить основные технологические свойства порошкообразных ингредиентов [2], среди которых особое внимание нами было уделено таким технологическим показателям, как фракционный состав, текучесть, угол естественного откоса, насыпная плотность, влажность таблеточной массы, а также истираемость, прочность и распад полученных таблеток.

Прежде всего мы выяснили, что смесь сухих экстрактов имела полидисперсный склад, где, в основном, были частицы размером 0,1 мм (около 69%), но также в достаточно большом наличии были частицы с размерами 0,15 и 0,2 мм (соответственно 19 и 12%). По нашему мнению, именно благодаря этому было невозможно получить однородную смесь экстрактов. Поэтому мы решили измельчить ее в скоростном лопастном смесителе. После измельчения доля мелкой фракции 0,1 мм существенно повысилась (около 92%), доля фракции 0,15 мм уменьшилась более чем в три раза, количество частиц фракции 0,2 мм была незначительна. Сухие экстракты и их смесь имели неудовлетворительные технологические показатели, а именно низкий показатель сыпучести, очень прерывистый характер течения, в связи с этим высокий угол естественного откоса. Полученные таблетки имели низкие показатели прочности на раздавливание и истирание. Данные показатели были нами скорректированы путем добавления низкомолекулярного поливинилпирролидона марки К-25. Для уменьшения времени распадаемости нами была использована натрия кроскармеллоза. В итоге были получены таблетки, удовлетворяющие всем фармакопейным требованиям.

Литература

1. Костряков И.Р. Использование растительных адаптогенных средств для стимуляции иммунитета /И.Р. Костряков, А.П. Кудрявцев// Вопросы питания. — 2012. — №3. — С. 34-41.
2. Дмитриевский Д.И. Технология лекарственных препаратов промышленного производства: учеб. пособие. Часть 2 / Д.И. Дмитриевский, Л.И. Богуславская, Л.Н. Хохлова и др. – Х.: Изд-во НФаУ, 2006. – 164 с.

УДК 615.014.23:615.454.124

Кухтенко Г.П., к.фарм.н., доц. кафедры промышленной фармации НФаУ, г.Харьков, Украина, e-mail:

galinakukh@gmail.com

Гладух Е.В., д.фарм.н., проф., заведующий кафедрой промышленной фармации НФаУ, г.Харьков, Украина, e-mail: glad_e@i.ua

АНАЛИЗ РЕОЛОГИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ ЭМУЛЬСИОННОЙ МАЗИ

В последнее время отмечается тенденция к использованию при фармацевтической разработке мазевых препаратов эмульсионной основы. Перспективность эмульсионных лекарственных форм обуславливается некоторыми преимуществами: в составе эмульсий можно соединять несмешивающиеся жидкости, маскировать неприятный вкус и регулировать биодоступность лекарственных веществ [2, 3].

Цель. Цель работы направлена на изучение зависимости реологических характеристик эмульсионного препарата от температуры.

Объекты и методы. В работе исследовался препарат, который производится отечественной фармацевтической промышленностью – мазь «Преднизолон» (ХФЗ «Красная Звезда», г.Харьков). Препарат содержит активный фармацевтический ингредиент – 0,5 % преднизолона, а в качестве мазевой основы используется эмульсионная структура, состоящая из глицерина, парафина желтого мягкого, воды очищенной, кислоты стеариновой и эмульгатора №1. Исследование реологических свойств выполняли на ротационном вискозиметре «Rheolab QC» (Anton Paar, Австрия) с коаксиальными цилиндрами C-CC27/SS, который отвечает требованиям стандарта ISO 3219. Прибор оснащен программным обеспечением RheoPlus, который позволяет интерпретировать стандартный результат реологических исследований (петля гистерезиса) в виде разных математических моделей реологического поведения. В работе использовали уравнение Кассона

$$\tau = a + b \cdot \dot{\gamma}^p, p=2 [1, 4].$$

Результаты и их обсуждение. Согласно требованиям ГФУ, мягкие лекарственные средства для внешнего применения хранятся при комнатной температуре (15-25) °С, если в инструкции не указаны особые условия хранения. В этом интервале температур препарат должен сохранять свои физико-химические и терапевтические свойства, в том числе и потребительские, такие как намазываемость и экструзия из тубы.

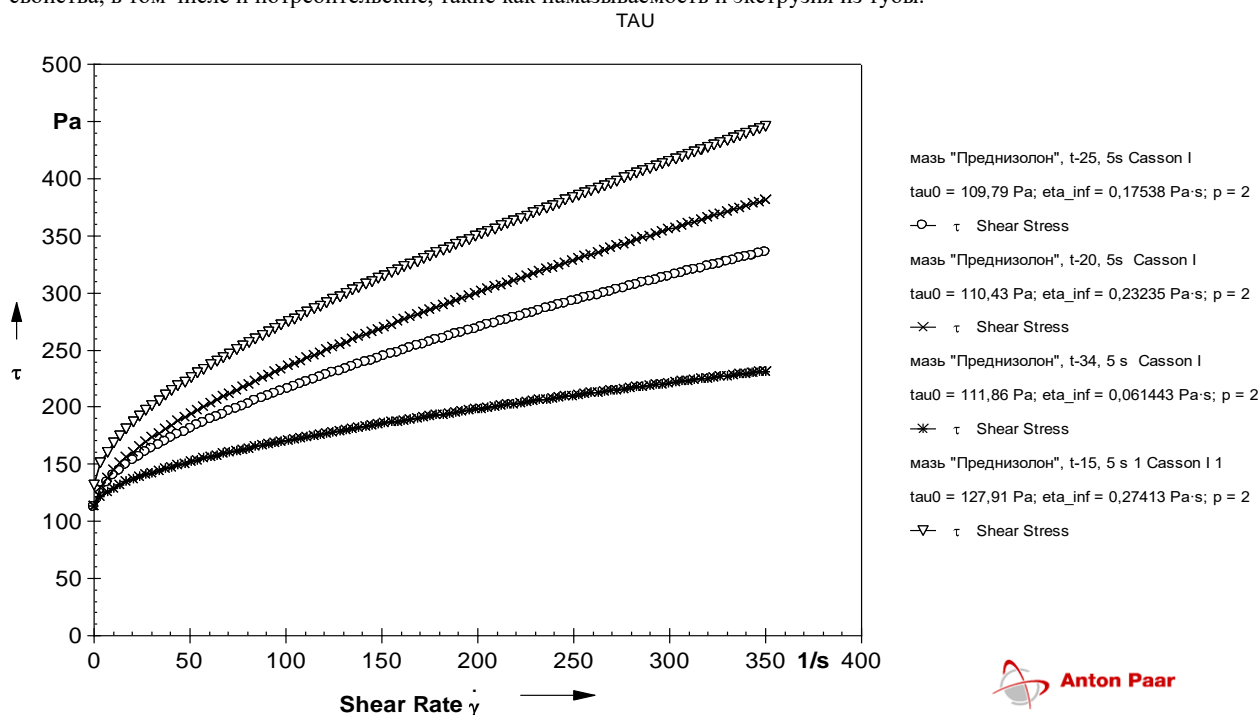


Рис. 1. Математическая модель (Кассона) реологического поведения мази «Преднизолон» при разных температурах

На рис. 1 приведена модель реологического течения мази «Преднизолон» при разных температурах, выбор которых был обусловлен температурным режимом хранения. Как мы видим из рис. 1, предел (точка) течения мази при разных температурах отличается не существенно: $t 15^{\circ}\text{C} - \tau_0 127,91 \text{ Pa}$; $t 20^{\circ}\text{C} - \tau_0 110,43 \text{ Pa}$; $t 25^{\circ}\text{C} - \tau_0 109,79 \text{ Pa}$; $t 34^{\circ}\text{C} - \tau_0 109,79 \text{ Pa}$. Из полученных данных следует, что усилие достаточное для экструзии мази из тубы практически одинаковое при колебании температуры в исследуемых пределах. Это свидетельствует

о потребительском преимуществе эмульсионных мазевых систем.
ЗПТ

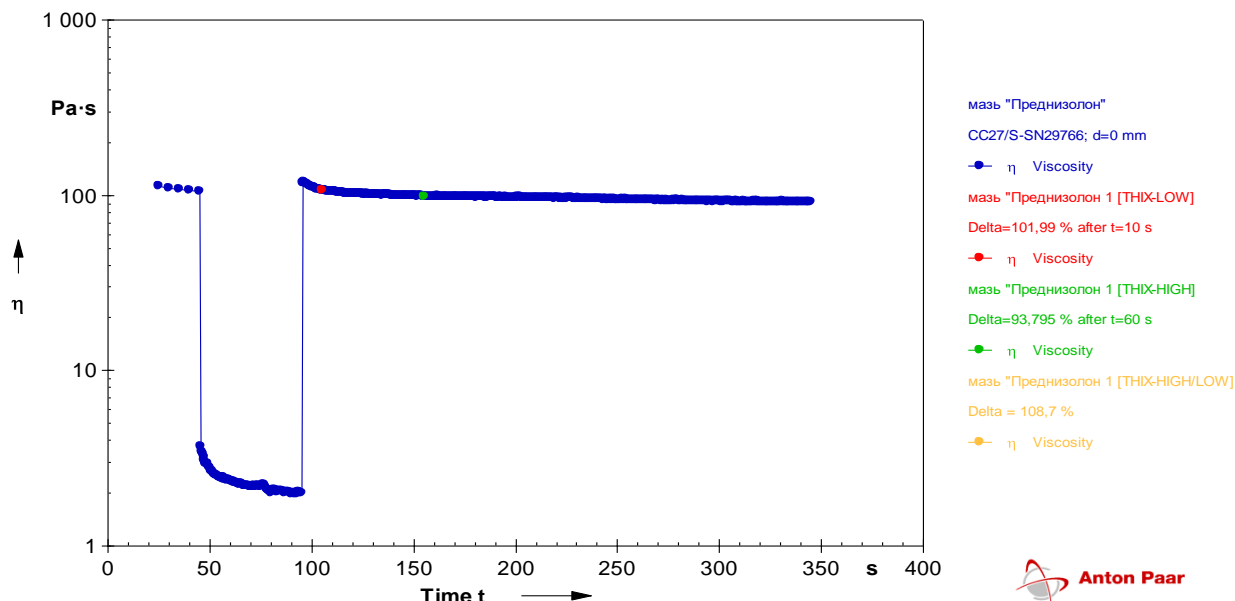


Рис. 2. График зависимости вязкости мази «Преднизолон» от скорости разрушения при 25°C

На рис. 2 приведен график зависимости вязкости от скорости разрушения в условиях цикла условного покоя (скорость разрушения 1 c^{-1}) и цикла интенсивного разрушения со скоростью 150 c^{-1} с последующим циклом условного покоя образца. Как видно из рис.2, эмульсионные структуры постепенно разрушаются, вязкость снижается до $1,99 \text{ Pa}\cdot\text{s}$ в условиях цикла интенсивного разрушения. Но при условиях последующего цикла условного покоя структура восстанавливается до исходного уровня. Это дает нам возможность констатировать еще одно преимущество эмульсионных мазевых структур.

Выводы. В работе представлены данные исследования реологического поведения эмульсионной мази «Преднизолон» на предмет зависимости предела (точки) течения мази от температуры, напряжение сдвига при которой указывает на экструзионное усилие при выдавливании мази из тубы. А также изучена механическая стабильность мази. Проведенные исследования указывают на отсутствие кардинальной зависимости реологических свойств от температуры и скорости разрушения.

Литература

1. Goodwin J.W., Hughes R.W. Rheology for Chemists: An Introduction. – Cambridge: Royal Society for Chemistry, 2000. – 290 p.
2. Rheological studies of water-ethanol solutions of gel-formers / Ie.V. Gladukh, I.M. Grubnik, G.P. Kukhtenko, S.V. Stepanenko // Journal of Chemical and Pharmaceutical Research. – 2015. № 7(4). – P. 729-734.
3. Реологические исследования мягких лекарственных средств / Г. П. Кухтенко, А. С. Кухтенко, Э. Н. Капсалямова и др. // Медицина. – 2014. – №1(139). – С. – 6 – 9.
4. Шрамм Г. Основы практической реологии и реометрии / Пер. с англ. И.А. Лавыгина; Под. ред. В.Г. Куличихина – М.: КолосС, 2003. – 312 с.

ОӘК: 615.3.32/322

Муканова А.Б., 1 оқу жылының докторанты, «Ұлттық медицина университеті» АҚ, Фармация мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, rai_m93@mail.ru

Ғылыми жетекшілер: **Ибадуллаева Ғ.С.**, PhD-доктор дәрілер технологиясы және инженерлік пәндер кафедрасының оқытушысы, arujan-d@mail.ru

Датхаев У.М., фарм.ғ.д., профессор, стратегиялық және корпоративтік даму жөніндегі проректор, «Ұлттық медицина университеті» АҚ Алматы қ., Қазақстан Республикасы, u.datxaev@mail.ru

Абдуллабекова Р.М., фарм.ғ.д., профессор, Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы, raissa.farm@mail.ru

SCABIOSA OCHROLEUCA L. ШӨБІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Кіріспе. Соңғы уақытта бүкіл әлемде көптеген дерттерді емдеу және алдын-алу үшін фитопрепараттарды қолдану үрдісі қарқын алуы байқалады. Осыған орай, әлемнің алдыңғы қатардағы фармацевтикалық

компанияларының өндірістік бағдарламаларында фитопрепараттарды жасау алғашқы орындардың бірін алып отыр [1].

Мақсаты: Өсімдік экстрактары негізінде алынған дәрілік заттардың тонизирлеуші, ағзаның иммундық жүйесін жалпы нығайтқыш және ынталандырушы дәрілік заттар ретінде қолдану аясы өте кең. Өсімдіктердің көптеген түрлерін адамзат баласы ертеден емдік мақсатта қолданған. Осындай өсімдіктердің қатарына, шығыс медицинасында өзіндік орны бар *Scabiosa ochroleuca L.* өсімдігі де кіреді.

Нәтижелер мен талқылаулар. Жоғарыда аталған мәселелерді шешу үшін Қазақстан Республикасының Үкіметі мемлекеттік бағдарлама қабылдады, соған сәйкес фармацевтика өнеркәсібінде отандық өндірістің фармацевтикалық препараттарының ішкі нарықта 50% қамтамасыз етілуі күшінде қалады. Сонымен бірге ел экономикасын тұрақты дамыту үшін отандық қорларды, оның ішінде өсімдік тектес қорларды, барынша толық және тиімді пайдалану [1].

Жоспарланып отырған жұмыста зерзат ретінде *Scabiosa ochroleuca L.* (бозсары қотырот) дәрілік өсімдік шикізаты алынды.

Scabiosa ochroleuca L. (бозсары қотырот) шөбі аз зерттелген өсімдік шикізаты. *Scabiosa ochroleuca L.* өсімдігі Орта Азия елдерінде, Батыс және Шығыс Сібір, Батыс Қытай, Моңғолия елдерінде таралған. Бозсары қотырот ерте заманнан халық медицинасында түрлі ауруларда емдеуде қолданылған: қызба, сифилис, туберкулез, асқазан – ішек жолдарының аурулары және әйелдердің әр түрлі ауруларында т.б. [2,3].

Бозсары қотырот өсімдігін емдік мақсатта гүлдеп тұрған шөбін қолдану ұсынылады. Бұл шөптің мұндай емдік қасиеттері құрамында алкалоидар, кверцетин, С витамині, орхозид, флавоноидтар, фенолкарбон қышқылдары және 7-глюкопиранозид сияқты компоненттердің болуына байланысты [3,4].

Бозсары қотырот шөбінен жасалған тұнбаны сифилис, остеоалгия, өкпе туберкулезі, қызба сияқты ауруларда қолданады және де сыртқа тері бөртпелерінде, қышымада, жыланның шағуынан, жалпы жараны жазғыш зат ретінде де кең қолданылады [5].

Жоғарыда айтылған қасиеттеріне қарамастан, бозсары қотырот Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопеясына енгізілмеген.

Қорытынды. Осыған орай *Scabiosa ochroleuca L.* (бозсары қотырот) шөбінен жаңа фитопрепараттарды жасау өзекті мәселе болып табылады, бұл мәселені шешу түбінде табиғи текті дәрілік құралдардың отандық номенклатурасын ұлғайтуға әкеледі.

Әдебиеттер

1. Нөкербек Ш. *Artemisia rupestris* өсімдігі негізінде жаңа фитопрепараттардың фармацевтикалық негіздемесін жасау: дис. (PhD) док. фил. - Алматы, 2015. – Б. 7.

2. Крупеннокова А.Г. Фармакогностическое исследование *Scabiosa comosa* Fischer ex Roemer et Schultes и *Scabiosa ochroleuca L.*, произрастающих в Восточной Сибири// Улан-Удэ. С.-146. -2007.

3. Грузинская Л.М., Гемеджиева Н.Г., Нелина Н.В., Каржаубекова Ж.Ж. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана. – Алматы, 2014. – 200 с.

4. И.Л.Дроздова, Е.И. Минакова Изучение аминокислотного состава травы скабиозы бледно-желтой (*scabiosa ochroleuca l.*) методом. вэжх//Сорбционные и хроматографические процессы. –Воронеж. ISSN: 1680-0613 -2018. №1. –С.52-57.

5. Ш.Турсынова, Абдуллабекова Р.М., Жунусова М.А. Исследование возможности применения углекислотного экстракта из травы *Scabiosa ochroleuca L.* в дерматологии.

ОӘК: 615.3.45.21

Жандабаева М.А., 1 курс докторанты, «Ұлттық медицина университеті» АҚ, Фармация мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, moti_23.91@mail.ru

Ғылыми жетекшілері: **Кожанова К.К.,** фарм.ғ.к., дәрілер технологиясы және инженерлік пәндер кафедрасының доценті, «Ұлттық медицина университеті» АҚ, Фармация мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, kaldanay_k@mail.ru

Бошкаева А.К., фарм.ғ.д., химия-фармацевтикалық пәндер кафедрасының меңгерушісі, «Ұлттық медицина университеті» АҚ, Фармация мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, kenes1965@list.ru

ТЮРИНГЕН ҰЛЫРЕГІ (*LAVATERA THURINGIACA L.*) ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНАН АЛЫНҒАН ЭКСТРАКТТЫҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨЗЕКТІЛІГІ

Мындаған жылдар бойы адамзат адамның әртүрлі ауруларымен күресуге дәрілік өсімдіктерді пайдаланды. Әрине ол көптеген елдерде әртүрлі дәрежеде пайдаланылады. Өркениетті елдерде дәрілік өсімдіктерді пайдаланудың өте бай тәжірибесі жинақталды. XX ғасырда ғылым мен техниканың дамуы нәтижесінде фармакологияда синтетикалық химияның дамуы көптеген ауруларды емдеуге пайдалануға болатын жасанды препараттарды өмірге әкелді. Соның нәтижесінде көптеген елдерде сол синтетикалық препараттарды пайдаланудың нәтижесінде дәрілік өсімдіктерге деген көзқарас өзгере бастады, яғни қызығушылық төмендеді. Бірақ та соңғы жылдары дәрілік өсімдіктерге деген көзқарасы өзгеріп, оларды кеңінен пайдалана бастады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы өсімдіктерден алынған дәрілерге өте үлкен мән береді, өсімдіктің құрамындағы шипалық белсенді заттарды анықтау, оларды бөліп алып, физика-химиялық қасиеттерін зерттеу, сапалық және сандық көрсеткіштерін анықтау, сондай-ақ әдістерін жасап шығару - фармацевтика ғылымын дамыту жолының басты бағыттардың бірі болып табылады. Өсімдік ресурстарын рационалды қолдану және сақтау мемлекет аралық деңгейдегі басты мәселелерге жатады. Өсімдік шикізаттарын дәрілік препараттарды алуға қолданғанда пайдалы түрлерін интродукциялау тұрақты шикізат базасын қалыптастырудың маңызды сатысы болып саналады. Сондықтан Республикамыздағы денсаулық сақтаудың ең маңызды міндеттерінің бірі - Ұлттық дәрі-дәрмек саясатын іске асыру, халықты жаңа, эффективті, зиянсыз, бағасы қолжетімді дәрілік препараттармен қамтамасыз ету, импортқа тәуелділікті төмендету және денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығын қамтамасыз ету, жаңа дәрілік заттарды іздеу, отандық фитосубстанцияның түпнұсқасын фармацевтикалық өңдеу және олардың негізінде дәрілік препараттарды қолданысқа енгізу аса маңызды болып табылады. Осы мақсатта өсімдік тектес дәрілік құралдарды басты назарға алу Қазақстан ғылымы аясында тиімді, әрі қолжетімді, ғылыми-техникалық потенциалдық маңыздылыққа ие [2,3].

Құрамы биологиялық белсенді заттарға бай перспективті дәрілік өсімдік ретінде Тюринген үлбірегі (*Lavatera thuringiaca* L.) өсімдіктерінің практикалық қызығушылық туғызады. Осы топтағы өсімдіктердің Қазақстанда өсетін түрлері жүйелі түрде зерттелмеген. Тюринген үлбірегі (*Lavatera thuringiaca* L.) емдік қасиеттері оның химиялық құрамымен байланысты. Құрамында шырпыштар, көмірсулар, алкалоидтар, флавоноидтар, фосфолипидтер, крахмал, С дәрумені, майлар бар [1]. Бұл өсімдіктің әртүрлі шикізат түрлері халық медицинасында кеңінен қолданылады. Қайнатпалар мен тұнбалар өте жақсы қабынуға қарсы қасиеттерге ие. Тюринген үлбірегінен жасалған дәрілер суық тию, жөтел, диарея және асқазан-ішек жолдарының кейбір көптеген басқа да аурулары кезінде қолданылады. Тюринген үлбірегі өсімдігінің компоненттерінің құрамын талдау және бағалау бойынша полифенолды тобы бар қосылыстарының құрамын көрсетті. Биологиялық белсенді заттар (ББЗ) кешені Тюринген үлбірегі шикізаттарында едәуір құрылымдық әртүрлілігімен ерекшеленеді және полисахаридтерді, фенолоқышқылдарды, флавоноидтарды, конденсирленген және гидролизденетін илік заттарын, кумариндерді қамтиды, сол себепті, бұл өсімдіктің медициналық тәжірибеге енгізу және оны зерттеу рынды болып табылады.

Сондықтан, Тюринген үлбірегі (*Lavatera thuringiaca* L.) химиялық құрамын зерттеп, биологиялық белсенді заттарды бөліп алудың оңтайлы әдістерін ашу және алынған заттар негізінде сапалы экстрактың технологиялық аспектілерін зерттеу және оларды стандарттау өзекті мәселе болып саналады.

Әдебиеттер

1. Л.М. Грудзинская, Н.Г. Гемеджиева, Н.В. Нелина, Ж.Ж. Каржаубекова. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана: Справочное издание/Л.М. Грудзинская, Н.Г. Гемеджиева, Н.В. Нелина, Ж.Ж. Каржаубекова. – Алматы, 2014. – 200с.

2. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 -2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын бекіту және «Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы № 957 Жарлығына толықтыру енгізу туралы. (Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы, № 176 Жарлығы).

3. Адекенов С.М. Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов // Поиск и создание методов получения фитопрепаратов: сб. трудов. – Алматы: Ғылым, 1997. – С. 3-22.

ОӘК:615.3.32/322

Тлеубаева М.И., 1 оқу жылының докторанты, «Ұлттық медицина университеті» АҚ, Фармация мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, meruert.iliasovna@mail.ru

Ғылыми жетекшілер: **Датхаев У.М.**, фарм.ғ.д., профессор, стратегиялық және корпоративтік даму жөніндегі проректор, «Ұлттық медицина университеті» АҚ Алматы қ., Қазақстан Республикасы, u.datxaev@mail.ru

Абдуллабекова Р.М., фарм.ғ.д., профессор, Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы, raissa.farm@mail.ru

БАҚША ҚАРАОТ (*PORTULACA OLERACEA* L.) ӨСІМДІГІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Кіріспе. Бұл мақалада халық медицинасында қолданылатын Бақша қараот (*Portulaca oleracea* L.) дәрілік өсімдігін зерттеу бойынша әдеби шолу келтірілген. Көптеген елдердің ежелгі медицинасында *Portulaca oleracea* L. несеп айдаушы, қабынуға қарсы, ыстық түсіретін, паразитке қарсы зат ретінде қолданылған.

Мақсаты мен міндеттері: Қазіргі таңда әлемнің көптеген елдерінде дәрілік құралдардың жалпы номенклатурасының басым бөлігін, инновациялық әдіспен жасалған фитопрепараттар алады, өсімдік тектес дәрілік құралдар күннен күнге қолданысқа кеңінен еніп келеді. Осыған орай, дәрілік құрал импортын төмендету, отандық өндірістің күшін, шикізат ресурсын және ғылыми-техникалық потенциалын арттыру міндеті қойылып отыр. Әдебиет деректері бойынша Бақша қараот (*Portulaca oleracea* L.) өсімдігі құрамы жағынан биологиялық

белсенді заттарға бай. *Portulaca oleracea* L. өсімдігінің гепатопротекторлық, паразиттерге қарсы, антиоксиданттық, ойық жараға, микробқа, қабынуға қарсы әсерлері дәрілер технологиясында зор қызығушылық туғызуда.

Материалдар мен әдістер. Контент - анализ, отандық және шетелдік әдебиеттерге шолу.

Нәтижелер мен талқылаулар. Қазіргі таңда фармацевтика саласындағы өзекті мәселелердің бірі импорт алмастырушы дәрілік құралдарды жасау және өндіріске енгізу, соның ішінде өсімдік тектес дәрілік препараттар қатарын арттыру. 2015-2019 жылдарға бекітілген Қазақстан Республикасын инновациялық индустриялық дамыту Мемлекеттік бағдарламасының негізгі мақсаттарының бірі [1].

Қазақстанда жабайы жағдайда өсетін дәрілік өсімдіктердің 1400 астам түрі кездеседі, оның тек 230 түрі нақты официналды медицинада пайдаланады [2]. ДДҰ жүргізген әлем елдеріндегі халық медицинасының рөлін жан-жақты талдау ұлттық денсаулық сақтау жүйесіне халық медицинасын біріктіруге бағытталған "халық медицинасы саласындағы ДДҰ-ның 2014-2023 стратегиясын" құруға алып келді. Халық медицинасының әдістері, сапасы, қауіпсіздігі және тиімділігі барлық адамдардың медициналық көмекке қол жетімділігін қамтамасыз етуге ықпал ететіндігін көрсетті [3]. Тарихи деректерге қарағанда Бақша қараот өсімдігі халық медицинасында өте ерте заманнан белгілі. Ежелгі Египетте, Римде, Грекияда тағам ретінде қолданылған. Өз заманында Гиппократ, Плиний бұл өсімдікті әртүрлі ауруларды емдеуде қолданған. Көптеген елдердің халық медицинасында ерте заманнан қолданылатын бақша қараот химиялық құрамына байланысты несеп айдайтын, іш жүргізетін, қабынуға қарсы, жараны жазатын, микробқа қарсы, ішек құртқа қарсы, қан тоқтататын, антиоксиданттық, ойық жараға қарсы, гипогликемиялық, детоксикациялық зат ретінде қолданылып келген. Қазақстанда өсетін *Portulaca oleracea* L. өсімдігі бүгінгі күнге дейін зерттелмеген [4,5].

Қорытынды. Бәсекеге қабілетті импорт алмастырушы дәрілік құрал жасау және енгізу, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017-2021 ж.ж. бекітілген Стратегиялық жоспарын табысты жүзеге асыруға, екінші жағынан елімізді қауіпсіз дәрілік құралдармен қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Сонымен, осы жұмыстың мақсаты - импорттық өнімді алмастыру мүмкіндігі бар фитосубстанция негізінде жаңа дәрілік құралдар жасауға және оларды зерттеуге бағытталған өзекті мәселе.

Әдебиеттер

1. Қазақстан Республикасы Президентінің 2014 жылғы 1 тамыздағы № 874 Жарлығы «Қазақстан Республикасын индустриялық-инновациялық дамытудың 2015-2019 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы».

2. Грудзинская Л.М., Гемеджиева Н.Г., Нелина Н.В., Каржаубекова Ж.Ж. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана. – Алматы, 2014. – 200с.

3. Халық медицинасы саласындағы ДДҰ-ның 2014-2023 стратегиясы.

4. *Portulaca oleracea* L.: A Review of Phytochemistry and Pharmacological Effects. Yan-Xi Zhou,^{1,2} Hai-Liang Xin,^{3,4} Khalid Rahman,⁵ Su-Juan Wang,⁶ Cheng Peng,^{1,*} and Hong Zhang^{2,6,*} Published online 2015 Jan 26. doi: [10.1155/2015/925631](https://doi.org/10.1155/2015/925631).

5. Review Article Purslane Weed (*Portulaca oleracea*): A Prospective Plant Source of Nutrition, Omega-3 Fatty Acid, and Antioxidant Attributes. Md. Kamal Uddin,¹ Abdul Shukor Juraimi,¹ Md Sabir Hossain,¹ Most. Altaf Un Nahar,² Md. Equb Ali,³ and M. M. Rahman⁴. The Scientific World Journal Volume 2014, Article ID 951019, 6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/951019>.

UDC 615.014.2:615.214.24-053.21.5

Buzekraui Sarah, 5-th year student of the faculty for foreign citizens' education, National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine.

Supervisor: **Bogutskaya Ye. Ye.**, Ph.D., associate professor of the pharmaceutical technology of drugs department, bogutskaya2016@gmail.com

DEVELOPMENT OF THE COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF THE EXTEMPORAL DRUG FOR TREATING NEUROSIS IN CHILDREN

Introduction. Despite the fact that the range of industrial drugs on the shelves of pharmacies is a large part, the extemporal medicines increasingly occupy a worthy niche in the provision of medicines to the population, this is because the production of medicines according to individual prescriptions has its advantages. In addition to taking into account the individual characteristics of the patient, the selection of the composition of medicinal substances and their dosage, as well as the dosage form, the extemporal preparation has a number of advantages. One of the main ones is the absence of side effects. The latter is due to the fact that, in contrast to the ready-made medicines, the extemporal ones are applied immediately after preparation, and therefore is designed for a short shelf life. Excipients (preservatives, stabilizers, emulsifiers, form-building, etc.) are introduced into their composition in the minimum quantity, if necessary [1, 3-5]. Allergic reactions rarely occur with the use of the extemporal drugs, which is especially important in the treatment of children. Compared to ready-made drugs extemporal medicines are cheaper; it plays an important role in treating the poor, for example, pensioners.

Therefore, the extemporal compounding has the right to exist and must be developed as an alternative form of treatment. However, there are a number of problems that need to be solved. To date, not all pharmacies have the conditions for the preparation of extemporal drugs (production departments). One of the main problems is the limited range of active pharmaceutical ingredients on the market, especially produced domestically; some of the imported substances do not quite meet the quality requirements. Certain difficulties exist in matters of profit from the sale of these drugs.

Despite the foregoing, in recent years, the number of production pharmacies in Ukraine is growing. Large pharmacy chains, for example, in Kharkov, such as Leda, Prana, Pharmacy 195, Pharmacy 200, and other pharmacy institutions of “Kharkiv CP Pharmacy” have their own production pharmacies that provide the network with extemporal intra-pharmacy products. The nomenclature of extemporal prescriptions and intra-pharmacy products that are produced in such pharmacies is diverse and depends on the pharmacy, the profile of the medical institutions that are close to it, and the needs of the population.

In recent years, Ukraine has paid particular attention to the development of a regulatory framework for the preparation of extemporal drugs in pharmacies. Articles on the extemporal formulation are included in the new edition of the State Pharmacopoeia of Ukraine, orders of the Ministry of Health of Ukraine, etc. [1, 3, 4]. Thus, the revival of the extemporal compounding and the expansion of its range in pharmaceutical practice is currently highly relevant.

One of the directions of the scientific work of the Department of Pharmaceutical Technology of Drugs of the National University of Pharmacy is the expansion of the range of extemporal drugs that can be prepared in pharmacies, the development of their regulatory documentation.

Aim of the study. The aim of this work is to study the range of extemporal formulations, which are produced in a pharmacy for the treatment of vegetovascular dystonia and neurosis in children; development of the composition and technology of extemporal formulation for the treatment of this pathological condition; preparation of regulatory documentation for intra-pharmaceutical product.

Materials and methods. With the help of modern pharmacotechnological, physicochemical and statistical methods, the composition, technology and methods of identifying the ingredients that are in the composition of the drug were developed, as well as the quantitative method of rapid analysis of the obtained drug [1, 3, 4].

Results and discussion. One of the most common diseases in pediatric practice is vegetodystonia, neuroses that often develop in children. Since modern ready-made drugs can cause allergic reactions in children, irritation of the gastrointestinal tract and other side effects [2], when developing the composition of the intra-pharmacy products, it was necessary to exclude the possibility of the occurrence of complications from its usage, which was one of the important criteria. We have chosen a mixture as the dosage form, since it is convenient for use in pediatric practice, can mask the unpleasant taste of medicinal substances, and has a number of other advantages [4]. Considering the pharmacological action of medicinal substances, caffeine-sodium benzoate, sodium bromide, magnesium sulfate, glucose, tincture of valerian were introduced into the composition of the medicinal product. As a solvent for the preparation of medicine purified water was used, as it meets all the basic requirements applied to excipients (good solubility of substances, indifference, etc.) of the workpiece, it was necessary to eliminate the possibility of complications from its use, which was one of important criteria. To increase the shelf life of the intra-pharmaceutical products, a solution of citral was added to its composition.

The technology of the intra-pharmacy products in pharmaceutical conditions is the following: since the drug will be used in pediatric practice, it must be prepared under aseptic conditions using freshly distilled boiled purified water. If there is no aseptic block in the pharmacy, it is allowed to prepare the medicine in a laminar block. [4]. In the auxiliary container, glucose is dissolved in the measured purified water, the obtained solution is filtered. To speed up the manufacturing process of the intra-pharmacy product concentrated solutions of caffeine-sodium benzoate 10 %, sodium bromide 20 % and magnesium sulfate 25 % are used. In the absence in the pharmacy of these concentrated solutions, the substances can be used in a dry form. In this case, taking into account the rules of dissolution of medicinal substances, firstly the potent caffeine-sodium benzoate and then all other substances are dissolved. In the last turn, solution of citral and valerian tincture is added. The prepared intra-pharmacy product is packed in a container for dispensing of dark glass. Container is labeled with the main label “Mixture” or “Internal” with additional warning signs “Keep in a dark, cool place”, “Shake well before use”, “Keep away from children”, “Prepared aseptically”.

Conclusion. The composition and technology of a children’s medicine in the form of an opalescent mixture for the treatment of vegetative-vascular dystonia and neurosis in children has been developed. The use of the drug helps to improve the overall condition of the organism, cardiovascular and nervous systems. Methods of qualitative and quantitative rapid analysis of the drug have been developed, the results of which will be presented in the following publications.

References.

1. Державна фармакопея України / ДП «Науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів». – 2-е вид. – Х.: ДП «Науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів», 2014. – Т. 3. – 732 с.
2. Дрововоз, С. М. Фармакологія в помощь студенту, провизору и врачу: Учебник-Справочник / С. М. Дрововоз [и др.]. 2-е изд. перераб. и доп.– Х.: Титул, 2018. – 640 с.
3. Справочник экстермпоральной рецептуры / Под ред. А. И. Тихонова. – К.: МОРИОН, 1999. – 496 с.
4. Стандарт МОЗ України «Вимоги до виготовлення нестерильних лікарських засобів в умовах аптек» СТ-Н МОЗУ 42 – 4.5: 2015 // За ред. О. І. Тихонова і проф. Т. Г. Ярних. – Київ, 2015. – 109 с.
5. Уидани, Бассам. Анализ и технология экстермпоральной рецептуры для фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / Бассам Уидани, Е. Е. Богущкая // Инновации в медицине и фармации – 2017: матер. дистанционной науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых; под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. – Минск: БГМУ, 2017. – С. 681–684.

ОӘК: 615.322:633.97

Аширов М.З., 1 курс PhD докторанты, «ҰМУ» АҚ, «Фармацияның ұйымдастырылуы, басқарылуы және экономикасы және клиникалық фармация» кафедрасының оқытушысы, Алматы қ., m_pharm@mail.ru
Датхаев У.М., фарм.ғ.д., профессор, «ҰМУ» АҚ, «Стратегиялық және корпоративтік даму» жөніндегі проректор, Алматы қ., u.datxaev@mail.ru

Сағындықова Б.А., фарм.ғ.д., профессор, «ОҚМА» АҚ, «Дәрілер технологиясы» кафедрасының меңгерушісі, Шымкент қ., sagindik.ba@mail.ru

Жакипбеков К.С., PhD доктор, доцент, «ҰМУ» АҚ, «Фармацияның ұйымдастырылуы, басқарылуы және экономикасы және клиникалық фармация» кафедрасының меңгерушісі, Алматы қ., kairat_phd@mail.ru

Момбеков С.Е., PhD доктор, «ҰМУ» АҚ, «Дәрілер технологиясы және инженерлік технология» кафедрасының оқытушысы, Алматы қ., serzhan.mombekov@gmail.com

ТЕМЕКІ (*N.TABACUM L.*) ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНЫҢ ДӘСТҮРЛІ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНЫЛУЫ

Кіріспе. Темекі (*N.tabacum L.*) өсімдік шикізаттары халық және дәстүрлі медицинада қолданылмайды. Сонымен қатар, қазіргі таңға дейін *N.Tabacum L.* өсімдік шикізаты фармакологиялық қасиеттеріне байланысты ауырсынуды басатын, жақырық түсіретін, несеп жолдарының зәр шығару қызметін жақсарту үшін, сондай-ақ бас айналу, құсу құралдары әсер етпеген жағдайда қолданылған. Темекінің бүктелген жапырақтары свечалар ретінде ректальді енгізілген, қиын іш қату, ішектің түйілуі кезінде кеңінен қолданылған. Бұл құрал зәр шығару кідірістері, уретраның спазмалық тарылуы, ілеспелі құрттар кезінде де көмектеседі; ішектің тез арада босатылуына ықпал етеді, кейде тіпті сіреспе құрысу ұстамаларында да қолданылады [1].

Қиыр Шығыс елдерінде темекі өсімдігі "емдік шөп" деп аталды. Ал Орта Азияда *N.Tabacum L.* ежелгі кезден емдік мақсатта қолданылған. Кептірілген және тазартылған жапырақтарын мұрын жолдарының қабыну ауруларында ііскеген. Жапырақтарды қайнату арқылы бет терісін ағарту үшін, бастың талшықты бөлігі терісіннің кейбір ауруларында және ылғалды сіңіргіш материалдар ретінде қолданылған. *N.Tabacum L.* жапырақтарының тұнбалары қышыма және терінің қабыну ауруларында пайдаланылған [2].

Темекі өсімдік шикізаттары химиялық құрамға бай өсімдік өнімдерінің қатарына жатады. Жетілген темекі өсімдігінде 2000-нан астам жеке химиялық қосылыстар бар. Темекі дәндерінің құрамында целлюлоза, белоктар, крахмал және минералды заттар өте көп [3]. Темекінің дәндері пальмитин, стеарин, олеин, линолен, линоль қышқылдарынан, түрлі амин қышқылдарынан [4], сондай-ақ қаныққан, қанықпаған, моноқанықпаған және полиқанықпаған май қышқылдарынан тұрады [5]. Демек, темекі дәндерінің майы жартылай құрғақ май санатына жататын линоль қышқылы ретінде жіктеледі. Ал, бұл өсімдік шикізатының қалдықтары (дәндері) парфюмерлік бұйымдар мен дәрілік заттарды және әртүрлі материалдарды алуға арналған таптырмас шикізат көзі болып табылады. Темекі дәндері тиімді табиғи антиоксидант және организмнің антиоксиданттық жағдайын сақтау құралы ретінде кез келген ауруларды болдырмау үшін қолданылуы мүмкін және ерте қартаюды болдырмауға көмектеседі [6].

Темекі дәндері темекі өсімдігінен алынатын жанама өнім болып табылады, оның өнімділігі гектарына 1200-1250 кг құрайды. Бірақ, өсіру аумағы жапырақтарына емес дәндеріне бағытталса, гектарына 5000 - 6000 кг дейін темекі дәндерін алуға болады. Егер де темекі өсімдігінің отырғызу жиілігі тығыз орналастырылатын болса, жапырақтарының өсуі баяулап, тиісінше көп мөлшерде темекі дәндерін алуға болады. Темекі дәндерінің құрамында никотин жоқ, оның негізінде алынатын май құрамында аз мөлшерде қаныққан май қышқылдарының үлесі және токоферолдар мен стеролдар сияқты денсаулыққа пайдалы қосылыстар бар [7]. Темекі дәндерінің құрамын және оның өсірілу аймағын кеңейту мақсатындағы зерттеулер тамақ өнімдері, парфюмерия және фармацевтикалық қолданылуында кең спектрлі екендігін айқындады, өйткені тамақ өнімдері, парфюмерияда және фармацевтикада темекі дәндерінің майын қолданылу аумағы қазіргі таңға дейін жүргізілмеген.

Қорытынды. Осылайша, жүргізілген зерттеулер нәтижесі көрсеткендей, темекі (*N.Tabacum L.*) өсімдік шикізатының қолданылу спектрі өте кең. Атап айтқанда, тиімді табиғи антиоксидант және организмнің антиоксиданттық жағдайын сақтау құралы ретінде кез келген ауруларды болдырмау үшін қолданылуы мүмкін және ерте қартаюды болдырмауға көмектеседі.

Темекі (*N.tabacum L.*) өсімдік шикізатынан (дәндері) дайын дәрілік препараттар өндірісте шығарылмайды. Осыған байланысты, темекі дәндерінен фитосубстанциялар және оның негізінде дәрілік қалып алу технологиясын жасау бойынша ізденістер жүргізу маңызды болып табылады.

Әдебиеттер

1. Адиев М.М., Смаилов Э.А., Самиева Ж.Т. и др. Сельскохозяйственные и промышленные отходы табака // Табак Кыргызстана, Вып.3 – Бишкек: Илим, 2004. – С.69-73.
2. Patel, J. A. *et.al.*(1998) Production potential and quality aspects of tobacco seed oil. *Tobacco Res.*,24, 44–49.
3. Talaqani, T. E. *et.al.* (1986) Fatty acids composition of the seed oil of certain tobacco varieties cultivated in Northern Iraq. *Indian J. Agric. Chem.*, 19, 147-154.
4. Ranjhan, S. K. (1978) Use of agro-industrial by-products in feeding ruminants in India. *World Anim Rev.*, 28, 31–37.
5. A.O.C.S. Official Methods (1960). Sampling and Analysis of Commercial Fats and Oils A.O.C.S. Washington, 801-55.
6. Groark, Kelvin P. (2010). The Angel in Gourd: Ritual, Therapeutic, and protective uses of Tobacco (*Nicotiana tabacum*) among the Tzeltal and Tzotzil Maya of Chiapas Mexico. *Journal of Ethnobiology* 30 (1): 5-30.
7. Patent: EA 011411B1 20090227 Medical tobacco oil producing method.

УДК: 615.454.1:665.584.24

Kalikhhan A.G., 5th year student of pharmaceutical faculty, aigera.kalikhhan@gmail.com

Tolegenova G.B., master of medical sciences, janatt_90@mail.ru

Martynova I.A., candidate of pharm. sciences, acting professor, martynova.ia@mail.ru
SKMA, Shymkent, Kazakhstan

L-ARGININE AS A BIOLOGICALLY ACTIVE ADDITIVE IN THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC DENTAL PASTES ON A GEL BASIS

Currently, the production of toothpaste is a complex production process that has undergone a long period of research and modernization. The range of application of toothpastes is quite extensive. For example, they are used not only as hygienic means for removing plaque, but also in the complex treatment of oral diseases. Depending on the addition of biological active substances (BAS), they may have therapeutic and prophylactic properties. In this paper, as a BAS, we examine the amino acid L-Arginine.

L-Arginine is a building material of proteins and is part of many of them. This conditionally replaceable amino acid, which has the following properties: antibacterial, anti-inflammatory, regenerating, antioxidant, and others. In addition, it has a positive effect on the work of the nervous and cardiovascular systems, affects the functioning of the liver, affecting its detoxification function. When applied externally, this amino acid provides skin elasticity and stimulates the defense systems of our body; it easily penetrates the skin and mucous membrane. In the normal functioning of the body, L-Arginine is produced in sufficient quantities by the liver. But this process can slow down or stop, due to violations against the background of various diseases and as a result of aging of the body.[3]. In this regard, in this work, we propose to introduce L-Arginine into the composition of toothpaste. With the introduction of it as a BAS, it acquires a high therapeutic effect and has a beneficial effect on the gum tissue, accelerating the healing process. Therefore, it is possible to use this toothpaste for stomatitis, gingivitis and other diseases of the oral cavity.[1,2].

Along with this, we studied the condensed grape juice (bekmes).

Grape juice has been used for a long time, and is a valuable product for many diseases. In medicine, there is a special therapy - ampelotherapy - viticulture.

Grape juice reduces cholesterol in the blood and normalizes blood pressure, increases physical and mental activity, rejuvenates tissues, and opposes a variety of viruses, for example, the herpes simplex virus.[6].

Bekmes is a concentrated evaporated grape juice, which we consider not only as a flavor in the toothpaste, but also as an antioxidant.

Due to the rich chemical composition determines a wide range of bekmes. More than 150 biologically active substances are found in it and are an alternative to honey.[5].

Based on literary sources, we took gel as the basis for this toothpaste.

The main components of the paste are: sodium alginate as a gel-forming substance, silicon dioxide as an abrasive, sodium lauryl sulfate as a foaming agent, purified water and glycerin as binders, citric acid as a preservative, bekmes as a flavoring agent and an antioxidant, a mixture of essential oils (peppermint oil and grape oil seed) as a fragrance and L-Arginine as a BAS.

The work was carried out in the laboratory of the Department of Drug Technology of SKMA using the box of abacterial air БАВп-01-«Ламинар-С.»-1,2 (220.120.04).

The method of preparation is as follows: sodium alginate was dissolved in the calculated amount of purified water and left to swell. Glycerin and purified water were added to the mixture of powders consisting of silicon dioxide, sodium lauryl sulfate, citric acid. Next, we put the swollen sodium alginate in a mushy mass and mixed until homogeneous. In parallel with this, an aqueous solution of L-arginine was prepared, then added to the resulting mixture.

To the mixture obtained, a calculated amount of condensed grape juice was added, which was received in advance at the Department of Drug Technology from Tayfi pink grapes. Juice was obtained and evaporated using a rotary evaporator RVIKA 10 digitalV.[4].

Last but not least, with constant stirring, we added a mixture of essential oils.

The final stages of the preparation of this toothpaste were homogenization and standardization.

In accordance with the Interstate Standard ГОСТ 29188.2-91 «Изделия косметические. Метод определения водородного показателя pH», the pH value of this toothpaste was determined. We used ionomer И-160 МИ, intended for potentiometric measurement of the activity of hydrogen ions (pH). For the analysis, a water suspension was prepared with a mass fraction of 25% according to the Interstate Standard ГОСТ 7983-99 «Пасты зубные. Общие технические условия». The suspension was placed in a glass with a capacity of 50 cm³, the ends of the electrodes were immersed in the test liquid.

According to ГОСТ 29188.2-91 «Пасты зубные. Общие технические условия», for the final result of the analysis, the arithmetic average of the results of two parallel determinations is taken, the allowable discrepancy between them should not exceed 0.1 pH units. The data analysis is shown below in Table 1.

Table 1.

№	By ND	In the test sample	Average
1	5,5 – 10,5	7,567	7,5755
2		7,584	

Conclusion: In this way, in the process of studying the composition of toothpastes, we proposed the composition and technology of preparing gel-based toothpaste with therapeutic and prophylactic properties. The analysis was carried out according to the general specifications for toothpastes. Research in this direction is ongoing.

Literature.

1. JanBernard, DanMcGeehan, ToothpasteBeforetheStoreLibraryBinding – January 1, 2012.
2. Saqib Ali, Robert Hill, David Gillam, Abrasivity of Bioactive Glass toothpaste for treating Dentine Hypersensitivity Paperback – October 1, 2012.
3. Tsai P., Weaver J., Cao G.et al. L-Arginine regulates neuronal nitric oxide synthesis production of superoxide and hydrogen peroxide//Biochem. Pharmacol. – 2005. – Vol.69. – P.971-979.
4. Pavia D.L. Introduction to Organic Laboratory Techniques: A Small-scale Approach. – Cengage Learning, 2005. – С. 643.
5. Липкан Г.Н. Применения плодово-ягодных растений в медицине. К.: Наукова думка, 1985. – С. 43.

УДК 615.322:631.17

Касымова А.А., магистрант, 2 курс по специальности «Фармация» АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан, amina23.05@mail.ru

Сагиндыкова Б.А., д.фарм.н., профессор, зав.кафедрой «Технология лекарств» АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан, sagindik.ba@mail.ru

ВЫБОР УСЛОВИЙ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ РОДИОЛЫ РОЗОВОЙ (RHODIOLA ROSEA L.) IN VITRO

Аннотация

Клетки растений можно выращивать в искусственных условиях на питательных средах неограниченно долго, при этом часть биомассы можно использовать для экстракции целевого продукта, а часть пересаживать на свежую питательную среду для возобновления культуры. В работе проведены исследования по выбору оптимальных условий культивирования лекарственного растения, занесенного в Красную книгу Республики Казахстан Родиолы розовой (*Rhodiolarosea L.*), а также определение количественного содержания салидрозид. Целью исследования является получение лекарственного растения Родиола розовая, биотехнологическим методом. В качестве питательной среды будет использоваться среда Мурасиге-Скуга, которая была разработана физиологами растений Тошио Мурасиге и Фольке К. Скугом в 1962. Используя данную среду можно добиться существенного ускорения роста по сравнению с другими питательными средами.

Ключевые слова: биотехнология, Родиола розовая, питательная среда, стерильность, культивирование.

Культивирование растений *in vitro* имеет колоссальный потенциал для производства ценных биологически активных веществ для различных методов применения. Уровень развития этой технологии быстро прогрессирует, что подчеркивается многими имеющимися методами, направленными на биотехнологическое использование. Это обещает введение новой фазы развития в фармацевтической, косметической и пищевой промышленности, а также в сельском хозяйстве [1].

Преимущества состоят в следующем:

- Культивирование независимо от территориальных и сезонных условий
- Культивирование растительных клеток, сложно культивируемых растений, например, растений из экстремальных районов
- Культивирование растений, внесенных в «Красную книгу»
- Культивирование растений с изменениями путем генной инженерии без высадки на поле
- Реализация стандартизированного постоянного качества.

Привлечение методов биотехнологии, базирующихся на культивировании изолированных органов, тканей и клеток растений для решения проблем сохранения биологического разнообразия имеет преимущества перед традиционно используемыми подходами [2].

Сохранение биологического разнообразия - одна из важнейших задач в деле охраны природы, которой уделяют большое внимание во всем мире. Связано это с ограниченностью необходимых для существования человека биологических ресурсов и угрозой их истощения. Наряду с традиционными способами сохранения растений все большее значение приобретает использование для этих целей культуры изолированных тканей и органов [3].

Методы биотехнологии позволяют:

- получать оздоровленный материал от пораженных вирусными и грибными болезнями растений;
- осуществлять быстрое размножение ценного экземпляра растения;
- получать в больших количествах вегетативное потомство трудно размножаемых в обычных условиях видов и форм растений;
- работать в лабораторных условиях круглый год и планировать выпуск растений к определенному сроку;

-длительно хранить пробирочные растения и создавать «банк» ценных форм [4].

В настоящее время возрастает интерес к использованию растений родиолы розовой (*Rhodiolarosea L.*) в составе общеукрепляющих и тонизирующих средств, которые находят все более широкое применение в восстановительной, спортивной медицине и гериатрии [10]. Рост популярности данного вида растений среди населения приводит к увеличению сбора подземной части растений и, как следствие этого, истощению природных популяций. Вид *Rhodiolarosea* включен в Красную книгу Республики Казахстан [7]. Таким образом, сохранение генетического разнообразия природных популяций родиолы розовой и обеспечение фармацевтической промышленности этим видом растительного сырья может быть достигнуто путем организации производственных плантаций (оранжереи, ботанических садов) [10]. Однако при организации укрупненных плантаций этот путь является весьма трудоемким и медленным. Основной проблемой, при выращивании растений из семян, является их низкая всхожесть и массовая гибель проростков. Для достижения растениями имматурного возрастного состояния требуется около двух лет, после чего растения могут быть пересажены в открытый грунт. Весьма перспективным путем массового получения посадочного материала является использование метода биотехнологии растений [11].

Целью исследования является получение лекарственного растения Родиола розовая, биотехнологическим методом.

Методы. Объектами исследований выбраны: наземные части растения: стебли, листья лекарственного растения Родиола розовая (*Rhodiolarosea L.*) для проращивания. В качестве питательной среды для проращивания культуры растения нами выбрана среда Мурасиге-Скуга (MS).

Подготовка посуды, инструментов. Посуда для приготовления и хранения питательных сред, культивирования растительного материала тщательно моется. Посуда моется моющими средствами, полоскать ее следует не менее 10 раз водопроводной водой и 3-мя порциями дистиллированной воды. После мытья посуду просушивают в сушильном шкафу при 160 С в течение 2 часов. Непосредственно перед работой инструменты погружают в 96 % раствор этилового спирта и прожигают их рабочие поверхности над пламенем спиртовки [1,2,4].

Приготовление питательной среды. Питательные среды для культур изолированных тканей имеют сложный состав. Основой всех питательных сред для культивирования растительных эксплантов является смесь 6 минеральных солей. К необходимым макроэлементам относят азот, фосфор, калий, кальций, магний, серу, железо, а к микроэлементам - бор, марганец, цинк, медь, молибден, кобальт и др. В состав питательных сред обязательно входит этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА) или ее натриевая соль ($\text{Na}_2\text{ЭДТА}$), которые улучшают доступность железа. В качестве источника углерода для биологических макромолекул, а также при культивировании гетеротрофных тканей (каллусов и суспензий) в питательные среды добавляют углеводы. В качестве углеводов используют сахарозу в концентрации 20-30 г/л. Для стимуляции биохимических процессов в клетке используют витамины группы В: тиамин-НС 1 (В1), рибофлавин (В2), Са-пантогенат (В5), пиридоксин-НС1 (В6), аскорбиновая кислота (С), никотиновая кислота (РР), мезоинозит. Для процессов роста и морфогенеза в культуре тканей необходимы регуляторы роста и развития - фитогормоны. Эти вещества индуцируют деление и растяжение клеток, влияют на дифференциацию и дедифференциацию клеток и тканей. В биотехнологических исследованиях чаще используют фитогормоны, стимулирующие рост и развитие: ауксины, цитокинины, гиббереллины. Среды стерилизуют автоклавированием при давлении 0,8-1 атм. После окончания автоклавирования следует медленно снижать давление в автоклаве и открывать его крышку лишь после того, как внутреннее давление станет равно внешнему. В противном случае из-за резкого изменения давления жидкость в сосудах бурно вскипает, что может привести к выбросу пробки. Чтобы убедиться в отсутствии бактериального заражения, культуральные сосуды с питательной средой оставляют на 4 -6 дней при температуре 20-25 °С. Сосуды с зараженной средой необходимо немедленно удалять для избежания заражения воздуха в лабораторном помещении [2,4,5].

Правила стерилизации растительного материала. Поверхностные покровы всех органов растений обычно заражены спорами микроорганизмов и грибов, тогда как внутренние ткани здоровых, неповрежденных растений считаются стерильными. Для поверхностной стерилизации растительных тканей применяют соединения, содержащие активный хлор (гипохлорит натрия, гипохлорит калия, хлорная известь, хлорамин), ртуть (сулема, диацид), перекись водорода, этиловый спирт. Прежде чем приступить к стерилизации, необходимо подготовить 4 стерильных сосуда с крышками. Один из них заполняют стерилизующим раствором, остальные - стерильной водой. Очищенный и промытый в дистиллированной воде растительный материал помещают на несколько секунд в 96 % этиловый спирт, затем в стерилизующий раствор и отмачивают время начала стерилизации. Растительный материал, погруженный в стерилизующий раствор, вносится в ламинар-бокс. По истечении времени стерилизации растительный материал стерильным пинцетом переносят в сосуды со стерильной водой, выдерживая в каждом из них по 5 мин. Простерилизованные и промытые объекты, помещенные в стерильные чашки Петри, готовы для вычленения фрагментов тканей и переноса их на питательные среды [5,6].

После подготовки рабочего места, посуды, питательной среды и растительного материала нами были посажены наземные части (простерилизованные, разрезанные на небольшие доли размерами около 7мм*6мм Родиолы розовой в количестве 80 пробирок на питательную среду MS. Пробирки поместили в термостат, где соблюдали условия (температуры не более 25 С, света) для проращивания эксплантов. Через 72-96 часов после посадки зараженные пробирки с питательными средами и посаженными эксплантами удалили. Экспланты проращивали в течении месяца при постоянном наблюдении [5,6].

Через месяц в пробирках с посаженными эксплантами получили проростки исследуемого растения размером 3-4 см. Проростки Родиолы розовой использовались для определения салидрозида спектрофотометрическим способом.

Аналитическую пробу сырья измельчали до размера частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 2 мм. Около 0,5 г (точная навеска) измельченного сырья помещали в колбу вместимостью 100 мл, прибавили 10 мл воды и нагревали на кипящей водяной бане в течение 15 минут.

Затем извлечение фильтровали через бумажный фильтр в мерную колбу вместимостью 100 мл, прибавили 10 мл воды и нагревали на кипящей водяной бане в течение 15 минут.

Далее извлечение фильтровали через бумажный фильтр в мерную колбу вместимостью 50 мл, избегая попадания частиц сырья на фильтр. Экстракцию повторяли еще 3 раза по 10 мл воды, нагревая каждый раз в течение 10 минут и фильтруя в ту же мерную колбу.

К охлажденному фильтрату прибавили 6 мл 10 % раствора свинца ацетата, 2 мл насыщенного раствора натрия сульфата, тщательно перемешивали, доводят объем раствора водой до метки и фильтровали через бумажный фильтр. Первые 15 мл фильтрата отбрасывали.

В мерную колбу вместимостью 25 мл перенесли 5 мл полученного фильтрата, прибавили 2,5 мл 2 % раствора натрия карбоната, 2,5 мл диазотированного сульфанила, довели объем раствора водой до метки, перемешали и через 5 минут измеряли оптическую плотность на спектрофотометре при длине волны 486 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм, используя в качестве раствора сравнения воду [10,11,12].

Содержание салидрозида в пересчете на абсолютно сухое сырье в процентах (X) вычисляют по формуле:

$$X = D * 250 * 100 / 253 * m * (100 - W)$$

где: D - оптическая плотность анализируемого раствора;
253 - удельный показатель поглощения салидрозида;
m - масса сырья в граммах;
W - потеря в массе при высушивании сырья, в процентах [12].

Заключение. Нами установлено количественное содержание салидрозидов в нативном растении Родиолы розовой в пересчете на сухое сырье, которое оказалось в пределах 0,9–1,2 %, а в проростках Родиолы розовой полученных биотехнологическим методом в пересчете на сухое сырье, которое оказалось в пределах 1,5–1,8 %.

Количественное определение в корневищах и корнях родиолы розовой по рекомендации ГФ XI должно быть не менее 0,8 % [9].

Полученные результаты свидетельствуют о том, что содержание салидрозида в проростках Родиолы розовой, полученных биотехнологическим методом (проращивание в стерильных условиях на среде Мурасиге-Скуга), почти в 2 раза превышает его содержание в нативном растении Родиолы розовой.

Литература

1. Бутенко Р. Г. Культура клеток растений и биотехнология. - М.: Наука, 1986. - 28 с.
2. Бутенко Р. Г. Биология клеток высших растений *in vitro* и биотехнологии на их основе. - М.: ФБК-ПРЕСС, 1999. - 152 с.
3. Биотехнология / Джесси Рассел. - М.: VSD, 2012. - 173 с.
4. Р. В. Камелин (эскизы к портрету учителя), 1997
5. Лутова, Л. А. Биотехнология высших растений / Л.А. Лутова. - М.: Издательство СПбГУ, 2010. - 240 с.
6. Валиханова Г. Ж., Рахимбаев И. Р. Методическое руководство к практическим занятиям по культуре тканей растений. - Алма-Ата: КазГУ, 1983. - 152 с.
7. Беккер, М.Е. Введение в биотехнологию / М.Е. Беккер. - М.: Книга по Требованию, 2012.
8. Arakawa T., Chong D.K.X., Merritt J.L., Langridge W.H.R. Expression of Cholera Toxin B Subunit Oligomers in Transgenic Potato Plants // *Transgenic Res.* 1997. Vol. 6. P. 403-414.
9. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Т.1.-Алматы:Издательский дом «Жибекжолы», 2008. - 592 с.
10. Саратиков А.С., Краснов Е.А. Родиола розовая - ценное лекарственное растение: золотой корень. - 3-е изд. испр. и доп. - Томск, 1987. - 254 с.
11. Куркин, В.А. Химический состав и фармакологические свойства растений рода родиола (обзор) / В.А. Куркин, Г.Г. Запесочная // *Хим.-фармац. журнал.* 1986. Т. 20, № 10. С. 1231-1244.
12. Крендаль Ф.П., Козин С.В., Левина Л.В. Сравнительная характеристика препаратов из группы фитоадаптогенов-женьшеня, элеутерококка и родиолы розовой. М.: ПРОФИЛЬ. 2007. 392 с

ТҮЙІН

Касымова А.А., АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», «Фармация» мамандығының 2 курс магистранты, Шымкент қ., Қазақстан, amina23.05@mail.ru

Сағындықова Б.А., АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», «Дәрілер технологиясы» каф.менгерушісі, фарм.ғ.д., профессор, Шымкент қ., Қазақстан sagindik.ba@mail.ru

ҚЫЗҒЫЛТ СЕМІЗОТ (*RHODIOLA ROSEA L.*) ДӘРІЛІК ӨСІМДІГІН *IN VITRO* ӨСІРУ ШАРТТАРЫН ТАҢДАУ

Өсімдік клеткалары қоректік ортада жасанды жағдайда шектеусіз ұзақ уақыт өмір сүре алады, бұл ретте биомассаның бір бөлігін өнімді экстракциялау үшін пайдалануға болады, ал бір бөлігін өсімдікті жанарту үшін жаңа қоректік ортада өсіруге болады. Жұмыста Қазақстан Республикасының Қызыл кітабына енгізілген қызғылт Семізот (*Rhodiola rosea L.*) дәрілік өсімдігін өсірудің оңтайлы шарттарын таңдау жәнәсалидрозидтің сандық құрамын анықтау бойынша зерттеулер жүргізілді. Зерттеудің мақсаты қызғылт Семізот дәрілік өсімдігін

биотехнологиялық әдіспен алу болып табылады. Қоректік орта ретінде Тошио Мурасига және Фольке К. Скуга өсімдіктер физиологиясымен әзірлеген, Мурасига-Скуга ортасы пайдаланылды. Басқа қоректік орталармен салыстырғанда Мурасига-Скуга ортасын пайдалана отырып, өсуді айтарлықтай жеделдетуге болады.

Кілт сөздер: биотехнология, қызғылт Семізот, қоректік орта, стерильділік, өсіру.

ABSTRACT

Kassymova A.A., JSC «South Kazakhstan medical academy», 2-year master's degree student in «Pharmacy», Shymkent, Kazakhstan, e-mail: tani96-96@mail.ru

Sagindykova B.A., Head of Department of " Drugs technology ", JSC "South Kazakhstan medical Academy", doctor of Pharm. sciences, Professor, Shymkent, Kazakhstan, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

THE CHOICE OF THE CONDITIONS OF CULTIVATION OF RHODIOLA ROSEA (RHODIOLA ROSEA L.) IN VITRO

Plant cells can be grown in artificial conditions on nutrient media indefinitely, while part of the biomass can be used for the extraction of the target product, and part transplanted to a fresh nutrient medium for the resumption of culture. The research on the choice of optimal conditions for the cultivation of medicinal plants listed in the Red book of the Republic of Kazakhstan *Rhodiola rosea* (*Rhodiola rosea* L.), as well as the determination of the quantitative content of salidroside. The aim of the study is to obtain a medicinal plant *Rhodiola rosea* by biotechnological method. As the nutrient medium will be used Murashige-Skoog medium, which was developed by the physiologists of plants Toshio Murasige and Folke K. Skoog in 1962. Using this medium can achieve a significant acceleration of growth compared to other nutrient media.

Key words: biotechnology, *Rhodiola rosea*, nutrient medium, sterility, cultivation.

УДК 615.238

М.О.Шомаксудова, З.Х.Абдигалилова, Ш.Х. Суннатов

Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Узбекистан, marhabo.pharm@mail.ru,
zilola.pharm@mail.ru.

МЕТОД ПРЯМОГО ПРЕССОВАНИЯ В ТЕХНОЛОГИИ ТАБЛЕТОК «ГЛИЦЕРИН-С»

В настоящее время фармацевтические препараты играют особую роль в развитии фармацевтических препаратов. Поскольку таблетка играет важную роль в качестве лекарственного средства, которое отличается удобством, гигиеничностью, высокой производительностью, удельной дозировкой, устойчивостью к воздействию внешних сред и другими преимуществами. Это был первый имперский подход к разработке технологии формулирования лекарств, с новым подходом 60-70-х годов прошлого века. Используя новейшие научные новости, исследования начались на основе научно обоснованного анализа технологии планшетов. Приведены результаты исследований в области разработки технологии таблеток противоспалительные. В статье приведены результаты выбора технологии таблеток с условным названием «Глицерин-С». В ходе исследования использовали методы прямого прессования. Определено, что разработанная технология с применением прямого прессования не обеспечивает производство таблеток, соответствующих требованиям ГФ XI.

Ключевые слова: технология, прямое прессование, вспомогательные вещества, таблетки, гранулят

Технология любого приготовления таблеток заключается в том, что необходимое количество лекарственного вещества смешивается с нужным количеством различных вспомогательных веществ. Потом происходит и прессование на специальных таблеточных прессах. Большинство активных веществ, которые используются в таблетках, не обладают теми свойствами, которые нужны для их непосредственного прессования. Это изометрическая, то есть правильная форма кристаллов, хорошая текучесть или сыпучесть и обязательно хорошая прессуемость, низкая адгезионность [1].

Прямое прессование выполняется только с добавлением дополнительных веществ, вспомогательных, которые помогают улучшить сами свойства активного материала для прессования. Однако далеко не все вещества, которые имеют лекарственные свойства, обладают и свойствами, обеспечивающими возможность прессования. Для таких веществ применяются другие технологии создания таблеток [2,3].

Основная цель - разработать лекарственный препарат, который обладает эффективным противоспалительным эффектом и обладает высоким терапевтическим эффектом. В данном сообщении приводятся результаты исследования в области получения таблеток методом прямого прессования.

Анализ технологических характеристик субстанции и вспомогательных веществ проводили на приборах фирмы «Erweka» (Германия), размер частиц оценивали методом микроскопии с использованием программы Видео Тест. Для разработки таблеток нами были апробированы составы с различными композициями вспомогательных веществ и их соотношениями. Были использованы различные вспомогательные вещества, рекомендуемые ГФ XI как индивидуально, так и в сочетаниях: микрокристаллическая целлюлоза «Интротел», лактоза, сахароза, крахмал картофельный, крахмал кукурузный, карбоксиметил целлюлоза кальция карбонат, магния стеарат, стеарат кальция, стеариновая кислота. Получены методом прямого прессования таблетки «Глицерин-С» в лабораторных условиях. В состав таблеток включены с учётом физико-химических и

технологических характеристик ингредиентов вспомогательные вещества, её хорошую прессуемость и однородность заполнения матрицы таблеточного пресса, а значит и однородность распределения действующего вещества в лекарственной форме. Анализ таблеток осуществляли по действующей нормативной документации. Таблетки полученные по методу прямого прессования не отвечали требованиям предъявляемых к таблетированным лекарственным формам. Но из-за несоответствующих технологических свойств таблетки оказались плохого качества - таблеточная масса прилипала к пресс - инструменту, таблетки не соответствовали требованиям по распадаемости и истираемости. Таблетки, полученные прямым прессованием, не соответствовали требованиям ГФ XI предъявляемым к таблетированным препаратам. Поэтому решили при таблетировании использовать метод влажного гранулирования.

Таким образом, таблетки «Глицерин-С» полученные методом прямого прессования не представляется возможным, вследствие чего было определено использовать метод влажного гранулирования и введение в состав комплекс вспомогательных веществ. Это простой, удобный и наиболее часто используемый метод. Этот метод проводят в два этапа: на первой стадии гранулятор предварительно измельчают, просеивают и смешивают. Затем они увлажняются связующим в смесителе. Количество отбеливателя, полученного для влаги, зависит от свойств ингредиентов. Эту же и умеренно пропитанную массу доводят до гранулированного гранулятора (диаметр 3-5 мм) и сушат до сушки в сушилке. Это фаза называется влажная грануляция.

Второй этап или сухое прорастание. На первой стадии высушенная масса будет повторно гранулирована. Диаметр отверстий поддона составляет 1-3 мм, обычно 1,5-2 мм. Целью сварки в два этапа является достижение относительной однородности массы зерна, чтобы обеспечить её быструю и равномерную сушку. Это экономически выгодно, и в основном используется в промышленности сегодня.

Литература

1. Махмуджонова К.С., Ризаева Н.М. Оптимальный гранулометрический состав массы // Фармацевтика журналы Тошкент, 2005 №4 Б. 33-35.

2. Современное состояние создания, производства и исследования таблетированных лекарственных препаратов./ М.М. Васенда, Н.М. Белей, М.Б. Демчук, В. Тригубчак, С.М. Гуреева, А. Мельник, В.Я. Шалата, Т. А. Денежный / Фармацевтический журнал. - 2009. - № 4 (9). - С. 77-80.

3. Исследования различных образцов микрокристаллической целлюлозы при получении таблеток методом прямого прессования / Л.И. Кучеренко, А.В. Тригубчак, М.Б. Демчук [и др.]. / Научно-технический прогресс и оптимизация технологических процессов создания лекарственных препаратов: матер. 3-й научно-практической. конф., 1-2 октября 2009 г., г.Тернополь. - М.: Укрмедкнига, 2009. - С. 59 .

A.S. Sandibekova, 4th year student of TPhM, Almaty, RK, aidanasandibekova@gmail.com

G.O.Ustenova, Head of the Department of medicine technology and engineering disciplines, d.t.s., Prof., Almaty, RK.

THE ROLE OF GMP IN KAZAKHSTAN

Introduction. The main factor in the global system of drug supply is the provision of important drugs that meet quality standards, safety, and should be at an affordable price. The document defining requirements to quality control of medicines is the standard of good manufacturing practice.

The standard of good manufacturing practice sets out the requirements for the proper production of medicines, active pharmaceutical substances used as raw materials. The implementation of the standard of good manufacturing practice in the pharmaceutical enterprises of the Republic makes it possible to monitor the process, the conditions of production, which directly affect the quality of dosage forms.

Objects and methods of research. Today, about 80 enterprises of the pharmaceutical industry of the country produce more than 11 thousand tons of medicines and medical products in the amount of 42.4 billion tenge per year, which, for example, is 37 times more than 20 years ago, in 1998 [1].

Since January 2016, the common market of medicines for the countries of the Eurasian economic Union has been functioning. At the same time, Kazakhstan has the highest level of imports of pharmaceuticals compared to other EAEU members. Thus, the share of imported pharmaceutical products in the market of Kazakhstan is 88%, in Belarus, for example, 75%, in Russia – 82%, given that according to the WHO recommendations, the share of domestic production should be at least 25% of the total volume of medicines in the country.

Results and discussions. Only medicines of GMP standard should be produced and sold on the territory of the EAEU. Standards of good pharmaceutical practices were approved in the system of state standard of the Republic of Kazakhstan in 2006. Since March 2014, all foreign companies exporting products to Kazakhstan had to confirm that they work according to the GMP standard, otherwise the import of their products into the country was prohibited. In 2015, GMP standards were updated to meet the requirements of the EU and the EAEU. Since January 1, 2018, GMP standards have made mandatory for Kazakh producers. Production facilities that have not yet implemented GMP may apply for safety and quality assessment of products and sell drugs before the expiration of their registration certificates [2].

The procedure of certification for compliance of a medicinal product with GMP standards in international practice is complex, and its main purpose is to confirm the safety and efficacy of products. In this regard, in order to achieve this goal, specialists of accredited certification organizations are not limited to the evaluation of a number of sample samples of medicines, as often provided by other standards. The procedure for establishing the required level of quality of medicines also includes the assessment of the enterprise itself engaged in its production. As a result, experts involved in certification procedures analyze a specific drug and the process of its release in the following areas:

assessment of production for compliance with safety criteria, including its verification of the probability of foreign impurities and substances entering the product;

- evaluation of production to meet technical requirements for production, including the conditions regarding humidity, temperature and other parameters in the production facilities;

assessment of the quality, safety and efficacy of medicines produced at a particular enterprise;

assessment of compliance of production parameters and characteristics of the drug with the regulatory documents adopted within the GMP procedure [3].

Conclusion. Manufacturers that have GMP certificate of conformity in Kazakhstan:

JSC "Himfarm" (SANTO company), LLP "VIVA Pharm», LLP "Petoleum», Too " Eikos Pharm», LLP "Kelun farm»,

LLP "Abdi Ibrahim global farm», JV "Ecofarm», Pharmaceutical company Romat LLP»

CJSC "Nobel Almaty pharmaceutical factory", etc [4].

A GMP facility must provide an environment for the safe processing and manipulation of tissues for use in humans under the new and stricter regulations. Its versatility in an academic center should allow for new protocols to be developed and readily applied in the ever changing and more demanding field of cellular and gene therapy.

References

1. The business information centre Kapital.kz <https://kapital.kz>.
2. Inform the BUREAU <https://informburo.kz>.
3. Order of the Minister of health and social development of the Republic of Kazakhstan dated may 27, 2015 № 392. Registered in the Ministry of justice of the Republic of Kazakhstan on June 30, 2015 № 11506.
4. Online magazine Attek experts <https://www.centrattek.ru>.

УДК: 615.32:633.883.2

Жумашова Г.Т., PhD докторант 2-го курса специальности фармация, g.zhumashova@mail.ru

Байконуров А., Баймуханов К., студенты 2 курса специальности технология фармацевтического производства

Научный руководитель: **Сакипова З.Б.**, д. фарм. н., профессор

АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы, Казахстан

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРАКТА ГУСТОГО РЕВЕНЯ СЕРДЦЕВИДНОГО

Создание фитопрепаратов является этапным процессом, который определяет заданное качество готового продукта благодаря надлежащим практикам.

На процесс экстракции биологически активных веществ из растительного сырья влияют ряд факторов: анатомическое строение, степень и характер измельчения сырья, разность концентрации веществ в сырье и экстрагенте, режим температуры, природа экстрагента и продолжительность экстракции. Разработка оптимальных технологии, которые позволяют повысить эффективность извлечения биологически активных веществ и получение более качественных извлечений является актуальным при получении фитопрепаратов различной степени очистки.

В АО «Национальный медицинский университет» совместно с Люблинским медицинским университетом (Польша) и Национальным фармацевтическим университетом (Украина, Харьков) ведутся научно-исследовательские работы по изучению лекарственного растения рода *Rheum* L. (семейства Грешичные *Polygonaceae* Juss.) – ревеня сердцевидного (*Rheum cordatum* Losinsk.) с целью расширения официальных видов отечественных лекарственных растений и получения на их основе фитопрепаратов.

Заготовку сырья дикорастущего ревеня сердцевидного осуществляли согласно требованиям Надлежащей практики культивирования и сбора лекарственных растений (GACP).

Цель исследования – разработка технологии получения экстракта густого из корней ревеня сердцевидного.

Для разработки оптимальной технологии получения густого экстракта ревеня сердцевидного изучены физико-химические и технологические параметры высушенного сырья: удельная масса, насыпная масса, объемная масса, пористость, порозность, свободный объем слоя сырья. Для подбора оптимального экстрагента нами исследована извлекающая способность водно-спиртовых растворов разной концентрации (20 %, 30 %, 40 %, 60 %, 70 %, 80 %) и воды очищенной. В результате исследований было установлено, что спирт этиловый 30 % и 40 % извлекает из корней ревеня сердцевидного (размером частиц до 1 мм) наибольшее количество экстрактивных веществ – 35,78 % и 34,82 % соответственно.

На основе результатов экспериментальных данных выхода экстрактивных веществ, литературных данных [1,2] и фармако-технологических показателей сырья в качестве экстрагента обоснован спирт этиловый 30 %, размер частиц сырья до 1 мм и метод перколяции (фильтрационной экстракции).

Исследование динамики процесса экстракции методом перколяции (фильтрационной экстракции) выполняли согласно стандартному алгоритму и были рассчитаны такие критерии, характеризующие процесс экстракции, как: содержание сухого остатка в отдельно собранных порциях жидкого извлечения (отпусках) и в суммарных извлечениях, собранных на каждой последующей ступени экстракции (C_n , %); содержание экстрактивных веществ в суммарных извлечениях (D_n , %).

Густые экстракты получали путем сгущения полученных жидких извлечений на лабораторном вакуумном испарителе.

Полученный густой экстракт ревеня сердцевидного является перспективным для дальнейших исследований по созданию лекарственных форм со слабительной активностью.

Литература.

1. Чуешов В.И. и др. Промышленная технология лекарств. - Х.: МТК-книга, Издат. НФАУ, 2002. – 716 с.
2. Минина С.А., Каухова И.Е. Химия и технология фитопрепаратов. – М.: Геотар – Мед, 2004. – 560 с.

УДК 615.262:613.495 (574)

Сабитов А.С., PhD докторант 1-го курса специальности технология фармацевтического производства, e-mail: acxam78@gmail.com

Байтекова З., Балтагулов М., студенты 2 курса специальности технология фармацевтического производства
Научный руководитель: **Сакипова З.Б.**, д. фарм. н., профессор

Школа Фармации, АО «Национальный Медицинский Университет», г. Алматы, Республика Казахстан

СТРУКТУРА ТЕХНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОГО ПРОЕКТА: ПРОИЗВОДСТВО ПАРФЮМЕРНО КОСМЕТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ

Введение. Развитие производства отечественных товаров народного потребления, в частности парфюмерно косметической продукции (ПКП) является одним из приоритетных направлений экономической политики в Казахстане. В связи с тем, что Казахстанский рынок ПКП является практически полностью импортозависимым, актуальность и перспективность выхода на рынок новой отечественной продукции полностью обосновано. Для подтверждения экономической целесообразности производства ПКП на основе отечественного лекарственного растительного сырья имеется необходимо провести анализ структуры технико-экономического обоснования (ТЭО) разработки и внедрения нового инвестиционного проекта [1].

Структура ТЭО составлена на основании утвержденных «Требований к разработке или корректировке, а также проведению необходимых экспертиз технико-экономического обоснования инвестиционного проекта для предоставления государственных гарантий», утвержденных Приказ и.о. Министра экономического развития и торговли Республики Казахстан от 6 августа 2010 года № 136 (Требования) [2,3].

Результаты

В результате проведенной работы разработан проект структуры ТЭО состоящий следующих разделов, согласно Требованиям:

1. Паспорт проекта;
2. Введение;
3. Институциональный раздел;
4. Маркетинговый раздел;
5. Техничко-технологический раздел;
6. Экологический раздел;
7. Финансовый раздел;
8. Социально-экономический раздел;
9. Оценка и распределение рисков;
10. Выводы по проекту;
11. Приложения.

Выводы. Из данной работы следует, что положения Требований к инвестиционному проекту для предоставления государственных гарантий непосредственно применимы к проекту производства ПКП на основе лекарственного растительного сырья. Необходима особая детальная проработка маркетингового и технико-технологического разделов Требований, что продиктовано специфическими характеристиками сферы производства товаров народного потребления.

Литература.

1. Агентство маркетинговых и социологических исследований «DAMU Research Group». Отчет по результатам исследования «Рынок парфюмерии и косметики Республики Казахстан» [Электронный ресурс] / Электрон. текстовые дан. – Алматы, 2016. – Режим доступа: <http://www.atameken.kz>.

2. Приказ и.о. Министра экономического развития и торговли Республики Казахстан от 6 августа 2010 года № 136 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 15.12.2015 г.). Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 19 августа 2010 года № 6402. Требования к разработке или корректировке, а также проведению необходимых экспертиз технико-экономического обоснования инвестиционного проекта для предоставления государственных гарантий. // Справочная правовая система.

3. Технический регламент Таможенного Союза ТРТС 009/2011. О безопасности парфюмерно косметической продукции. Решение Комиссии Таможенного Союза от 23 сентября 2011 года №799. // Справочная правовая система.

УДК: 615.32:633.861.2

Алламбергенова З.Б., PhD докторант 1-го курса специальности технология фармацевтического производства, zoyaallambergen@mail.ru

Султанали Д., Бакыт Н., студенты 2 курса специальности технология фармацевтического производства

Научный руководитель: Сакипова З.Б., д. фарм. н., профессор

АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы, Республика Казахстан

КОНЦЕПЦИЯ ИНТРОДУКЦИИ ШАФРАНА АЛАТАВСКОГО (*CROCUS ALATAVICUS L.*)

Во флоре Казахстана насчитывается около 6000 видов высших сосудистых растений, в том числе 1300 видов лекарственных растений. Из общего числа этих видов 387 видов уже включены в Красную книгу Республики Казахстан как редкие, либо находящиеся под угрозой исчезновения. Одной из главных причин сокращения числа видов является несбалансированное использование природных ресурсов и разрушение среды их обитания. В конечном итоге, это может привести к утрате биоразнообразия и деградации природных экологических систем.

На сегодняшний день в РК разрабатывается законопроект о запрете на сбор дикорастущих растений и трав. Связи с этим, необходимо внедрение в культуру лекарственных растений в соответствии с требованиями ГАСР. Всемирной Организацией Здравоохранения были разработаны Руководящие принципы по надлежащей практике культивирования и сбора лекарственных растений (ГАСР), в которых проводится подробное описание технологий и мер, необходимых для правильного культивирования и сбора лекарственных растений. Основной целью ГАСР является создание соответствующей системы обеспечения качества лекарственного растительного сырья для гарантирования безопасности потребителей лекарственного растительного сырья, а также во избежание возможного перепутывания похожих растений и нанесения вреда окружающей среде из-за низкой квалификации персонала и отсутствия контроля путем установления соответствующих стандартов качества лекарственного сырья. [1].

Целью данной работы является создание концепции интродукции лекарственного растения шафрана алатавского (*Crocus alatavicus L.*) на производственной зоне предприятия ТОО «ФитОлеум» в соответствии с требованиями ГАСР.

Объектом исследования является шафран алатавский (*Crocus alatavicus L.*), произрастающий Джунгарском, Заилийском, Кунгей и Терской Алатау, от Кетменского хребта до Каратау и Каражантау. Растет на щебенистых и глинистых склонах, луговых и степных участках, в зарослях кустарников от предгорий до верхней границы лесного пояса.

C. alatavicus L. – травянистое многолетнее растение, высотой 10-30 см, имеет округло-шаровидную клубнелуковицу диаметром 1-2 см, с чешуей из параллельных волокон, соединенных тонкой перепонкой. Листья в числе 6 – 9, линейные, гладкие или слегка мелко рещётчатые, обычно 8 – 12 см длиной при цветении и до 20 см в период плодоношения, окруженные длинными пленчатыми влагалищами. Околоцветник белый, с наружной стороны по долям отгиба синевато-окрашенный. Пыльцевая трубка длинная во много раз длиннее долей околоцветника, пыльники оранжевые, длинные, линейные, прямостоячие. Столбик длинный, рыльце оранжевое, с удлинненными лопастями, длина которых в 3 раза превышает ширину. Цветет с января-марта до апреля-конца мая, зависит от погодных условий, из-за раннего цветения, вид в народе называется «подснежником». Плодоносит в мае-июне, дает самосев. Плод продолговатая коробочка до 2,5 см длиной, 0,5-1,0 см шириной, количество семян – до 40. Размножение семенное, как исключение вегетативное.

В настоящее время численность вида сокращается, занесен в Красную книгу Казахстана, и утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 октября 2006 года [2].

Культивирование лекарственного растительного сырья представляет собой стандартизированный процесс, который состоит из последовательных этапов:

1: Выбор семян и клубнелуковиц надлежащего качества и подготовка объектов для культивирования, который были получены из идентифицированных растений, в которых прослеживаются такие признаки, как род,

вид, культурная разновидность (сорт, хемотип, происхождение). Семена и клубнелуковицы должны быть максимально чистыми без вредителей и болезней.

2: Выбор места для культивирования *C.alatavicus L.* На базе предприятия ТОО «ФитОлеум». Енбекшиказахском районе, Алматинской области выбраны участки в соответствии с требованиями. Для проведения интродукции определены пределы выносливости интродуцента и его приспособительные особенности к окружающей среде. По жизненной форме крокусы являются геофитами с эфемероидным циклом развития. Образование подземных запасующих органов, защищающих почки возобновления, позволило выработать у крокусов реакции и механизмы устойчивости к неблагоприятным условиям внешней среды [3, 4].

3: Подготовка почвы для культивации. В соответствии с требованиями ГАСР нами выбран участок не загрязненные шламами, тяжелыми металлами, отходами и химикатами. Анализ почвы проведен в аккредитованной лаборатории, результаты соответствуют надлежащим требованиям качества. В осенний период перед вспашкой внесен прокомпостированный навоз не содержащий человеческие фекалий.

4: Посев, посадка и внесение удобрений: следует использовать сертифицированные органические удобрения, соответствующие требованиям, предъявляемые в сельском хозяйстве. Проводится расчет вносимых удобрений.

5: Уход и полив. Необходимо прореживать сеянцы, удалять сорняки, проводить борьбу с вредителями и болезнями. Полив *C.alatavicus L.*, следует производить только при необходимости.

6: Сбор и заготовка. Лекарственное растительное сырье следует собирать в период его наилучшего качества с учетом планируемого назначения.

Таким образом, разработана алгоритм интродукции лекарственного растения шафрана алатавского (*Crocus alatavicus L.*) в соответствии с требованиями ГАСР. Весной в 2019 года планируется высадка объекта на опытно-промышленном участке в Алматинской области на базе фармацевтического предприятия ТОО «ФитОлеум».

Литература

1. Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора [ГАСР] лекарственных растений // Всемирная организация здравоохранения. – Женева: С.55 – 59.
2. Флора Казахстана. – Алма-ата: Издательство Академии наук Казахской ССР, 1958. – Т. 2. – С. 233
3. Иващенко А.А. Тюльпаны и другие луковичные растения Казахстана. – Алматы: Две столицы, 2005. – 192 с.
4. Седельникова Л.Л. Онтогенез крокуса алатавского в Сибири // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: География, Геоэкология. – 2011. - №2. – С. 73-74.

УДК 616.31:615.46

Тыныс Т.О., магистрант 2 курса по специальности «Фармация», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан, e-mail: tani96-96@mail.ru

Сагиндыкова Б.А., д.фарм.н., профессор, зав.кафедрой «Технология лекарств», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

РАЗРАБОТКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЛЕНОК С ЛИОФИЛЬНЫМИ ЭКСТРАКТАМИ

Аннотация

Стоматологические лекарственные пленки представляют собой полимерную, эластичную пластинку овальной и прямоугольной формы с равными краями и плоской поверхностью разного размера и разной толщины. Для получения стоматологических лекарственных пленок нами подобраны рациональные вспомогательные вещества, обеспечивающие свойства стоматологических лекарственных пленок. Также изучены физико-химические и биофармацевтические параметры действующих и вспомогательных веществ. Нами разработана рациональная технология стоматологических лекарственных пленок с лиофильными экстрактами ромашки лекарственной, шалфея лекарственного и дуба обыкновенного.

Ключевые слова: стоматологические пленки, лиофильные экстракты, Na-КМЦ, сорбат калия, глицерин.

Воспалительные заболевания полости рта (пародонтит, гингивит, стоматит) занимают одно из лидирующих мест в клинической стоматологии. Решение проблемы оказания стоматологической помощи и снижения количества заболеваний во многом зависит от широкого внедрения в практику эффективных, простых, доступных средств и методов лечения. Учитывая длительное лечение воспалительных заболеваний ротовой полости, применяемые лекарственные препараты должны быть просты в применении и иметь длительный эффект [1].

Перспективным и принципиально новым методом лечения стоматологических заболеваний является использование биоразтворимых лекарственных пленок. Помимо удобства применения биоразтворимые лекарственные пленки обеспечивают длительный контакт и постоянство концентрации лекарственного вещества на месте аппликации [2].

Лекарственные пленки позволяют регулировать кинетику высвобождения активных компонентов, пролонгировать терапевтический эффект, сочетать в одной композиции лекарственные вещества, принадлежащие к различным фармакотерапевтическим и физико-химическим группам [3].

Цель исследования создание пролонгированных лекарственных форм, обладающих противовоспалительным действием, ранозаживляющей, антибактериальной активностью для применения в стоматологии.

Методы. Для приготовления стоматологических пленок использованы лиофильные экстракты ромашки, шалфея и коры дуба, полученные нами методом лиофильной сушки на аппарате «PowerDryPL6000». С целью выбора оптимальной основы изучено 5 композиций пленкообразующих составов, представляющих собой различные соотношения пленкообразователей и пластификаторов.

Нами был проведен отсеивающий эксперимент, в ходе которого изучены свойства 5 растворов полимеров природного и синтетического происхождения. С выбранными пленкообразователями нами были приготовлены основы для получения пленок с учетом их физико-химических свойств.

Основными критериями пригодности пленкообразователей оценивали по:

- способности при высыхании образовывать пленки;
- приемлемому температурному и временному режиму сушки;
- качеству образовавшихся пленок [4].

Состав № 1. В фарфоровую чашку взвесили 5,0 г медицинского желатина, добавили 20 мл воды комнатной температуры и оставили на 1 час для набухания. Спустя время разогревали на водяной бане, перемешивая до полного растворения. В двух отдельных вспомогательных емкостях: в 20 мл воды очищенной 5,0 г агара; в 35 мл воды очищенной Na-КМЦ перемешивали до растворения на водяной бане. Приготовленные растворы агара и Na-КМЦ перемешивали в горячем состоянии до образования однородной массы и частично перенесли в раствор желатина. Прибавили 5,5 г глицерина. Раствор нагревали на водяной бане при температуре не выше 50°C, перемешивали в течение 10-15 минут. Остывший раствор частично перелили на горячую основу и перемешивали до образования однородной массы. В раствор прибавили воду очищенную до 100,0 г, разлили в специальные формы, пленку сушили до 5-10% остаточной влажности.

Состав № 2. 1,5 г желатина оставили для набухания при комнатной температуре. После набухания нагревали на водяной бане до полного растворения. Затем добавили частями 10,0 г глицерина. Доводили массу водой очищенной до 100,0 г и разлили в специальные формы. Пленки сушили до 5-10% остаточной влажности.

Состав №3. 1,5 г Na-КМЦ растворили в 40 мл воды очищенной на водяной бане до 50°C. 7,0 г глицерина частями добавили в предварительно приготовленный раствор Na-КМЦ. Равномерно перемешивали до образования массы и доводили водой очищенной до 100,0 г. Разлили в формы и сушили до 5-10% влажности.

Состав №4. 4 г Na-альгината оставили в 40 мл воды очищенной набухать на водяной бане до 50°C на час. После полного растворения добавили частями 3 г глицерина. Перемешивали до образования однородной массы и водой очищенной довели до 100,0 г. Разлили в формы, просушивали до 5-10% влажности.

Состав №5. 3 г Na-альгината оставили в 40 мл воды очищенной набухать на водяной бане до 50°C на 1 час. После полного растворения добавили частями 4 г глицерина. Перемешивали до образования однородной массы и водой очищенной довели до 100,0 г. Разлили в формы, просушивали до 5-10% влажности.

В результате эксперимента установлено:

- пленочная матрица на основе 5% раствора агара, желатина и 2,5% Na – КМЦ получилась желеобразная, поверхность неоднородная (состав № 1);
- пленочная матрица на основе 15% раствора желатина получается липкая, не эластичная, не пластичная, трудно отстает от подложки и неоднородная (состав № 2);
- на основе 1,5% раствора Na – КМЦ образуется однородная, прозрачная, эластичная матрица, без трещины и разрывов (состав № 3);
- на основе 4% раствора натрия альгината образуется: однородная, прозрачная матрица, прозрачного цвета, на изгибе и по краям пленки образуются микротрещины (состав № 4);
- пленочная матрица на основе 3% раствора альгината натрия очень тонкая, хрупкая и ломкая (состав № 5).

Основываясь на эксперименте самым оптимальным вариантом пленочной основы является состав № 3.

Состав и концентрация пленочных основ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Состав и концентрация компонентов пленочной основы

№	Количество компонентов, г					
	Агар	Na-КМЦ	Na-альгинат	Желатин	Глицерин	Вода очищенная
1	5,0	2,5	-	5,0	5,5	до 100,0
2	-	-	-	15,0	10,0	до 100,0
3	-	1,5	-	-	7,0	до 100,0
4	-	-	4,0	-	3,0	до 100,0
5	-	-	3,0	-	4,0	до 100,0

Наиболее рациональным и совершенным пластификатором для стоматологических пленочных лекарственных форм является глицерин, так как он способствует удержанию влаги за счет своих мощных гидратирующих свойств [5].

Нами выявлено, что введение глицерина в состав пленок более 10% нецелесообразно, так как это существенно замедляет процесс сушки пленок. Пленки состава № 2 с концентрацией глицерина 10% имеют длительный процесс сушки, плохо отделяются от подложки, липкие на ощупь.

При добавлении 3%, 4% глицерина в составах № 4 и 5 остаточная влажность пленок была недостаточной для сохранения своих первоначальных свойств. Так, после непродолжительного хранения пленка теряет свою эластичность (образуются микротрещины и разрывы).

Наиболее оптимальным было введение в состав пленок глицерина в количестве 7%. Пленки получились эластичными, без разрывов и трещин.

Далее нами проведены исследования по выбору рационального консерванта и его оптимального количества в составе пленок. В фармацевтической технологии в качестве консерванта широко используется сорбат калия, который имеет широкое применение в качестве антимикробного вещества. Сорбат калия менее токсичен, а так же имеет высокое антимикробное действие. Рекомендуемая концентрация сорбата калия в лекарственных формах 0,1-0,6% [6].

В наших исследованиях оптимальной концентрацией выбрано – 0,5%.

В качестве корригирующего вещества была изучена возможность применения масла эвкалипта. Эвкалиптовое масло обладает высоким антисептическим эффектом, чем другие эфирные масла, острым запахом и вкусом, у препарата способность скрывать неприятный запах и вкус, а также обладает консервирующим свойством.

Учитывая эти свойства, при изготовлении фитопленок с целью улучшения запаха и вкуса препарата было выбрано масло эвкалипта.

В выбранный образец основы ввели 1,5 % в пересчете на сухую массу фитопленки экстракты лекарственных растений: ромашки лекарственной, шалфея лекарственного, дуба обыкновенного.

В результате по цвету, запаху, вкусу, эластичности, прочности, вязкости, однородности и отсутствию трещин состав № 3 является наиболее оптимальным (таблица 2).

Таблица 2 – Состав №3 стоматологических лекарственных пленок

Фитокомплекс (ромашка, шалфей, дуб)	1,5г
Натрий-карбоксиметилцеллюлоза	1,5 г
Глицерин	7,0 г
Сорбат калия	0,5 г
Масло эвкалипта	0,5 г
Вода очищенная	До 100,0

Стоматологические пленки изготавливали по следующей технологии:

В посуде взвесили 1,5 г Na-КМЦ, добавили 40 мл воды очищенной и оставили набухать 45-60 минут. По истечении указанного срока, массу нагревали на водяной бане при температуре 40-50°C.

Лиофильные экстракты: ромашки, шалфея и коры дуба взвешивали в количестве по 0,5 г каждого. Экстракты тщательно перемешивая растворяли в 10 мл воды по отдельности. Затем экстракты добавляли частями в основную массу, перемешивая до полной однородности массы.

В другой посуде взвесили 0,5 г сорбата калия и растворили в 20 мл воды очищенной, после полного растворения, раствор перенесли в основную массу и тщательно перемешали.

Далее прибавляли частями 7 г глицерина и тщательно перемешивали.

Растворили 0,5 г масло эвкалипта в 5,0 г 96% спирта этилового (1:10). Затем частями добавили в основную массу.

Далее довели водой очищенной до 100,0 г и перемешивали до образования однородной массы.

Готовую массу разлили, в предварительно смазанное маслом вазелина, в специальную подложку и сушили до 5-10% остаточной влажности при комнатной температуре.

По внешнему виду полученные стоматологические пленки представляют собой эластичные пластины темно-коричневого цвета со специфическим запахом, без механических включений и пузырьков воздуха.

Заключение. На основе проведенных исследований разработан оптимальный состав и технология стоматологических лекарственных пленок с лиофильными экстрактами: ромашки, шалфея и коры дуба, обладающих положительными технологическими характеристиками.

Литература.

1. Улитовский С.Б. Проблемы пародонтологии и современные проблемы их решения / Улитовский С.Б., Алексеева Е.С., Васянина А.А. // Пародонтология. – 2015. – №3 (76), Т. 20. – С. 33 - 36.
2. Алексеева И.В., Соловьева К.Л., Веселкова Т.А. Разработка состава, технологии и оценка качества фитопленок на основе сухих растительных экстрактов//Современные проблемы науки и образования.2012.– № 5.
3. Жезняковская Л.Ф, Долинина Д.Г., Оконенко Л.Б. Стоматологические пленки на основе растительных экстрактов // Фармация. 2012. №7. С. 35 – 37.
4. Маринина Т.Ф., Гюльбякова Х.Н. Разработка технологии и анализ двухслойных стоматологических пленок противовоспалительного и анестезирующего действия // Современные проблемы науки и образования. 2014. №4. (дата обращения: 14.03.2015)

5. Полимерные лекарственные пленки для лечения заболеваний слизистых оболочек // Т.А. Панкрушева, Л.Н. Ерофеева, И.Н. Маравина, М.С. Чекмарева, Т.В. Автина, Н.В. Автина. Ученые записки орловского государственного университета. серия: естественные, технические и медицинские науки. 2014. №7. С. 211 – 212.

6. Влияние добавок консервантов и витаминов на температуру плавления основы мягких лекарственных форм // Миняева О.А., Куприянова Н.П., Григорьева У.А., Сидорченко А.С., Зацепина М.Н. Современные проблемы науки и образования. 2015. №1.

ТҮЙІН

Тыныс Т.О., АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», «Фармация» мамандығының 2 курс магистранты, Шымкент қ., Қазақстан, e-mail: tani96-96@mail.ru

Сағындықова Б.А., АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», «Дәрілер технологиясы» каф.менгерушісі, фарм.ғ.д., профессор, Шымкент қ., Қазақстан, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

ЛИОФИЛЬДІ СЫҒЫНДЫСЫ БАР СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ПЛЕНКАЛАРДЫ ӘЗІРЛЕУ

Стоматологиялық дәрілік пленкалар – сопақ және тікбұрышты пішінді, шеттері тегіс, әр түрлі өлшемдегі және қалыңдықтағы, тегіс бетті, полимерлі, иілімді пластинка болып табылады. Стоматологиялық дәрілік пленкаларды алу үшін біз стоматологиялық дәрілік пленкалардың қасиеттерін қамтамасыз ететін рационалды көмекші заттарды таңдадық. Сонымен қатар, белсенді және көмекші заттардың физикалық-химиялық және биофармацевтикалық параметрлері зерттедік. Дәрілік түймедақ, дәрілік шалфей және кәдімгі емен лиофильді сығындысы негізінде стоматологиялық дәрілік пленкалардың ұтымды технологиясы әзірленді.

Кілт сөздер: стоматологиялық пленка, лиофильді сығынды, Na-КМЦ, калий сорбаты, глицерин.

ABSTRACT

Tynys T.O., JSC «South Kazakhstan medical academy», 2-year master's degree student in «Pharmacy», Shymkent, Kazakhstan, e-mail: tani96-96@mail.ru

Sagindykova B.A., Head of Department of "Drugs technology", JSC "South Kazakhstan medical Academy", doctor of Pharm. sciences, Professor, Shymkent, Kazakhstan, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

DEVELOPING DENTAL FILMS WITH LYOPHILIZED EXTRACTS

Dental medicinal films are a polymer, elastic plate of oval and rectangular shape with equal edges and flat surface of different size and different thickness. To obtain stomatological medicinal films, we have selected rational auxiliary substances that provide the properties of dental medicinal films. Physicochemical and biopharmaceutical parameters of active and auxiliary substances were also studied. We have developed a rational technology of dental medicinal films with lyophilic extracts of chamomile, sage and oak.

Key words: dental films, lyophilized extracts, Na- carboxymethylcellulose, potassium sorbate, glycerin.

ОӘК 615.262:615.454.1

Медетова Л.Ш., АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», «Фармация» мамандығының 1 курс магистранты, Шымкент қ., Қазақстан, e-mail: medetova_9696@mail.ru

Сағындықова Б.А., АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы», «Дәрілер технологиясы» каф.менгерушісі, фарм.ғ.д., профессор, Шымкент қ., Қазақстан, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

БЕЗЕУГЕ ҚАРСЫ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЕМДІК - КОСМЕТИКАЛЫҚ КРЕМ ЖАСАУ МҮМКІНДІГІН ІЗДЕСТІРУ

Түйін

Безеу (акне, вульгарлы безеу) - терінің полиморфты, қабынған ауруы болып келеді, көбінесе бетке (99% жағдайларда), сирек арқа, кеудеде шығады. Қабынудан кейінгі терінің өзгеруі пациенттерді безеудің пайда болуынан кем алаңдатпайды, коррекциялау қиын, қымбат емделуді қажет етеді. Бұл пациенттердің өмір сапасын төмендетеді. Осы мәселені шешудің оңтайлы жолы емдік косметикалық кремді қолдану. Емдік косметика - бұл дермато-эстетикалық құралдар, олардың көмегімен қандай да бір функциялардың бұзылуында теріге емдік және профилактикалық күтім жасау жүзеге асырылады.

Кілт сөздер: безеу, ихтиол, емдік – косметика, крем, тері аурулары

Сыртқы келбет - ол адам туралы ең есте қаларлық алғашқы әсер қалдыратын адамның визит карточкасы. Терідегі кез-келген косметикалық ақау тек алғашқы әсерді бұза алмайды, сонымен қатар жиі өзінің өзін-өзі бағалауын төмендетеді [1].

Әдетте, безеу ауруымен ауыратын адамда қандай да бір дәрежеде ұялшақтық, кінә сезімі, ашулану, депрессия жағдайы, емдеу мүмкіндігіне сенімсіздік байқалады. Қарқынды уайымы ауруды қиындатады [2].

Зерттеудің мақсаты құрамында ихтиол бар емдік-косметикалық крем жасау мүмкіндігін іздестіру.

Безуе кең таралған тері ауруларының қатарына жатады. Ол жасөспірімдерге тән және жасөспірімдердің 75% - да теріні зақымдайды, алайда соңғы уақытта безуе проблемаларымен ересектер де жиі кездеседі (шамамен 25 жастан асқан адамдардың 40% -ы). Қазіргі уақытта бұл аурудың " өсу " үрдісі, оның психосоциалдық салаға, әлеуметтік мәртебесі мен науқастардың қоғамдық бейімделуіне айтарлықтай әсері осы проблеманың өзектілігіне және емдеудің жаңа тиімді құралдары мен схемаларын әзірлеуді қажет етеді [3].

Емдік косметика - бұл дермато-эстетикалық құралдар, олардың көмегімен қандай да бір функциялардың бұзылуында теріге емдік және профилактикалық күтім жасау жүзеге асырылады. Бұл косметиканы көбінесе белгілі фармацевтикалық зертханалар шығарады және фармацевтикалық препараттардағы сияқты, белсенді әсер ететін заттардан тұрады. Емдік косметика дәрілік препараттар сияқты сапаны мұқият бақылаудан өтеді. Емдеу әсерінің косметикалық құралдары тек дәріханаларда және емдеу-косметикалық орталықтарда ғана сатылады, өйткені, оларды қолдану дәрігердің алдын ала кеңесін немесе фармацевтің ұсынымдарын талап етеді [4].

Косметология - косметология мен фармацевтика тоғысында қалыптасқан бағыт. Емдік - косметологияның негізгі мақсаты – ауруларды емдеу емес, олардың алдын алу және сыртқа қолданылатын құралдарды пайдалану арқылы эпидермистің табиғи функцияларын түзету және қорғауды қалпына келтіру болып табылады [5].

Косметикалық құралдар ретінде әртүрлі дәрілік түрлер қолданылады: жағар майлар, кремдер, спрей, маскалар, скрабтар және тағы басқалар. Ең көп таралған косметикалық құрал крем болып табылады [6].

Косметикалық кремдер – белсенді әсер ететін заттарды қоса отырып, май тәрізді масса түрінде денені күтуге арналған құрал.

Проблемалы теріні емдеуге арналған дәрілік заттар мен косметикалық заттар-Қазақстанның фармацевтикалық нарығының аса серпінді дамып келе жатқан сегменттерінің бірі. Безуе бөртпесін емдеу емдік косметика шығаратын компаниялар үшін перспективалы болып табылады.

Дерматологиялық ауруларды емдеуде қолданылатын емдік – косметикалық кремнің құрамындағы заттар маңызды әсер көрсетеді.

Безуемен күресуге қолданылатын дәрілік құралдардың бірі – ихтиол.

Ихтиол - қара, ерекше өткір иіс пен дәмі бар қоңыр шырын тәрізді сұйықтық. Суда, глицеринде, спиртте және эфирде ериді. Ихтиол - аммоний битуминосульфонаты болып табылады. Шайырларды газдау және жартылай кокстеу кезінде алынады. 220-400 °С дистилляциялау кезінде алынған май фракциясын сілтілі натрийдің 23% ерітіндісімен, содан кейін сұйылтылған күкірт қышқылымен өңдейді. Алынған май мұқият жуылғаннан кейін, олеуммен сульфурлейді, түзілген сульфоқышқылдарды сульфатсыз майлардан және полимерлеу өнімдерінен бөліп алады, сульфоқышқылды сумен жуады, 25% аммиак суымен өңдейді және буландырады.

Ихтиолда органикалық байланысқан күкірттің 10,5%-ы бар. Антисептикалық, паразиттерге қарсы, қабынуға қарсы, кератопластикалық және жергілікті ауырсынуды басатын әсер көрсетеді. Ихтиолдың микробқа қарсы және паразиттерге қарсы әсері күкірттің және хош иісті заттардың болуымен түсіндіріледі. Жаралар мен шырышты қабықтарға жаққаннан кейін, антисептикалық әсерден басқа, тамырларды тарылтады, секреция мен экссудацияны азайтады, ауырсынуды жояды және зақымдалған тіннің регенерациясын жылдамдатады.

Фармацевтік нарықта ұрамында ихтиолы бар келесі дәрілік түрлер қолданылады: ихтиол жағар майы; ихтиол суппозиторийлері; ихтиол ерітіндісі; бальзамдық линимент (Вишневский); ихтиол пастасы; ихтиолы бар жатыршілік таяқшалар; «Белый ихтиол» бальзамы.

Ихтиол жағар майы терінің немесе шырышты қабықты тітіркендіреді, бұл тамырлардың рефлекторлық тарылуына және ауырсыну рецепторларының сезімталдығын төмендетеді. Аппликация орнында анестезия әсері бірнеше сағат ішінде басталады. Тері қабаттарының сыртқы қабаттарында әрекет ете отырып, қабыну процестерін тоқтатады, қызаруды, ісінуді, қышуды жояды, сұйықтықтың секрециясын төмендетеді. Сыртынан бұл терінің терең қабаттарынан іріңді тарту, іріңді жою және жазылуды жылдамдату сияқты көрінеді, сондықтан "ихтиол" тері асты акне емдеу және теріні терең тазалағаннан кейін олардың пайда болуының алдын алу үшін косметологтарда танымал дәрілік құрал.

Ихтиол суппозиторийлері қабынуға қарсы дәрі, антисептикалық әсер етеді. Қабынуға қарсы әсері қабынудың медиаторларын тежеуіне байланысты. Ректальді енгізу кезінде ихтиол препараты тік ішектің шырышты қабығына тітіркендіргіш әсер көрсетеді, бұл қабынуды жоюға ықпал етеді.

Ихтиол ерітіндісі антисептикалық, паразиттерге қарсы, қабынуға қарсы, жергілікті – ауырсынуды басатын, кератопластикалық, эпителизациялық, қан тоқтататын әсері бар. Қабыну аймағында ихтиол зақымдалған қан тамырларының тарылуын және қанның коагуляциялық қасиеттерінің жоғарылауын тудырады.

Өңештің қабынуын, метеоризмді, функционалдық бұзылуды және ішектің және асқазанның қабынуын, жылқылардың коликасын емдеу үшін; жыныс мүшелерінің патологиялары (вагиниттер, эндометриттер); жаралардың механикалық және микробтық ластануы кезінде; қан кетуді тоқтату үшін қолданылады.

Бальзамдық линимент (Вишневский) антисептикалық қасиеттерге ие. Тіндердің рецепторларына әлсіз тітіркендіргіш әсер етеді, кератопластикалық әсерлерді күшейте отырып, эпидермисті регенерациялау процесін жылдамдатады. Препараттың әсер ету механизмі висмуттың тұтқыр, антисептикалық қасиеттеріне байланысты.

Мырыш-ихтиол пастасы сыртқа қолдануға арналған комплексті препарат дезинфекциялық, тұтқыр және қабынуға қарсы әсер етеді.

Ихтиолы бар жатыршілік таяқшалар сальмонелл, *Escherichia coli*, іріңді кокктерге қатысты микробқа қарсы белсенділіктің кең спектріне ие, сондай-ақ антибиотиктерге, сульфаниламидтерге және нитрофуран туындыларына резистентті біркатар микроорганизмдерге қатысты тиімді әсер көрсетеді.

Құрамында ихтиол бар препараттар бар болғандығына қарамастан, ремиссия кезінде емдік-декоративтік әсер көрсететін емдік құралдар әлі де жеткіліксіз. Құрамында ихтиол бар дәрілік препараттардың жағымсыз иісі болады, теріні тітіркендіретін вазелинде дайындалады, терінің кемшіліктерін жасыра алмайды. Сондықтан, біздің зерттеулерімізде құрамында ихтиол бар емдік косметикалық крем алу технологиясын жасау мақсаты қойылған [7].

Қорытынды. Технологиялық қасиеттері жақсартылған, ихтиолдың жағымсыз иісі бүркелген, теріге жағымды әсер ететін компоненттер мен негіз таңдау бойынша зерттеулер жүргізілуде.

Әдебиеттер

1. Гушина Н.С., Корчева Т.А. // Человек и лекарство. 2005. Т. 13. № 7. С. 482-484.
2. Зябенкова О.В. // Новая аптека. Аптечный ассортимент. 2004. № 7. С. 18-19.
3. Штабская М. // Российские аптеки. 2003. № 3. С. 58-59.
4. Фридман Р.А. «Технология косметики», 2012 г. – С. 487.
5. Пучкова Т.В. «Космецевтика: современная косметика интенсивного действия» // Журнал «Фармацевтический вестник», 2014. – № 6. — С.3-8.
6. Leslie Bauman "Cosmeceuticals and cosmetic ingredients" // McGraw hill Professional. – 2014. –Р. 11-15.
7. (Percoidei: Lobotidae) с замечаниями по таксономии вида // Вопр. ихтиол. — 2011. — Т. 51, № 1. — С. 91-96. Иванков В.Н., Самуйлов А.Е.

АННОТАЦИЯ

Медетова Л.Ш., магистрант 1 курса по специальности «Фармация», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан, e-mail: medetova_9696@mail.ru

Сагиндыкова Б.А., д.фарм.н., профессор, зав.кафедрой «Технология лекарств», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

ПОИСК ВОЗМОЖНОСТИ СОЗДАНИЯ ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА ПРОТИВ УГРЕВОЙ СЫПИ

Акне (вульгарная акне) - полиморфная, воспаленная болезнь кожи чаще всего проявляется на лице (99% случаев), редко на спине, груди. Изменение кожи после воспаления заставляет пациентов беспокоиться о появлении прыщей, затрудняет коррекцию, требует дорогостоящего лечения. Это снижает качество жизни пациентов. Оптимальным способом решения этой проблемы является использование лечебного косметического крема. Лечебная косметика-это дермато-эстетические средства, с помощью которых осуществляется лечебный и профилактический уход за кожей при нарушении каких-либо функций.

Ключевые слова: акне, ихтиол, лечебно-косметика, крем, кожные заболевания.

SUMMARY

Medetova L.Sh., JSC «South Kazakhstan medical academy», 1-year master's degree student in «Pharmacy», Shymkent, Kazakhstan, e-mail: medetova_9696@mail.ru

Sagindykova B.A., Head of Department of " Drugs technology ", JSC "South Kazakhstan medical Academy", doctor of Pharm. sciences, Professor, Shymkent, Kazakhstan, e-mail: sagindik.ba@mail.ru

SEARCH THE POSSIBILITY OF CREATING A MEDICAL-COSMETIC CREAM AGAINST ACNE

Acne (vulgar acne) - polymorphic, inflamed skin disease is most often manifested on the face (99% of cases), rarely on the back, chest. Changing the skin after inflammation causes patients to worry about the appearance of acne, complicates correction, requires expensive treatment. This reduces the quality of life of patients. The best way to solve this problem is to use a therapeutic cosmetic cream. Medical cosmetics is a dermato-aesthetic features, by means of which the therapeutic and preventive skin care in the violation of any of the functions.

Key words: acne, Ichthyol, medical cosmetics, cream, skin diseases.

ОӘК: 615.322

Сейтова Ж.Д., 1 курс PhD докторанты, «ҰМУ» АҚ, «Фармацияның ұйымдастырылуы, басқарылуы және экономикасы және клиникалық фармация» кафедрасының оқытушысы, Алматы қ., 1992erkasha@mail.ru

Датхаев У.М., фарм.ғ.д., профессор, «ҰМУ» АҚ, «Стратегиялық және корпоративтік даму» жөніндегі проректор, Алматы қ., u.datxaev@mail.ru

Сағиндыкова Б.А., фарм.ғ.д., профессор, «ОҚМА» АҚ, «Дәрілер технологиясы» кафедрасының менгерушісі, Шымкент қ., sagindik.ba@mail.ru

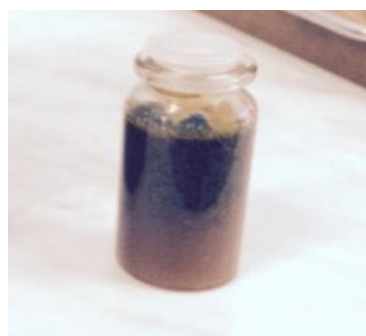
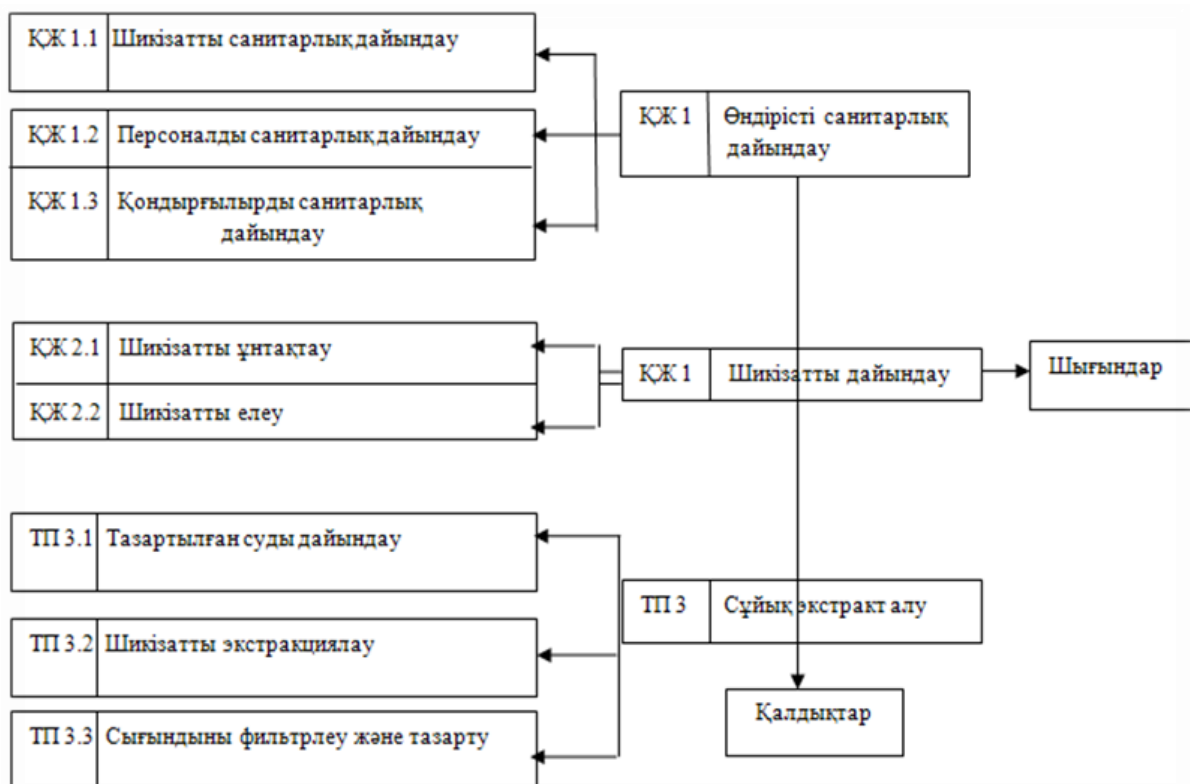
Капсаламова Э.Н., фарм.ғ.к., доцент, «ҰМУ» АҚ, «Дәрілер технологиясы және инженерлік технология» кафедрасының доценті, Алматы қ., elmira_kaps@mail.ru

Момбеков С.Е., PhD доктор, «ҰМУ» АҚ, «Дәрілер технологиясы және инженерлік технология» кафедрасының оқытушысы, Алматы қ., serzhan.mombekov@gmail.com

ҚР-ДА ӨСЕТІН ҚЫЗҒЫЛТ САРЫ МАКЛЮРА *MACLURA AURANTIACA* ЖЕМІСТЕРІНЕН СЫҒЫНДЫ АЛУ

Қазіргі уақытта еліміздің дамуының негізгі бағыттарының бірі отандық фармацевтикалық өнімді дамыту болып табылады. Дәрілік заттарды дайындау бойынша жетекші орын алатын шикізат - өсімдіктер.

Соңғы жылдары қуықасты безінің ауруларын емдеуде өсімдік тектес препараттар кеңінен қолданылады. Бұл ДӨШ-да аурудың патогенезінің көптеген сатыларына барлық бөгде әсерін қамтамасыз ететін биологиялық белсенді заттардың (ББЗ) әр түрлі топтарының бар болу факторына байланысты, сонымен қатар синтетикалық дәрілік заттарды пайдалануға қарағанда жанама әсерлердің аз мөлшері пайда болады. Дәрілік өсімдік шикізатының арасында Қызықты нысан *Maclura aurantiaca* болып табылады. Ең алдымен, құрамында фитостериндер мен тритерпендер бар маклюрлерден алынған фитопрепараттардың тиімділігі. Олар көп функционалды әсер ету механизміне ие: қабынуға қарсы әсерді қамтамасыз ете отырып, простагландиндерді тежейді, қуықасты безінің гиперплазияланған жасушаларына цитоуытты әсер етеді, гормоналды рецепторларға және басқа механизмдердің бірқатарына блоkirлеуші әсер етеді [1;2].



Маклюра қызғылт сары-*Maclura aurantiaca* тут тұқымдасына жатады – Moraceae Маклюра-*Maclura*. Бұл қалың бөрігі бар биіктігі 20 м дейінгі ағаш. Диаметрі 1 мм дейінгі оқпан, терең жарылған қара қоңыр қабығы бар. Жас бұтақтар жасыл, пушистые, кейінірек жалаңаш. Жапырақтың қуысында ұзындығы 0,6-2 см жұқа тікенек орналасқан. Жапырақтары тұтас, жұмыртқа тәрізді, ұзын-ланцетті, ұзындығы 5-12 см ені 3-7 см, ашық-жасыл, жоғарыдан, төменнен Жарық. Гүлдер жасыл, бір жылдық бұтақтарда орналасқан гүл шоғырында. Жемістер-өте өсетін оське батырылған көптеген ашық қоңыр жаңғақтар, жиынтығында шар тәрізді соплодияны құрайтын гүл шоғыры – көлденең см, өте нәзік, жасыл – алтын-сары түске дейін, апельсиннің сыртқы бейнесін еске түсіретін, жеуге жарамсыз. Өсімдіктің барлық бөліктері, әсіресе сүттің шырыны бар. Жемістер қыркүйек – қазан айларында

өте жарық сүйгіш, ыстыққа жақсы төзімді, құрғақшылыққа төзімді, топыраққа, өсімдіктерге бай, әсіресе топырақтағы ылғалдың жеткілікті мөлшері кезінде тез өседі [3;4].

Біз алған мақлора май сығындысы қызғылт сары *Maclura aurantiaca*) тритерпендер мен фитостериндер көздеріне бай. Алдыңғы зерттеулерде өзінің протатопротекторлық қасиеттерімен белгілі луеол және β -ситостерин сияқты, сондай-ақ қабынуға қарсы және антиоксиданттық қасиеттерге ие изофлавоноидтардың болуы байқалады [5;6].

Қорытынды. Зерттеу нәтижелері бойынша *Maclura aurantiaca* этил экстракт жемістері тритерпендер, изофлавоноидтар және полифенолдың қанықпаған май қышқылдары сияқты қосылыстардың құрамы анықталды, олардың сығындыда салыстырмалы құрамы ерекшеленді.

Алынған деректер қуықасты безінің қабынуын емдеу үшін *Maclura aurantiaca* негізінде өсімдік препаратын пайдалануға мүмкіндік береді.

Әдебиеттер

1. Коротков В.А. Сравнительный анализ рынка протатопротекторов Казахстана, России и Украины [Текст] / В.А. Коротков // Вестник ЮКГФА. – 2013. – № 3(64). – С. 6–10.
2. Мирошников В.М. Лекарственные растения и препараты растительного происхождения в урологии [Текст] / В.М. Мирошников. – М.: МЕДпрессинформ, 2005. – 240 с.
3. Комаров В.Л., Шишкин Б.К. (ред). Флора СССР: в 30 т. М; 1936. Т. 5. 396 с.
4. Соколов С.Я. и др. Деревья и кустарники СССР. М., 1954. 871 с.
5. Saloua F. Chemical composition and profile characteristics of Osage orange (*Maclura pomifera*) / F. Saloua, N.I. Eddine, Z. Hedi // Industrial crops and products. – 2009. – Vol. 29. – № 1. – P. 1–8.
6. Gallo M.B.C. Biological activities of lupeol / M.B.C. Gallo, M.J. Sarachine // Int. J. Biomed. Pharm. Sci. – 2009. – Vol. 3. – № 1. – P. 44–66.

УДК: 615.451:661.12:582.675.34

Абдыкеримова С.Б., докторант 2 курса, abdykerimova.s@kaznmu.kz, Ергали Ә.Қ., магистрант 1 курса, assem.vergali@gmail.com, Сакипова З.Б., д.фарм.н., проф., sakipova.z@kaznmu.kz, Ибрагимова Л.Н., к.фарм.н., доцент, lbragimova.l@kaznmu.kz, Сермухамедова О.В., PhD доктор, olesia_156@mail.ru
Школа Фармации, АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы, Казахстан

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА С ФИТОСУБСТАНЦИЕЙ БАРБАРИСА ИЛИЙСКОГО *BERBERIS ILIENSIS* M.POP.

Актуальность. Интерес к лекарственным растениям и препаратам, создаваемым на их основе, увеличивается благодаря их уникальным свойствам, а также динамично развивающимся инновациям в технологии исследований в таких областях, как биология, медицина и производство фармацевтических продуктов.

Berberis L. является самым большим родом семейства барбарисовых, включающий около 500 видов, которые произрастают на территории Евразии, Северо-Восточной Африки, Северной и Южной Америки [1,2]. Многие из них широко используются в качестве продуктов питания, медицинских и декоративных растений. Некоторые виды культивируются по всему миру. На территории Казахстана произрастает 8 видов [3,4].

Berberis iliensis M. Pop – это редкий эндемичный вид с уменьшающейся природной площадью, находящийся под защищенным статусом [2]. Плоды и листья барбариса обладают богатым фитохимическим составом. Содержат существенное количество флавоноидов [4–6], среди органических кислот преимущественно обладает яблочная, также в небольшом количестве янтарная, лимонная и др. [7–9], также содержат каротиноиды, витамин С, натуральные сахара. В корнях и коре содержится также много ценного — дубильные вещества, алкалоиды берберин и окситацин. Содержание берберина и окситацина колеблется от 15 до 60 мг% [10,4].

Разработка лекарственной формы (ЛФ) помимо решения вопросов биодоступности, стабильности, создания удобных условий приема предусматривает внешний вид лекарственной формы, её органолептические показатели, удобство в применении, ценовую политику и транспортировку. Запах и вкус входящих в препарат субстанций обуславливают его потребительские характеристики, в некоторых случаях данные показатели бывают настолько неприятными, что приводят к непереносимости их пациентами, и иногда препятствуют приёму [5]. Однако данное обстоятельство может быть скорректировано правильным выбором лекарственной формы.

Целью исследования является выбор лекарственной формы для разработки фармацевтического продукта с фитосубстанцией барбариса илийского *Berberis iliensis* M.Pop.

Материалы и методы исследования. Сбор и заготовку дикорастущего сырья листьев барбариса илийского осуществляли в пойме р. Осек, окрестности г. Жаркент, территории Панфиловского района Алматинской области в период с мая по июнь 2017 г. Плоды собирали в период с августа по ноябрь 2017 г. Сушку сырья осуществляли на базе фармацевтического предприятия ТОО «ФитОлеум» (г. Иссык, Алматинская обл., Казахстан, лицензия GMP №18). Растение идентифицировано в РГП «Институт ботаники и фитониринга»

Республики Казахстан. Сустанции на основе *Berberis iliensis* M.Pop., полученные на ТОО «ФитОлеум», стандартизированы и соответствуют требованиям Государственной фармакопеи Республики Казахстан.

Результаты исследования. Проведенный литературный обзор показал, что барбарис обладает мочегонным, желчегонным и противовоспалительным действием и применяется как в народной, так и в традиционной медицине. Проведенный маркетинговый анализ показал, что наиболее распространенными лекарственными формами производства фармацевтических продуктов содержащих в составе барбарис являются фито-чай, таблетки, сиропы. Однако, фиточай предполагает наличие кипятка, при этом некоторые биологически активные вещества термолabileны, что приводит к их инактивации.

Твердые лекарственные формы в виде таблеток и капсул достаточно легко корректируют запах и вкус фармацевтических субстанций, их удобно принимать, транспортировать, хранить, а также они обеспечивают точность дозирования входящих в их состав активных веществ. К отрицательным характеристикам можно отметить трудоемкость/ невозможность их введения в бессознательном состоянии, в педиатрии и в некоторых случаях гериатрии.

Для субстанций растительного происхождения при пероральном применении так же оптимальной лекарственной формой является сироп, его легко дозировать при помощи дозирующего шприца или мерной ложки. Данная форма способна эффективно корректировать вкус и запах. При этом концентрация активных веществ будет находиться в оптимальной концентрации, что не маловажно для достижения ожидаемого эффекта. Необходимо отметить удобство ее применения в педиатрии. На сегодняшний день существуют инновационные технологии получения сиропа с более щадящими режимами введения активных компонентов для сохранения их структуры и активности.

Выводы. Наиболее перспективными подобраны и обоснованы оптимальные лекарственные формы для разработки фармацевтического продукта с фитосубстанциями барбариса илийского *Berberis iliensis* M.Pop – таблетки/капсулы и сироп.

Литература.

1. Ahrendt L. *Berberis* and *Mahonia*, a taxonomic revision// Bot. J. Linn. Soc.. – 1961. – vol. 57. – 1–410.
2. Pozharskiy A.S., Chekalin S.V. Molecular study of *Berberis iliensis* M. Pop. and *Berberis sphaerocarpa* Kar. et Kir. wild populations in South-East Kazakhstan using ISSR markers // International Journal of Biology and Chemistry 8, №1, 15 (2015)
3. Флора Казахстана. Алма-Ата, 1961. т.4. С.548
4. Мухитдинов, Н.М. Сравнительная характеристика внутренней структуры вегетативных органов двух видов рода *Berberis* *Et Gray.* в разных экологических условиях Алматинской области / Мухитдинов Н.М., Аметов А.А., Абиджолова К.Т., Ахметова А.Б., Курбатова Н.В. // Вестник КазНУ. – 2011. - №4 (50). – С. 10-15.
5. М.Е. Ким, Э.Ф. Степанова, С.Б. Евсеева Сиропы: состав, технология, современное состояние исследований (обзор литературы). // Фармация и фармакология. – 2014. - № 3. – С. 7.
6. Алюкина Л.С., Кунаева Р.М., Клышев Л.К. Содержание флавоноидов и витамина Р у некоторых дикорастущих представителей флоры Казахстана. // Труды института ботаники АН КазССР, т.22 – 1966. С. 128-138
7. Grochowski W. *Jadnalne owocelésne.* Warszawa, PWRL -1981. 244 s.
8. Церевитинов Ф.В. Химия и товароведение свежих плодов и овощей. М., Госторгиздат, т.2 – 1949. 512 с.
9. Шапиро Д.К. Целебные культуры – перспективное направление в садоводстве. Минск, наука и техника – 1978. 62 с.
10. Павильонов А.А., Рожков М.И. Новые плодовые и ягодные культуры. М., Россельхозиздат -1986.-88 с.

УДК: 615.453.21-546:615.326

Караубаева А.А., PhD-докторант, aika_hammer@mail.ru
Сакипова З.Б., д.фарм.н., проф., sakipova.z@kaznmu.kz
Ибрагимова Л.Н., к.фарм.н., доцент, ibragimova.l@kaznmu.kz
Сермухамедова О.В., PhD, olesia_156@mail.ru

Школа Фармации, АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы, Казахстан

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ СУБСТАНЦИИ КАОЛИНИТА МИКРОНИЗИРОВАННОГО

Введение. В Национальном Медицинском Университете им. С.Д. Асфендиярова на кафедре «Технологии лекарств с курсом технологических дисциплин, с курсом инженерных дисциплин» разработана субстанция каолинита микронизированного. Проведена стандартизация полученной лекарственной формы в соответствии требованиям ГФ РК.

С целью установления условий и периода хранения фармацевтической сустанции в первичной упаковке проведены исследования стабильности. Задачи исследования: определение критериев качества в процессе хранения, проведение исследования стабильности в режиме реального времени, статистическая обработка данных.

Материалы и методы исследования. В эксперименте были исследованы три серии продукта (01КМ2013, 02КМ2013, 03КМ2013), произведенных в центре практических навыков. Используемые растворы реактивов и растворителей марки ч.д.а. были приготовлены в соответствии с требованиями ГФ РК [1]. Применяемое в эксперименте оборудование прошло проверку и квалификацию. Статистическую обработку данных осуществляли при помощи программы statistica 12.

Результаты и обсуждения. Исследования стабильности проводились в первичной упаковке – полиэтиленовая пленка, имеющей непосредственный контакт с лекарственной формой. Результаты исследований охватывали комплекс характеристик, полученных при физико-химических и микробиологических испытаниях, согласно спецификации стабильности. Периодичность контроля образцов по основным показателям качества составляла: 0, 3, 6, 12, 18, 24 мес., показатель «микробиологическая чистота» изучали в начале (0 мес.) и в конце исследования (24 мес.). На протяжении 24 мес. хранения при температуре (30±2) °С значительных изменений параметров качества не наблюдалось, качественные и количественные характеристики лекарственной формы находятся в пределах регламентируемых норм.

На протяжении срока испытаний субстанция представляла собой мелкодисперсный белый или серовато-белый жирный порошок, практически не растворимый в воде и в органических растворителях, успешно проведена идентификация, кислотность или щелочность, органические примеси, адсорбционная способность, способность к набуханию, веществ, растворимых в HCl разбавленной не превышало 1 % (варьировало от 0.1 до 0.4), веществ не растворимых в воде не превышало 0.5 % (0.1-0.3), крупных веществ не превышало 0.5 %, мелкие частицы находились в пределах от 91 до 96 %, потеря в массе при высушивании не превышала 1,5 % (0.3-0.8%).

Упаковка обеспечивает надежную защиту сырья от внешних воздействий, поскольку дополнительное появление посторонних примесей в сырье в процессе хранения не обнаружено, что соответствует фармакопейным требованиям.

Выводы. На основании успешно проведенных 24 месячных долгосрочных исследований стабильности трех лабораторных серий субстанции установлен срок переконтроля субстанции 2 года. В течение срока испытаний подтверждена сходимість регламентируемых исследуемых показателей, существенных изменений не наблюдалось.

Литература.

1. Государственная фармакопея Республики Казахстан: в 3-х т. / Под ред. А.У. Тулегеновой – А.: Жибек жолы. – 2008, Т.1. – 592 с.;
2. ICHQ1. Изучение стабильности. Перевод группы компаний группа компании «Виалек». М. 2014 г.

УДК: 615:581.522.4:632.1

Орынбекова С.О., докторант PhD 1-го курса, saule_04_94@mail.ru

Келеке А.С., магистрант 1-го курса, kelekeanel@gmail.com

Сакипова З.Б., д.фарм.н., проф., sakipova.z@kaznmu.kz

Ибрагимова Л.Н., к.фарм.н., доцент, ibragimova.l@kaznmu.kz

Сермухамедова О.В., PhD, г. Алматы, Республика Казахстан, olesia_156@mail.ru

Школа Фармации, АО «Национальный медицинский университет», г.Алматы, Казахстан

АЛГОРИТМ ЗАЩИТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИНТРОДУЦИРОВАННЫХ РАСТЕНИЙ РОДА АДОНИС (ADONIS L.) ОТ ВРЕДИТЕЛЕЙ И БОЛЕЗНЕЙ

Актуальность. Год за годом на рынке увеличивается количество фармацевтических продуктов растительного происхождения, что неизбежно сказывается на сырьевых запасах дикой флоры. Связи с этим, возникает необходимость культивирования и изучения лекарственных растений для сохранения биоразнообразия растительных ресурсов [1]. Одними из представляющих интерес в области фитоинтродукции родов растений является род Адонис (*Adonis L.*). Несмотря на относительную непрехотливость растений, многие адонисы внесены в Перечень редких видов [2], что связано с низкой всхожестью семян [3]. В целях сохранения видового разнообразия флоры Республики Казахстан и увеличения номенклатуры отечественной сырьевой базы, культивирование растений рода Адонис является актуальной задачей современной фармацевтической науки.

Растения на всех этапах жизни подвергаются различным воздействиям внешней среды. Одним из таких факторов являются повреждаемость вредителями и подверженность заболеваниям. Вредные объекты существенно снижают урожайность, и качество растительного сырья. Грибные болезни приводят к образованию микотоксинов, что делает невозможным использование лекарственных растений. На этой основе, разработка эффективных мер защиты растений имеют большую роль в процессе культивирования.

Цель исследования – разработка алгоритма защиты растений рода *Adonis L.* в условиях фитоинтродукции в рамках концепции «Надлежащая практика культивирования и сбора исходного сырья растительного происхождения» (GACP).

Результаты исследования. Согласно требованиям GACP любые агрохимикаты, используемые для содействия росту и защите растений от заболеваний и вредителей, должны быть сведены к минимуму и строго контролироваться [4]. В соответствии с этим, разработан алгоритм проведения защитных мер при культивировании растений рода Адонис, который включает следующие ключевые сегменты: документированная ботаническая аутентификация культивируемого вида, подготовка местности культивирования, исследование состояния почвы земельного участка, обработка почвы перед началом культивирования, подготовка семян и/или материалов для размножения, профилактические мероприятия против часто встречающихся болезней выбранного вида, профилактические мероприятия против вредителей, применение мер по удобрению почвы и стимуляции роста растений, лечение культуры при появлении признаков заболевания. На каждом этапе

мероприятий ведется тщательная регистрация данных о проведенных работах и материалах обработки. При необходимости следует применять лишь одобренные препараты в минимально эффективных дозах с полным документированием процесса обработки.

Выводы. В рамках диссертационного исследования, разработан алгоритм проведения защитных мероприятий растений рода *Adonis* L. от вредителей и болезней растений согласно концепции «Надлежащая практика культивирования и сбора исходного сырья растительного происхождения». Результаты исследования будут использованы при интродукции Адониса тьяншанского для применения в медицине.

Литература.

1. Миркин Б.М., Наумова Л.Г., Соломещ А.И. Современная наука о растительности. – М.: Логос, 2002. – 264с.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 октября 2006 года № 1034 «Об утверждении Перечней редких и находящихся под угрозой исчезновения видов растений и животных».
3. Сиротин А.А. Разработка элементов технологии возделывания и исследования этапов органогенеза адониса летнего (*Adonis aestivalis* L.) как источника астаксина / А.А. Сиротин, В.И. Дайнека, С.С. Сиротина // Научные Ведомости. – 2009. – № 11 (66). – С. 30-39.
4. Руководство ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора лекарственных растений (GACP). ВОЗ: Женева, 2003. – 86 с.

УДК: 618.16-002-08

Тугелбай Г.Е., факультет «Школа Фармации», г. Алматы, Республика Казахстан, АО «Национальный медицинский университет», gauhar_1996_kz@mail.ru

Ибрагимова Л.Н., к.фарм.н., доцент, факультет «Школа Фармации», г. Алматы, Республика Казахстан, АО «Национальный медицинский университет», ibragimova.l@kaznmu.kz

Сермухамедова О.В., PhD, факультет «Школа Фармации», г. Алматы, Республика Казахстан, АО «Национальный медицинский университет», olesia_156@mail.ru

СОЗДАНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Актуальность. В настоящее время одной из серьезных клинических проблем в гинекологии является увеличение количества вагинальных инфекций, второе место по распространению занимает вульвовагинальный кандидоз (ВВК). Достаточно часто при не своевременном лечении, неправильном лечении или недолеченности данное заболевание переходит в хроническую рецидивирующую форму [1-3].

Частота данного заболевания у женщин детородного возраста и беременных составляет более 35 %, у мужчин значительно ниже. Однако официальные статистические данные разных стран фиксируют увеличение заболевания ВВК, хотя уровень терапии на сегодняшний день достаточно высок [4-6].

Целью работы является изучение современных методов лечения ВВК.

Материалы и методы исследования. Проводили анализ литературных данных, научных статей, отчетов в официальных базах данных, по ключевым словам: вульвовагинальный кандидоз, методы лечения, а так же исследовали инструкции по медицинскому применению.

Результаты исследования. Большинство исследователей считают, что выбор лекарственного средства, в каждом конкретном случае, должен зависеть от тяжести клинического течения заболевания. Доказано, что появление ВВК связано со снижением иммунитета и общего состояния организма. По этому лечению данного заболевания проводится комплексно. При лечении используются следующие лекарственные средства из следующих групп по АТС-классификации:

- G - мочеполовая система и гормоны с подгруппой G01A - антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний;

- D - дерматотропные препараты с подгруппами D01BA - противогрибковые препараты для системного применения, D01A - противогрибковые препараты для местного применения, D08A - антисептики и дезинфицирующие препараты;

- J – противомикробные препараты для системного применения с подгруппой: J02A - противогрибковые препараты для системного применения;

- A – пищеварительный тракт и обмен веществ с подгруппой A07A - противодиарейные, кишечные противовоспалительные и противомикробные препараты;

- L – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы с подгруппой L03A – иммуностимуляторы.

Предпочтительно в терапии кандидозной инфекции применяются препараты антимикотических групп, такие как: полиены, имидазолы, триазолы, комбинированные препараты и т.д.

Большинство врачей склонны применять комплексный подход к данной проблеме, что позволяет повысить эффективность лечения ВВК, при этом снижая частоту и процент рецидивирования данного заболевания.

Выводы. Несмотря на развитие фармацевтической промышленности и на огромный выбор антимикотических препаратов, проблема лечения ВVK не теряет свою актуальность. Разработка и внедрение в методы лечения новых инновационных отечественных антимикотических лекарственных препаратов является актуальным и своевременным.

Литература.

1. Миткина Г. Н. Лечение острого кандидозного вульвовагинита // Гинекология. – 2007. – Т. 3. № 6. – С. 28–30.;
2. Sobel J. D. Vulvovaginitis – when Candida becomes a problem // Dermatol. clin. – 2007. – № 16 (1). – P. 763–768.
3. Thomason J. L., Gelbard S. M., Scaglione N. J. Bacterial vaginosis: current review with indications for asimpformatic therapy // Amer. j. obstet. gynecol. – 2007. – № 165 (4). – P. 1210–1217
4. Блинов Д. В. Вагинальные инфекции – от диагностики к рациональной комплексной терапии// Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – № 4. – С. 44–47.
5. Кастуева Н. Д. Бактериальный вагиноз у женщин репродуктивного возраста // Владикавказский медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 14. – С. 116–118.
6. Кира Е. Ф., Муслимова С. З. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2008. – № 5. – С. 8–14.

УДК 615.263.62: 615.014.23

Тажиева М.А., Толеген Ж.Б., Турсуметова Г.М., студенты 2 курса фармацевтического факультета ЮКМА
Научный руководитель: **Толегова Г.Б.,** магистр мед.наук janatt_90@mail.ru
Научный консультант: **Мартынова И.А.,** к.фарм.наук., и.о.проф. martynova.ia@mail.ru
Ужно - Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика, Казахстан

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУСПЕНЗИЯ ДЛЯ ВОЛОС С АРГИНИНОМ

Введение: Есть множество средств по уходу за волосами. Но самым безопасным способом ухода за волосами считаются масла. Масла для волос – кардинально новое средство, отличающееся по текстуре, составу, функциям и способу нанесения от привычных шампуней, бальзамов и масок. С помощью масел можно решить многие проблемы с волосами и кожей головы.

В мире существует очень огромное количество растительных масел, которые уже тысячелетиями используют в косметических и лечебных целях, в том числе и в уходе за волосами. Все масла делятся на базовые и эфирные, а базовые в свою очередь делятся на жидкие масла и твердые (батеры). Специалисты объясняют уникальное воздействие масел на волосы их сложным химическим составом.

В состав нашего продукта мы хотим добавить следующие масла: кокосовое, аргановое, масло жожоба, репейное масло, подсолнечное и натуральные экстракты. И так как аргинин не растворим в воде, мы хотим сделать наш продукт в виде суспензии.

Цель исследования. Разработка высокоэффективной суспензии для всех типов волос в виде спрея с аргинином и семи маслами.

Материалы для исследования. В настоящее время существует множество различных средств, для ухода за волосами с разными активными компонентами. Один из них – аминокислота аргинин. Данное вещество нередко включают в состав фабричных шампуней, масок, бальзамов и других лечебно-профилактических препаратов, так как оно обладает способностью расширять кровеносные сосуды, ускоряя тем самым кровообращение в коже [1]. Особенно полезна эта ценная аминокислота обладательницам ослабленных, ломких, склонных к выпадению локонов, но можно использовать ее и в профилактических целях, например после окрашивания или химической завивки.

Масло арганы. В нем присутствуют 80% полинасыщенных кислот омега-6. Из них можно выделить пальмитиновую, олеиновую и линолевую кислоты. Именно благодаря данным компонентам используют масло арганы для волос.

Масло арганы, применяемое для волос, действует на них следующим образом. Насыщает их питательными веществами, а также удерживает необходимое количество влаги. Восстанавливает здоровье волос. Делает волосы мягкими и послушными. Избавляет от себореи и перхотию. Препятствует их ломкости и обильному выпадению. Ускоряет рост волос и делает их блестящими.[2-3].

Масло жожоба – это незаменимый источник жирных кислот, аминокислот и витаминов. Но главная роль отведена коллагену, образующему защитный барьер от потери влаги по всей длине каждого волоска. Именно он обеспечивает эластичность и упругость, уменьшает ломкость. Экстракт плодов растения не только защищает волосы от повреждений, но и полностью восстанавливает их структуру: увлажняет и насыщает полезными веществами по всей длине.

Кокосовое масло является одним из самых ценных косметических продуктов. Кокосовое масло не дает волосам терять влагу и сохраняет белок в структуре волос, поэтому после применения этого продукта локоны

становятся шелковистыми, меньше секутся. Кокосовое масло быстро и эффективно поможет вам вырастить густые и длинные волосы, а также избавит от выпадения [4].

Методы исследования: Метод анкетного опроса был проведен в сетях магазинов которые имеют в продаже масла для волос: «Фиркан», «Магнум», «Рахмет», «Султан», «Мадина» магазин Корейской косметики, «YvesRocher». По данным анкетирования опрошенных 100 респондентов было выявлено, что 62% людей не используют масло для волос, 38% людей выбирают именно этот вид средства по уходу за волосами. При опросе множество из них сказали, что флакон этих масел был неудобным для использования. Также расценки масел которые уже имеются в продаже очень высокие для социальных людей. Потому что, производство масел в Казахстане мало осуществляется. Спрос этого вида уходовой косметики достаточно имеется и предоставляет их в Казахстан зарубежные компании.

Заключение: В ходе исследований рассмотрен примерный состав маслянной суспензии. Перспективой дальнейших исследований станет разработка улучшенной рецептуры и качества данного продукта. В данный момент, в лаборатории кафедры технологии лекарств Южно-Казахстанкой медицинской академии ведутся экспериментальные работы подбора оптимального состава маслянной суспензии для волос с аргинином.

Литература.

1. Сагиндыкова Б.А., Мартынова И.А., Асыллова Н.А., Толегенова Г.Б. / Разработка технологии и исследование лечебно-косметического геля «Arginine energy» // Вестник ЮКМА. -2017. №3 (80). С.108-110.
2. Горлов И. Подходы к разработке пеномоющих средств / И. Горлов // SÖFWjournal (русская версия). - 2000. - № 1. – С. 44-52.
3. <http://safeyourhealth.ru/maslo-arganyi-primenenie-dlya-uhoda-za-kozhey-i-voilosami/>
4. В.М.Шейбак, А.Ю.Павлюковец / Аргинин и иммунная система – возможные механизмы взаимодействия // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2013. –Т.12, №1. – С.6-13.

УДК 615.263.6

Базарбай Н.Қ, Бекмұрза Ж.А., студенты 3 курса фармацевтического факультета ЮКМА, greatnazzymm@bk.ru
101bfkzhasmin@mail.ru

Научный руководитель: **Толегенова Г.Б.,** магистр мед.наук, janatt_90@mail.ru
Научный консультант: **Мартынова И.А.,** к.фарм.наук., и.о.проф. martynova.ia@mail.ru
Асыллова Н.А., магистр мед.наук, asilova.na@mail.ru
Южно - Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика, Казахстан

ИССЛЕДОВАНИЕ БАЛЬЗАМА ДЛЯ ВОЛОС С АРГИНИНОМ

Введение. Современные разработки в сфере ухода за волосами ведут к появлению новых средств, которые часто совершенствуются, сюда можно отнести не только шампуни, то и бальзамы. Кажется, зачем использовать бальзам, если достаточно шампуня. Но, исходя из того, что нелегко сократить стрессы, полностью наладить питание, подобрать качественный шампунь и выбрать экологически чистые условия для проживания, люди сталкиваются с проблемой сухости и укладки волос [1].

Цель исследования: Исследование и изучения бальзама для волос с аргинином.

Если заглянуть в состав воды, используемой в процессе мытья волос, а также шампуня, который применяется для удаления грязи из прядей, там находится щелочь. Именно она является одной из причин того, что после процедуры мытья волосы электризуются и плохо расчесываются. Много лет назад для нейтрализации щелочи женщины ополаскивали пряди раствором из воды и уксуса, даже сейчас некоторые обладательницы прекрасного пола применяют этот метод смягчения шевелюры. Шампунь представляет собой щелочь, а бальзам - кислоту, нейтрализующую пагубное действие средства. Сейчас нет необходимости пользоваться старыми рецептами бальзамов, если на приготовления нет время, можно купить уже готовый косметический продукт в магазине [2].

Главная задача бальзама состоит в том, чтобы оказать эффективную помощь сухим поврежденным волосам. Данное средство способно улучшить структуру прядей, делая их более мягкими, здоровыми и ухоженными. Также в действия хороших бальзамов входит облегчение процесса расчесывания, восстановления оптимального кислотно-щелочного баланса, защита прядей от воздействия ультрафиолета, сушки феном, выравнивания утюжком, загрязненного воздуха, хлорированной воды, горячего воздуха, нейтрализация статического электричества, оптимизация работы сальных желез и того ли [3].

Бальзамы можно разделить на следующие группы:

Бальзам-ополаскиватель. Данным средством лучше пользоваться обладательницам здоровых волос, оно способно добавить прядям большего блеска, а также обеспечить легкое расчесывание.

Бальзам-кондиционер. Эта группа средств содержит в своем составе компоненты, которые наделены функциональностью проникать внутрь волоса, восстанавливая его структуру. Бальзам-кондиционер поможет уберечь естественный цвет от пагубного влияния окружающей среды, он увлажняет пряди, делая их более мягкими на ощупь.

Бальзам-маска. Если другие типы бальзамов наносят обычно на сами волосы, но никак не на кожу, то это средство можно спокойно использовать и для поверхности головы. Для достижения желаемого эффекта (питания кожи, предотвращения выпадения волосков, стимулирования роста и т.д.) косметический продукт оставляют на голове на большее время, чем при использовании обычного бальзама.

В настоящее время существует множество различных средств, для ухода за волосами с разными активными компонентами. Один из них - аминокислота аргинин. Данное вещество нередко включают в состав фабричных шампуней, масок, бальзамов и других лечебно-профилактических препаратов, так как оно обладает способностью расширять кровеносные сосуды, ускоряя тем самым кровообращение в коже. Кроме того, аргинин улучшает питание всех тканей организма, включая и волосы. Особенно полезна эта ценная аминокислота обладателям ослабленных, ломких, склонных к выпадению локонов, но можно использовать ее и в профилактических целях, например, после окрашивания или химической завивки [4]. Аргинин – аминокислота, играющая очень важную роль в функционировании человеческого организма. Основная ее функция - регулирование содержания окиси азота в крови. Долгое время считалось, что окись азота является опасным и вредным для человека канцерогеном, однако позже было доказано, что молекулы данного вещества обладают способностью проникать сквозь клеточные мембраны, донося до головного мозга сигналы о состоянии клеток организма. Если окиси азота в крови достаточно, сигнал поступает бесперебойно и при возникновении каких-либо неполадок в работе органов или систем запускает механизм внутренних резервов. Помимо этого, оксид азота участвует во многих обменных процессах, а также в выработке ферментов и гормонов, в том числе и тех, которые отвечают за рост волос.

Если говорить о пользе аргинина для локонов, то она обусловлена тем, что эта аминокислота: улучшает микроциркуляцию крови в сосудах и кровоснабжение волосных фолликулов; ускоряет поступление питательных элементов к луковицам; повышает барьерные функции эпидермиса; способствует выведению токсинов из клеток кожи; очищает эпидермис от продуктов распада белков, нормализует его кислотно-щелочной баланс; ускоряет рост волос и восстанавливает их структуру (эффект становится заметен при отрастании локонов); активизирует регенерацию поврежденных тканей и способствует омоложению клеток [5].

Следует заметить, что аргинин является частично заменимым веществом. То есть в молодом возрасте и при определенных условиях он вырабатывается организмом в достаточном количестве. Однако уже после 30–35 лет синтез данной аминокислоты существенно снижается, а к 50 годам практически прекращается. Кроме того, уровень концентрации аргинина в организме во многом зависит от состояния здоровья человека, его генетических особенностей, образа жизни, питания и других факторов.

Вывод. Согласно проведенным литературным исследованиям нами подбирается состав бальзама для волос с аргинином.

Литература

1. Капинос Ю., Шевлякова Ю. Производители лучших бальзамов для волос. [Электронный режим] // Проект «Эксперт Цен». URL: <http://www.expertcen.ru/article/ratings/luchshie-balzami-dlya-voilos.html>
2. 5 лучших бальзамов для волос. [Электронный режим] // Выборовед.Ру – ежедневный интернет-журнал. URL: <https://vyboroved.ru/krasota-i-zdorove/628-rejting-luch-shikh-balzamov-dlya-voilos-pootzyvam-polzovatelej.html>
3. Топ 5 бальзамов для волос. [Электронный режим] // TutKnow.ru – познавательный онлайн-журнал. Раздел: Красота. URL: <https://tutknow.ru/beauty/4021-top-5-balzamov-dlya-voilos.html>
4. Чудхари Т. «15 полезных свойств аргинина для кожи, волос и здоровья». [Электронный режим] // «ДэйлиФит». URL: <https://dailyfit.ru/pitanie-i-dieta/15-poleznyx-svoystv-arginina-dlya-kozhi-voilos-i-zdorovya/>
5. Аргинин для волос. [Электронный режим] // Onwomen-женский онлайн журнал. URL: Интернет сайт: <http://onwomen.ru/arginin-dlya-voilos.html>
6. Бальзам.//Онлайн-журнал. Мы любим вас. Источник: <https://frauwow.com/zdorove/voilosy/uhod/balzam>

УДК:615.014:661.187-404

Аманкелді К.Ә., студентка 3 курса фармацевтического факультета ЮКМА, karina.amankeldy@bk.ru

Научный руководитель: Толегонова Г.Б., магистр мед.наук, janatt_90@mail.ru

Научный консультант: Мартынова И.А., к.фарм.наук., и.о.проф. martynova.ia@mail.ru

Асыллова Н.А., магистр мед.наук, asilova.na@mail.ru

Южно - Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика, Казахстан

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЖИДКОГО МЫЛА С АРГИНИНОМ

Введение. Жидкое мыло набирает популярность благодаря своей гигиеничности, экономичности, удобству упаковки и особому составу, который заботится о здоровье кожи рук. Такой деликатный уход за руками становится возможен благодаря особому составу. В современном мире невозможно сохранить свое здоровье без регулярной гигиенической обработки рук: именно через руки большинство болезнетворных микробов может попасть в организм человека [1]. Мыло – одно из самых распространенных средств гигиены, оно занимает значительную часть рынка моющих средств [2,3]. Согласно техническим нормативным правовым актам (ТНПА) мыла должны соответствовать показателям гигиенической безопасности, важнейшим из которых является содержание тяжелых металлов [4,5]. Содержание токсичных элементов в жидком туалетном мыле общего

применения не должно превышать, мг/кг: мышьяк – 5,0; ртуть – 1,0; свинец – 5,0, а в детском мыле – мышьяк – 2,0; ртуть – 0,5; свинец – 2,0 [6].

Целью исследования была разработка состава и технологии лечебно-профилактической композиций в виде средств гигиены жидких мыльных форм для наружного применения с аргинином и натуральными добавками.

Основными составами практически любого мыла выступают жирные кислоты и растворимые соли. Очень часто используются натриевые и аммониевые соли различных кислот. В принципе, процесс изготовления мыла имеет ряд особенностей, впрочем, не сложный и весьма доступный. В зависимости от состава, жидкое мыло способно оказывать ухаживающее действие. Антисептическое мыло с дезинфицирующим эффектом подходит также для маленьких детей, не вызывает аллергической реакции и раздражений. Косметическое мыло очищает лицо, позволяет контролировать выделение кожного сала и избавлять от жирного блеска. Для сухой кожи изготавливают питательные и увлажняющие средства, которые позволяют поддерживать уровень влаги при умывании.

В составе твердого мыла практически не содержится смягчающих компонентов – суфрактантов, тогда как при изготовлении жидкого их вводят в состав. Эти компоненты способствуют восстановлению и обновлению клеток.

Обработка рук делится на три уровня:

1. Бытовой уровень (гигиеническая обработка рук с применением мыла и воды).
2. Гигиенический уровень с применением кожных антисептиков.
3. Хирургический уровень (особая последовательность манипуляций при обработке рук с последующим одеванием стерильных перчаток).

В мыле жидкой консистенции натуральные компоненты лучше сохраняют свои полезные свойства благодаря уменьшенному количеству щелочи. Поэтому в жидкое мыло так часто и обильно добавляют разнообразные природные добавки. К ним относятся экстракты лекарственных трав и эфирные масла растений, обладающих целебными свойствами. Вот самые популярные среди них является Аргинин.

Аргинин является предшественником для синтеза пролина и оксипролина: аминокислот, являющихся структурным элементом коллагена – основного белка соединительной ткани. На долю коллагена приходится треть всей массы белков человека, он есть везде, образуя мягкий скелет для органов и тканей. Коллаген отвечает за упругость кожи, прочность костей и связок, крепость мышц и эластичность сосудистой стенки.

Аргинин, являясь источником для образования коллагена, аргинин способствует поддержанию естественной упругости кожи и замедлению образования морщин. Аргинин ускоряет обновление клеток кожи, связок, сухожилий, мышц, костей, ускоряет восстановление после травм, операций.

Выводы: Согласно проведенным литературным исследованиям нами подбирается состав жидкого мыла с аргинином.

Литература.

1. Джоунз, Р. Д. Действие антибактериального мыла на микрофлору кожи / Р. Д. Джоунз // Вестник дерматологии и венерологии. – 2000. – № 1. – С. 91–104
2. Российский рынок твердого мыла. М.: Подготовлено экспертами НКО «АПМП», 2010. 26 с.
3. Обзор российского рынка растительного масла. [Электронный режим] // ILIGENT: ежедневный обзор публикаций по маркетингу [сайт]. URL: http://www.marketcenter.ru/content/document_r_57ed7a16-4028-4c82-a9b4-c7fbfc517db0.html
4. О безопасности парфюмерно-косметической продукции: ТР ТС 009/2011 от 23 сентября 2011 г. № 799. Утвержден решением Комиссии таможенного союза
5. Гигиенические требования к производству и безопасности парфюмерно-косметической продукции: СанПиН 1.2.681–97 РФ. введ. 02.01.1998. М.: 1998
6. Рембовский, В. Р. Медико-гигиенические аспекты оценки чистоты кожных покровов / В. Р. Рембовский, Л. А. Могиленкова // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 36–42
7. Рембовский, В. Р. Медико-гигиенические аспекты оценки чистоты кожных покровов / В. Р. Рембовский, Л. А. Могиленкова // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 36–42.

УДК. 615.263.62

Abilova A.A., Pernehan F.M., South Kazakhstan Medical Academy, pharmaceutical faculty, 2 course,

ardak.ardakabilova.abilova@mail.ru, fari_superstar@mail.ru

Scientific consultant: **Tolegenova G.**, master of medical Sciences, janatt_90@mail.ru

Scientific director: **Martynova I.A.**, PhD, ass.professor, martynova.ia@mail.ru,

Asilova N.A., master of medical science, asilova.na@mail.ru

Department of medicine technology of the UKMA. c.Shymkent

RESEARCH OF THERAPEUTIC-PROPHYLACTIC SHAMPOO WITH ARGININE

Health and beauty of hair depend not only on their care, but also on the state of the body. Often the hair becomes thin and falls through the fault of the person. Unfortunately, many external factors can easily cause quite strong harm to our hair. Sun exposure and frequent scratching can destroy the cuticle, which protects the base of the hair. As a result, they become dry and brittle.

Nails and hair are also protein. For their health, regular consumption of protein foods is absolutely necessary, otherwise the body will have nowhere to take building material. With protein deficiency, hair becomes thin, weak and dull, grows poorly and splits, and nails begin to break and split. And one of the important amino acids for hair is arginine.

Shampoos containing natural ingredients of natural origin are in demand, having a positive effect on the hair and scalp of a person [1].

Research methods. We conducted a survey among women of the city of Shymkent about their use of shampoo with natural ingredients. 100 people were interviewed. The survey was conducted in the supermarkets "Magnum", "Metro" and "Firkan". According to the study, it was proved that 30% of residents use natural shampoo, 10% use other chemical ingredients, and 10% use homemade shampoo, 50% use shampoo for their hair type. And in the end, we found out that natural shampoos are now in great demand, as they are more secure and give a good and long lasting effect.

The aim of the study was to develop on the basis of the studied literature data the composition and technologist of the medical- prophylactic in the form of shampoo with arginine.

Materials for research. Arginine is an amino acid, also known as L-arginine, which is important for cell growth. Arginine is very important for maintaining healthy liver and strengthening the immune system. It enhances the synthesis of collagen in the body, which accelerates the healing process of wounds. Arginine is needed for muscle metabolism, and it forces weight loss by reducing the percentage of adipose tissue. With many problems with skin, hair and overall health, L-arginine has proven to be super effective [2].

Arginine has become a fashionable component of shampoos, balsams and conditioners, hair masks. Some manufacturers of shampoos, conditioners, conditioners, sprays, and arginine hair masks promise 95% improvement in hair condition, provided that these products are used continuously throughout the month.

Arginine improves the blood supply to the hair follicles, allowing them to get maximum nutritional components for normal growth, shine and restoration of structure.

Arginine has a complex beneficial effect on hair. Here are some examples. This amino acid, synthesized by our body, dilates blood vessels and improves blood flow to the skin of the scalp and the base of the hair follicles. Hair care products with arginine make up levels that affect the development and function of hair follicles or weaken the hair shaft, and due to this they promote growth and strengthening of hair. Arginine helps protect hair from aggressive chemical compounds and high temperatures. This is one of the reasons why arginine is part of almost all hair dyes [3,4].

Conclusions: At the moment, in the laboratory of the Department of Drug Technology South Kazakhstan Medical Academy, experimental work is underway to select the optimal composition of shampoo with arginine. Nowadays, people use foreign brands as "ELSEVE Arginine Strength", "LANOTECH with Arginine", "Nua volume with arginine", which contains Arginine. But we want to create our own domestic brand, which will be more useful and effective. Work in this direction continues.

Bibliography.

1. Beliaeva A.O., Analysis of assortment of shampoos for greasy hair on pharmaceutical market of Ukraine/ Beliaeva A.O., Grigorus M.O., Khomenko R.M.// Topical issues of new drugs development: Abstracts of XXV International Scientific And Practical Conference Of Young Scientists And Student. – Kharkiv: NUPh, 2018. – P.355-356.
2. G.B. Tolegenova, B.A. Sagindykova, I.A. Martynova / Development of a study of a cosmetic form with arginine // Vestnik of UKMA. -2016. №4 (77). P.48-49.
3. Чудхари Т. «15 полезных свойств аргинина для кожи, волос и здоровья». [Электронный режим] // «ДэйлиФит». URL: <https://dailyfit.ru/pitanie-i-dieta/15-poleznykh-svoystv-arginina-dlya-kozhi-volos-i-zdorovya>
4. Yu.M. Stepanov, I.V. Tverdokhle, O. Yu. Sirenko / L-arginine: properties, application in medicine, toxicity and arginine-induced damage to the pancreas // SUSTAINABLE GASTROENTEROLOGY No. 3 (65) - 2012 S.63-70.

УДК 615.453.62:615.014.24

Сагиндыкова Б.А., д.фарм.н., профессор, sagindik.ba@mail.ru
Омарбекова А.А., ст.преподаватель кафедры технологии лекарств, ardashka.0892@mail.ru
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент

ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ РАСТВОРЕНИЯ ТАБЛЕТОК МЕЛОКСИКАМ

Резюме. В обзоре представлены исследование теста кинетики растворения таблеток мелоксикам, выпущенных разными производителями, которые проводились в соответствии с «Правилами проведения исследований биоэквивалентности лекарственных средств Евразийского экономического союза»

Ключевые слова: сравнительный тест кинетики растворения, биоэквивалентность, дженерики, оригинальный препарат.

Одним из важных показателей качества жизни населения является, обеспечение качественными и высокоэффективными лекарственными средствами. Лекарственные средства должны влиять как на общее состояние, так и на качество жизни, способствовать полной социальной адаптации больного. Это возможно только при условии использования лекарственных препаратов высокого качества. Использование лекарственных средств с недоказанной эффективностью и безопасностью приводит к снижению эффективности терапии социально-значимых заболеваний, увеличению случаев тяжелых осложнений и инвалидности [1- 3].

Из сравнительного анализа фармацевтического рынка большинства стран, большая часть лекарственных препаратов составляют не оригинальные препараты, а их более дешевые аналоги, т.е. дженерики. В США от всех продаж лекарственных препаратов на долю дженериков приходится 12%, а в странах Западной Европы от 35 до 62% [4].

Одной из главнейших задач фармацевтической индустрии считается проведение точного и строгого контролирования идентичности одноисточниковых и многоисточниковых препаратов, потому что их взаимозаменяемость может осуществляться по данным из исследовательских работ т.к. эффективность, безопасность и выраженность побочных эффектов, воспроизведенных лекарственных препаратов могут значительно различаться [5].

Соответствие эффективности и безопасности оригинального лекарственного препарата (или другого препарата сравнения) и дженерика обеспечивает их взаимозаменяемость в клинической практике. Подобная эквивалентность может быть подтверждена: при сравнительных клинических исследованиях *in vivo*; при сравнительных исследованиях биоэквивалентности (фармакокинетических исследованиях) *in vivo*; при сравнительных фармакодинамических исследованиях *in vivo*; при сравнительных исследованиях *in vitro* (по кинетике растворения) [6-12].

Исследование сравнительного теста кинетики растворения (СТКР) - проводят для установления эквивалентности профилей растворения исследуемого препарата и препарата сравнения [13]. Целью проведения теста «Растворения» является оценка надлежащего качества лекарственного средства путем определения количества активного вещества, которое в условиях, указанных в фармакопейных статьях, за определенный промежуток времени должно высвободиться в среду растворения из твердой лекарственной формы [14].

Исследование биоэквивалентности лекарственных средств проводят в соответствии с «Правилами проведения исследований биоэквивалентности лекарственных средств Евразийского экономического союза» [15].

Материалы и методы. В качестве объектов исследований выбраны: таблетки Мовалис 7.5 мг (Германия), таблетки Мелоксикам-ратиофарм 7.5 мг (Индия), таблетки Мелоди 7.5 мг (Индия) и таблетки Ревмоксикам 7.5 мг (Украина), выпущенных разными производителями.

Сравнительные испытания растворения должны соответствовать фармакопейным стандартам. Для статистической достоверности каждый эксперимент рекомендуется проводить с 12 пробами препарата.

Стандартными условиями использования являются: Прибор: лопастная мешалка или корзинка. Объем среды растворения: 900 мл или менее. Температура среды растворения: 37 ± 1 °С.

Размешивание (Agitation): лопастная мешалка- обычно 50 оборотов в минуту; корзинка- обычно 100 оборотов в минуту.

В качестве среды растворения использованы буферные растворы с рН 1-1,2 (обычно 0,1 N Cl или имитация желудочного сока без ферментов), 4,5 и 6,8 (или имитация кишечного сока без ферментов); рН контролировали в течение всего исследования; использованы буферы по рекомендациям Европейской фармакопеи.

– Отбор проб проводили через 10, 15, 20, 30 и 45 минут.

При соблюдении вышеприведенных условий теста, нами изучена кинетика растворения таблеток мелоксикам, выпущенных разными производителями: Мовалис (Германия), Мелоксикам-ратиофарм (Индия), Мелоди (Индия) и Ревмоксикам (Украина). Испытание сравнительного профиля растворения и основанные на нем выводы признаются правильными, если описание профиля растворения основывалось на достаточном количестве временных точек.

Результаты определения высвобождения лекарственного вещества *in vitro* в виде сопоставимых профилей растворения должны свидетельствовать об эквивалентности дженерика препарату сравнения.

При построении профилей необходимо выполнить ряд условий: количество принимаемых в расчет точек должно быть не менее 3; условия испытания сравниваемых лекарственных препаратов должны быть одинаковыми; отбор проб должен проводиться через одинаковые промежутки времени; после достижения высвобождения уровня 85 % из обоих лекарственных препаратов, в расчет должны приниматься все точки до этого уровня и одна следующая; коэффициент вариации для первой временной точки должен быть не более 20 %, для последующих – не более 10 % [15-16].

Обсуждение результатов. Для сравнения профилей растворения мелоксикама из таблеток нами использованы результаты высвобождения мелоксикама в среде с рН – 6,8, где отмечено наиболее высокая степень растворения для всех образцов таблеток. Результаты исследований показателей кинетики растворения представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что из оригинального и дженериковых таблеток мелоксикама при значениях рН – 1,2; 4,5 и 6,8 высвобождается достаточно высокая концентрация ЛВ, которая находится в пределах, требуемых ВАНД.

К 30 минутам от начала испытания из всех модельных сред наблюдается максимальное высвобождение мелоксикама, которое к 45 минутам повышается незначительно. Наиболее оптимальной для всех испытуемых образцов является фосфатный буфер с рН – 6,8, где отмечается более высокая степень высвобождения : через 30 мин обнаружено мелоксикама: из таблеток мовалис – 89,92 %; из мелоксикама – ратиофарм – 89,24 %; из мелоди – 82,46 % и ревмоксикама – 80,94 %.

Сравнительно низкое высвобождение отмечено из модельной среды с рН – 4,5, во всех образцах количество высвободившегося мелоксикама через 30 мин составляет от 70,42 % до 77,74 %; через 45 мин данный показатель изменился незначительно. Из модельной среды с рН - 1,2 высвобождение мелоксикама из всех образцов таблеток происходит в достаточно высокой степени, однако оно уступает высвобождению из среды с рН – 6,8; но несколько выше, чем в среде с рН- 4,5.

Далее для установления биоэквивалентности оригинального и дженериковых таблеток мелоксикама нами на основании данных, полученных при изучении кинетики растворения рассчитаны значения коэффициентов различия и подобия.

Таблица 1 - Показатели кинетики растворения

№	Препараты	Время, мин	Количество, % при значениях pH		
			1,2	4,5	6,8
1	2	3	4	5	6
1.	Таблетки Мовалис	10	15,22	16,82	20,12
		15	46,4	45,56	40,37
		20	66,53	58,92	60,26
		30	80,79	77,74	89,92
		45	82,3	79,62	90,28
2.	Таблетки Мелоксикам - ратиофарм	10	25,35	7,22	12,54
		15	40,4	26,52	28,14
		20	55,32	54,07	71,36
		30	72,55	69,09	89,24
		45	73,22	71,34	89,82
3.	Таблетки Мелоди	10	8,44	11,34	18,36
		15	28,16	36,62	35,86
		20	42,18	52,38	59,14
		30	76,58	68,92	86,46
		45	78,68	72,32	87,34
4.	Таблетки Ревмоксикам	10	18,14	14,82	16,44
		15	42,38	39,62	42,86
		20	68,14	52,98	57,14
		30	77,32	70,42	84,94
		45	79,46	71,82	85,10

Профили растворения двух лекарственных препаратов могут считаться эквивалентными на основании их полного подобия в каждой точке времени. Нами для сравнения профилей растворения использована простая модель расчета различия (f_1) и коэффициента подобия (f_2) [16,17].

Коэффициент различия (f_1) позволяет вычислить различия между двумя профилями растворения в каждой точке времени и является измерением относительной ошибки между кривыми двух сравниваемых лекарственных препаратов, определяется по формуле (1):

$$f_1 = \frac{\sum_{i=1}^n |R_i - T_i|}{\sum_{i=1}^n R_i} + 100 \quad (1),$$

где n – число точек времени, R_i и T_i – процент растворившегося вещества из препарата сравнения и испытуемого препарата, соответственно, в каждый момент времени i .

Коэффициент подобия (f_2) – это величина, представляющая собой логарифмическое преобразование значения суммы квадратов ошибок, рассчитанных по разности между значениями растворения испытуемого (T_i , в %) и стандартного продукта (R_i , в %) во всех точках времени. Коэффициент подобия, принятый ВОЗ, FDA и ЕМА как критерий для оценки подобия профилей растворения *in vitro*, рассчитывается по формуле 2 [18]:

$$f_2 = 50 \times \left\{ \left[1 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n |R_i - T_i| \right] - 0.5 + 100 \right\} \quad (2).$$

Для профилей, считающимися сопоставимыми, значение должно быть равно 0, значение f_2 должно быть близко к 100; значения f_1 от 0 до 15, f_2 от 50 до 100 гарантирует эквивалентность двух профилей или их подобие, а также свидетельствует о фармакологическом эффекте препарата и препарата сравнения [19-21].

В таблицах 2-4 приведены результаты расчета коэффициента различия и коэффициента подобия для таблеток Мовалис и его дженериковых препаратов.

Из данных таблиц 2-4 видно, что коэффициент различия оригинального и дженериковых таблеток мелоксикама находится f_1 от 4,48 до 10,41; коэффициент подобия f_2 от 56,27 до 76,70. Значения рассчитанных нами коэффициентов различия и коэффициентов подобия гарантируют эквивалентность профилей растворения

или их подобие, а также доказывают эквивалентность фармакологического эффекта оригинального препарата – таблеток Мовалис и его аналогов: Мелоксикам – ратиофарм, Мелоди и Ревмоксикам.

Таблица 2 - Коэффициенты различия и подобия для таблеток Мовалис/Мелоксикам-ратиофарм

N	Мовалис, % (R _i)	Мелоксикам-ратиофарм, % (T _i)	R _i - T _i	R _i - T _i ²		
1	20,12	12,54	7,58	57,46		
2	40,37	28,14	12,23	149,57		
3	60,26	71,36	11,1	123,21		
4	89,92	89,24	0,68	0,46		
5	90,28	89,82	0,46	0,21	f ₁	10,41
Сумма	307,75	297,9	32,05	330,91	f ₂	56,27

Таблица 3 - Коэффициенты различия и подобия для таблеток Мовалис/Мелоди

N	Мовалис, % (R _i)	Мелоди, % (T _i)	R _i - T _i	R _i - T _i ²		
1	20,12	18,36	1,76	3,10		
2	40,37	35,86	4,51	20,34		
3	60,26	59,14	1,12	1,25		
4	89,92	86,46	3,46	11,97		
5	90,28	87,34	2,94	8,64	f ₁	4,48
Сумма	307,75	293,96	13,79	45,31	f ₂	76,70

Таблица 4 - Коэффициенты различия и подобия для таблеток Мовалис/Ревмоксикам

N	Мовалис, % (R _i)	Ревмоксикам, % (T _i)	R _i - T _i	R _i - T _i ²		
1	20,12	16,44	3,68	13,54		
2	40,37	42,86	2,49	6,20		
3	60,26	57,14	3,12	9,73		
4	89,92	84,94	4,98	24,80		
5	90,28	85,1	5,18	26,83	f ₁	6,32
Сумма	307,75	293,28	19,45	81,11	f ₂	70,95

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что мелоксикам относится к быстрорастворимым лекарственным веществам. Процесс полного растворения мелоксикама не превышает 30 минут (не менее 85 % заявленного содержания). Значения коэффициентов различия и коэффициентов подобия доказывают биоэквивалентность оригинального препарата таблеток Мовалис и его дженериков: мелоксикам-ратиофарм, мелоди и ревмоксикам.

Литература

1. Гордиенко С. Реформа здравоохранения в Украине. От теории к реальной практике / С.Гордиенко// Новости медицины и фармации.-2010.-№9(325).-С.6-7.
2. Зупанец И.А. Бренды и дженерики- Мифы и реальность/И.А.Зупанец, Н.П.Безуглая//Здоров'я України.-2013.-№23(324).-С.20-22.
3. Patients' perceptions of generic medications/W.H.Shrank,E.R.Cox,M.A.Fisher[et.al.]//Health Aff.-2009.-Vol.28.-P.546-556.
4. Щербаков В. ВОЗ вмешивается в производство дженериков. Ремедиум 2000;3:57-60.
5. В.Л. Багирова, Е.Л. Ковалева, К.С. Шаназаров. Актуальные вопросы экспертизы и стандартизации лекарственных средств // ХФЖ. 2005. Т. 39. № 6. С. 48-51.
6. А.П. Арзамасцев, В.Л. Дорофеев. Эквивалентность воспроизведенных лекарственных средств: фармацевтические аспекты // Ведомости НЦ ЭСМП. 2007. № 1. С. 6-11.
7. К.С. Давыдова, И.Е. Шохин, Г.В. Раменская, В.Г. Кукес. Установление взаимозаменяемости воспроизведенных лекарственных средств // Ремедиум. 2010. № 7. С. 16-38.
8. Обзор требований к исследованию биоэквивалентности дженерических ЛС. Требования ЕМА // Ремедиум. 2011. № 6. С. 74-77.
9. Порядок проведения дополнительных исследований лекарственных средств при проведении экспертизы регистрационных материалов: Приказ Минздрава Украины от 17.04.2007 г. № 190.
10. Guidelines on the investigation of bioequivalence. CPMP/EWP/QWP/1401/98 Rev. 1/ Corr *. ЕМА. 2010. P. 27.
11. Multisource (Generic) Pharmaceutical Products: Guidelines on registration Requirements to Establish Interchangeability. – WHO Technical Report Series. № 937, Annex 7. 2006.
12. Руководство по экспертизе лекарственных средств. Т.І. – М.Гриф и К., 2013. 328 с., глава 7.

13. В.Г.Кукес, Г.Ф.Василенко, К.С.Давыдова, Л.М.Красных, Г.В.Раменская, А.Ю.Савченко, И.Е.Шохин Методические рекомендации для разработчиков и производителей лекарственных средств по изучению сравнительной кинетики растворения твердых дозированных лекарственных форм. Утв. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. – М.: Ремедиум, 2010.28 с.
14. Методические указания Минздрава России «Оценка биоэквивалентности ЛС», приложение 4. М.- 2008.
15. Правила БЭИ от 20.02.2015г.
16. Правила проведения исследований биоэквивалентности лекарственных средств Евразийского экономического союза
17. Bioavailability and Bioequivalence Studies for Orally Administered Drug Products - General Considerations, U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, March 2003;
18. Bioavailability and Bioequivalence Studies for Nasal Aerosols and Nasal Sprays for Local Action, U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, April 2003.)
19. Федеральный закон Российской Федерации от 27.11.2011 г.№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
20. Чепой В. М. «Болезнь Бехтерева». М-, Медицина», 1981.— 386 с.
21. В.Н.Дроздов Ревматология Остеоартроз (остеоартрит) CONSILIUM medicum Том 06/N 12/2004

СЕКЦИЯ «ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Каримов А.С. резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

Введение. Рак наиболее часто встречающееся заболевание пищевода и составляет 80-90% от всех заболеваний пищевода. В основном поражает людей старшего возраста. Чем старше возраст, тем выше заболеваемость. В большинстве европейских стран интенсивные показатели среди мужчин равны 4,0-7,0, а среди женщин 1,0-2,0 на 100 000 населения. В Казахстане в структуре заболеваемости рак пищевода занимает 4-5 место и интенсивные показатели составляют 11,3 (2001г.), 10,3 (2003г.), 9,7 (2004г.) и 9,8 (2005г.) т.е. около 5% всех форм злокачественных новообразований. Высокие показатели заболеваемости отмечается в Кызылординской (25,3%), в Атырауской (17,6%), в Западно-Казахстанской (16,7%), в Актыбинской (14,7%), в Мангыстауской (11,2%) и в Южно-Казахстанской (8,9%) областях. Низкие показатели в Акмолинской области (6,1%), в г. Алматы (5,3%) и в Астане (5,0%). Смертность по Республике Казахстан за 2004-2005гг. составляет 8,4-8,0% [1,2].

Цель работы. Изучение заболеваемости раком пищевода и результатов лечения в Южно-Казахстанской области.
Материалы и методы. Анализируются результаты комплексного обследования и лечения 2759 больных по материалам клиники. Следует отметить, что местное население заболевает раком пищевода в 10-11 раз чаще, чем лица европейской национальности. При этом удельный вес коренного населения составила – 78%, европейской – 13,6%, и 8,4% больных были представителями других национальностей. Растет число больных с возрастом, чаще болеют лица старше 40 лет, на их долю приходится 90,6% больных. Если интенсивные показатели рака пищевода на 100 тыс. жителей в 1998 г. составило 16,9^{0/0000} (127,3^{0/0000}) (в скобках указаны интенсивные показатели общей заболеваемости по области), то в 2014 г. – 7,1 (92,8). Как видно из вышеизложенного, отмечается снижение, как общей заболеваемости, так и по раку пищевода.

Результаты. За последние годы значительно улучшилась жизнь населения: больше стали употреблять овощи, фрукты; вырос уровень солидарной ответственности больных за состояние здоровья, улучшилось качество профессиональных осмотров, расширился диапазон санитарно-просветительских работ и многое другое. В 90% случаев диагноз был морфологически верифицирован, при этом у 78,4% больных установлен плоскоклеточный рак, у 13% – аденокарцинома и у 8,6% определены другие формы. У 6% опухолевой процесс локализовался в верхней трети пищевода, у 56,7% – в средней, и у 37,3 – в ее нижней трети. Из общего числа выявленных – 284(10,3%) в виду тяжелого состояния были отправлены на симптоматическое лечение по месту жительства, 71% больных отметили затруднения при проглатывании пищи, но к врачам не обращались, 18,7% больных обратились за мед. помощью к моменту нарушения прохождения густой пищи. Из 2465 больных после полного обследования I-II ст. установлены у 22,8%, III – у 72,8%, IV – у 4,8%. Из 2004 больных радикально оперированы

174 (8,6%) (операции типа Льюиса, Герлока). Лучевое, химиотерапевтическое лечения получили 1701 (83,0%), из них 23 больным были наложены гастростомы.

Выводы. Таким образом, за анализируемый период отмечается снижение частоты рака пищевода почти в 2 раза: с $16,9^{0/0000}$ до $7,1^{0/0000}$. В 77,6% случаев рак пищевода выявлен в III-IV стадиях заболевания и основную массу больных составили пожилые люди. Радикальные оперативные вмешательства произведены всего 8,6% больным, одногодичная летальность составила 48,9%, пятилетняя выживаемость – 17,1%.

Список литературы

1. Мирошниченко Б.Б., Лебединский К.М. Хирургия рака пищевода Спб: Фолиант, 2002.- 303 с.
2. Переводчикова Н.И. Химиотерапия опухолевых заболеваний. – М.2000. – 391 с.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Примбеков Б.У., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.,

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

Введение. В последние годы во всем мире отмечается тенденция к увеличению числа больных сахарным диабетом, по данным ВОЗ до 50% пациентов нуждаются в проведении операций на стопе и нижних конечностях, в виду поражения мелких сосудов, которые приводит к нарушению питания стопы [1-4]. Диабетическая стопа, есть результат развития ангиопатии нижних конечностей приводящие к гнойно-некротическим поражениям стопы. По данным литературы, каждый второй пациент с сахарным диабетом в течение своей жизни нуждается в оперативном вмешательстве, в результате развития гангренозно-измененных тканей стопы при нарушении кровообращения в сосудах. Данные осложнения у больных сахарным диабетом выявляются почти до 80%. [5,6,7]. Рост числа больных с диабетической стопой привел к изменениям статистики, а также поступления больных в хирургический стационар ввиду не своевременного лечения больных в эндокринологическом отделении, где в комплексной диагностике должны проводится УЗДГ.

Цель исследования. Изучить особенность частоты заболевания среди населения болеющих сахарным диабетом, у больных с осложненной формой поражения и развития гнойно-воспалительных, некротических процессов пальцев стопы и развития влажной гангрены стопы и голени.

Материал и методы исследования. В отделении «Диабетической стопы» ОКБ с 10.09.2018-10.11.2018г. находилось 62 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими осложнениями мягких тканей и гангреной нижних конечностей. Возраст больных от 45-80 лет. Мужчин – 46 (74%). Женщин – 16 (26%). У 46(74%) больных возраст превышал свыше 60 лет. 36 пациентов страдали сахарным диабетом с 3-21 лет. У остальных пациентов диабет впервые установлен в хирургической клинике. Легкой формой диабета 43 (69%) , средней тяжести 15 (24%), тяжелой формой 4 (6,4%) больных. Скрытый диабет выявлен в стационаре у 2 пациентов. Выраженные нарушения углеводного обмена веществ у большей части больных сахарным диабетом приводят к сосудистым повреждением нижних конечностей: диабетическая ангиопатии с развитием гнойно-некротических поражений стопы. Почти каждый второй больной сахарным диабетом в течение своей жизни потенциально нуждается в хирургическом лечении. Достижения современной науки в медицине позволили расширить показания к операции при сопутствующем сахарным диабете. В настоящее время стало возможным этим пациентам оказание всех видов хирургической помощи. При благоприятном исходе оперативного лечения отмечают улучшение течения сахарного диабета после операции в то же время правильная коррекция нарушении углеводного обмена позволяет избежать после операционных осложнений.

Часто у больных, которые нуждаются в экстренной хирургической помощи возможности обследования, наблюдения, дифференциального диагноза ограничены, времени на предоперационную подготовку минимально и высока частота послеоперационной летальности, что достигает до 20%. В литературе имеются рекомендации двоякого характера, одни учёные предлагают уменьшить дозу инсулина в день операции, другие считают, что дозу инсулина следует увеличить. Синдром диабетической стопы чаще встречается у женщины пожилого возраста с инсулиннезависимой формой сахарного диабета средней степени тяжести и длительностью заболевания более 2 лет. Основной тип поражения при ДС - это нейропатический вариант. При лечении диабетической стопы необходимо соблюдать следующие принципы: непрерывность и пожизненность лечения; дифференцированный подход в диагностике; первичная ампутация должна быть предпринята только при условии, когда возможность реваскуляризации с помощью оперативных методов (ангиопластика и стентирование артерий нижних конечностей, аутовенозное шунтирование, эндартерэктомия) исключена в специальном сосудистом центре с помощью ангиографии и других методов определения уровня окклюзии; в хирургические отделения больные должны госпитализироваться только при наличии осложнений, требующих вмешательства хирурга; обеспечение больных ортотехникой (количество ампутации снижается почти на 1/3).

Результаты и обсуждения. При поступлении в стационар уровень глюкозы в крови находился 12,0 ммоль/л. – 18,6 ммоль/л. У 13 процентов обследованных наблюдалась глюкозурия - до 9,2%, 11,0% кетонурия. У подавляющего большинство больных была изолированная гангрена одного, нескольких пальцев стопы, которая протекала по влажному типу с сохранением пульсации на артериях голени. Нередко выявление пульсации было возможным после устранения отека местных тканей. Прогрессирующая диабетическая влажная гангрена была у

14 пациентов, которая развелась при тромбозе крупных артерий нижних конечностей с высокой степенью интоксикации. При этом наблюдался феномен взаимного отягощения, ухудшение течения диабета. Это привело к развитию у трёх пациентов диабетической комы. Прогрессированию гангрены способствует неадекватное лечебная тактика на до госпитальном этапе, ввиду длительного наложения бальзамических мазей дающих эффект теплового компресса.

Выводы. При гнойно-некротических поражениях и гангрене нижних конечностей проводится УЗДГ сосудов, определение уровня глюкозы в крови. Лечение больных должно начинаться комплексно с обязательным назначением инсулина, а также лекарственных препаратов направленных на улучшение микроциркуляции, а также нормализации нарушенных обменных процессов. Хирургическое лечение направлено на органосохраняющие операции: при гангрены пальцев стопы производили экзартикуляцию, при развитии остеомиелита, артрита делались «малые» операции. На стопе – трансметатарзальные ампутации, а при поражении пяточной кости проводится ампутация на уровне голени. Летальность не отмечена.

После высоких ампутациях бедра и тяжелой форме сахарного диабета, которая выполнена у 26 больных с влажной гангреной нижних конечностей летальность составила 1,2%, причинами явились тромбоэмболии, сердечно-сосудистая патология, сепсис, полиорганная недостаточность.

Список использованной литературы

1. Авдеева И.М. Анализ результатов хирургического лечения диабетической стопы / И.М. Авдеева, Н.Я. Варшавский, А.А. Шабанов, Т.В. Баклин // Проблемы эндокринологии. 1999. - Т. 45, №6. – С. 13-15.
2. Аметов А. Перспективы развития диабетологии / А.С. Аметов // Терапевтический архив. – 2005. №10. – С. 5-9.
3. Антоненко И.В. Классификация диабетической ангионейропатии нижних конечностей / И.В. Антоненко // Хирургия. 2001 - №2. С. 26-30.
4. Арипов Х.А. Синдром «диабетической стопы»: патогенетические подходы к лечению / Х.А. Арипов, Р.Э. Асамов, С.И. Джамалов и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. 2001. – №4. – С. 115-121.
5. Астахова И.Н. Лечение больных сахарным диабетом с некротическим поражением стопы / И.Н. Астахова // Хирургия. 2001. - №12. - С. 34-37.
6. Балаболкин М.И. Диабетология / М.И. Балаболкин. М.: Медицина, 2000.-671 с.
7. Балаболкин М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: руководство / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.Н. Креминская. М.: Медицина, 2002. - 752 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Нурбаба Р.К., резидент 1 года обучения факультета непрерывного последилового образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.,
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

Введение. В числе наиболее актуальных проблем клинической эндокринологии вопросам профилактики, диагностики и лечения болезней щитовидной железы (ЩЖ) принадлежит одно из первых мест. Заболевания ЩЖ являются основной приоритетной группой эндокринных заболеваний, основным способом лечения которых являются хирургические вмешательства.

Актуальность проблемы связана с распространенностью заболевания, значительным увеличением в последние годы осложненных форм зоба у людей молодого и среднего возраста. Результатом нарушения клеточного и гуморального иммунитета является накопление в крови обладающего способностью взаимодействовать с рецепторами тиреотропного гормона (ТТГ) на плазматической мембране тиреоцитов и подобно ТТГ стимулировать ЩЖ. Эти тиреостимулирующие иммуноглобулины успешно конкурируют за рецепторы к ТТГ, вытесняя действие этого гормона [1-4]. Они же считаются ответственными за гиперфункцию ЩЖ. Комплексы этих иммуноглобулинов выступают как длительно действующие стимуляторы ЩЖ, вне зависимости от какой-либо гормональной регуляции.

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ).

Материал и методы исследования. В последние годы 3 года, в период с 2015 по 2017 гг в областной клинической больнице г.Шымкента проведены 102 операций по поводу ДТЗ. В 2015 г. было произведено 37 струмэктомий, из них с узловой формой патологии 25, смешанным зобом 6, 2 больных с эндемическим зобом, 1 пациент с диффузно токсическим зобом, 3 – многоузловой формой зоба. Показатели в 2016 и 2017 гг. составили соответственно 18 из них 3, 3,1,6,1; и 33 из них 21, 4, 4, 2, 1, 1. В предоперационном периоде с целью диагностики скрытого гипотиреоза необходимы УЗИ ЩЖ и тонкоигольная аспирационная пункционная – цитобиопсия, изучение уровня Тз, Т4, ТТГ и антитела к ТПО.

Результаты и обсуждения. Из 102 прооперированных больных 100 (98%) являются женщинами, 2 (2%) мужчин. Средний возраст больных варьирует от 43-49 лет. По данным ретроспективного анализа истории болезней 2015 году выявлено 2 (5,4%) осложнения, из них в 1 наблюдении кровотечение в другом – тиреотоксический криз,

2016 году выявлено 1 (3,1%) осложнение в виде паралича возвратного нерва, 2017 году выявлено 1 (2,9%) осложнение в виде наступления тиреотоксического криза.

В плане предоперационной подготовки больным со скрытым гипотиреозом на фоне ДТЗ к тиреостатической терапии следует добавить L-тироксин в суточной дозировке 50-150 мг/сут. внутрь. У больных с субклиническим течением скрытого гипотиреоза на фоне ДТЗ оставлять участок ткани ЩЖ объемом 3-5 см³ и продолжить заместительную терапию в послеоперационном периоде с целью профилактики послеоперационного гипотиреоза. При классическом течении ДТЗ объем остаточной тиреоидной ткани не должен превышать 1 см³ в целях профилактики послеоперационного гипертиреоза.

Выводы: 1. Особенности клинического течения ДТЗ в современный период являются более тяжелое и агрессивное течение тиреотоксикоза, увеличение числа больных с субклиническим течением скрытого гипотиреоза.

2. При изучении гендерных различий в клинике ДТЗ доказано превалирование числа мужчин, которым характерно более «злокачественное» и молниеносное течение заболевания с выраженным сердечно-сосудистым синдромом. Проявления скрытого гипотиреоза у лиц мужского пола в 2,4 раза чаще, чем у женщин, что обуславливает более тяжелое течение послеоперационного периода.

Список литературы

1. Актуальные вопросы практической медицины. Алматы-Кзылорда. 1998. С. 184-187.
2. Волок Ю.Т. Пак В.П., Туребаев Д.К. Некоторые вопросы клиники и хирургического лечения рецидивного зоба // Здравоохранение Казахстана. -1987.-№2.- С. 26-28.
3. Султанов Э.Ш. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Дисс. докт. мед. наук. Алматы, 2004. С. 14 -28.
4. Исследования об операциях взяты из клинического отчета отделения хирургии ОКБ Туркестанской области.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF LUNG TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

Abdurakhmanov A.I., Duisenov A.Zh., Utepbergenova G.A, Tashimova S.A.
MKTU named after Kh.A. Yasavi, Shymkent

Introduction: Persons infected with both HIV and tuberculosis are particularly at high risk. The annual probability of developing tuberculosis in them is 5-10%, while in the other contingent population this probability does not exceed 10% throughout life. The combination of these two diseases worsens the prognosis of the course of the disease and the outcomes of the treatment of patients, determines the features in the clinical and radiological picture.

The aim of the study was to study the outcomes of the treatment of pulmonary tuberculosis in HIV-infected patients.

Materials and methods: a retrospective analysis of the statistical report of the regional TB dispensary was conducted for year 2017 .

Results and discussion: For the period of 2015-2017, there were 144 patients with tuberculosis associated with HIV or 2.8% of the total contingent of adult patients with active pulmonary tuberculosis in the oblast. The work carried out made it possible to establish that the number of such patients increased by 1.4 times (2015-2017).

Treatment of patients with a combination of HIV infection and pulmonary tuberculosis was carried out in the regional TB dispensary in accordance with the orders of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan for the DOTS and DOTS-plus strategy, then outpatient, at the place of residence. When analyzing the effectiveness of treatment for cases of "recovery", we included those patients who, in addition to the conversion of the smear, noted the closure of the decay cavities, confirmed by X - ray and tomography studies. With the preservation of destruction, the results of chemotherapy were recorded as "treatment completed". The analysis does not include patients who arbitrarily interrupted treatment (three people), transferred to other institutions (two people) and continuing therapy (twenty-five patients). The effectiveness of treatment was performed in comparison of recurrent tuberculosis and for the first time detected in combination with HIV infection.

The analysis shows a low recovery rate of 40.9%, and in case of recurrent pulmonary tuberculosis it is almost two times less (9.7%) than in the new cases (4.8%). Mortality in relapses 33 (22,9%) exceeds that in newly diagnosed patients with double infection (4,8%) by 2,3 times. The main causes of death were the progression of the tuberculous process in the lungs.

Conclusion: Thus, a low percentage of recovery (40.9%) after treatment of recurrence of pulmonary tuberculosis in the context of HIV infection requires additional measures to intensify tuberculosis work. When dispensary observation of persons with HIV - infected, past TB disease, it is necessary to conduct fluoroscopes twice a year in order to detect and early treat tuberculosis earlier.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ НА ЭТАПЕ ЭЛИМИНАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Брицкая П.М., Шайзадина Ф.М., Альшеева Н.О., Бейсекова М.М.
 Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Корь относится к числу инфекций, подлежащих ликвидации в соответствии с программой ВОЗ. В последнее десятилетие в связи с изменениями информационного обеспечения эпидемиологического надзора за корью появились новые возможности в изучении проявлений эпидемического процесса.

Целью работы явилось выявление эпидемиологических особенностей кори на этапе элиминации в Республике Казахстан.

Материалы и методы: исследование носило комплексный многоэтапный характер с использованием описательных и аналитических эпидемиологических приемов, ретроспективного эпидемиологического анализа, математического прогнозирования, серологических и статистических исследований.

Результаты и обсуждение. Анализ многолетней динамики заболеваемости корью среди населения в Республике Казахстан с 1993 по 2016 годы показал, что максимальный уровень был зарегистрирован в 2005 году – 106,4 на 100 тысяч населения. Повышенные показатели заболеваемости корью наблюдалось в 1993, 1994, 1998, 1999, 2004, 2014 и 2015 годах.

Проведена статистическая обработка полученных данных в ходе исследования с помощью программы 20 (SPSS). В процессе анализа заболеваемости населения по возрастной структуре выявлено: значения переменных делят ряд распределения на 5 индикаторных групп: 1 группа (15-25 лет), 2 группа (26-35 лет), 3 группа (36-45 лет), 4 группа (46-55 лет) и 5 группа (старше 56 лет). Больше количество больных 270 (61,5%) относится к 1-ой индикаторной группе, меньше 10 (2,3%) отмечается в 5-ой группе, диапазон переменных более вытянут в лево. Распределение больных корью по возрасту показано на рисунке 1.

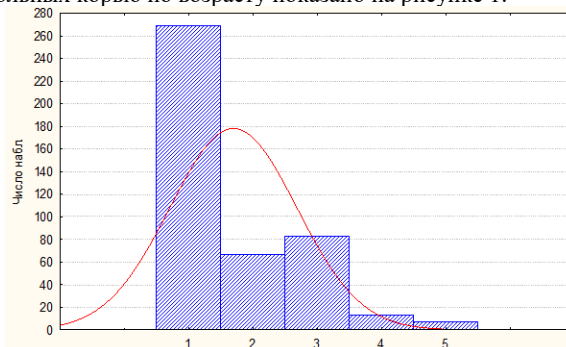


Рисунок 1 - Распределение больных корью по возрасту

Анализ заболеваемости по возрасту указывает, что наибольшее количество больных корью приходится на лиц в возрасте 15-25 лет. Изменилось соотношение заболевших корью взрослый/ребенок. Средний возраст инфицирования увеличился до 20 лет. Это свидетельствует о сохранении ведущей роли взрослого населения в поддержании эпидемического процесса кори, поскольку детское население надёжно защищено против этой инфекции и позволяет предположить сохранение этой тенденции в будущем.

Распределение больных корью по полу в зависимости от возраста показано на рисунке 2. Средний возраст мужчин (0) с вероятностью 95% соответствует 23 годам (ДИ 21-25 лет). Средний возраст женщин (1) составляет 24 года (ДИ 22-26 лет).

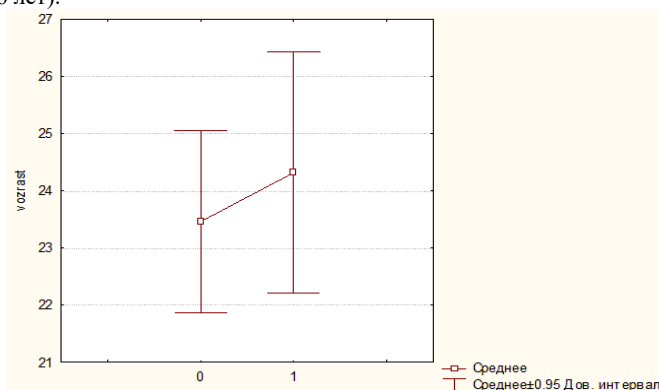


Рисунок 2 - Распределение больных корью по полу в зависимости от возраста

По сфере занятости переменные были распределены на 6 групп. Среди переболевших корью работающие составили - 31,4%, не работающие - 28,5%, обучающиеся (в школах, вузах, колледжах) - 29,6%, военные - 3,4% , домохозяйки - 3,2%. Статистический анализ заболеваемости корью по сфере занятости показал, что уровень заболеваемости не зависит от занятости больного и вероятность заболеть корью во всех группах одинакова.

Класстерный анализ заболеваемости корью в зависимости от образования показал, что корневой узел

делится переменной «Образование» на четыре кластера. В первом узле находятся больные, имеющие высшее образование 64,5% , во втором - среднее специальное образование 67,8% , в третьем – обучающиеся 93,3% , в четвертом без образования 92,1% . Таким образом, на уровень заболеваемости кори не влияет сфера занятости и уровень образования людей.

Анализ заболеваемости по «Месту жительства» показал, что 18,2% заболевших корью проживают в сельской местности, 81,8% - городское население. Это доказывает уровень надежности и достоверности разделения кластеров по данным показателям, Хи-квадрат Пирсона=20,586 и уровень значимости $p < 0,05$. Таким образом, корью болеет чаще городское население по сравнению с сельским, так как в городе плотность населения выше и вероятность контакта намного больше.

Анализ клинических проявлений у заболевших корью выявил типичное начало заболевания с выраженными симптомами интоксикации - слабости, недомогания - 100% (ДИ 100%) случаев. Сухой кашель наблюдался у 97,4% (ДИ 94,0%-99,1%), повышение температуры до фебрильных цифр - 100% (ДИ 100%), конъюнктивит - 91,6%, пятна Бельского-Филатова-Коплика выявлены у 98,4% (ДИ 95,5%-99,7%), сыпь - 97,9% (ДИ 94,7%-99,4%). Диспепсические расстройства в виде тошноты, рвоты, болей в животе, жидкого стула до 4-5 раз без патологических примесей выявлены у 3,7%. Осложнения после перенесенной кори: бронхит наблюдался у 8,9% (ДИ 5,3%-13,9%) детей, пневмония - 2,6% (ДИ 0,9%-6,0%), другие осложнения - 15,2% (ДИ 10,4%-21,1%).

Проведенный анализ показал, что 65,4% (ДИ 58,2%-72,2%) больных отмечали контакт с больным корью, у 34,6% (ДИ 27,8%-41,8%) в анамнезе контакт с больным отсутствует. По условиям заражения корью отношение рисков = 2,44, это указывает, что заболеваемость среди контактирующих выше, чем среди не контактирующих. Различия статистически значимых по критерию Хи-квадрат равно $p < 0,05$, коэффициент Йетса=9,15, следовательно частота встречаемости заболеваемости корью связана с контактом больным корью.

Для оценки иммунного статуса участников исследования были проанализированы карты профилактических прививок (ф.063/у) в количестве-728 в возрасте от 16 до 80 лет.

Средний возраст участников исследования - 22 года (ДИ 21,5- 22,8 лет). Медиана возраста составила 20 лет. Мода равна 20 годам. Наименьшее минимальное значение возраста участников - 15 лет. Максимальное значение - 75 лет. Нижний квартиль Q1 - 19 лет, верхний квартиль Q3 - 22 года. Диапазон между максимальным и минимальным значениями распределения - 60 лет. Дисперсия возраста - 60,9 лет. Стандартное отклонение возраста - 7,8 лет. Стандартная ошибка - 0,3. Эксцесс = 14,5. Асимметрия возраста участников равна 3,6.

Анализ ф-063/у выявил, что две прививки, то есть полную вакцинацию против кори получили - 536 человек (73,6%). Результат серологического исследования крови показал, что средний уровень титра антител к вирусу кори составил 2,5МЕ/мл (ДИ 2,27-2,73). Медиана равна 1,9. Мода в титрах IgG составила 0. Наименьшее, минимальное значение титра IgG соответствует 0, а наибольшее, максимальное значение титра - 18,25МЕ/мл. Нижний квартиль Q1 - 0,64МЕ/мл, верхний квартиль Q3 - 3,79МЕ/мл. Стандартное отклонение - 2,7. Стандартная ошибка среднего значения титров равна - 0,12. Эксцесс - 9, асимметрия - 2,5.

У лиц получивших одну прививку 152 (20,9%), средний уровень IgG составил 2,17МЕ/мл (ДИ 1,5-2,8МЕ/мл). Медиана равна 1,57. Мода равна 0,12. Наименьшее значение титра IgG к кори равна 0,04, а наибольшее - 7,23МЕ/мл. Нижний квартиль IgG к кори находится на уровне ниже 0,78МЕ/мл, верхний - 3,8МЕ/мл. Стандартное отклонение соответствует 0,3. Стандартная ошибка =0,3. Эксцесс - 9,46. Асимметрия возраста распределения положительна и равна значению 3. У лиц не получивших ни одной прививки 40 (5,5%) против кори, средний уровень IgG составил менее 0,18МЕ/мл (ДИ 0,11-0,24МЕ/мл). Медиана равна 0,15. Наименьшее значение титра IgG к кори равна 0, максимальное - 0,56МЕ/мл. Нижний квартиль IgG к кори находится ниже 0,08МЕ/мл, верхний -1,6МЕ/мл. Стандартное отклонение - 2,2. Стандартная ошибка - 0,2. Эксцесс - 2,8, асимметрия - 1,5. Анализ средних титров иммуноглобулина класса G к вирусу кори по возрасту показан на рисунке 3. Возраст участников серологического исследования варьирует от 16 до 80 лет. У лиц в возрасте от 16 до 19 лет диапазон титров иммуноглобулинов класса G минимальный и составляет от 0 до 10МЕ/мл, при среднем значении титра 2,4МЕ/мл. Максимальный в возраст от 42 до 50 лет, диапазон титров антител составляет от 0 до 18МЕ/мл.

Для статистической обработки результаты серологических исследований были распределены на группы по содержанию титров IgG к кори в пределах: 0 - 0,05МЕ/мл., 0,05 - 0,12 МЕ/мл. и больше 0,12МЕ/мл. По содержанию титров антител к кори в пределах от 0 до 0,05МЕ/мл у 60 (6%) участников исследования средний уровень IgG соответствует значению 0,02МЕ/мл (ДИ 0,01-0,02МЕ/мл).

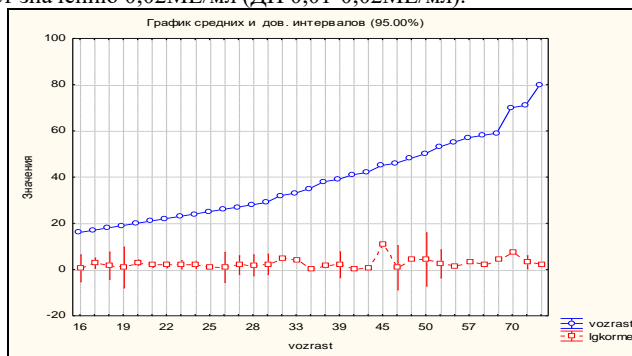


Рисунок 3 – Анализ средних титров иммуноглобулина класса G к вирусу кори по возрасту

Медиана равна 0,01. Мода соответствует 0. Минимальное значение для титра IgG к кори равна 0, а максимальное - 0,05МЕ/мл. Нижний квартиль Q1=0. Верхний квартиль Q3= 0,03. Стандартное отклонение значений титров IgG - 0,2. Стандартная ошибка среднего значения титров равна 0,002. Следовательно, так как титр антител низкий, эти лица могут попасть в группу риска и есть вероятность заболеть корью.

По содержанию титров антител к кори в пределах от 0, 05 до 0,12МЕ/мл у 35 (3,5%) участников исследования средний уровень IgG соответствует значению 0,07МЕ/мл (ДИ 0,05-0,13МЕ/мл). Медиана равна 0,08. Мода соответствует 0. Минимальное значение для титра IgG к кори равна 0, а максимальное - 0,12МЕ/мл. Нижний квартиль Q1=0. Верхний квартиль Q3= 0,05. Стандартное отклонение значений титров IgG - 0,3. Стандартная ошибка среднего значения титров равна 0,004. Следовательно, и эта группа лиц подвержена риску и есть вероятность заболеть корью.

Содержание титров антител к кори <0,12МЕ/мл у 905 (90,5%) участников, средний титр антител к кори составил 2,58 МЕ/мл (ДИ 2,42 - 2,74МЕ/мл). Медиана равна 2,01. Минимальное значение для титра IgG к кори равна 0,12, а максимальное - 18,25МЕ/мл. Нижний квартиль Q1=0,84. Верхний квартиль Q3=3,77. Стандартное отклонение значений титров IgG - 2,41. Стандартная ошибка среднего значения титров равна 0,08. Эксцесс - 7,4, асимметрия иммуноглобулинов к кори соответствует значению 2,21.

Таким образом, анализ титров антител к кори показал, что у 91% лиц обнаружены высокие титры иммуноглобулинов класса G к кори. Это указывает на то, что у них высокий титр защищенности к вирусу кори.

Результаты статистического анализа показали, что наибольшее количество больных корью приходится на лиц в возрасте 15-25 лет. Изменилось соотношение заболевших корью взрослых/ребенок. Средний возраст заболевших мужчин соответствует 23 годам, женщин - 24 года. Анализ заболеваемости показал, что 18,2% заболевших корью проживают в сельской местности, 81,8%- городское население.

Вероятность заболеть корью зависит от неполного курса вакцинации, что подтверждается статистически. При вакцинации даже одной прививкой против кори вероятность заболеть 6,6 раз ниже.

Анализ титров антител к кори показал, что у 91% лиц средний уровень титр антител иммуноглобулинов класса G к кори - 2,58 МЕ/мл (ДИ 2,42 - 2,74МЕ/мл), следовательно, у населения на этапе элиминации кори отмечается высокий популяционный иммунитет.

REINFORCED COMPOSITE ENDOPROTESIS IN THE TREATMENT OF LOWER JAW DEFORMATION IN CHILDREN

I.V. Dmitrieva, phd student of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova, Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia

S.A. Kalinina, phd student of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova, Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia, sonya.kalinina@gmail.com

Scientific adviser: O.Z. Topolnitsky, MD, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State Medical-Dental University named after A.I. Evdokimova "of the Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia

Introduction: Currently, the replacement of defects of the mandible should be carried out immediately when removing tumors, eliminating ankylosis of the temporomandibular joints, in the rehabilitation of children with syndromes, where one of the symptom complexes are defects in the face bones. At the same time, growth zones are disturbed, secondary deformations of the bones of the facial skeleton occur, occlusion changes, and an imbalance of the dentofacial system occurs. Modern technologies allow the computer simulation of the replacement of defects, the creation of graft models with visual prosthetics, the creation of a model of a complex construction of a future graft with areas of the receiving bed and fixation elements.

Objectives of the study: improvement of treatment of children with defects and deformities of the mandible through the introduction of methyl methacrylate and hydroxyapatite-based endoprostheses reinforced with hydrocarbon threads. Objectives of the study:

1. Under laboratory conditions, investigate by the method of differential scanning calorimetry the influence of each of the components of the developed material on its polymerization process.
2. Assess the effect of the nature and amount of hydrocarbon fiber on bending strength and impact strength of the material.
3. To analyze the immediate and long-term results of bone grafting of the lower jaw in children with endoprostheses made of a composite material based on PMMA-HAP reinforced with carbon fibers.

In the study of isometric calorimetry and the influence of each of the components on the polymerization process, it has been established that, with the addition of HAP, the polymerization is accelerated. Adding modified HAP with polyacrylic acid slows down the reaction. With the introduction of polymethyl methacrylate - HAP dispersed carbon fiber, the polymerization process is inhibited sharply, which negatively affects the properties of endoprostheses, and therefore continuous hydrocarbon fibers are used for reinforcement.

At the second stage, the analysis of clinical material was carried out. In a retrospective study of clinical material, patients are divided into two groups.

The first group consisted of patients whose bone grafting was performed with PolyGap endoprotheses. In total, 90 children aged from 3 to 18 years old were operated on, 130 Polygap endoprotheses were used. In 18 cases, complications were observed during operation in the form of fractures, especially in the area of the condylar process.

The second group included patients who underwent bone grafting with hydrocarbon-reinforced endoprotheses. In this group, 60 patients were observed in whom bone grafting was performed with 82 endoprotheses reinforced with hydrocarbon threads. At the same time, complications were noted: in the form of exposing the endoprosthesis with its subsequent removal (in 6 patients), in the form of a fracture in 2 patients (condylar processes at a recidivism of TMJ ankylosis).

In the future, the methods of planning and manufacturing individual endoprotheses are improved using 3D modeling. A retrospective analysis of observation and physico-chemical studies based on methyl methacrylate and hydroxyapatite reinforced with hydrocarbon filaments showed that there were no complications in the form of fractures and mechanical damage to endoprotheses, which characterizes this type of material with enhanced strength characteristics and can later be successfully used in replacing jaw defects in children, as a stage of bone grafting, and as a permanent endoprosthesis according to indications.

Список литературы

1. Топольницкий О.З. Костная пластика нижней челюсти у детей и подростков композитными материалами на основе акрилатов. Дисс. на соискание уч. степ. д.м.н. – Москва, 2001. – 339с.
2. Топольницкий О.З., Калинина С.А. // Improvement of methods of treatment of deformation of the lower jaws after occurred ankylosis tjm in a child age 2018 Head and neck journal, сборник тезисов vi междисциплинарного конгресса по заболеваниям головы и шеи с международным участием, 2018, сс.79-80
3. А.П. Краснов, Э.Е. Саид-Галиев, О.В. Афоничева, А.И. Стаханов, В.А. Мить, А.Ю. Николаев, А.В. Атаманов, Л.Ф. Клабукова, В.А. Калининченко, О.Р. Топольницкий, М. Кассис, А.Р. Хохлов // Поведение при трении смесей несовместимых полимеров сверхвысокомолекулярного полиэтилена и полиметилметакрилата, полученных в среде сверхкритического диоксида углерода. Трение и износ, 2007 г., т.28, №3, стр. 288-295.
4. Magdalena Cieřlik, Anna Mertas, Anna Morawska-Chochół, Daniel Sabat, Rajmund Orlicki, Aleksander Owczarek, Wojciech Król and Tadeusz Cieřlik. The Evaluation of the Possibilities of Using PLGA Co-Polymer and Its Composites with Carbon Fibers or Hydroxyapatite in the Bone Tissue Regeneration Process – *in Vitro* and *in Vivo* Examinations. *Int. J. Mol. Sci.* 2009, 10, 3224-3234.

USE OF DISTRACTION OSTEOGENESIS IN THE TREATMENT OF BILATERAL ANKYLOSIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

S.A. Kalinina, phd student of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova, Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia, sonya.kalinina@gmail.com

Scientific adviser: O.Z. Topolnitsky, MD, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Moscow State Medical-Dental University named after A.I. Evdokimova” of the Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia

We analyzed and presented the results of treatment of children with bilateral ankylosis of the TMJ using the method of distraction osteogenesis.

Treatment of bilateral ankylosing diseases is extremely important today.

Objective: The aim of our study is to improve the treatment of children with bilateral ankylosing diseases using distraction osteogenesis.

Materials and methods: From 2010 to 2018, surgical treatment of 75 children and adolescents with a diagnosis of Bilateral Ankylosis of the temporomandibular joint was performed in the department of the CLH dental children's, clinical center of maxillofacial reconstructive and plastic surgery. After a comprehensive examination of children, surgical treatment was carried out. 77 surgical operations of “Ostemetium of the mandible branch with the distraction apparatus in the region of the mandible branch” were performed. In order to select the device, children made a stereolithographic model to study the size of the branch and body of the mandible in order to select the distraction apparatus and plan the guidelines for the osteotomy line, the position of the apparatus relative to the body and the mandible branch, determine the distraction vector and its subsequent size. 79% (61 children) a CONMET distraction device was installed. Another group of children, 21% of children (16 children), were installed a distraction device of the brand DePuy Synthes, Curvilinear distraction curvilinear DiPui Synthesis.

After the retention period, the DA was removed. After increasing the size of the branches of the lower jaw, the active phase of orthodontic treatment was carried out on a non-removable bracketing system.

Results and discussion: From 2010-2018, 77 patients with a diagnosis of bilateral ankylosis of the TMJ, with a good functional and aesthetic effect, were fully treated. The distraction method allows you to adjust the linear parameters

of the mandible, increases and changes the position of the mandible. In the treatment of bilateral lesions of the TMJ, the advantage is the simultaneous elongation of the lower jaw in two planes, the correct position of the chin. The convenience of this method is indisputable, since it can be used in all periods of childhood with certain indications (differences in pace and magnitude of distraction). The distraction method is included in the compulsory treatment algorithm developed for children with bilateral and unilateral ankylosis of the temporomandibular joint. treatment of all patients with this pathology.

Conclusions: Treatment of the pathology of bilateral ankylosis of the TMJ requires a long and complex treatment using distraction osteogenesis. This method is quite simple for the doctor of maxillofacial surgeon and for the child, it is also universal for different age groups of children and adolescents undergoing surgical treatment using distraction osteogenesis.

Literature

Condyle-preserved arthroplasty versus costochondral grafting in paediatric temporomandibular joint ankylosis: a retrospective investigation, L. Xia, Y. He, J. An, S. Chen, Y. Zhang, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 47, Issue 8, pp. 953–1094 (August 2018)

Топольницкий О.З., Калинина С.А.// Improvement of methods of treatment of deformation of the lower jaws after occurred ankylosis of the temporomandibular joint in a child age 2018//Head and neck journal, сборник тезисов VI междисциплинарного конгресса по заболеваниям головы и шеи с международным участием, 2018, сс.79-80

Топольницкий О.З., Калинина С.А., Шорстов Я.В.//Совершенствование методов лечения деформации нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей/Научно-практический журнал "Российская стоматология". Москва 2018 – Т. 11, №1. с. 62

The sequential treatment of temporomandibular joint ankylosis with secondary deformities by distraction osteogenesis and arthroplasty or TMJ reconstruction, W. Zhang, X. Yang, Y. Zhang, T. Zhao, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 47, Issue 8, August 2018, Pages 1052-1059

Protocol for Single-Stage Bilateral Temporomandibular Joint Replacement Using Intraoperative Navigation in Patients With Ankylosis, Marshall F. Newman, D. Graham Lee, M. Kinon, Lechlopol, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 76, Issue 7, July 2018, Pages 1418-1423

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АОРТАЛЬНОГО ТРОМБОЗА. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

Хафизова Д.М., 6 курс педиатрического факультета, Екатеринбург, Россия, e-mail: hafi19901994@gmail.com

Янцева Е.К., 6 курс педиатрического факультета, Екатеринбург, Россия, e-mail: katushayzena@ya.ru

Кузнецов Н.Н., к.м.н., доцент кафедры Госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО УГМУ, Екатеринбург, Россия

Филиппова О.А., ассистент кафедры Госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО УГМУ, Екатеринбург, Россия, e-mail: glesenok@yandex.ru

ФГБОУ ВО «УГМУ», Екатеринбург, Россия

Введение. В настоящее время тромбы в артериях, венах, полостях сердца и их эмболия в разные органы являются причиной развития сосудистых катастроф у детей. Артериальная тромбоэмболия достаточно редко встречается у детей, подвергается сомнению значимость генетической тромбофилии, но наличие наследственной приобретенной тромбофилии в несколько раз повышает риск развития реализации детских тромбозов.

Цель: Показать значимость семейного анамнеза и значимость генетической тромбофилии в реализации тромбоза крупного сосуда, а так же отметить трудности его диагностики и лечения.

Материалы и методы: В качестве материала для исследования послужил клинический случай тромбоэмболии лёгочной артерии и развитие инфарктной пневмонии у ребенка подросткового возраста на фоне генетической тромбофилии. Оценка семейного тромботического анамнеза. Проведены клинико-лабораторные-гемостазиограмма, гомоцистеин, молекулярно-генетическое исследование гемостаза и компьютерная томография с сосудистой программой. Теоретической основой данной работы послужил анализ научных публикаций и статей российских и зарубежных ученых по данной теме.

Результаты: Ребенок поступил в тяжелом состоянии, с выраженной дыхательной недостаточностью, одышкой, кровохарканьем, загрузинными болями. Проводилась интенсивная терапия, респираторная поддержка, антикоагулянтная терапия (клексан-1мг/кг/12ч) При визуализации регистрируется окклюзивный тромбоз устья левой нижней ЛА, средне-долевая ветвь правой сегментарной С10 правой нижнедолевой артерии. При молекулярно-генетическом обследовании выявлено носительство следующих полиморфизмов ферментов фолатного цикла: гетерозиготное состояние СТ полиморфизма 677 С>Т метилентетрагидрофолатредуктазы, гетерозиготное состояние АG полиморфизма 2756 А>G метионин-синтазы, гомозиготное состояние GG полиморфизма 66 А>G метионин-синтазы-редуктазы и патологической гомозиготы PAI-1 4G/4G. Учитывая наличие флотирующего тромба в левой общей подвздошной вене, пациенту была проведена хирургическая имплантация временного кава-фильтра. В результате проводимой терапии (клексан, витамины группы В), была достигнута полная реканализация легочной артерии, восстановление параметров гемостазиограммы, активация пациента и выраженная положительная динамика в течение инфарктной пневмонии. Пациент выписан на амбулаторный этап лечения, получая варфарин с целевым значением МНО (международной нормализованное отношение) 2,8-3,0.

Заключение.

У детей тромботические осложнения относительно редки, поэтому при наличии отягощенного семейного анамнеза у пациента, необходимо назначение дополнительного исследования - молекулярно-генетического статуса, концентрации гомоцистеина.

Список литературы

Kuhle S, Massicotte P, Chan A et al. Systemic thromboembolism in children. Data from the 1-800-NO-CLOTS Consultation Service. *Thromb Haemost.* 2004; 92: 722–728.

Тромбозомболия легочной артерии А.В. Ягода Ставропольская государственная медицинская академия, © А.В. Ягода, 2006 УДК 616.127-004.18-28]-06, Медицинский вестник северного кавказа, № 2, 2006, стр. 62-75

IMPROVEMENT OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE FOR BRUCELLOSIS IN SOUTHERN KAZAKHSTAN

**Otarbayeva A.P.¹, Baimbetova S.B.¹, Utebergenova G.A.¹, Nurbekova G.A.²,
Shymkent Medical Institute IKTU named by Kh.A.Yasavi¹,
Shymken tmulti-profile Hospital², Shymkent c., Republic of Kazakhstan**

Brucellosis is a highly contagious zoonosis caused by ingestion of unpasteurized milk or undercooked meat from infected animals, or close contact with their secretions. They function as facultative intracellular parasites, causing chronic disease, which usually persists for life. It is not uncommon for a person to have recurrence of symptoms, and sometimes this evolves into chronic brucellosis, which may be progressive if untreated. The disease is long, accompanied by the chronic of the infectious process with the often subsequent disability of the able-bodied population.

The purpose of this study: Study of the epidemiological situation and measures to improve the epidemiological surveillance of brucellosis in South Kazakhstan.

Results and discussion: The incidence of diagnosed brucellosis in the South Kazakhstan region has declined in recent years from 13,3 in 2015 to 9.96 in 2016. Entirely, the incidence of brucellosis in the South Kazakhstan region is reduced by 27%, in 2015, 382 cases were registered in the region, the incidence rate was 13.64 per 100 thousand people, whereas in 2016 279 cases of brucellosis were registered, the indicator was 9,96 per 100 thousand of population. Among children under 14 years old, acute brucellosis was diagnosed for the first time in 2015 in 42 children (in 2015, 58 cases). The decrease in the number of children with brucellosis affected by comparison with 2015 is 27.6%. Increase in causes are observed in Turkestan -44, Baidibek -27, and Kazygurt 35 districts (the incidence rate per 100 thousand population is 17.7, 51.9 and 33.0, respectively).

The disease keeps its seasonality, cases of brucellosis are registered mainly from April to November. A significant decrease was noted in the Arys, Makhtaaral, Tyulkubas, Tolebi, Sayram, Suzak districts, Turkestan and Shymkent cities, but at the same time, the incidence rate in Kazygurt (the incidence rate per 100,000 population is 51.7), in Otyrar (incidence rate per 100 thousand population - 40.5), Ordabasy districts (incidence rate per 100 thousand population - 33), Group cases of diseases among people are not registered. In the centers of brucellosis the source is established in 87.1% of cases. The disease is associated with farm animals of the private sector. The source of infection was detected in 370 (87.1%) patients. Out of the total number of established sources, 206 people became ill from small cattle, 73 from enormous cattle. 1194 areas of infection were registered, anti-epidemiological, veterinary measures were carried out, laboratory tests of 585 samples: 220 samples of milk, meat and dairy products, 14 (6.3%) did not meet hygienic standards, out of 86 wool samples positive 4 (4.6%) samples, among 500 clay samples, 86 (17.2%) samples were positive for brucellosis. 2033 contact persons were examined by laboratory methods, positive tests for brucellosis were detected in 15 persons (0.7%). *Brucellamelitensis* is excreted in the blood culture of patients.

For decline this incidence have conducted 134 seminars, 353 lectures, 29 articles in the media, 142 sanitary bulletins, 4,217 information sheets, 55 radio broadcasts, 42 television appearances, 3,235 conversations, and 1 round table, between humans and farm animals in this region.

Conclusion: In order to improve epidemiological control, standard definitions of cases of acute and chronic brucellosis (order No. 623 of December 15, 2006) have been introduced in the Republic of Kazakhstan, laboratory diagnostic methods (ELISA, PCR) have been widely introduced, training trainings for CDC / CAR of the Central Asian region have been conducted epidemiological investigations when registering cases of newly diagnosed brucellosis.

DIAGNOSIS OF VENOUS MALFORMATIONS OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN

L.V. Voznitsyn, phd student of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova, Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia

S.A. Kalinina, phd student of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Moscow State Medical and Dental University named after A.I.

Evdokimova, Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia, sonya.kalinina@gmail.com

Scientific adviser: O.Z. Topolnitsky, MD, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State Medical-Dental University named after A.I. Evdokimova" of the Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia

Scientific adviser: S.V. Yakovlev, md, maxillofacial surgeon of the Department of Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State Medical-Dental University named after A.I. Evdokimova" of the Ministry of Health of the Russian Federation, maxillofacial surgeon, Moscow, Russia

Relevance. Congenital malformations of blood vessels (angiodyplasia) occur in 1.5% of newborns, while up to 70% of them are accounted for by venous angiodyplasias. [2] To date, there is no single generally accepted algorithm for the diagnosis of venous angiodyplasias /Irrational dispensary observation of this group of patients often reduces to zero the effectiveness of the treatment.

Purpose. Improving the methods of diagnosis and treatment of angioplasty of maxillofacial region in children.

Tasks. To develop an algorithm of measures aimed at diagnosing this pathology, sizing, topography, angioarchitecture, hemodynamic parameters of venous angiodyplasia. To offer rational methods of dynamic observation of this category of patients.

Materials and methods. In the period from October 2017 to September 2018, 30 children diagnosed with venous angiodyplasia were observed in the Center for Surgery and Dentistry and MGSU.

Distribution of children by age and sex:

Age	0-3	3-7	7-12	12-17	total
The boys	1	2	3	4	10
Girls	2	3	5	10	20
Total	3	5	8	14	30

As follows from the table, according to gender, the quantitative composition was divided as follows: with this pathology, girls were observed exactly 2 times more often than boys.

table 2 - Distribution of venous angiodyplasia by localization:

Anatomical region	n	%
Cheek area, lower lip	8	26.6
Parotid chewing, cheek area	11	36.6
Upper lip	6	20.0
Tongue, floor of mouth	3	10.0
Tongue, floor of mouth, lower lip	2	6.6
Total	30	100.0

The results of the study. After the clinical examination, all patients who underwent an ultrasound examination were performed with color Doppler mapping. According to our observations, this method should be the primary link in the diagnosis of this pathology in children, because it has several advantages: it is non-invasive, does not require special preparation of the patient and anesthesia. Also, echography combined with color Doppler mapping is quite informative for this pathology: it allows not only to identify the vascular component of the neoplasm, but also to determine the nature of blood flow, angioarchitecture, linear, volumetric blood flow velocity and its intensity. An ultrasound examination of venous angiodyplasia also made it possible to detect the presence of cavities, which increase sharply in volume when performing compression tests. The echographic signs of blood clots, including signs of organization, and phleboliths were determined. When performing the CDC in all 30 patients in the lesion, a great number of dilated vessels with low blood flow rates (up to 10 cm / sec) were detected. In 4 patients, isolated vessels with moderately high linear blood flow velocity (up to 20 cm / sec) were detected.

Despite the above-mentioned advantages, we have found that when making a diagnosis of "venous angiodyplasia," regardless of the location and extent of the lesion, an MRI scan is necessary. This is due to the fact that only by MRI we were able to reliably estimate the true volume of venous hyperemia in the tissues, visualize the exact number of calcinates and phleboliths. The obtained value allowed to calculate the exact volume of the input sclerosant. The main advantages of MRI before treatment should include the possibility of further objective monitoring of the effectiveness of treatment. We performed MRI after every second session of sclerotherapy for venous angiodyplasia at least 5 weeks after the procedure.

Findings. The primary link in the diagnosis of venous angiodyplasias in children, regardless of age, is ultrasound with color Doppler mapping, in view of the ease of its implementation, the lack of need for special patient

preparation and high informativeness of the method. However, after verification of the diagnosis, an MRI scan should be carried out regardless of the location and extent of the process.

Bibliography.

1. Выклюк, М.В. Ультразвуковое исследование при заболеваниях челюстно-лицевой области у взрослых и детей: дисс. ... д-ра. мед. наук: 14.01.13/ Выклюк Маргарита Витальевна – М., 2010.
2. Дан, В.Н. Возможности компьютерной томографии в диагностике ангиодисплазий и выборе хирургической тактики / В.Н. Дан, Г.Г. Кармазановский, К.М. Нарлыев // Хирургия. – 1994.
3. Иванов, А.В. Клиника, диагностика и лечение детей с врожденными ангиодисплазиями в форме артерио-венозных коммуникаций с поражением лицевого скелета: дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ Иванов Александр Викторович – М., 2006.
4. Рыжов, Р.В. Сравнительная оценка методов диагностики сосудистых поражений головы и шеи у детей: дисс. ... канд. мед. наук 14.01.14/ Рыжов Роман Валентинович-М., 2017 – 5с.

ДАнные О ПАЦИЕНТАХ, КОТОРЫМ БЫЛА ПРОВЕДЕНА ЭВЕРСИОННАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Авдеева Е.Ю., 5 курс, лечебный факультет, Гайдукевич В.И., 5 курс, лечебный факультет
г. Гродно, Республика Беларусь, lera.gaidukevich@mail.ru
Научный руководитель – к.м.н, доцент Василевский В.П., г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В долгосрочной перспективе по сравнению с классической каротидной эндартерэктомией методика эверсионной каротидной эндартерэктомии может являться более перспективным и гемодинамически адекватным методом «золотого стандарта» лечения стенозирующих поражений сонных артерий [1].

Цель. Определить влияние степени и протяженности стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) на возможность ее дезобструкции методикой эверсионной каротидной эндартерэктомии и проследить динамику пациентов после выполненной операции за 3 года.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ хирургического лечения 33 пациентов с стенозирующим атеросклерозом, которым выполнялась эверсионная каротидная эндартерэктомия из ВСА в 2015-2017 годах. В исследованной группе мужчин было 24(72%), женщин 9(28%). Средний возраст пациентов составил 62,7 года.

Результаты. У всех оперированных по данным ангиографии, а в последующем и при ревизии во время операции выявлены критические стенозы протяженностью до 3 см. При этом у 64% пациентов при ревизии ВСА наблюдался стеноз до 90% протяженностью до 3 см, у 27% стеноз до 80-90% протяженностью до 2,5см, у 6% стеноз 95% протяженностью до 2см и у 3% пациентов стеноз составил 99% протяженностью 2 см. Независимо от степени и протяженности стеноза при всех операциях удалось эффективно удалить обтурирующую бляшку путем эверсии наружного слоя сосудистой стенки и получить удовлетворительный ретроградный кровоток из ВСА. Средняя длительность операций составила 84±5 минуты. Увеличение степени стеноза и его протяженности не приводило к статистически значимому увеличению длительности оперативного вмешательства.

Ранний послеоперационный период у 30 пациентов протекал без осложнений, у 3 пациентов отмечалось серозное отделяемое, купированное консервативно. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением у всех пациентов из изученной группы. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на 5-7 сутки.

В течении трех лет ни один из пациентов не обращался в стационар по поводу осложнений атеросклероза. У 1 пациента через три месяца после эверсионной каротидной эндартерэктомии было выполнено плановое оперативное вмешательство: вентральное грыжесечение по методике Rives-Stoppa с субмускулярной установкой сетчатого импланта и лапароскопическая холецистэктомия. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. У 1 пациента через 2 месяца после эверсионной каротидной эндартерэктомии было обнаружено с-г правого легкого, множественные МТС в кости. Было рекомендовано наблюдение онколога поликлиники по месту жительства и симптоматическая терапия.

Выводы. Эверсионная эндартерэктомия является эффективным хирургическим вмешательством, позволяющим полноценно восстановить кровоток в области бифуркации общей сонной артерии при субокклюзионных поражениях ВСА протяженностью до 3 см.

Литература. 1. Покровский, А.В. Анализ результатов эверсионной каротидной эндартерэктомии в отдаленном периоде / А.В. Покровский, Д.Ф. Белоярцев, О.Л. Талыблы// Ангиология и сосудистая хирургия. – 2014. –№4. –С. 100–108.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НА ФОНЕ ПСОРИАЗА

Аждарбекова А. С. резидент 1-го года обучения по специальности: «Инфекционные болезни, в том числе детские» ГМУ г. Семей, г. Шымкент, Казахстан, asema_aas@mail.ru

Научные руководители: к.м.н., профессор Абуова Г. Н., г. Шымкент, Казахстан dr.abuova@gmail.com, к.м.н., доцент Маукаева С. Б. г. Семей, Казахстан solly66@mail.ru.

Актуальность. Рожистое воспаление - часто встречающаяся патология среди пациентов пожилого возраста. Известно, что 60–70 % случаев заболевания возникает у людей старше 50 лет. Большая часть больных – женщины. В настоящее время рожистое воспаление имеет широкое распространение, составляя 10-20 человек на 100000 взрослого населения и характеризующееся выраженной гендерной неравномерностью, этиологическим фактором которого выступает наиболее часто бета - гемолитический стрептококк группы А[2]. В развитии рожистого воспаления важную роль играют различные провоцирующие факторы: микротравмы и гнойничковые заболевания кожи, переохлаждение, стрессовые ситуации, а предрасполагающими факторами служат хронические заболевания кожи, сахарный диабет, нарушение трофики кожи, сидячая работа, микотическое поражение кожи, заболевания артериовенозной системы нижних конечностей и лимфостаз[1]. Современное течение рожи отличается тяжестью течения, трудностью дифференциальной диагностики и значительным риском осложнений. Следует отметить, что проблема рожи, как инфекционного заболевания, осложняется преимущественной вовлеченностью лиц старших возрастных групп и, как следствие, высокой частотой среди пациентов с различной хронической патологией[3]. Далее приводим клинический случай рожистого воспаления, протекающего на фоне множественной сопутствующей патологии: распространенного псориаза, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, полиартрита. Больная О., 80 лет, пенсионерка. Обратилась по поводу появления интенсивных болей в пояснично - крестцовой области, иррадиирующих в нижние конечности, чувства жжения, распирания, покраснения, отека в области поясницы, одышки при незначительной нагрузке, головокружения, отсутствие аппетита, слабости, повышения температуры тела до 39,6°С.

Из анамнеза: болен в течение 3-х дней. Заболела остро, появился озноб, повышение температуры тела до 38,5°С. Начали беспокоить боли в области поясницы, чувство жара. На 2-й день отмечает появление отека, чувства жжения, распирания в пояснично - крестцовом отделе. Лечилась дома самостоятельно, принимала нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики. Эффекта не было. Состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 39,6 °С, усилились боли в области поясницы, иррадиирующие в конечности, больной стало тяжело самостоятельно передвигаться, появилась одышка, головокружение, ломота во всем теле. Бригадой скорой медицинской помощи пациентка была доставлена в Городскую инфекционную больницу. По тяжести состояния госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии. Из анамнеза жизни пациентки: страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, ревматоидным артритом, псориазом. Ранее рожей не болела.

Данное заболевание связывает с расчесами псориазических элементов на спине. При поступлении общее состояние пациентки было расценено, как тяжелое, за счет интоксикации и болевого синдрома. Сознание ясное. Кожные покровы теплые, инъекция сосудов склер, множественные псориазические бляшки на туловище, волосистой части головы, шелушение кожи. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 150/90 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул склонен к запорам. Моченепускание свободное, безболезненное. Локальный статус: кожа пояснично-крестцовой области ярко гиперемирована, с четкими краями, при пальпации резко болезненная, горячая на ощупь, с распространением на нижние отделы спины до подлопаточной области. В общем анализе крови наблюдается снижение уровня гемоглобина до 98 г/л, лейкоцитоз до 26×10^9 /л, скорость оседания эритроцитов повышена до 39 мм/ч.

На основании анамнеза заболевания, жизни, объективных, лабораторных данных пациентке выставили клинический диагноз: Рожистое воспаление пояснично-крестцовой области, эритематозная форма, тяжелой степени тяжести. Сопутствующий диагноз: Артериальная гипертензия III степени риск IV. Ишемическая болезнь сердца. Сахарный диабет II тип. Анемия легкой степени тяжести, неясного генеза. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия. Псориазический артрит, симметричный полиартрит III степени активности. Проводилось лечение: цефтриаксон 1,0 внутривенно, преднизолон 30 мг, диклофенак 3,0 внутримышечно, дексаметазон 8 мг, кетотоп 2,0 внутривенно, хлорид кальция 1 % 100,0 внутривенно. На фоне проводимого лечения общее состояние пациентки улучшилось, уменьшилась отечность, гиперемия и боли в пояснично - крестцовой области, температура тела снизилась, аппетит улучшился, головокружение не беспокоит. Заключение. Описанный клинический случай рожистого воспаления демонстрирует тяжесть течения у больной пожилого возраста с сопутствующей патологией. Входными воротами при рожистом воспалении могут быть ссадины, мозоли, трещины. В данном клиническом случае входными воротами инфекции послужили дефекты ткани в области псориазических бляшек. Отягощающими факторами послужили имеющиеся различные коморбидные состояния: сердечно - сосудистая патология, распространенный псориаз в прогрессирующей стадии, ревматоидный артрит, сахарный диабет. На современном этапе клинические формы рожистого воспаления протекают в тяжелой форме, что затрудняет диагностику и лечение данного заболевания. Лечение больных рожистым воспалением должно проводиться комплексно, дифференцированно с учетом характера местных проявлений, тяжести течения заболевания и наличия сопутствующей патологии.

Литература

1. Еровиченков А.А., Брико Н.И., Горобченко А.А. Особенности современной клиники рожи, как варианта течения стрептококковой инфекции // Врач - 2016 - № 2. - С. 32- 34

2. Шип С.А. Новые аспекты патогенеза рожи и перспективные направления терапии // Известия высших учебных заведений – 2010 - № 4. - С. 98-100.
3. Глухов А.А., Бражник Е.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления // Фундаментальные исследования – 2014 – № 10-2. – С. 411-415

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГРИППОМ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДСЕЗОНЫ 2011-2017 ГОДОВ

Алтаева А.М., магистрант 2-года обучения по специальности «Медицина», Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: altayeva_95@mail.ru
Абуова Г.Н., научный руководитель, к.м.н., профессор, Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: dr.abuova@gmail.com

Актуальность. Грипп и гриппоподобные заболевания составляют 90% всей инфекционной патологии и остаются одной из наиболее актуальных медицинских и социально-экономических проблем. Грипп циркулирует во всем мире, и им может заболеть любой человек из любой возрастной группы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), при ежегодных сезонных эпидемиях, гриппом заболевают до 10% взрослых и 20-30% детей, а смертность от гриппа и его осложнений составляет 250-500 тыс. человек ежегодно.[1,2]

Цель исследования: Оценка эффективности вакцинопрофилактики гриппа в Южно-Казахстанской области за период 2011–2017 гг.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами были проанализированы статистические данные и отчеты Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан по заболеваемости и вакцинации гриппом в Южно-Казахстанской области за период 2011–2017 гг.

Результаты и обсуждение. Вакцинация против гриппа является самым эффективным путем профилактики болезни или ее тяжелых последствий. Уже более 60 лет имеются и используются безопасные и эффективные вакцины. У здоровых людей противогриппозная вакцина может быть менее эффективна в предотвращении заболевания, но может ослабить тяжесть болезни и уменьшить число случаев развития осложнений и смерти.

На сегодняшний день в РК, зарегистрированы следующие субъединичные и сплит-вакцины против гриппа : Ваксигрипп (Санофи Пастер, Франция); Гриппол (Петровакс Фарм НПО ООО, Россия); Инфлювак (Эбботт Байолоджикалз, Нидерланды).

Начиная с эпидсезона 2016–2017 гг. в Республике Казахстан применяется только вакцина «Гриппол» на бесплатной основе. Инактивированные вакцины вводятся внутримышечно или глубоко подкожно верхнюю треть наружной поверхности плеча. Прививки проводят осенью до начала повышения заболеваемости. Детям, прививаемые впервые и не болевшим гриппом, а также больным с иммунодефицитом рекомендуется вводить 2 дозы с интервалом 4 недели, в последующие годы – однократно.

Прививочные реакции и осложнения. Живые вакцины в течение 3–х суток после вакцинации у 2% привитых могут вызывать повышение температуры до 37,5 °С лёгкое недомогание, головную боль, катаральные явления. При подкожном введении цельноклеточных вакцин допускается развитие кратковременной температуры выше 37,5 °С или инфильтратов до 5 мм не более чем у 3% привитых. При их интраназальном введении субфебрилитет в течение 1-3 суток допускается не более чем у 2% привитых. Субъединичные и сплит-вакцины дают слабые кратковременные (48–72 ч.) реакции не более чем у 3% привитых.

Противопоказаниями при всех гриппозных вакцинах являются тяжелые аллергические реакции на белок куриного яйца, аминогликозиды (для вакцин, их содержащих)[3].

Рекомендации. ВОЗ рекомендует ежегодную вакцинацию для следующих групп населения: беременные женщины на втором и третьем триместрах беременности; люди с хроническими болезнями; работники здравоохранения; дети от 6 месяцев до 5 лет; пожилые люди 65 лет и старше.[2]

Вакцинация против гриппа в Южно-Казахстанской области. С 2011 по 2016 года отмечается увеличение охвата вакцинацией против гриппа населения ЮКО (с 7,7 до 17,8 на 100 тыс. населения), но в 2017 году отмечается спад охвата лиц вакцинацией до 9,9 на 100 тыс. населения.

Показатели заболеваемости гриппом в Южно-Казахстанской области. С 2013 по 2015 года отмечается снижение заболеваемости гриппом в ЮКО (0,15-2,96 на 100 тыс. населения), а в 2016 году отмечается резкое увеличение заболеваемости гриппом (7,96 на 100 тыс. населения). В 2017 году отмечается спад заболеваемости гриппом (3,02 на 100 тыс. населения)[4,5].

Заключение. Анализ данных показал, что в 2017 году отмечается снижение заболеваемости по сравнению с 2016 годом в 2,6 раза на 100 тыс. населения. Высокие показатели заболеваемости гриппом в 2016 году связаны с рекордным естественным приростом населения Южно-Казахстанской области.

Выводы:

1. По результатам проведения дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за тяжелыми острыми респираторными инфекциями (ТОРИ) отмечается снижение заболеваемости гриппом среди населения Южно-Казахстанской области, благодаря проведению вакцинопрофилактики.

2. Своевременная вакцинопрофилактика против гриппа является действенной, что проявилось снижением заболеваемости на 2,6 раза среди населения Южно-Казахстанской области.

3. В целях дальнейшего снижения заболеваемости гриппом рекомендуется увеличение охвата вакцинацией против гриппа среди населения Южно-Казахстанской области

Список литературы

1. Понежева Ж. Б., Купченко А. Н. Грипп и иммунопрофилактика // Инфекционные болезни. – 2016. – Т. 14. – №. 4. – С. 71-79.
2. Единый обзор гриппа (ВОЗ) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/ru/>
3. С.Амиреев. Иммунизация на практике: национальное рук.// Издательство «Эверо»–Алматы, 2014.– 191с.–ISBN 978–601–246–390–3
4. Статистические данные Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан
5. Естественный прирост населения. Регионы РК. I кв. 2016 года
<http://www.zakon.kz/4793617-estestvennyj-prirost-naselenija-za-i.html>

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА У БЕРЕМЕННЫХ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Алтаева А.М., магистрант 2-года обучения по специальности «Медицина», Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: altayeva_95@mail.ru

Абуова Г.Н., научный руководитель, к.м.н., профессор, Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: dr.abuova@gmail.com

Амиртаева К., студент 3-курса колледжа, по специальности «Фельдшер», Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. Заболеваемость гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) превышает суммарную заболеваемость всеми остальными инфекциями: в период эпидемии гриппа на их долю приходится 10-15% временной нетрудоспособности населения, а в остальное время года – более 80% всей инфекционной патологии, до 40% всех заболеваний взрослых и более 60% заболеваний детей. Наиболее подвержены заболеваемости гриппом дети младшего возраста, взрослые старше 65 лет и беременные.[1]

Цель исследования: Оценка эффективности вакцинопрофилактики гриппа у беременных, состоящих на учете в Южно-Казахстанской области за период 2012–2017 гг.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами были проанализированы статистические данные и отчеты Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан по заболеваемости и вакцинации гриппом у беременных женщин, состоящих на учете в Южно-Казахстанской области за период 2012–2017 гг.

Результаты и обсуждение. Во время беременности иммунитет женщин ослаблен, из-за чего риск заболеть гриппом выше, а само заболевание может протекать в тяжелой форме и привести к преждевременным родам. В связи с этим врачи по всему миру и Казахстана включительно, рекомендуют обязательную вакцинацию против гриппа во 2-м или 3-м триместрах беременности перед наступлением эпидемий. Вакцинация против гриппа в Казахстане проводится сплит-или субъединичными вакцинами[2].

На сегодняшний день в РК, зарегистрированы следующие субъединичные и сплит-вакцины против гриппа: Ваксигрипп (Санофи Пастер, Франция); Гриппол (Петровакс Фарм НПО ООО, Россия); Инфлювак (Эбботт Байолоджикалз, Нидерланды). Начиная с эпидсезона 2016–2017 гг. в Республике Казахстан применяется только вакцина «Гриппол» на бесплатной основе. Инактивированные вакцины вводятся внутримышечно или глубоко подкожно – верхнюю треть наружной поверхности плеча. Нельзя вводить внутривенно. Прививки проводят осенью до начала повышения заболеваемости.

Прививочные реакции и осложнения. Опыт применения гриппозных инактивированных вакцин показывают, что вакцинация не оказывает тератогенного или токсического действия на плод. Решение о вакцинации беременных должно приниматься врачом индивидуально с учетом риска заражения гриппом и возможных осложнений гриппозной инфекции. Наиболее безопасна вакцинация во втором и третьем триместрах. Живые вакцины в течение 3–х суток после вакцинации у 2% привитых могут вызывать повышение температуры до 37,5 °С лёгкое недомогание, головную боль, катаральные явления. При подкожном введении цельноклеточных вакцин допускается развитие кратковременной температуры выше 37,5 °С или инфльтратов до 5 мм не более чем у 3% привитых. При их интраназальном введении субфебрилитет в течение 1-3 суток допускается не более чем у 2% привитых. Субъединичные и сплит-вакцины дают слабые кратковременные (48–72 ч.) реакции не более чем у 3% привитых.

Противопоказаниями при всех гриппозных вакцинах являются тяжелые аллергические реакции на белок куриного яйца; острые лихорадочные состояния или обострение хронического заболевания; при нетяжелых ОРВИ и ОКИ, вакцинацию проводят после нормализации температуры; первый триместр беременности; детский возраст до 6 месяцев. Кормление грудью не является противопоказанием для вакцинации[3,4].

В Южно-Казахстанской области с 2012 по 2017 года отмечается снижение количества беременных женщин, состоящих на учете по беременности с 39637 до 35773 человек.

Вакцинация против гриппа у беременных, состоящих на учете в Южно-Казахстанской области. С 2012 по 2016 года отмечается увеличение охвата вакцинацией против гриппа у беременных во 2-3 триместре (с 34443 по 37969 человек), но в 2017 году отмечается спад охвата лиц вакцинацией до 35773 человек.

Показатели заболеваемости гриппом у беременных состоящих на учете. В ЮКО с 2012 по 2016 года отмечается снижение заболеваемости гриппом у беременных, состоящих на учете (с 4,82 до 1,44 на 1000 беременных, состоящих на учете), но в 2017 году отмечается увеличение заболеваемости гриппом у беременных до 3,04 на 1000 беременных, состоящих на учете[5].

Заключение. Анализ данных показал, что в связи со снижением охвата вакцинацией лиц среди беременных, состоящих на учете, увеличилось количество заболевших гриппом и ОРВИ.

Выводы:

1. По результатам проведенного исследования отмечается снижение заболеваемости гриппом среди беременных женщин ЮКО, состоящих на учете благодаря проведению вакцинопрофилактики.

2. В целях дальнейшего снижения заболеваемости гриппом среди беременных женщин, рекомендуется увеличение охвата вакцинацией против гриппа среди беременных женщин Южно-Казахстанской области.

Список литературы

1. Максакова В.Л. [и др.] Проблемы вакцинопрофилактики гриппа у беременных// Эпидемиология и инфекционные болезни-2016-21(1) с.14-18
2. Committee on infection diseases. Pediatrics 2008; 121(4)
3. С.Амиреев. Иммунизация на практике: национальное рук.// Издательство «Эверо»–Алматы, 2014.– 320с.–ISBN 978–601–246–390
4. Эффективность и безопасность вакцинопрофилактики гриппа у разных контингентов <http://netgrippa.ru/>
5. Статистические данные Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Андала М.А. 5 курс, лечебной факультет, г. Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
Маркауцан П.В., к.м.н., доц., г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Большая подкожная вена (БПВ) до настоящего времени продолжает оставаться наряду с внутренней грудной артерией (ВГА) основным кондуитом для коронарной хирургии, так как имеет много преимуществ, включая пригодность, доступность, простоту забора и многосторонность в использовании. Тем не менее венозный шунт уступает артериальным, так как в процессе артериализации способен к склерозу и раннему развитию атеросклероза. Кроме того БПВ не может быть использована в качестве кондуита при варикозе и склерозе.

Цель. Проанализировать использование БПВ при операциях аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование, включающее в себя анализ историй болезней 106 пациентов разного пола и возраста, которым была выполнена операция аорто- и маммарокоронарного шунтирования. .

Результаты исследования. При операциях аорто- и маммарокоронарного шунтирования накладывалось от 2 до 4 шунтов (1 из них передняя межжелудочковая ветвь - внутренняя грудная артерия). Чаще всего накладывалось 2 шунта - 63 (59,4%) операции, 3 шунта - 34 (39,1%), 4 шунта - 6 (8,5%).

Отмечено, что при шунтировании передней межжелудочковой артерии в качестве кондуита предпочтение отдавалось внутренней грудной артерии, а при шунтировании остальных коронарных артерий - большой подкожной вене.

Несмотря на наличие недостатков венозного кондуита, использование БПВ столь же широко как и ВГА. Улучшение функции аутовенозных кондуитов в отдаленном послеоперационном периоде может быть достигнуто путем назначения антиагрегантов (аспирин, клопидогрел) и агрессивными антиатеросклеротическим лечением (статины).

Выводы. Проанализировав частоту шунтирования различных коронарных артерий, можно утверждать, что чаще всего поражается ПМЖА. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА. При необходимости шунтирования нескольких коронарных артерий (помимо ПМЖА) прибегают к использованию аутовенозных кондуитов (БПВ), несмотря на их значительно меньшие потенциальные возможности нормального функционирования в отличие от артериальных кондуитов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
Маркауцан П.В., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. По данным ВОЗ подавляющее число смертельных случаев в мире вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (2,3 млн. смертей в год) Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

Цель: Оценить частоту использования внутренней грудной артерии в качестве кондукта при операции аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материалы и методы: Выполнен анализ историй болезней 136 пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска за 2016 год.

Результаты. Операция маммарокоронарного шунтирования (МКШ) была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), но и других коронарных артерий. В 133 (98%) операциях накладывался анастомоз ВГА-ПМЖА

Использование внутренней грудной артерии (ВГА) как кондукта в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- ✓ соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- ✓ анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- ✓ накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- ✓ внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- ✓ отсутствие клапанов (в отличии от БПВ);
- ✓ тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [Островский Ю.П. / Хирургия сердца. Руководство / Островский Ю.П. – Минск, 2007 – 107 с.]

Выводы. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА.

ГАЗЫ КРОВИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
Грищенко К.Н., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. При массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), сопровождающейся снижением артериального давления, летальность превышает 50 %. В последнее время значительный прогресс достигнут в понимании патофизиологии, диагностике и лечении легочной гипертензии. Гемодинамическая и дыхательная нестабильность проявляется часто нарушением газового состава крови.

Цель работы. Изучение изменений газового состава крови было целью представленной работы.

Материалы и методы. Использовался ретроспективный анализ 26 историй болезни пациентов анестезиолого-реанимационного отделения с подтвержденным диагнозом ТЭЛА. Анализировали показатели рН венозной крови, парциальное давление кислорода и углекислого газа (рO₂ и рCO₂), сатурация крови кислородом (SaO₂), уровень оксигемоглобина (FO₂Hb), отношение парциального давления кислорода к концентрации вдыхаемого кислорода (рO₂(a)/FO₂), а также концентрации актуального бикарбоната (сHCO₃ (P)) и гемоглобина (Hb).

Результаты и их обсуждение. Были выявлены следующие значения средних величин: рН – 7,30 ± 0,11, рO₂ – 90,0 ± 35,5 мм рт.ст., рCO₂ – 36,5 ± 12,6 мм рт.ст., SaO₂ – 88,8 ± 6,9%, FO₂Hb – 84,7 ± 17,1%, рO₂(a)/FO₂ – 253,1 ± 62,9, сHCO₃ (P) – 15,2 ± 6,8 ммоль/л, Hb – 126,3 ± 37,1 г/л. Смещение рН в кислую сторону выдает субкомпенсированный негазовый ацидоз. Казалось бы, основные газовые показатели рO₂ и рCO₂ оказались в пределах нормальных значений, однако обращают на себя внимание изменение SaO₂, FO₂Hb и индекса рO₂(a)/FO₂, что выдает нарастающую гипоксическую (легочно-артериальную) гипоксию. Это может быть связано с прогрессирующим нарушением вентиляционно-перфузионного отношения, вызванного увеличением давления заклинивания в легочных капиллярах, что ведет к шунтированию справа – налево и манифестацией признаков легочной гипертензии. Вообще, в ряде работ показывается значение снижения индекса рO₂(a)/FO₂, как предиктора смертности пациентов при заболеваниях легких, в том числе и ТЭЛА. Снижение уровня актуального бикарбоната указывает на появление также признаков метаболического ацидоза, вторичных по своему происхождению, что может привести к срыву хрупких механизмов компенсации и возникновению декомпенсированного смешанного ацидоза, что будет являться крайне неблагоприятным прогностическим фактором выживания подобных пациентов.

Выводы. Полученные материалы могут использоваться с целью скрининговой оценки тяжести состояния пациентов с ТЭЛА, особенно ее острых форм, прогноза и методов коррекции. Обоснована

необходимость проведения коррекции возникающих нарушений кислотно-основного состояния и газового состава крови параллельно с экстренной тромболитической терапией и гемодинамической поддержкой.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ВИДА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
 Маркауцан П.В., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. По данным ВОЗ подавляющее число смертельных случаев в мире вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (2,3 млн. смертей в год) [1]. Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

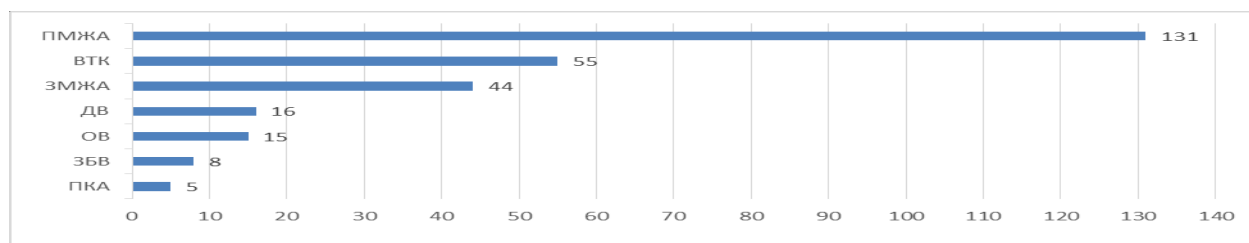
Цель. установить критерии выбора вида коронарного шунтирования: аортокоронарного шунтирования (АКШ) и маммарокоронарного шунтирования (МКШ).

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование, включающее в себя анализ историй болезней 136 пациентов разного пола и возраста, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска за 2016 год.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования проанализированы истории пациентов кардиохирургического отделения, которым была выполнена операция шунтирования коронарных артерий. 83% (n=113) выборки составили пациенты мужского пола в возрасте от 36 до 81 года, средний 61,1 года, 17% (n=23) - женского в возрасте от 46 до 78 лет, средний возраст 67,2 года.

Критерием выбора проведения МКШ явилась патология передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). Операция МКШ была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только ПМЖА, но и других коронарных артерий. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота шунтирования коронарных артерий (ВТК - ветвь тупого края, ЗМЖА - задняя межжелудочковая артерия, ДВ - диагональная ветвь, ОВ - огибающая ветвь, ЗБВ - заднебоковая ветвь, ПКА - правая коронарная артерия)



В (98,5%) случаев накладывался анастомоз ЛВГА – ПМЖА, лишь в 2-ух операциях шунтирования (1,5%) ПВГА – ПМЖА и БПВ – ПМЖА.

Использование ВГА как кондукта в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- ✓ соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- ✓ анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- ✓ накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- ✓ внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- ✓ отсутствие клапанов (в отличие от БПВ);
- ✓ тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [2]

106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, где в качестве кондуктов была использована большая подкожная вена (БПВ) помимо ВГА. БПВ обладает меньшими потенциальными возможностями нормальной функции в отличие от артериальных кондуктов, т.к. в процессе артериализации способен к склерозу и раннему развитию атеросклероза, однако из-за доступности, относительной простоты забора и многосторонности в использовании остаётся наряду с ВГА основным кондуктом при коронарном шунтировании.

Выводы. Проанализировав частоту шунтирования различных коронарных артерий, можно утверждать, что чаще всего поражается ПМЖА. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее

оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА. При необходимости шунтирования нескольких коронарных артерий (помимо ПМЖА) прибегают к использованию аутовенозных кондуитов (БПВ), несмотря на их значительно меньшие потенциальные возможности нормального функционирования в отличие от артериальных кондуитов. Аутоартериальные кондуиты используются реже из-за определённых затрат времени для забора, а также возможных послеоперационных осложнений.

Список литературы

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/>

АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ БРЫЖЕЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com

Климук С.А., асс., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Трудности в диагностике острой недостаточности мезентериального кровообращения (ОНМК) обусловлены, в первую очередь, отсутствием характерных патогномичных симптомов заболевания. Руководствуясь общепринятыми протоколами обследования пациентов с болями в животе крайне трудно поставить диагноз, поскольку многие исследования не обладают достаточной специфичностью и чувствительностью. Однако данные анамнеза позволяют с некоторой долей вероятности предположить диагноз ОНМК и выполнить более специфичные методы исследования с целью подтвердить или опровергнуть диагноз.

Цель: определить наиболее встречающуюся патологию при ОНМК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в общехирургических отделениях в УЗ 5 ГКБ в 2016-2017 гг. В исследуемую группу включены пациенты с верифицированным диагнозом ОНМК.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с диагнозом ОНМК преобладали женщины – 13 (87%), и 2 (13%) мужчины. У 14 (93,3%) основным диагнозом являлась ИБС: АКС с наличием фибрилляции предсердий в 11 (73,3%) случаях и в 1 (6,7%) случае частой экстрасистолией. У 12 (80%) пациентов фоновым заболеванием была АГ и в у 5 (33,3%) – сахарный диабет 2 типа. Также было установлено, что в большинстве случаев у пациентов имелась сопутствующая хирургическая патология: хронический панкреатит (53,3%), хронический гепатит (33,3%), хронический холецистит (26,7%), кисты почек (26,7%), варикозное расширение вен нижних конечностей (20%), гастропатии (20%). 3 (20%) пациента перенесли ампутацию нижней конечности, 2 (13,3%) – операции на желудке (по поводу язв), 1 (6,6%) – аппендэктомию.

Выводы. Проблема своевременной диагностики может быть обоснована неспецифической клиникой и сходными жалобами с другой острой абдоминальной патологией, поэтому пациенты госпитализируются чаще всего с диагнозами острый холецистопанкреатит. Таким образом, можно сказать, что знание сопутствующей патологии помогает в некоторой мере предположить диагноз ОНМК и доставить пациента с предполагаемым обострением хронического заболевания сотрудниками СМП в стационар, имеющий возможности вовремя диагностировать ОНМК.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com

Грищенко К.Н., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. Подавляющее число случаев смерти вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (2,3 млн. смертей в год) [1]. Несмотря на то, что изучению данной патологии уделяется значительное внимание и проводится существенное количество исследований, нет достоверных данных о гендерных различиях в течении острого коронарного синдрома (ОКС), в том числе национальных.

Цель. Исследовать особенности течения ОКС у пациентов разного пола в условиях кардиологического отделения стационара.

Материалы и методы исследования. Выполнено проспективное исследование более ста пациентов разного пола и возраста, включающее в себя сбор жалоб, анамнеза, физикальное исследование, самостоятельный анализ их историй болезней, проходивших стационарное лечение в инфарктном отделении УЗ «1-ая городская клиническая больница» г. Минска.

Результаты исследования. Возраст пациенток исследуемой группы (n=50) был от 53 до 88 лет, средний возраст 75 лет; возраст мужчин (n=51) – от 43 до 90 лет, средний возраст 69,4 года.

Дебют сердечно-сосудистых заболеваний у женщин наблюдается в среднем в 54 года, у мужчин же на порядок раньше – в 47 лет.

При анализе индекса массы тела были выявлены некоторые особенности: нормальную массу тела имеют треть пациентов мужского пола (33%) и лишь 14% - женского. Больше всего пациентов имеют избыточную массу тела – 41% мужчин и 42% женщин. Первая и вторая степени ожирения имеют место быть у 26% мужчин и 36% женщин. Важно отметить, что среди женщин встречается четвертая степень ожирения (у 8% пациенток). Это подтверждает тот факт, что у женщин чаще и в большей степени выражены нарушения обмена веществ.

Также эту особенность доказывает то, что у 34% женщин нарушен углеводный и у 34% липидный обмен. У мужчин показатели ниже: 29,4% имеют нарушения обмена углеводов и 21,7% - дислипотеинемии.

Важной для диагностики особенностью течения ОКС является безболевая форма ишемии миокарда у 14% женщин (у мужчин 5,9%). Это может быть связано с нарушением чувствительности внутримиекардиальных нервных окончаний вследствие нейропатии, развивающейся по разным причинам (вследствие сахарного диабета, токсического действия некоторых цитостатиков, перенесенного ИМ), когда поражаются симпатические нервные волокна, являющиеся основным путем передачи болевой импульсации.

Наличие инфарктов и инсультов в анамнезе относится к критерию высокого непосредственного риска смерти. Так, около половины мужчин и женщин ранее перенесли ИМ, однако у женщин чаще встречаются 2 и более эпизода ишемии миокарда – у 62,5% пациенток (у мужчин вдвое меньше – 30,4%), так же как и наличие ОНМК (12% у женщин и 7,8% у мужчин).

Также были проанализированы гендерные особенности сопутствующих патологий. Исходя из полученных данных, можно отметить, что сахарным диабетом 2 типа страдают больше женщины (44%), однако, у мужчин это также частое заболевание (29,4%). Патология желудочно-кишечного тракта является ведущей как у женщин (48%), так и у мужчин (29,4%). У женщин важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является нарушения функции щитовидной железы, которые встречаются у 16% пациенток, когда мужчины не страдают данной патологией. Патология почек и дыхательной системы в равной мере наблюдается у мужчин и женщин.

По индексу коморбидности Чарлсона – бальная система оценки отдаленного прогноза смертности – также не наблюдается гендерных различий: 2,29 у женщин и 2,16 у мужчин, что является средним значением показателя [2].

Оценивая наличие пороков клапанов сердца у пациентов кардиологического отделения, выяснилось, что у мужчин чаще встречаются пороки (у 23,4%), преобладают комбинированные поражения двух клапанов. У женщин пороки клапанов сердца встречаются реже (у 20%) и чаще это недостаточность клапана.

Изучение структуры аритмий так же может быть важным, так как аритмия любого характера является серьезным осложнением ишемии миокарда. Иногда они могут быть первым и единственным проявлением заболевания, особенно при повторных инфарктах миокарда. У большей части больных (63% как у мужчин, так и у женщин) были выявлены комбинированные нарушения ритма (экстрасистолы, трепетание и фибрилляция предсердий и желудочков). У женщин почти одинаково часто имеет место нарушение возбуждения и нарушение проведения, 16,7% и 20% соответственно, когда у мужчин преобладают блокады (нарушение проведения) – у 33,3%, а нарушения возбуждения встречаются не часто у 3,7%.

Сравнительный анализ медикаментозной терапии у мужчин и женщин показал, что как у женщин, так и у мужчин, лидерами являются В-адреноблокаторы (45% и 39,2% соответственно), ингибиторы АПФ (32,7% и 41,2%) и антиагреганты (35,5 % и 37,3%). Следует отметить, что органические нитраты чаще используют мужчины – 13,7% (среди женщин лишь 3,9%), возможно из-за более частых ангинозных болей.

Выводы. Таким образом, полученные в результате исследования данные позволяют утверждать, что существуют гендерные различия в развитии и течении ОКС:

1. Средний возраст дебюта сердечно-сосудистой патологии у пациентов мужского пола значительно ниже, чем у женского.
2. Одними из ведущих факторов риска среди пациентов женского пола является нарушение обмена веществ, когда среди мужчин – характер образа жизни, низкая приверженность медикаментозной терапии.
3. У женщин чаще наблюдается безболевое течение острого коронарного синдрома, чем у мужчин.
4. Среди пациентов как мужского, так и женского пола ведущим среди сопутствующих заболеваний является сахарный диабет 2 типа.
5. Патология щитовидной железы преимущественно характерна для пациентов женского пола.
6. Как у мужчин, так и у женщин в структуре аритмий преобладают комбинированные нарушения ритма.
7. Были выявлены различия в выборе схемы медикаментозного лечения пациентов мужского и женского пола. У женщин лидерами медикаментозной терапии являются б-АБ, у мужчин – ИАПФ.

Список литературы

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/>
2. О.С. Донирова, Б.А. Дониров. Гендерные различия в течении острого коронарного синдрома. - Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015.
3. И.С. Андреева. Гендерные различия у больных ОКС. - Вестник современной медицины. Чебоксары. 2010г.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
Климук С.А., асс., г.Минск, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день одной из самых сложных и не решённых проблем в неотложной абдоминальной и сосудистой хирургии остается острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК). Частота встречаемости данной патологии составляет 0,1-0,2 % случаев среди больных, госпитализированных в общехирургические отделения. Неспецифичность клинической картины, отсутствие патогномичных симптомов и синдромов заболевания, трудности ранней диагностики ОНМК, связанные с тяжелыми фоновыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы, обуславливают позднюю госпитализацию больных и запоздалое хирургическое вмешательство, зачастую не спасающее жизнь пациента. Показатели летальности при ОНМК по-прежнему остаются на высоком уровне, составляя по данным разных авторов 85-100%.

Цель: проанализировать возможные способы и методы ранней диагностики ОНМК, выявить наиболее часто встречающуюся сопутствующую патологию у пациентов с ОНМК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в общехирургических отделениях в УЗ 5 ГКБ в 2016-2017 гг. В исследуемую группу включены пациенты с верифицированным диагнозом ОНМК. Кроме того, были проанализированы 30 истории болезни пациентов, которые поступали с диагнозом бригад скорой медицинской помощи «мезотромбоз».

Результаты исследования и их обсуждение. Среди пациентов с диагнозом ОНМК преобладали женщины – 52 (87%), и 8 (13%) мужчины. Средний возраст среди женщин составил 82,9 лет, мужчин – 67 лет.

Лишь 12 (20%) пациентов были госпитализированы экстренно в течение первых 6 часов от начала манифестации, 8 (13,3%) человек – в сроки от 7 до 24 ч, 40 (66,7%) – позже 24 ч.

Чаще всего пациенты с ОНМК доставлялись в 5 ГКБ с диагнозами о.панкреатит – 32 (53,3%) случаев, о холецистит – 12 (20%), ОКН – 8 (13,3%) и мезотромбоз – 8 (13,3%).

У 56 (93,3%) основным диагнозом являлась ИБС: АКС с наличием фибрилляции предсердий в 44 (73,3%) случаях и в 4 (6,7%) случае частой экстрасистолией. У 48 (80%) пациентов фоновым заболеванием была АГ и в у 20 (33,3%) – сахарный диабет 2 типа. Также было установлено, что в большинстве случаев у пациентов имелась сопутствующая хирургическая патология: хронический панкреатит 32 (53,3%), хронический гепатит 20 (33,3%), хронический холецистит 16 (26,7%), кисты почек 16 (26,7%), варикозное расширение вен нижних конечностей 12 (20%), гастропатии 12 (20%). 12 (20%) пациентов перенесли ампутацию нижней конечности, 8 (13,3%) – операции на желудке (по поводу язв), 4 (6,6%) – аппендэктомию.

52 (87%) пациентов умерли, 8 (13%) пациента были выписаны с улучшением.

Среди 30 пациентов с диагнозом бригад СМП «мезотромбоз» лишь в 8 (26,7%) случаях диагноз подтвердился.

Выводы. Проблема своевременной диагностики может быть обоснована рядом причин: не своевременное обращение пациентов за медицинской помощью; особое внимание при обследовании таких пациентов стоит тщательно собирать анамнез, особое внимание уделяя сопутствующей патологии; из-за неспецифической клиники и сходных жалоб с другой острой абдоминальной патологией сотрудникам скорой медицинской помощи трудно поставить правильный диагноз, поэтому пациенты госпитализировались в 5 ГКБ чаще всего с диагнозами острый холецистопанкреатит; ввиду того, что в данном стационаре нет возможности выполнить ангиографическое исследование, являющееся «золотым стандартом» диагностики ОНМК, летальность по нашим данным очень высокая, составила 87%.

Литература.

1. Атаев, С.Д. Острые нарушения мезентериального кровообращения : Материалы международного хирургического конгресса «Новые технологии в медицине» / С.Д. Атаев, М.Р. Абдулаев. – Ростов-на-Дону. – 2005. – 378 с.
2. Баяшкы, А.А. Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Баяшкы, С.А. Климук, В.А. Юшкевич // Хирургия, 2005. – № 4. – С. 57-63
3. Баяшкы А.А. Острая интестинальная ишемия: диагностика и хирургическое лечение / Баяшкы А.А., Климович В.В., Юшкевич В.А. и др. // Материалы науч.-практ. конф.: Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация, 21-22 ноября 2002. — Минск, 2002. — Т. 1. — С. 48-50.
4. Бондаренко Н.М. Острое нарушение брыжеечного кровообращения в клинике абдоминальной хирургии / Н.М. Бондаренко, В.Н. Барвинский, Г.Е. Хапатык, С. С. Брюшков и соавт. //— 1999. — № 9. — С. 9-10.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ CD-4

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
Михайлова О.В., ассист., г.Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным ВОЗ туберкулез (ТБ) является одной из ведущих причин смерти людей с ВИЧ: в 2016 году 1,7 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни. Вклад этой патологии в заболеваемость всеми формами ТБ в современный период увеличивается. В РБ в 2016 году было выявлено 2684 пациентов с ТБ, 2391 случай ВИЧ-инфекции и зарегистрировано 275 случаев ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Поскольку клиническая картина и течение ТБ у больных ВИЧ-инфекцией зависят от стадии ВИЧ и определяются глубиной Т-клеточного иммунодефицита достаточно актуальным является определение особенностей течения ТБ легких у данной группы пациентов.

Цель исследования. Выявить особенности течения ТБ легких у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от уровня CD 4.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов с ТБ легких и сопутствующим диагнозом ВИЧ-инфекции, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2016-2017 гг. Анализ историй пациентов проводился на основе разделения пациентов на 3 группы в зависимости от уровня CD-4 клеток: 1 группа с уровнем CD - 4 <200 /мкл, 2 группа - CD - 4 - 200-350/мкл, 3 группа - CD - 4 >350/мкл.

Результаты. Таким образом в 1-ю группу вошли 23 (48,9%) пациента (19 мужчин, 4 женщины). ВИЧ 3 стадии был у 8 (34,8%) больных, 4 стадии - у 15 (65,2%). 15 (65,2%) пациентам этой группы был поставлен диагноз ИТЛ, 3 (13%) - ДТЛ, генерализованный ТБ - 4 (17,4%), ТБ ВГЛУ - 1 (4,3%). Среди всех пациентов группы у 17 (73,9%) была выявлена лекарственная устойчивость *M.tuberculosis* к ПТЛС. В 14 (60,9%) случаях по результатам рентгенологических исследований ТБ протекал с распадом легочной ткани.

2-ю группу составили 9 (19,1%) пациентов (6 мужчин, 3 женщины). ВИЧ 2 стадии был у 1 (11,1%) больных, 3 стадии - у 7 (77,8%), 4 стадии - у 1 (11,1%). 3 (33,4%) пациентам этой группы был поставлен диагноз ИТЛ, 5 (55,5%) - ДТЛ, ОТЛ - 1 (11,1%). Среди всех пациентов группы у 4 (44,4%) была выявлена лекарственная устойчивость *M.tuberculosis* к ПТЛС. В 2 (22,2%) случаях по результатам рентгенологических исследований ТБ протекал с распадом легочной ткани.

3-ю группу составили 15 (31,9%) пациентов (10 мужчин, 5 женщины). ВИЧ 2 стадии был у 1 (6,7%) больных, 3 стадии - у 11 (73,3%), 4 стадии - у 3 (20%). 9 (60%) пациентам этой группы был поставлен диагноз ИТЛ, 5 (33,3%) - ДТЛ, Туберкулома - 1 (6,7%). Среди всех пациентов группы у 13 (86,7%) была выявлена лекарственная устойчивость *M.tuberculosis* к ПТЛС. В 7 (46,7%) случаях по результатам рентгенологических исследований ТБ протекал с распадом легочной ткани.

Выводы. Таким образом, среди пациентов с коморбидной патологией высок удельный вес социально-дезадаптированных лиц – не работающих, злоупотребляющих алкоголем и являющихся инъекционными наркоманами; клиническая структура случаев сочетанных заболеваний является неблагоприятной, с преобладанием деструктивных форм ТБ; у пациентов с более поздними стадиями ВИЧ-инфекции более распространена лекарственная устойчивость возбудителя к основным ПТЛС. Наличие сопутствующей иммуносупрессивной патологии отрицательно сказывается на течение ТБ легких.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андала М.А.5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, mihail.andala@gmail.com
Приставка И.В., ассист., Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГЖП) – распространенное заболевание среди мужчин зрелого и пожилого возраста, симптомы которого связаны с нарушением мочеиспускания, что значительно снижает качество жизни. Поэтому лечению данного заболевания уделяется так много времени, проводятся многочисленные исследования, связанные с новыми способами устранения симптоматики ДГПЖ. Одним из современных методов хирургического лечения является эмболизация простатических артерий (ЭПА). Это малоинвазивная рентгенэндоваскулярная операция, которая используется при неэффективности консервативной терапии.

Цель. Оценить результаты проведения ЭПА среди пациентов урологического отделения УЗ «Минская областная клиническая больница» в 2017-2018 годах.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни четырех пациентов с ДГПЖ, у которых была проведена ЭПА; выполнен систематический обзор международных литературных данных об ЭПА как методе лечения.

Результаты и их обсуждение. Обследование проводилось в сроки 1 и 3 месяца после хирургического лечения. Средний возраст мужчин составил 69,5 лет. Средний объем предстательной железы до вмешательства по данным УЗИ составил 70,5 см³. Через месяц уменьшение железы наблюдалось у 3 (75%) пациентов, а у 1 (25%) была отмечена отрицательная динамика. Через 3 месяца положительный результат сохранился у 2 (50%) пациентов, а у 2 (50%) была отрицательная динамика – увеличение объема простаты по сравнению с результатами УЗИ через 1 месяц после операции.

При оценке своего субъективного состояния по международной шкале простатических симптомов пациенты отмечают снижение симптоматического проявления ДГПЖ (средний показатель до операции – 18,75, через месяц – 9,5).

Выводы. По результатам после ЭПА пролиферация железистой ткани сокращается, что снижает obstructивную симптоматику, и данная операция может стать эффективной альтернативой стандартным хирургическим вмешательствам.

В ряде случаев ЭПА не является успешной ввиду особенностей кровоснабжения простаты и технических возможностей хирургов, поэтому некоторые пациенты нуждаются либо в повторной операции ЭПА, либо в альтернативном методе лечения.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ККГЛ НА ОСНОВАНИИ СТАНДАРТНЫХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.ШЫМКЕНТА ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГОДОВ

Әуезханов С.П., резидент 2- года обучения по специальности «Инфекционные болезни и в том числе детские инфекционные болезни», Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: auezkhanov92@mail.ru

Абуова Г.Н., научный руководитель, к.м.н., профессор, Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: dr.abuova@gmail.com

Бердалиева Ф.А., научный руководитель, PhD

Актуальность. Конго-Крымская геморрагическая лихорадка (ККГЛ) - острая вирусная природно-очаговая инфекционная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, вызванная вирусом семейства Bunyaviridae, рода Nairovirus, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией, геморрагическим синдромом и тяжёлым течением. Возбудителем болезни является вирус из рода *Orthonairovirus* порядка *Bunyavirales*. Относится к арбовирусам. Инкубационный период от одного до 14 дней. Чаще 2-9 дней. Продромальный период отсутствует. Болезнь развивается остро. Возникают признаки общей интоксикации организма (сильная слабость, боли в мышцах, суставах, тошнота, рвота). Через 2-4 дня начинается вторая, геморрагическая стадия заболевания. Состояние больного резко ухудшается. Появляются кровоизлияния на коже и слизистых оболочках в виде сыпи, пятен, гематом. Наблюдается повышенная кровооточивость десен, мест инъекций. Возможны носовые, маточные кровотечения. Начинаются боли в животе, печени, понос, рвота, возможна желтуха, олигурия. Заболевание длится 10-12 дней, но больные остаются сильно истощенными еще на протяжении 1-2 месяцев[1].

Цель исследования: Выявить показатель заболеваемости ККГЛ в Туркестанской области.

Материалы и методы. Нами были обработаны 251 историй болезни по ККГЛ в ШГИБ и статистические данные РК по заболеваемости ККГЛ.

Результаты и обсуждение. ККГЛ широко распространено в мире. Природными очагами в Республике Казахстан являются Кызылординский, Жамбылский и Южно-Казахстанские области.

Заболеваемость среди населения Жамбылской, Кызылординской и Туркестанской областей за 2008-2016 г: В Жамбылской области были выявлены 16 пациентов, перенесших ККГЛ ; В Кызылординской области были выявлены 30 пациентов, перенесших ККГЛ ; В Туркестанской области были выявлены 91 пациент, перенесших ККГЛ.

Количество умерших среди больных ККГЛ Жамбылской, Кызылординской и Туркестанской областей за 2008-2016 гг составило: В Жамбылской области-4 пациента с летальными исходами ; в Кызылординской области - 2 пациента с летальными исходами, а в Туркестанской области-20 пациентов с летальными исходами.

Данные по ККГЛ в Шымкентской городской инфекционной больнице за 2014-2017 годы: было зарегистрировано 251 случаев ККГЛ, из которых мужчин-170, женщин -81; в том числе детей-47.

После 2-х кратного анализа ИФА и ПЦР на вирус ККГЛ были установлены окончательные диагнозы: «Подтвержденный случай»-36; «Вероятный случай»-46; «Предположительный случай»-169. По месту жительства: сельских-64%; городских-36%. Количество умерших взрослых пациентов-6: детей-1% [2,3].

Приводим клинический случай больного с ККГЛ:

Пациент К, возраст-51 год, поступил 03.06.2017г, был выписан 16.06.2017г.

Предъявлял жалобы при поступлении: на общую слабость, повышение температуры тела до 39-40⁰С, озноб, ломоту в теле, головные боли, боли в мышцах, тошноту, рвоту с кровью, снижение аппетита.

Из anamnes morbi : со слов, болен в течение 7 дней с 28.05.2017г. Начало болезни проявилось повышением температуры тела до 39-40⁰С, ознобом , ломотой в теле, головной болью, болью в мышцах ,тошноты, рвоты с кровью, снижением аппетита и черным стулом. С 30.05.17г обратился к участковому врачу по месту жительства, принимал инфузии глюкозы, витамины. 31.05.17г самостоятельно обратился в частную клинику в селе, сдал анализы. 01.06.17 г самостоятельно обратился в ЦРБ для прохождения УЗИ. 02.06.17г повторно обратился в частную клинику, обследован ЭФГДС, выявлено желудочно-кишечное кровотечение. У больного нарастала общая слабость, тошнота , рвота с кровью 3-4 раза в день. Направлен в областную клиническую больницу, где был осмотрен хирургами, обследован ЭФГДС и взяты анализы: ОАК Гемоглобин-118г/л, Эритроциты-3,7x10¹²/л, Тромбоциты- 20x10⁹/л , Лейкоциты- 2,9x10⁹/л, СОЭ-12 мм/час. Был доставлен в Шымкентскую городскую инфекционную больницу, в приемном покое созван консилиум, выставлен диагноз: Конго-Крымская геморрагическая лихорадка, вероятный случай, госпитализирован в ОРИТ. Из

эпидемиологического анамнеза: Содержит крупный рогатый скот, около 10 дней назад удалял присосавшегося клеща со спины. Динамика лабораторных показателей крови в Шымкентской городской инфекционной больнице: Гемоглобин-116 г/л; Эр-3,86x10¹²/л; Тромбоциты-13x10⁹/л; Лейкоциты-2,4x10⁹/л; СОЭ-15 мм/час, то есть нарастают тромбоцитопения, лейкопения и анемия.

Были получены положительные результаты ИФА, ПЦР на вирус ККГЛ, что позволило установить окончательный диагноз: Конго-Крымская геморрагическая лихорадка подтвержденный случай, желудочно-кишечное кровотечение.

Лечение: Режим 2, Диета №15, Рибавирин по схеме, Цеф3 по 1,0 х 2 раза в/м №3, Годекс по 2 кап х3 раза №2, Фамотидин 40 мг по 1 кап х 1 раз №9, Глюкоза 5% 400,0+гепадиф 942 мг в/в №5, Физиологический раствор 0,9% 200,0+ витамин С 5% 6,0 в/в №5

В ОРИТ: физиологический раствор 0,9%, гордокс, СаСЛ 1% , иммунизированная плазма , тромбомасса, СЗП, преднизолон, рибавирин, априк, этамзилат, фамотидин, гепадиф, глюкоза 10%, цеф4, альбумин.

Исход заболевания у пациента К: клиническое выздоровление на 13-й день госпитализации.

Заключение: Данный клинический случай демонстрирует факт запоздалого установления диагноза ввиду позднего обращения больного, врачами амбулаторной службы не учтены эпидемиологический анамнез и клинические проявления ККГЛ, не был взят ОАК.

Ведение больного согласно положений клинического протокола диагностики и лечения ККГЛ снижает риски ошибок на этапах оказания медицинской помощи, также снижает риски осложнений и показателей летальности.

Список литературы

1. Абуова Г.Н., Бердалиева Ф.А., Нурмашева А.А. и др. Анализ эпидемиологической ситуации по Конго-крымской геморрагической лихорадке в Южно-Казахстанской области // Журнал «Инфекционные болезни» 2011 - С.7.
2. Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю., Лизинфельд И.А. Об определении стандартного случая Крымской-Конго геморрагической лихорадки в Южно-Казахстанской области // «Актуальные проблемы эпидемиологии на современном этапе» Москва, 13-14 октября 2011 г., С.13-14.
3. Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю., Мусаева К.И. и др. Особенности эпидемиологии Крымской-Конго геморрагической лихорадки в Южно-Казахстанской области // «Инфекционные болезни: проблемы и пути их решения» Ташкент, 21-22 октября 2011 г. С.89.

АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ. ПРОБЛЕМА АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РК И ЮКО

Әуезханов С.П., резидент 2- года обучения по специальности «Инфекционные болезни и в том числе детские инфекционные болезни», Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: auezkhanov92@mail.ru

Алиева Н., студентка 3-курса колледжа, по специальности «Фельдшер», Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан.

Абуова Г.Н., научный руководитель, к.м.н., профессор, Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: dr.abuova@gmail.com

Бердалиева Ф.А., научный руководитель, PhD.

Актуальность. Антибиотикорезистентность-тема, волнующая сегодня все человечество. О том, что в нашем распоряжении с каждым годом оказываются все более и более скромные возможности вести неравный бой не только с окружающими нас, но и населяющими нас микробами, прекрасно знают медицинские работники, ученые, представители фармацевтического бизнеса, политики и даже простые люди.

Потому что есть общеизвестные факты:

- за последние несколько десятилетий не было разработано ни одной новой молекулы антибиотика, соответственно, на рынке не появились новые лекарства для лечения инфекционно-воспалительных процессов (а все так называемые «новые» — это лишь измененные лекарственные формы или дозировки препаратов);
- фармацевтические компании не заинтересованы в производстве новых антибиотиков, потому что денег на разработку и выведение на рынок сбыта нового препарата с антибактериальным действием уходит огромное количество, и они не успевают восполняться, так как к каждому новому препарату.

Согласно данным МЗСР РК, практическое здравоохранение Казахстана в настоящее время столкнулось со следующими проблемами использования антибиотиков:

- избыточное применение, - применение резервных антибиотиков в качестве препаратов 1-й линии,
- антибиотикорезистентность, - использование антибиотиков ненадлежащего качества, - «профилактическое» применение антибиотиков в лечении вирусных инфекций, - свободный доступ населения к антибиотикам без рецепта врача.

На данный момент существует около 200 антибиотиков 12-ти фармакологических групп, в Казахстане зарегистрировано около 809 антибактериальных препаратов (более 10% всех зарегистрированных лекарств), но, тем не менее, пациенты могут подвергнуться опасности от неправильного применения антибиотиков и развития резистентности микроорганизмов.

В 2014 г. эксперты Лекарственного информационно-аналитического центра РЦРЗ провели социологическое исследование. Опрос позволил прояснить ситуацию с применением лекарств. В результате проведенной работы специалисты выяснили, что каждый четвертый казахстанец принимает антибиотики без назначения врача. В связи с этим возрастает антибиотикорезистентность, отмечают сотрудники ЛИАЦ.

К началу текущего года заболеваемость населения достигла 56,8 болезней, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 человек - это на 8,3% больше, чем годом ранее. Заболеваемость детей также увеличилась - с 87,2 случаев на 100 детей в возрасте до 14 лет в 2015 году до 94,9 случаев - по итогам 2016 года.

Самые "популярные" среди болезней казахстанцев - заболевания органов дыхания. На них приходится 43,5% зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни. На втором месте - болезни мочеполовой системы (7,5%), далее - болезни органов пищеварения (7,4%).

В базе данных РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства Здравоохранения период с мая 2005 г по 23 сентября 2010 г. имеется 2469 карт-сообщений о побочных действиях лекарственных средств, выявленных на территории РК. Из них, на лекарственные препараты отечественных производителей – 1123, зарубежного производства – 1346 карт-сообщений. При этом сообщений о серьезных побочных действиях с угрозой для жизни было 86, с летальным исходом — 22.

Распределение карт-сообщений по фармакологическим группам показало, что лидирующее место занимают антимикробные препараты – 1577 сообщений, далее идут препараты для лечения заболеваний нервной системы – 599, и на третьем месте препараты, влияющие на кроветворение и кровь – 92.

Среди антибактериальных препаратов 1291 карт-сообщений о побочных действиях противотуберкулезных препаратов, 255 – антибиотиков, 16 – вакцин, 13 — иммунных сывороток, 2 – противовирусных препаратов.

Основной характер выявляемых побочных действий антибактериальных лекарственных средств – аллергические реакции, кожная сыпь, гипертермия, снижение слуха, нарушение зрения, гепатотоксичность (повышение уровня АЛТ и АСТ), боль в мышцах, низкая антибактериальная активность.

Этиологическая структура и антибиотикочувствительности основных возбудителей инфекционных заболеваний по данным ШГИБ

Результаты и обсуждения: В результате бактериологического обследования было идентифицировано 11 культур и выделен следующий спектр микроорганизмов: грамположительные микроорганизмы – *S.aureus* (42%) среди стрептококков - *St.pneumoniae* (2%). Доля грамотрицательных бактерий составила – 56%.

Заключение. Таким образом, современные и эффективные подходы к контролю и сдерживанию антимикробной резистентности включают разработку комплексных и целевых программ, создание референтных лабораторий по наблюдению за распространением резистентности к антибиотикам на базе ведущей медицинской организации и оснащение их современным оборудованием для осуществления эпидемиологического надзора и микробиологического мониторинга резистентности к антибиотикам.

Несмотря на усилия, предпринимаемые научно-медицинской общественностью и регуляторными органами здравоохранения, в отношении предотвращения развития устойчивости к антибиотикам, она не уменьшается и приобретает всё новые формы, являясь естественной ответной реакцией микроорганизмов.

Выводы. Таким образом, чтобы сдерживать развитие антибиотикорезистентности в Республике Казахстан должны быть адекватный мониторинг безопасности применения антибактериальных препаратов и эффективный мониторинг.

Список литературы:

1. Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам [интернет]. Женева: ВОЗ; 2001. [WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: WHO; 2001. (In Russ).] Доступно по: http://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy.htm/ru/. Ссылка активна на 03.10.2017.
2. ВОЗ. Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам [интернет]. Женева ВОЗ; 2016. [WHO. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. (In Russ).]

ПЛАЦЕНТА ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ В РУТИННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Әуелова Ә.Б., 3 курс, Общая медицина, Караганда, Казахстан, alken.kz97@mail.ru,
врач патологоанатом Камышанский Е.К.

Научный руководитель – доцент, к.м.н Мусабекова С.А., Караганда, Казахстан, Сауле Мусабекова,
musabekova.s@mail.ru, кафедра патологии Медицинского Университета Караганды

Первый триместр беременности является очень важным в отношении клеточной пролиферации, дифференцировки и эпигенетического программирования эмбрио-плацентарной ткани, и в этот период возникают осложнения беременности, приводящие к преимплантационным и перинатальным потерям [Error! Reference source not found.]. Хотя первый триместр, пожалуй, самый важный период пренатального развития, роль рутинной гистоморфологической диагностики причин перинатальных потерь в первом триместре получает наименьшее внимание специалистов перинатальной медицины. Целью данного исследования явился

сравнительный анализ гистопатологической картины плацент первого триместра беременности с клиническими данными при нарушенной беременности раннего срока.

Материалы и методы. Было проведено гистологическое исследование клинически нормальных (n=33, прерванная беременность по собственному желанию женщины) и патологических плацент (n=313) 4-12 недель беременности, ассоциированных с клинически неразвивающейся беременностью неясного генеза. Определение гестационного срока на основании ультразвукового исследования и клинических данных. Забор материала проводился в соответствии с правилами, принятыми Этической Комиссией КГМУ. Во всех случаях для данного исследования было получено письменное информированное согласие от беременных женщин. Гистологическая оценка структурного состояния плаценты проводилась отдельно в базальной децидуальной пластинке (материнская часть плаценты) и хориальной пластинке (плодовая часть плаценты). Было определено относительное количество гранулоцитарной популяции иммунокомпетентных клеток (на 100 клеток в 10 полях зрения при увеличении микроскопа x400: 0-10 клеток – отсутствие патологической инфильтрации – 0 баллов, 11-30 клеток – острый децидуит/хорионит легкой степени, 31-50 клеток – децидуит/хорионит умеренной степени, более 50 – острый децидуит/хорионит тяжелой степени, «некротический децидуит/хорионит»), качественная оценка просвета микроваскулярного русла (на 10 сосудов при увеличении x400, 0 – отсутствие тромбоза, 1 балл – стазы и сладж-феномен эритроцитов, краевое стояние клеток миеломоноцитарного ряда, 2 балла – очаговый тромбоз - в менее 50% микрососудов, 3 балла - субтотальный тромбоз – от 50-80% сосудов, 4 балла – тотальный тромбоз микрососудов базальной/хориальной пластинки). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ STATISTICA 7. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,01$.

Результаты. Исследовано 346 пациенток в возрасте от 16 до 48 лет, обратившихся за медицинской помощью за текущий год, при этом у 69% из них диагностирована замершая беременность, у 20% - самопроизвольный выкидыш, 11% - для проведения аборта. При гистологическом исследовании плацент в возрастной группе от 16 до 30 лет у 157 пациенток верифицированы воспалительные процессы: гнойно-некротический децидуит в 45,12%, гнойный децидуит в 28,05%, острый децидуит в 19,51%, хориоамнионит с интервилитом – 2,44%, интервилит, эндометрит, васкулит и хориоамнионит – 1,22%. В возрастной группе от 31 до 48 лет выявлены: гнойный некротический децидуит – 54,67%, острый децидуит – 22,67%, гнойный децидуит – 12%, интервилит – 6,67%, гнойный децидуит с хориоамнионитом – 2,66% и эндометрит 1,33%. Анализ соответствующих показателей показал, что нарушения раннего срока беременности у пациенток в возрастной группе от 16 до 30 лет меньше на 3%, при этом увеличение риска нарушения беременности, связанного с присутствием воспалительного процесса отмечено независимо от возраста пациенток. Следует особо отметить, что развитии воспалительного процесса при нарушениях беременности доминирует гнойно-некротический децидуит (соответственно в первой группе- 45,12%; во второй группе- 54,88%). Среди нарушений беременности в раннем сроке без присутствия воспалительного процесса отмечено нарушение кровообращения (132 человек), в первой возрастной группе – 35,94%, во второй возрастной группе – 33,82%.

Гранулоцитарная инфильтрация в плацентах первого триместра при клинически физиологически протекающей беременности (прерывание беременности по желанию) выявлялась только в базальной пластинке и была представлена $4,4 \pm 3,4\%$ клеток и соответствует отсутствию патологической инфильтрации. Микрососуды данной группы плацент продемонстрировали стазы и сладж-феномен в микрососудах в 94% случаев и только в 6% отмечался очаговый тромбоз микрососудов базальной пластинки.

При патологической беременности первого триместра, ассоциированная с клинически неразвивающейся беременностью, патологическая гранулоцитарная инфильтрация в базальной пластинке была выявлена в 90% случаях. Из них острый децидуит легкой степени в 10%, умеренной степени 30% и тяжелой степени в 60%. При том, что в хориальной пластинке инфильтрация гранулоцитарными клетками отсутствовала во всех случаях. В 10% случаях при клинически неразвивающейся беременности плаценты продемонстрировали мелкоочаговую рассеянную инфильтрацию гранулоцитов в базальной пластинке с относительным количеством клеток $6,9 \pm 4,8\%$, статистически значимо не отличающейся от плацент при клинически нормальной беременности раннего срока. В тоже время в данной популяции плацент выявлен тотальный тромбоз микроваскулярного русла базальной пластинки.

Заключение. Мы показали, что патологические плаценты при неразвивающейся беременности ассоциируются с острым некротическим воспалительным процессом базальной пластинки, что может быть связано с острым или персистирующим инфекционно-воспалительным процессом на уровне маточно-плацентарного комплекса.

Также нами установлено, что в ряде случаев перинатальные потери не связаны с гистопатологическими признаками воспалительного процесса, но с преимущественным поражением микроваскулярного русла, характеризующийся тотальным тромбозом микрососудов.

Кроме того, мы предполагаем, что базальная и хориальная пластинки плаценты раннего срока беременности характеризуются разной иммунологической активностью при воспалительном процессе, на что указывает отсутствие воспалительного процесса в хориальной пластинке при остром активном децидуите. Мы полагаем, что данное явление может быть связано с отсутствием плодового иммунного ответа за чет физиологической незрелости иммунной системы плода на ранних сроках беременности.

Мы установили, что рутинная гистопатологическая оценка плацент раннего срока беременности, может помочь в диагностике причин перинатальных потерь с целью стратификации групп женщин фертильного возраста для последующей диагностики, этиопатогенетической терапии с последующей полноценной прегравидарной подготовкой.

Список литературы

1. Van Dijk, Matthijs R et al. "Impact of an mHealth Platform for Pregnancy on Nutrition and Lifestyle of the Reproductive Population: A Survey" *JMIR mHealth and uHealth* vol. 4,2 e53. 27 May. 2016, doi:10.2196/mhealth.5197.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Бадалова Л.М., ординатор 2 года специальности акушерства и гинекологии ТулГУ, Тула, Россия, e-mail: ozlem-yilmaz@mail.ru

Научный руководитель - Волков В.Г., д.м.н., профессор, Тула, Россия, e-mail: valvol@yandex.ru

Введение. Преэклампсия (ПЭ) является одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности в России и в мире [1, 2, 4]. Выделяют раннюю (до 34 недель) и позднюю (после 34 недель) формы ПЭ, имеющие разные патофизиологические, биохимические и патоморфологические признаки. Ранняя ПЭ – наиболее тяжелый клинический вариант течения заболевания, встречается в 5–20% случаев всех ПЭ, ассоциируется с синдромом задержки роста плода, патологическим плодово-маточным кровотоком по данным доплерометрии, малым размером плаценты к моменту родов, более высокой частотой индуцированных преждевременных родов, неонатальной заболеваемости и смертности [5, 6, 7, 8]. Развитие ранней ПЭ связано с нарушением инвазии трофобласта, незавершенной трансформацией спиральных маточных артерий, дезадаптацией иммунной системы, повышением уровня маркеров эндотелиальной дисфункции [6].

Цель исследования – изучение сывороточных уровней биохимических маркеров, используемых для генетического скрининга в первом триместре беременности и доплерометрии маточных артерий для прогнозирования ранней ПЭ.

Материалы и методы исследования. В период с 2015 по 2017 гг. проведено наблюдательное исследование 127 беременных на базе ГУЗ Тульский областной перинатальный центр. Исследование было одобрено этическим Комитетом Медицинского института ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет». Все женщины были информированы о характере исследования, и представили письменное информированное согласие. Критерии включения в исследование – одноплодная беременность, самостоятельная беременность, первые роды. Критерии исключения – многоплодная беременность, тяжелая соматическая патология, сифилис, ВИЧ, беременность в результате ЭКО. Были сформированы две группы: I (n=27) – беременные с ранней ПЭ, II (n=100) – беременные у которых признаки ПЭ отсутствовали.

Средний возраст как в I, так и во II группе не различался (I – 26,5±3,9, II – 26,2±4,8 лет). Обращали особое внимание на следующие показатели: уровень свободной фракции бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ) (МЕ/л) и ассоциированного с беременностью протеин-А плазмы (РАРР-А) (МЕ/л). Для оценки состояния кровотока использовались следующие показатели: систолиодиастилическое отношение (СДО) и индекс резистентности (ИР). При доплерометрии для стандартизации полученных результатов была использована классификация российской ассоциации врачей ультразвуковой диагностики в перинатологии и гинекологии, принятая в 2001 году.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета анализа Excel 10.0 с оценкой достоверности различий по t-критерию Стьюдента. Результаты представлены как $M \pm m$. За уровень достоверности статистических показателей было принято значение $p < 0,05$. В ходе статистического анализа использовались методы описательной статистики с расчетом 95% доверительного интервала отношения шансов (ОШ). Логистический ROC-анализ выполнен в программе Deductor Studio.

Результаты. Среднее значение β-ХГЧ у пациенток в I группе составило 55,7±32,0 МЕ/л, во II – 45,1±23,6 МЕ/л, $p=0,05$ при референтных значениях – 3,5 – 157,6 МЕ/л. Среднее значение РАРР-А в I группе было 1,2±0,6 МЕ/л, во II группе – 4,7±3,8 МЕ/л, $p=0,003$ (референтные значения 0,8 – 30,3 МЕ/л).

Показатель гемодинамики: СДО слева было достоверно выше в I группе (I – 3,8±1,7, II – 1,9±0,3, $p=0,0001$). Нарушение показателей гемодинамики наблюдалось только в I группе. Нарушения гемодинамики по степеням – 1а - у 21 (77,8%), 1б – 2 (7,4%), 2 – 1 (3,7%), 3 – 3 (11,1%). Умеренная ПЭ встречалась у 21 (77,8%) и тяжелая у 6 (22,2%) беременных.

Был проведен логистический ROC-анализ. β-ХГЧ – площадь под кривой 0,56. Специфичность – 66,7, чувствительность – 52,0. ОШ 1,0 95%ДИ 0,99-1,03. РАРР-А – площадь под кривой 0,66. Специфичность – 52,3, чувствительность – 70,3. ОШ 0,75 95%ДИ 0,58-0,98. СДО – площадь под кривой 0,95. Специфичность – 97,9 чувствительность – 92,0. ОШ 147,1 95%ДИ 17,9-1 209,7.

Первый этап, в 11-13 недель, должен быть в первую очередь направлен на эффективное прогнозирование раннего начала ПЭ, путем анализа уровня РАРР-А. На втором этапе, в 18-21 недели, следует оценить показатели гемодинамики в системе маточной артерии. Выявление нарушений следует рассматривать как клинический признак заболевания, и требует назначения гипотензивных препаратов для улучшения перинатального исхода [3].

Выводы. Определение уровня сывороточных маркеров (PAPP-A) и доплерометрия маточных артерий в сроке 18-21 недели важны для выявления риска развития ранней ПЭ. Необходимо продолжение изучения особенностей и расширение поиска предикторов ранней ПЭ.

Список литературы

1. Волков В.Г., Гранатович Н.Н. Основные причины материнской смертности в Тульской области в XXI В. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2017. Т. 16, №2. С. 10-14.
2. Волков В.Г., Гранатович Н.Н., Сурвилло Е.В., Черепенко О.В. Ретроспективный анализ материнской смертности от преэклампсии и эклампсии. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017. Т. 17, №2. С. 4-90.
3. Рябова Е.С., Бадалова Л.М. Уровень PAPP-A в I триместре и исход беременности у первородящих. // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. №4. С. 131–136. DOI:10.12737/article_5a38fa22b94109.69590302
4. Хлестова Г.В., Карапетян А.О., Шакая М.Н., Романов А.Ю., Баев О.Р. Материнские и перинатальные исходы при ранней и поздней преэклампсии. // Акушерство и гинекология. 2017. Т. 6. DOI:10.18565/aig.2017.6.41-7
5. Ходжаева З.С., Холин А.М., Вихляева Е.М. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патофизиологии и клиническая практика. // Акушерство и гинекология. 2013. Т.10. С. 4-11
6. Ходжаева З.С., Коган Е.А., Клименченко Н.И., Акатьева А.С., Сафонова А.Д., Холин А.М., Вавина О.В., Сухих Г.Т. Клинико-патогенетические особенности ранней и поздней преэклампсии. // Акушерство и гинекология. 2015. Т.1. С. 12-17
7. Committee Opinion No. 638: First-Trimester Risk Assessment for Early-Onset Preeclampsia. // Obstetrics Gynecology. 2015. Т. 126, №3. DOI:10.1097/AOG.0000000000001049
8. Thangaratinam S., Allotey J., Marlin N., Mol B.W., et.al. Development and validation of Prediction models for Risks of complications in Early-onset Pre-eclampsia (PREP): a prospective cohort study. // Health Technol Assess. 2017. Т. 21, № 18. DOI:10.3310/hta21180

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Баймұрза Т.А., Құршида С.С., Мыңбаева Д.Қ., резиденты, 2-го года обучения по специальности «Невропатология, в том числе детская», ЮКМА. Кафедра неврологии, психиатрии и психологии, г. Шымкент, Казахстан, tanchik_123@list.ru, saule.sabitkyzy@mail.ru

Научный руководитель: Туксанбаева Г.У., к.м.н., и.о. профессора кафедрой неврологии, психиатрии и психологии, г. Шымкент, Казахстан, tgulfariza@mail.ru

Актуальность: Наследственные нервно-мышечные заболевания (ННМЗ) представляют собой большую группу генетически гетерогенных наследственных болезней нервной системы, основными проявлениями которых являются слабость и атрофии различных групп мышц. На первом десятилетии жизни дебютирует большинство клинических форм прогрессирующих мышечных дистрофий и амиотрофий, имеющих прогрессирующее течение и на сегодняшний день неизлечимых[1]. В основе истинных заболеваний лежат генные мутации, ведущие к нарушению синтеза определенного полипептида (структурного белка или фермента). В зависимости от роли этого полипептида в метаболизме возникают те или иные нарушения. Обнаруживается дефицит или инактивация фермента (группы ферментов), что приводит к нарушению усвоения отдельных веществ, недостаточному либо извращенному синтезу жизненно необходимых продуктов, возникают дистрофические изменения. Может наблюдаться также повышенный распад функционально-активных соединений и в результате деструкция тканей. В других случаях отмечается накопление избыточного количества тех или иных веществ - они начинают откладываться в органах и тканях, нарушая тем самым их функционирование[2]. Совокупная распространенность ННМЗ среди взрослых и детей составляет 25–39 случаев на 100 000 в различных популяциях мира. Из спектра факторов, определяющих вариабельность показателей распространенности ННМЗ, значимая роль отводится наследственности, генетическому фактору, так как этиологически все ННМЗ связаны с генными мутациями, локализованными в аутосомах или половой X-хромосоме.[3] При общности клинической картины ННМЗ в виде мышечной слабости, утомляемости, часто сочетающейся с гипотонией и атрофией мышц, топическая диагностика выделяет заболевания с первично мышечным поражением (миопатии, миотонии), периферических нервов (мотосенсорные невропатии) и спинного мозга, преимущественно мотонейронов передних рогов спинного мозга (спинальные амиотрофии)[3]. Современная диагностика наследственных нервно-мышечных заболеваний основывается на результатах комплексного обследования, включающего анализ родословной, возраст дебюта и характер течения заболевания, результатов клинико-биохимического, молекулярно-генетического и электронейромиографического обследования (ЭНМГ)[4].

Цель исследования: изучение распространенности и клинического полиморфизма ННМЗ на территории Туркестанской области.

Пациенты и методы: Нами проведен анализ частоты встречаемости ННМЗ среди детей Туркестанской области по данным «Областная детская больница» в период с июня до октября месяца 2018 года. С целью верификации диагноза всем детям, а в отдельных случаях и членам семей, проведен комплекс клинко-биохимического и нейрофизиологического обследования.

Результаты и обсуждение: К настоящему времени регистр пациентов с ННМЗ включает 13 ребенка, что составляет 1.6% на 767 отделении неврологии ОДБ в период с июня до октября месяца 2018 года, при этом среди детей узбекской этногруппы показатель распространенности составил 0,5% на 767 детей, среди казахской этногруппы – 1,2% на 767 детей.

Спинальные амиотрофии, характеризующиеся аутосомно-рецессивным типом наследования, зарегистрированы у 4 детей, что составляет 0,5 на 767 ребенка; в том числе 4 девочек (30,7 %). Среди зарегистрированных нами пациентов все случаи носят спорадический характер. Все дети узбекской этногруппы.

Рассматривая структуру спинальных амиотрофий, следует отметить, что у 2 пациента диагностирована спинальная амиотрофия I типа (Верднига-Гоффмана) с дебютом заболевания до 1 года. У 1 ребенка – спинальная амиотрофия II типа (промежуточный вариант) с дебютом заболевания до 1 года. У 1 ребенка – спинальная амиотрофия Кугельберга-Велландер (III тип) с дебютом заболевания в возрасте 2-х лет.

ННМЗ с поражением мышечной ткани зарегистрированы у 8 детей, в том числе X-сцепленная прогрессирующая миопатия Дюшенна у 8 мальчиков, что составило 1,04% на 767 детского населения. Объективная возможность сопоставления указанных показателей допустима в силу особенностей клинической манифестации и течения данного заболевания. Так, известно, что миопатия Дюшенна, являющаяся одной из наиболее злокачественно протекающих форм миопатий, дебютирует в возрасте 4–7 лет и в силу высокой прогрессивности процесса в большинстве случаев заканчивается летальным исходом в подростковом возрасте. У всех наблюдаемых с миопатией Дюшенна детей первичное обращение за медицинской помощью регистрируется в возрасте 2–5 лет, вместе с тем тщательный сбор анамнеза указывает на более раннюю реализацию клинической картины в виде поздних становлений локомоторных навыков (позднее начало ходьбы), частого спотыкания и быстрой утомляемости[5]. Из числа выявленных – 8 мальчика казахской этногруппы.

Миотония характеризующиеся аутосомно-доминантным типом наследования, зарегистрированы у 1 ребенка. Миотония – это класс наследственных болезней, в основе которых лежит мембранный дефект (каналопатия), проявляющийся в отсроченном затруднении расслабления мышц, спазме их на несколько секунд, возникающем после произвольного сокращения или механического (электрического) возбуждения[6].

Выводы: Принимая во внимания тот факт, что для основной части заболеваний из данной группы характерно неуклонно прогрессирующее течение и отсутствие эффективных методов лечения, нервно-мышечные болезни следует признать одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Более благоприятные показатели распространенности наследственных нервно-мышечных заболеваний в Туркестанской области требуют дальнейшего изучения, более углубленного медико-генетического исследования.

Список литературы

1. Казаков В.М. Клинико-молекулярно-генетическая классификация мышечных дистрофий (научный обзор с комментариями)// Неврол.журнал.-2001-№3- С.47-52.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: «Медицина», 1984 -359-с..
3. Гехт Б.М., Ильина Н.А. Нервно-мышечные болезни. – М.: Медицина, 2014. – 352 с.
4. Бондаренко Е.С. Наследственные мышечные дистрофии. – М.: «Медицина», 2013.-179 с.
5. Суслина З.А., Максимова М.Ю. Частная неврология. Учебное пособие. – М.: Практика, 2012. – 272 с.
6. Миотония / Руководство для врачей. – 1-е изд. / Под ред. Н.А. Шнайдер, С.Ю. Никулиной, В.В. Шпраха. – М.: НМФ «МБН», 2005. – 320 с.

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА

Байсакова А., Бекмурат Н., Омархан М., Сатыбалды Ж., Әбішева Г., Әйкен С., интерны 605 группы ВОП, **Шарапиева Т.Б., Дәлелқанова Т.Д.,** резиденты 1 года обучения по специальности «Инфекционные болезни, в том числе детские», **Исабекова Ж.Б.,** ассистент кафедры, **Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И.,** доценты кафедры «Инфекционных болезней и иммунологии», кафедра «Инфекционных болезней и иммунологии» РГП на ПХВ «Государственный Медицинский Университет г. Семей», Республика Казахстан, г. Семей, dtalshyn.1003@mail.ru

Введение. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) представляют собой группу острых вирусных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем и характеризующихся катаральным воспалением верхних дыхательных путей с симптомами инфекционного токсикоза. ОРВИ - самая распространенная группа инфекционных болезней с широким спектром инфекционных агентов[1]. Ежегодно гриппом и острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ) в мире заболевают 600 млн человек, из них 5 млн переносят их в крайне тяжелой форме [2]. Следует напомнить, что грипп опасен осложнениями, которые развиваются примерно у 20% всех заболевших. Наиболее частым тяжелым осложнением гриппа является острое вирусно-бактериальные пневмонии, которые выявляются у 10% заболевших и примерно у половины госпитализированных больных протекает преимущественно в тяжелой и средне-тяжелой формах. Вирусное

повреждение лёгких сопровождается их отёком, что и является причиной большинства летальных случаев[3]. Одним из эффективных мероприятий по профилактике гриппа является санитарно-просветительская работа, которая повышает осведомленность людей об опасности этих заболеваний.

Цель исследования. Проанализировать информированность студентов 1-2 курсов медицинского колледжа о профилактике ОРВИ и гриппа и провести санитарно-просветительскую работу.

Материалы и методы. Проведено поперечное исследование путем анкетирования студентов 1-2 курсов по принципу «От равному к равному». Анкета содержала вопросы эпидемиологии, клиники и профилактики ОРВИ и гриппа.

Результаты и обсуждения. Проанкетировано 40 студентов: 95% респондентов считают грипп опасным заболеванием, 5% - нет. На вопрос «Сколько длится инкубационный период гриппа» 55% ответили 24 часа и более, 35% - менее часа, 10% считают, что 12 часов. 60% студентов считают, что грипп передается контактным и воздушно-капельным путями, 30% - воздушно-капельным, 10% выбрали контактный путь передачи инфекции. При заражении ОРВИ 70% студентов сразу обращаются к врачу, 20% пользуются советами народной медицины, 10% обращаются к врачу и пользуются советами народной медицины. Все студенты (100%) считают себя полностью проинформированными в вопросах профилактики ОРВИ и гриппа. Если в доме больной гриппом, 80% отвечающих считают, что надо изолировать больного, выделить отдельную посуду, постельное белье, осуществлять влажную уборку и проветривать помещение. 15% думают, что надо только изолировать больного, и 5% используют средства народной медицины. 85% респондентов считают вакцинацию эффективным средством профилактики гриппа, 15% для профилактики используют средства народной медицины, поливитамины, маски. 90% студентов считают, что вакцинация может предотвратить болезнь, у 10% свой вариант ответа. 95% отвечающих думают, что человек может переболеть ОРВИ несколько раз в год, а 5% ответили, что лишь однократно.

Выводы. Таким образом, проанализировав ответы студентов медицинского колледжа, можно сделать заключение, что есть проблемы об информированности даже студентов-медиков в вопросах профилактики ОРВИ и гриппа. Поэтому необходимо повысить уровень информированности студентов медицинских колледжей в вопросах профилактики ОРВИ путем проведения санитарно-просветительской работы.

Список литературы

1. Грипп, ОРВИ и качество жизни. Справочник поликлинического врача. 2015; 01: 4-14
2. Информационный бюллетень ВОЗ январь 2018 г.
3. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я.Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1056 с. – (Серия «Национальные руководства»).

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ, УСУГУБЛЯЮЩАЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ И АПЛАСТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

Бартось В. Н., младший научный сотрудник, лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, п. Городище, Республика Беларусь, bartos-ag@mail.ru.

Голикова В. В., научный руководитель, к.м.н., заведующий лабораторией медицинской экспертизы и реабилитации детей, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, п. Городище, Республика Беларусь.

Введение. Наиболее частой цитопенией в любой возрастной популяции, особенно у детей, является анемический синдром. Распространенность сопутствующей патологии у пациентов с анемиями на момент постановки диагноза составляет по разным данным 97,4% [1–3].

Цель исследования. Изучить патологию, усугубляющую ограничение жизнедеятельности при анемическом синдроме.

Материалы и методы. Было проведено клинично-функциональное и клинично-экспертное обследование 39 детей в возрасте от 1 года до 18 лет (59,0±7,9% мальчики и 41,0±7,9% девочки) с цитопеническим синдромом вследствие анемии.

Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики: абсолютное число, относительная величина (р), стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Результаты исследований. В ходе анализа установлено, что наиболее часто (61,5±7,8%) встречаемой патологией у детей с анемическим синдромом являлись гемолитические анемии. Несколько реже (37,5±7,8%) к анемическому синдрому приводили апластические анемии.

Среди сопутствующей патологии у пациентов с гемолитической анемией (ГА) случаи болезней и патологических состояний эндокринной системы и нарушения обмена веществ выявлены у 37,8±10,1%, из числа которых доминировал гиперкортицизм (44,5%) и у 67,0±12,6% детей с апластической анемией (АА), среди которых преобладало ожирение (30,0%).

Среди детей с ГА сопутствующие болезни и патологические состояния органов пищеварения отмечались у 50,0±10,4% детей, из числа которых в 66,7% случаев доминировала желчнокаменная болезнь (ЖКБ), а у пациентов с АА ЖКБ встречалась только в 20,1±10,7%, из числа которых в 100% был хронический гастрит. Это

обусловлено тем, что ЖКБ имеет высокий риск развития при гемолитических анемиях, обусловленный длительно персистирующей гипербилирубинемией.

У 25,2±9,1% детей с ГА отмечались болезни и патологические состояния нервной системы (из них 33,3% случаев – вегето-сосудистая дистония), а у детей с АА данная сопутствующая патология встречалась только в 1 (6,7±6,7%) случае.

Болезни и патологические состояния системы кровообращения отмечались у 25,2±9,1% детей с ГА (среди которых преобладали (83,3%) малые аномалии сердца), и у 13,4±9,1% детей с АА (в 100,0% случаев – нарушение ритма и проводимости сердца).

Болезни и патологические состояния верхних дыхательных путей среди детей с АА отмечались в 33,5±12,6% случаев (из них в 60,0% случаев – вазомоторный ринит), и в 21,0±8,5% случаев среди детей с ГА (из них в 60,0% случаев – гипертрофия небных миндалин).

У 13,4±9,1% детей, страдающих АА и у 8,4±5,7% детей, страдающих ГА отмечались болезни и патологические состояния мочеполовой системы.

Болезни и патологические состояния костно-мышечной системы встречались в 13,4±9,1% случаев у детей с АА и в 8,4±5,8% – с ГА.

Такие классы сопутствующих заболеваний, как расстройства речи и языка, болезни и патологические состояния глаза и его придаточного аппарата, болезни и патологические состояния уха и сосцевидного отростка были представлены единичными случаями.

Выводы. Таким образом, у детей с ГА наиболее частой патологией, усугубляющей ограничение жизнедеятельности были болезни и патологические состояния органов пищеварения (50,0±10,4% случаев), болезни и патологические состояния эндокринной системы и нарушения обмена веществ (37,8±10,1%), болезни и патологические состояния нервной системы (25,2±9,1%), болезни и патологические состояния системы кровообращения (25,2±9,1%), а у детей с АА – болезни и патологические состояния эндокринной системы и нарушения обмена веществ (67,0±12,6%), болезни и патологические состояния верхних дыхательных путей (33,5±12,6%), болезни и патологические состояния органов пищеварения (20,1±10,7%).

Литература.

1). Ковригина, Е.С. Современные методы оценки метаболизма железа в дифференциальной диагностике и контроле эффективности лечения микроцитарных анемий у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Е.С. Ковригина; Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии. – М., 2008. – 31 с.

2). Тихонова, Н.К. Комплексная оценка показателей адаптации и факторов риска в прогнозировании и лечении дефицитных анемий у детей раннего возраста : автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.00.09 / Н.К. Тихонова; Смоленская государственная медицинская академия. – Смоленск, 2005. – 39 с.

3). Родионов, В.А. Распространенность анемий у детей города Чебоксары / В.А. Родионов, М.С. Агандеева // Вестник Чувашского университета. – 2013. – №3. – С. 491–496.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В КАРДИОХИРУРГИИ

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, azot96@list.ru
Маркауцан П.В., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Большая подкожная вена (БПВ) до настоящего времени продолжает оставаться наряду с внутренней грудной артерией (ВГА) основным кондуитом для коронарной хирургии, так как имеет много преимуществ, включая пригодность, доступность, простоту забора и многосторонность в использовании. Тем не менее венозный шунт уступает артериальным, так как в процессе артериализации способен к склерозу и раннему развитию атеросклероза. Кроме того БПВ не может быть использована в качестве кондуита при варикозе и склерозе.

Цель. Проанализировать использование БПВ при операциях аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование, включающее в себя анализ историй болезней 106 пациентов разного пола и возраста, которым была выполнена операция аорто- и маммарокоронарного шунтирования. .

Результаты исследования. При операциях аорто- и маммарокоронарного шунтирования накладывалось от 2 до 4 шунтов (1 из них передняя межжелудочковая ветвь - внутренняя грудная артерия). Чаще всего накладывалось 2 шунта - 63 (59,4%) операции, 3 шунта - 34 (39,1%), 4 шунта - 6 (8,5%).

Отмечено, что при шунтировании передней межжелудочковой артерии в качестве кондуита предпочтение отдавалось внутренней грудной артерии, а при шунтировании остальных коронарных артерий - большой подкожной вене.

Несмотря на наличие недостатков венозного кондуита, использование БПВ столь же широко как и ВГА. Улучшение функции аутовенозных кондуитов в отдаленном послеоперационном периоде может быть достигнуто путем назначения антиагрегантов (аспирин, клопидогрел) и агрессивными антиатеросклеротическим лечением (статины).

Выводы. Проанализировав частоту шунтирования различных коронарных артерий, можно утверждать, что чаще всего поражается ПМЖА. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА. При необходимости шунтирования нескольких коронарных артерий (помимо ПМЖА) прибегают к использованию аутовенозных кондуитов (БПВ), несмотря на их значительно меньшие потенциальные возможности нормального функционирования в отличие от артериальных кондуитов.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ В КАРДИОХИРУРГИИ

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Маркауцан П.В., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. По данным ВОЗ подавляющее число смертельных случаев в мире вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (2,3 млн. смертей в год) Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

Цель: Оценить частоту использования внутренней грудной артерии в качестве кондуита при операции аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материалы и методы: Выполнен анализ историй болезней 136 пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска за 2016 год.

Результаты. Операция маммарокоронарного шунтирования (МКШ) была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), но и других коронарных артерий. В 133 (98%) операциях накладывался анастомоз ВГА-ПМЖА

Использование внутренней грудной артерии (ВГА) как кондуита в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- ✓ соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- ✓ анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- ✓ накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- ✓ внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- ✓ отсутствие клапанов (в отличии от БПВ);
- ✓ тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [Островский Ю.П. / Хирургия сердца. Руководство / Островский Ю.П. – Минск, 2007 – 107 с.]

Выводы. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА.

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГАЗОВОМ СОСТАВЕ КРОВИ ПРИ ТЭЛА

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Грищенко К.Н., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. При массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), сопровождающейся снижением артериального давления, летальность превышает 50 %. В последнее время значительный прогресс достигнут в понимании патофизиологии, диагностике и лечении легочной гипертензии. Гемодинамическая и дыхательная нестабильность проявляется часто нарушением газового состава крови.

Цель работы. Изучение изменений газового состава крови было целью представленной работы.

Материалы и методы. Использовался ретроспективный анализ 26 историй болезни пациентов анестезиолого-реанимационного отделения с подтвержденным диагнозом ТЭЛА. Анализировали показатели рН венозной крови, парциальное давление кислорода и углекислого газа (pO₂ и pCO₂), сатурация крови кислородом (SaO₂), уровень оксигемоглобина (FO₂Hb), отношение парциального давления кислорода к концентрации

вдыхаемого кислорода ($pO_2(a)/FO_2$), а также концентрации актуального бикарбоната ($cHCO_3(P)$) и гемоглобина (Hb).

Результаты и их обсуждение. Были выявлены следующие значения средних величин: $pH - 7,30 \pm 0,11$, $pO_2 - 90,0 \pm 35,5$ мм рт.ст., $pCO_2 - 36,5 \pm 12,6$ мм рт.ст., $SaO_2 - 88,8 \pm 6,9\%$, $FO_2Hb - 84,7 \pm 17,1\%$, $pO_2(a)/FO_2 - 253,1 \pm 62,9$, $cHCO_3(P) - 15,2 \pm 6,8$ ммоль/л, Hb – $126,3 \pm 37,1$ г/л. Смещение pH в кислую сторону выдает субкомпенсированный негазовый ацидоз. Казалось бы, основные газовые показатели pO_2 и pCO_2 оказались в пределах нормальных значений, однако обращают на себя внимание изменение SaO_2 , FO_2Hb и индекса $pO_2(a)/FO_2$, что выдает нарастающую гипоксическую (легочно-артериальную) гипоксию. Это может быть связано с прогрессирующим нарушением вентилиционно-перфузионного отношения, вызванного увеличением давления заклинивания в легочных капиллярах, что ведет к шунтированию справа – налево и манифестацией признаков легочной гипертензии. Вообще, в ряде работ показывается значение снижения индекса $pO_2(a)/FO_2$, как предиктора смертности пациентов при заболеваниях легких, в том числе и ТЭЛА. Снижение уровня актуального бикарбоната указывает на появление также признаков метаболического ацидоза, вторичных по своему происхождению, что может привести к срыву хрупких механизмов компенсации и возникновению декомпенсированного смешанного ацидоза, что будет являться крайне неблагоприятным прогностическим фактором выживания подобных пациентов.

Выводы. Полученные материалы могут использоваться с целью скрининговой оценки тяжести состояния пациентов с ТЭЛА, особенно ее острых форм, прогноза и методов коррекции. Обоснована необходимость проведения коррекции возникающих нарушений кислотно-основного состояния и газового состава крови параллельно с экстренной тромболитической терапией и гемодинамической поддержкой.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АОРТО- И МАММАРОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Маркауцан П.В., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. По данным ВОЗ подавляющее число смертельных случаев в мире вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (2,3 млн. смертей в год) [1]. Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

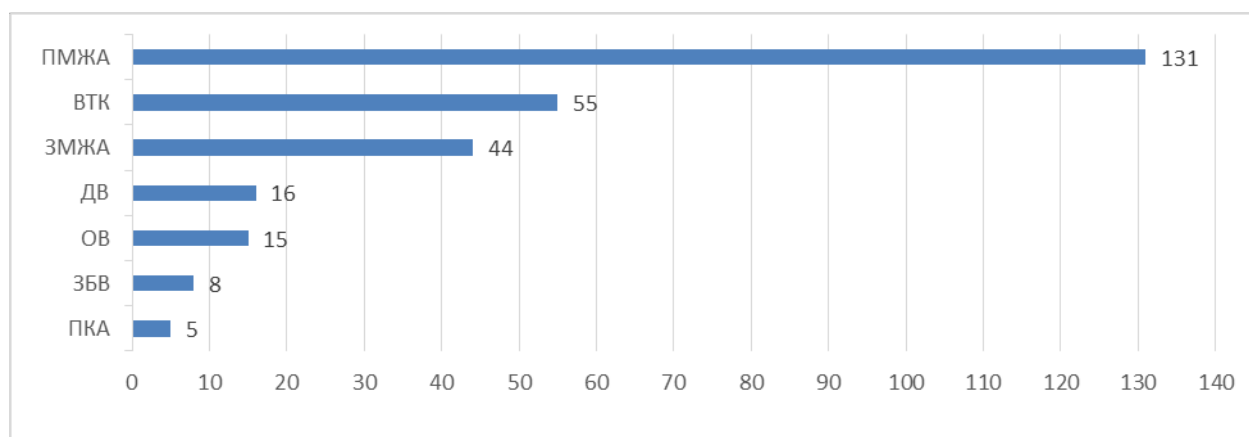
Цель. установить критерии выбора вида коронарного шунтирования: аортокоронарного шунтирования (АКШ) и маммарокоронарного шунтирования (МКШ).

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование, включающее в себя анализ историй болезней 136 пациентов разного пола и возраста, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минск за 2016 год.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования проанализированы истории пациентов кардиохирургического отделения, которым была выполнена операция шунтирования коронарных артерий. 83% (n=113) выборки составили пациенты мужского пола в возрасте от 36 до 81 года, средний 61,1 года, 17% (n=23) - женского в возрасте от 46 до 78 лет, средний возраст 67,2 года.

Критерием выбора проведения МКШ явилась патология передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). Операция МКШ была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только ПМЖА, но и других коронарных артерий. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота шунтирования коронарных артерий (ВТК - ветвь тупого края, ЗМЖА - задняя межжелудочковая артерия, ДВ - диагональная ветвь, ОВ - огибающая ветвь, ЗБВ - заднебоковая ветвь, ПКА - правая коронарная артерия)



В (98,5%) случаев накладывался анастомоз ЛВГА – ПМЖА, лишь в 2-ух операциях шунтирования (1,5%) ПВГА – ПМЖА и БПВ – ПМЖА.

Использование ВГА как кондукта в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- ✓ соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- ✓ анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- ✓ накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- ✓ внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- ✓ отсутствие клапанов (в отличие от БПВ);
- ✓ тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [2]

106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, где в качестве кондуктов была использована большая подкожная вена (БПВ) помимо ВГА. БПВ обладает меньшими потенциальными возможностями нормальной функции в отличие от артериальных кондуктов, т.к. в процессе артериализации способен к склерозу и раннему развитию атеросклероза, однако из-за доступности, относительной простоты забора и многосторонности в использовании остаётся наряду с ВГА основным кондуктом при коронарном шунтировании.

Выводы. Проанализировав частоту шунтирования различных коронарных артерий, можно утверждать, что чаще всего поражается ПМЖА. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА. При необходимости шунтирования нескольких коронарных артерий (помимо ПМЖА) прибегают к использованию аутовенозных кондуктов (БПВ), несмотря на их значительно меньшие потенциальные возможности нормального функционирования в отличие от артериальных кондуктов. Аутоартериальные кондукты используются реже из-за определённых затрат времени для забора, а также возможных послеоперационных осложнений.

Список литературы

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/>

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Климук С.А., асс., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Трудности в диагностике острой недостаточности мезентериального кровообращения (ОНМК) обусловлены, в первую очередь, отсутствием характерных патогномичных симптомов заболевания. Руководствуясь общепринятыми протоколами обследования пациентов с болями в животе крайне трудно поставить диагноз, поскольку многие исследования не обладают достаточной специфичностью и чувствительностью. Однако данные анамнеза позволяют с некоторой долей вероятности предположить диагноз ОНМК и выполнить более специфичные методы исследования с целью подтвердить или опровергнуть диагноз.

Цель: определить наиболее встречающуюся патологию при ОНМК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в общехирургических отделениях в УЗ 5 ГКБ в 2016-2017 гг. В исследуемую группу включены пациенты с верифицированным диагнозом ОНМК.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с диагнозом ОНМК преобладали женщины – 13 (87%), и 2 (13%) мужчины. У 14 (93,3%) основным диагнозом являлась ИБС: АКС с наличием фибрилляции предсердий в 11 (73,3%) случаях и в 1 (6,7%) случае частой экстрасистолией. У 12 (80%) пациентов фоновым заболеванием была АГ и в у 5 (33,3%) – сахарный диабет 2 типа. Также было установлено, что в большинстве случаев у пациентов имелась сопутствующая хирургическая патология: хронический панкреатит (53,3%), хронический гепатит (33,3%), хронический холецистит (26,7%), кисты почек (26,7%), варикозное расширение вен нижних конечностей (20%), гастропатии (20%). 3 (20%) пациента перенесли ампутацию нижней конечности, 2 (13,3%) – операции на желудке (по поводу язв), 1 (6,6%) – аппендэктомиию.

Выводы. Проблема своевременной диагностики может быть обоснована неспецифической клиникой и сходными жалобами с другой острой абдоминальной патологией, поэтому пациенты госпитализируются чаще всего с диагнозами острый холецистопанкреатит. Таким образом, можно сказать, что знание сопутствующей патологии помогает в некоторой мере предположить диагноз ОНМК и доставить пациента с предполагаемым обострением хронического заболевания сотрудниками СМП в стационар, имеющий возможности вовремя диагностировать ОНМК.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Грищенко К.Н., к.м.н., доц., г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. Подавляющее число случаев смерти вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (2,3 млн. смертей в год) [1]. Несмотря на то, что изучению данной патологии уделяется значительное внимание и проводится существенное количество исследований, нет достоверных данных о гендерных различиях в течении острого коронарного синдрома (ОКС), в том числе национальных.

Цель. Исследовать особенности течения ОКС у пациентов разного пола в условиях кардиологического отделения стационара.

Материалы и методы исследования. Выполнено проспективное исследование более ста пациентов разного пола и возраста, включающее в себя сбор жалоб, анамнеза, физикальное исследование, самостоятельный анализ их историй болезней, проходивших стационарное лечение в инфарктном отделении УЗ «1-ая городская клиническая больница» г. Минска.

Результаты исследования. Возраст пациенток исследуемой группы (n=50) был от 53 до 88 лет, средний возраст 75 лет; возраст мужчин (n=51) – от 43 до 90 лет, средний возраст 69,4 года.

Дебют сердечно-сосудистых заболеваний у женщин наблюдается в среднем в 54 года, у мужчин же на порядок раньше – в 47 лет.

При анализе индекса массы тела были выявлены некоторые особенности: нормальную массу тела имеют треть пациентов мужского пола (33%) и лишь 14% - женского. Больше всего пациентов имеют избыточную массу тела – 41% мужчин и 42% женщин. Первая и вторая степени ожирения имеют место быть у 26% мужчин и 36% женщин. Важно отметить, что среди женщин встречается четвертая степень ожирения (у 8% пациенток). Это подтверждает тот факт, что у женщин чаще и в большей степени выражены нарушения обмена веществ. Также эту особенность доказывает то, что у 34% женщин нарушен углеводный и у 34% липидный обмен. У мужчин показатели ниже: 29,4% имеют нарушения обмена углеводов и 21,7% - дислипотеинемии.

Важной для диагностики особенностью течения ОКС является безболевая форма ишемии миокарда у 14% женщин (у мужчин 5,9%). Это может быть связано с нарушением чувствительности внутримиекардиальных нервных окончаний вследствие нейропатии, развивающейся по разным причинам (вследствие сахарного диабета, токсического действия некоторых цитостатиков, перенесенного ИМ), когда поражаются симпатические нервные волокна, являющиеся основным путем передачи болевой импульсации.

Наличие инфарктов и инсультов в анамнезе относится к критерию высокого непосредственного риска смерти. Так, около половины мужчин и женщин ранее перенесли ИМ, однако у женщин чаще встречаются 2 и более эпизода ишемии миокарда – у 62,5% пациенток (у мужчин вдвое меньше – 30,4%), так же как и наличие ОНМК (12% у женщин и 7,8% у мужчин).

Также были проанализированы гендерные особенности сопутствующих патологий. Исходя из полученных данных, можно отметить, что сахарным диабетом 2 типа страдают больше женщин (44%), однако, у мужчин это также частое заболевание (29,4%). Патология желудочно-кишечного тракта является ведущей как у женщин (48%), так и у мужчин (29,4%). У женщин важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является нарушения функции щитовидной железы, которые встречаются у 16% пациенток, когда мужчины не страдают данной патологией. Патология почек и дыхательной системы в равной мере наблюдается у мужчин и женщин.

По индексу коморбидности Чарлсона – бальная система оценки отдаленного прогноза смертности – также не наблюдается гендерных различий: 2,29 у женщин и 2,16 у мужчин, что является средним значением показателя [2].

Оценивая наличие пороков клапанов сердца у пациентов кардиологического отделения, выяснилось, что у мужчин чаще встречаются пороки (у 23,4%), преобладают комбинированные поражения двух клапанов. У женщин пороки клапанов сердца встречаются реже (у 20%) и чаще это недостаточность клапана.

Изучение структуры аритмий так же может быть важным, так как аритмия любого характера является серьёзным осложнением ишемии миокарда. Иногда они могут быть первым и единственным проявлением заболевания, особенно при повторных инфарктах миокарда. У большей части больных (63% как у мужчин, так и у женщин) были выявлены комбинированные нарушения ритма (экстрасистолы, трепетание и фибрилляция предсердий и желудочков). У женщин почти одинаково часто имеет место нарушение возбуждения и нарушение проведения, 16,7% и 20% соответственно, когда у мужчин преобладают блокады (нарушение проведения) – у 33,3%, а нарушения возбуждения встречаются не часто у 3,7%.

Сравнительный анализ медикаментозной терапии у мужчин и женщин показал, что как у женщин, так и у мужчин, лидерами являются В-адреноблокаторы (45% и 39,2% соответственно), ингибиторы АПФ (32,7% и 41,2%) и антиагреганты (35,5 % и 37,3%). Следует отметить, что органические нитраты чаще используют мужчины – 13,7% (среди женщин лишь 3,9%), возможно из-за более частых ангинозных болей.

Выводы. Таким образом, полученные в результате исследования данные позволяют утверждать, что существуют гендерные различия в развитии и течении ОКС:

1. Средний возраст дебюта сердечно-сосудистой патологии у пациентов мужского пола значительно ниже, чем у женского. 2. Одним из ведущих факторов риска среди пациентов женского пола является нарушение обмена веществ, когда среди мужчин – характер образа жизни, низкая приверженность медикаментозной терапии. 3. У женщин чаще наблюдается безболевого течения острого коронарного синдрома, чем у мужчин. 4. Среди пациентов как мужского, так и женского пола ведущим среди сопутствующих заболеваний является сахарный диабет 2 типа. 5. Патология щитовидной железы преимущественно характерна для пациентов женского пола. 6. Как у мужчин, так и у женщин в структуре аритмий преобладают комбинированные нарушения ритма. 7. Были выявлены различия в выборе схемы медикаментозного лечения пациентов мужского и женского пола. У женщин лидерами медикаментозной терапии являются б-АБ, у мужчин – ИАПФ.

Список литературы

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/>
2. О.С. Донирова, Б.А. Дониров. Гендерные различия в течении острого коронарного синдрома. - Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015.
3. И.С. Андреева. Гендерные различия у больных ОКС. - Вестник современной медицины. Чебоксары. 2010г.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЗОТРОМБОЗА

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г. Минск, Республика Беларусь,
Azot96@list.ru

Климук С.А., асс., г. Минск, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день одной из самых сложных и не решённых проблем в неотложной абдоминальной и сосудистой хирургии остается острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК). Частота встречаемости данной патологии составляет 0,1-0,2 % случаев среди больных, госпитализированных в общехирургические отделения. Неспецифичность клинической картины, отсутствие патогномичных симптомов и синдромов заболевания, трудности ранней диагностики ОНМК, связанные с тяжелыми фоновыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы, обуславливают позднюю госпитализацию больных и запоздалое хирургическое вмешательство, зачастую не спасающее жизнь пациента. Показатели летальности при ОНМК по-прежнему остаются на высоком уровне, составляя по данным разных авторов 85-100%.

Цель: проанализировать возможные способы и методы ранней диагностики ОНМК, выявить наиболее часто встречающуюся сопутствующую патологию у пациентов с ОНМК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в общехирургических отделениях в УЗ 5 ГКБ в 2016-2017 гг. В исследуемую группу включены пациенты с верифицированным диагнозом ОНМК. Кроме того, были проанализированы 30 истории болезни пациентов, которые поступали с диагнозом бригад скорой медицинской помощи «мезотромбоз».

Результаты исследования и их обсуждение. Среди пациентов с диагнозом ОНМК преобладали женщины – 52 (87%), и 8 (13%) мужчины. Средний возраст среди женщин составил 82,9 лет, мужчин – 67 лет.

Лишь 12 (20%) пациентов были госпитализированы экстренно в течение первых 6 часов от начала манифестации, 8 (13,3%) человек - в сроки от 7 до 24 ч, 40 (66,7%) - позже 24 ч.

Чаще всего пациенты с ОНМК доставлялись в 5 ГКБ с диагнозами о.панкреатит – 32 (53,3%) случаев, о холецистит - 12 (20%), ОКН - 8 (13,3%) и мезотромбоз - 8 (13,3%).

У 56 (93,3%) основным диагнозом являлась ИБС: АКС с наличием фибрилляции предсердий в 44 (73,3%) случаях и в 4 (6,7%) случае частой экстрасистолией. У 48 (80%) пациентов фоновым заболеванием была АГ и в у 20 (33,3%) – сахарный диабет 2 типа. Также было установлено, что в большинстве случаев у пациентов имелась сопутствующая хирургическая патология: хронический панкреатит 32 (53,3%), хронический гепатит 20 (33,3%), хронический холецистит 16 (26,7%), кисты почек 16 (26,7%), варикозное расширение вен нижних конечностей 12 (20%), гастропатии 12 (20%). 12 (20%) пациентов перенесли ампутацию нижней конечности, 8 (13,3%) – операции на желудке (по поводу язв), 4 (6,6%) – аппендэктомии.

52 (87%) пациентов умерли, 8 (13%) пациента были выписаны с улучшением.

Среди 30 пациентов с диагнозом бригад СМП “мезотромбоз” лишь в 8 (26,7%) случаях диагноз подтвердился.

Выводы. Проблема своевременной диагностики может быть обоснована рядом причин: не своевременное обращение пациентов за медицинской помощью; особое внимание при обследовании таких пациентов стоит тщательно собирать анамнез, особое внимание уделяя сопутствующей патологии; из-за неспецифической клиники и сходных жалоб с другой острой абдоминальной патологией сотрудникам скорой медицинской помощи трудно поставить правильный диагноз, поэтому пациенты госпитализировались в 5 ГКБ чаще всего с диагнозами острый холецистопанкреатит; ввиду того, что в данном стационаре нет возможности выполнить ангиографическое исследование, являющееся “золотым стандартом” диагностики ОНМК, летальность по нашим данным очень высокая, составила 87%.

Литература.

1. Атаев, С.Д. Острые нарушения мезентериального кровообращения : Материалы международного хирургического конгресса «Новые технологии в медицине» / С.Д. Атаев, М.Р. Абдулаев. – Ростов-на-Дону. – 2005. – 378 с.
2. Башко, А.А. Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Башко, С.А. Климук, В.А. Юшкевич // Хирургия, 2005. – № 4. – С. 57-63
3. Башко А.А. Острая интестинальная ишемия: диагностика и хирургическое лечение / Башко А.А., Климович В.В., Юшкевич В.А. и др. //Материалы науч.-практ. конф.: Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация, 21-22 ноября 2002. — Минск, 2002. — Т. 1. — С. 48-50.
4. Бондаренко Н.М. Острое нарушение брыжеечного кровообращения в клинике абдоминальной хирургии /Н.М. Бондаренко, В.Н. Барвинский, Г.Е. Хапатыко, С. С. Брюшков и соавт. //— 1999. — № 9. — С. 9-10.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г.Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Михайлова О.В., ассист., г.Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным ВОЗ туберкулез (ТБ) является одной из ведущих причин смерти людей с ВИЧ: в 2016 году 1,7 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни. Вклад этой патологии в заболеваемость всеми формами ТБ в современный период увеличивается. В РБ в 2016 году было выявлено 2684 пациентов с ТБ, 2391 случай ВИЧ-инфекции и зарегистрировано 275 случаев ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Поскольку клиническая картина и течение ТБ у больных ВИЧ-инфекцией зависят от стадии ВИЧ и определяются глубиной Т-клеточного иммунодефицита достаточно актуальным является определение особенностей течения ТБ легких у данной группы пациентов.

Цель исследования. Выявить особенности течения ТБ легких у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от уровня CD 4.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов с ТБ легких и сопутствующим диагнозом ВИЧ-инфекции, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2016-2017 гг. Анализ историй пациентов проводился на основе разделения пациентов на 3 группы в зависимости от уровня CD-4 клеток: 1 группа с уровнем CD - 4 <200 /мкл, 2 группа - CD - 4 - 200-350/мкл, 3 группа - CD - 4 >350/мкл.

Результаты. Таким образом в 1-ю группу вошли 23 (48,9%) пациента (19 мужчин, 4 женщины). ВИЧ 3 стадии был у 8 (34,8%) больных, 4 стадии - у 15 (65,2%). 15 (65,2%) пациентам этой группы был поставлен диагноз ИТЛ, 3 (13%) - ДТЛ, генерализованный ТБ - 4 (17,4%), ТБ ВГЛУ - 1 (4,3%). Среди всех пациентов группы у 17 (73,9%) была выявлена лекарственная устойчивость M.tuberculosis к ПТЛС. В 14 (60,9%) случаях по результатам рентгенологических исследований ТБ протекал с распадом легочной ткани.

2-ю группу составили 9 (19,1%) пациентов (6 мужчин, 3 женщины). ВИЧ 2 стадии был у 1 (11,1%) больных, 3 стадии - у 7 (77,8%), 4 стадии - у 1 (11,1%). 3 (33,4%) пациентам этой группы был поставлен диагноз ИТЛ, 5 (55,5%) - ДТЛ, ОТЛ - 1 (11,1%). Среди всех пациентов группы у 4 (44,4%) была выявлена лекарственная устойчивость M.tuberculosis к ПТЛС. В 2 (22,2%) случаях по результатам рентгенологических исследований ТБ протекал с распадом легочной ткани.

3-ю группу составили 15 (31,9%) пациентов (10 мужчин, 5 женщины). ВИЧ 2 стадии был у 1 (6,7%) больных, 3 стадии - у 11 (73,3%), 4 стадии - у 3 (20%). 9 (60%) пациентам этой группы был поставлен диагноз ИТЛ, 5 (33,3%) - ДТЛ, Туберкулома - 1 (6,7%). Среди всех пациентов группы у 13 (86,7%) была выявлена лекарственная устойчивость M.tuberculosis к ПТЛС . В 7 (46,7%) случаях по результатам рентгенологических исследований ТБ протекал с распадом легочной ткани.

Выводы. Таким образом, среди пациентов с коморбидной патологией высок удельный вес социально-дезадаптированных лиц – не работающих, злоупотребляющих алкоголем и являющихся инъекционными наркоманами; клиническая структура случаев сочетанных заболеваний является неблагоприятной, с преобладанием деструктивных форм ТБ; у пациентов с более поздними стадиями ВИЧ-инфекции более распространена лекарственная устойчивость возбудителя к основным ПТЛС. Наличие сопутствующей иммуносупрессивной патологии отрицательно сказывается на течение ТБ легких.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРАКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПУТЁМ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Бойко Е.Д. 5 курс, лечебной факультет, г. Минск, Республика Беларусь, Azot96@list.ru
Приставка И.В., ассист., Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГЖП) – распространенное заболевание среди мужчин зрелого и пожилого возраста, симптомы которого связаны с нарушением мочеиспускания, что значительно снижает качество жизни. Поэтому лечению данного заболевания уделяется так много времени, проводятся многочисленные исследования, связанные с новыми способами устранения симптоматики ДГПЖ. Одним из современных методов хирургического лечения является эмболизация простатических артерий (ЭПА). Это малоинвазивная рентгенэндоваскулярная операция, которая используется при неэффективности консервативной терапии.

Цель. Оценить результаты проведения ЭПА среди пациентов урологического отделения УЗ «Минская областная клиническая больница» в 2017-2018 годах.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни четырех пациентов с ДГПЖ, у которых была проведена ЭПА; выполнен систематический обзор международных литературных данных об ЭПА как методе лечения.

Результаты и их обсуждение. Обследование проводилось в сроки 1 и 3 месяца после хирургического лечения. Средний возраст мужчин составил 69,5 лет. Средний объем предстательной железы до вмешательства по данным УЗИ составил 70,5 см³. Через месяц уменьшение железы наблюдалось у 3 (75%) пациентов, а у 1 (25%) была отмечена отрицательная динамика. Через 3 месяца положительный результат сохранился у 2 (50%) пациентов, а у 2 (50%) была отрицательная динамика – увеличение объема простаты по сравнению с результатами УЗИ через 1 месяц после операции.

При оценке своего субъективного состояния по международной шкале простатических симптомов пациенты отмечают снижение симптоматического проявления ДГПЖ (средний показатель до операции – 18,75, через месяц – 9,5).

Выводы. По результатам после ЭПА пролиферация железистой ткани сокращается, что снижает obstructивную симптоматику, и данная операция может стать эффективной альтернативой стандартным хирургическим вмешательствам.

В ряде случаев ЭПА не является успешной ввиду особенностей кровоснабжения простаты и технических возможностей хирургов, поэтому некоторые пациенты нуждаются либо в повторной операции ЭПА, либо в альтернативном методе лечения.

ХИРУРГИЯДАҒЫ ІРІНДІ-ҚАБЫНУЛЫ АСҚЫНУЛАРДЫҢ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКАСЫ

Босынбек Г.К., Бектемір А.Е., - «Хирургия» бағыты бойынша 7-курс интерндері gullbossynbek@mail.ru
Ғылыми жетекшісі: профессор Абуов С.М. sapar66kz@mail.ru, «Ұлттық медицина университеті» АҚ, №2 хирургия кафедрасы, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Операциядан кейін пайда болатын ірінді-қабынулы асқынулар ауруханаішілік инфекциялар тобына кіреді, ол стационардағы барлық инфекциялардың 15-25 % құрайды. [1] Заманауи медицинаның қазіргі тандағы жетістіктеріне қарамастан, операциядан кейін пайда болатын ірінді-қабынулы асқынулар ургентті хирургия саласында жоғары көрсеткішке ие, және де хирургия саласындағы өзекті мәселелердің бірі болып табылады.[2,3]

Зерттеу мақсаты. Операциялардан кейін пайда болатын ірінді-қабынулы асқынулардың алдын-алу үшін оңтайлы антибиотик тізбегін құрастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеуге жедел түрде операция жасалған 2724 науқас кіргізілді. Соның ішінде ең жиі кездескен жедел аппендицитпен операция жасалған науқастар саны 1523, ол 55,9% құрайды. Жедел холециститпен – 586 (21,5%), қысылған жарық – 297(10,9 %), жедел ішек өтімсіздігі - 125 (4,6%), тесілген ойық жара – 109 (4,0%), жедел асқазан ішек жолдарынан қан кету – 43 (1,6 %), жедел панкреатитпен (панкреонекроз) - 41 (1,5%). Осы орындалған операциялар ішінен бактериологиялық зерттеуге патологиялық материал 1746 науқастан алынды. Бақылауда 2 топ науқастар қалдырылды: негізгі топты операцияға дейін антибиотикпен алдын алу жасалған 173 науқас құраса, ал бақылау тобын бүкіл емдеу барысындағы операциядан кейінгі кезеңде антибиотик жасалған 175 науқас құрады. Бұл топқа жайылмалы перитонит және іш қуысының асқынулары бар науқастар кіргізілген жоқ. Тек перитониті жоқ немесе патологиялық аймақ маңында шектелген серозды сұйықтық бар науқастар қарастырылды.

Зерттеу нәтижелері. Біздермен микробиологиялық зерттеудегі микрофлораның өсуіне және антибиотиктерге сезімталдыққа талдау қорытынды жасалды. 1746 егілудің ішінде микрофлораның өсуі 984 жағдайда (56,3%) байқалды. Ең кең таралған қоздырғыштар Escherichia coli (49,8%), стафилококк түрлері (23,2%), Klebsiella pneumonia (9,3%). Бақылаудағы топтардың талдау қорытындысы келесі критерийлер бойынша жасалды: іш қуысында абсцесс пайда болуы, операциядан кейінгі жараның ірінді-қабынулы асқынуы (ірің, инфильтрат). Негізгі (173) және бақылау (175) топтарында іш қуысының абсцесстенуі байқалған жоқ, ірінді-қабынулы асқынулар (жараның іріндеуі) негізгі топта 6 (3,5%) науқаста, бақылау тобында 6(3,4%) науқаста байқалды. Ал, операциядан кейінгі жара маңындағы

инфильтраттар 2,3 % және 2,2% көрінді. Анықталған микрофлораның антибиотикке сезімталдығын талдау барысында имипенем, ципрофлоксацин, аминогликозидтер мен цефалоспорииндерге жоғары сезімталдығы байқалды. Бірақ, көрсетілген антибиотиктердің барлығы операциялардан кейін пайда болатын іріңді-қабынулы асқынулардың алдын алу талаптарына сәйкес келмейді. Қандай да бір антибиотик тағайындалмас бұрын, оның улылығын ескеру қажет. Препарат анестезияның фармакокинетикалық параметрлеріне бұрыс әсер етпегені жөн, әсіресе миорелаксанттар және препарат бағасы/әсері ұстанымы жағынан тиімді болуы тиіс.

Осыған байланысты біздермен антибиотиктермен алдын алудың келесі тізбегі ұсынылды: бүкіл операция барысында жоғары терапевтік концентрацияны ұстау үшін бір мезетте цефалоспорииндердің 1-2 ұрпақтарын 1,0 гр дозада операцияға 5-10 минут бұрын (жалпы доза 2,0 гр) бұлшық етке және тамыршілік енгізу жасалынғаны жөн. Антибиотикті тамыршілік енгізу тіндердің мүмкін болатын зақымдалуының алдын алуында әсерлі концентрацияны қамтамасыз етеді, ал бұлшық еттік енгізу операция барысында сол бір деңгейді ұстап тұруға ықпал етіп, операциялық араласу болған орнын инфицирленуден қорғайды. Ары қарай антибиотиктердің терапевтік концентрациясын бір қалыпта ұстау үшін операциялық араласудан 6-8 сағат өткеннен кейін бұлшық етке енгізуді 1,0 гр дозада қайталау керек.

Қорытынды. Сонымен, шартты – таза жаралардың 56,3 % нәтижесінде инфицирленген болып есептеледі деген тұжырым жасаса болады. Бұл антибиотикпен алдын алу міндетті түрде жасалуының қажеттілігін растайды. Антибиотикпен алдын алудың адекватты жасалуы операциядан кейін пайда болатын іріңді-қабынулы асқынулардың жиілігін айтарлықтай азайтады. Тағы бір басты мәселе – экономикалық тиімділігі. Талдау қорытындысы іріңді-қабынулы асқынулардың дамуында аз ғана айырмашылық бар екенін дәлелдейді. Антибиотикпен алдын алу үшін цефалоспорииндердің 1-2 ұрпақтары жеткілікті.

Әдебиеттер

- Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практик. руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. - М.: Литерра, 2006. - 168 с.
- Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В.А. Сиплиевый, А.И. Дронов, Е.В. Конь, Д.В. Евтушенко. - К., - 2006. - 100 с. - Библиогр. С. 94-99
- Муконин А.А. Рациональная антибиотикопрофилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии, травматологии и ортопедии с использованием цефалоспоринов I-III поколений / А.А. Муконин, К.В. Гайдунь. – Смоленск, 2003. – 65 с.

ПРИМЕНЕНИЕ КАРБЕТОЦИНА В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Будаева А.В. 4 курс, лечебный факультет, Россия, г. Оренбург, e-mail: alekssa@yandex.ru
Научные руководители – асс. Н.А. Воронцова, асс. к.м.н Ж.В. Сенникова, Россия, г. Оренбург
кафедра акушерства и гинекологии, Оренбургский государственный медицинский университет

Существует множество анамнестических, соматических и акушерско-гинекологических факторов, которые позволяют выделить беременных, при проведении кесарева сечения, а также при естественном родоразрешении относящихся к группе высокого риска развития кровотечения. [1] До настоящего времени стандартом профилактики послеродовых кровотечений является введение окситоцина после рождения ребенка, однако, все еще высока встречаемость массивных кровотечений, влекущих за собой экстирпацию матки. В последние годы в клиническую практику внедрен препарат карбетоцин, являющийся агонистом окситоцина длительного действия, который, возможно, позволит увеличить число органосохраняющих операций. [3] Как и окситоцин, карбетоцин (торговое название Пабал) избирательно воздействует на рецепторы окситоцина в маточной мускулатуре, стимулируя скорость и силу маточных сокращений. [2]

Цель работы: изучение эффективности применения карбетоцина в группах высокого риска по развитию послеродового кровотечения.

Материал и методы исследования. Ретроспективный анализ 48 историй родов женщин с высоким риском кровотечения, у которых с целью его профилактики применялся карбетоцин, проведенных в Перинатальном центре Оренбургской областной клинической больницы №2 в 2018 году. Результаты были получены с использованием статистических методов и подвергнуты мета-анализу.

Результаты. В 2018 году родоразрешено 48 пациенток П (2,5% от общего числа 2800 родов) с применением карбетоцина в качестве утеротоника. В 5 (10,5%) – самостоятельные роды, 24 пациентки (50%) были родоразрешены экстренным кесаревым сечением, 19 (39,5%) – плановым. Распределение по возрасту: 20-30 лет -20 (41,6%), 30-40 лет – 24 (50%), 40 и старше 4 (8,4%). Паритет родов: первые роды - 17 (35,4 %), повторные роды предстояли 31 (64,5%).

Показанием к применению карбетоцина явились предлежание плаценты – 14 (29,1%) случаях, тяжелая преэклампсия 14 (29,1%), многоплодная беременность с весом плодов более 6 кг – 10 (20,8%), тройня – 1 (2,1%), HELLP синдром – 1 (2,1%), жировой гепатоз – 4 (8,3%), отслойка плаценты – 2 (4,2%), ДВС – 2 (2,1%).

Объем кровопотери при оперативном родоразрешении после применения карбетоцина составил до 1000 мл – 34 (81%) случая, 1000-1500 мл – 6 (14,3%), более 1500 мл – 2 (4,7%) случаев. Средний объем кровопотери 828 мл. Лишь в одном случае пришлось прибегнуть к экстирпации матки (2,3%), показанием явилось подозрение на вращение плаценты. При самостоятельных родах кровопотеря составила до 500 мл - 2 (40%), 500-1000 мл - 3 (60 %), более 1000 мл – не зарегистрировано. Средний объем кровопотери 610 мл.

Выводы. В группах высокого риска препарат карбетоцин способствует снижению кровопотери в послеродовом периоде. Значительно снижается вероятность тяжелой кровопотери, обуславливающей необходимость проведения экстирпации матки, что позволяет сохранить репродуктивную функцию у пациенток

данной группы. Таким образом, препарат карбетоцин является эффективным средством профилактики массивных акушерских кровотечений в группе высокого риска.

Список литературы

1. Баев О.Р. Применение карбетоцина для профилактики послеродовых кровотечений. Акушерство и гинекология. 2013;7:102-106.
2. Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Киличева И.И., Иванников С.Е. Профилактика кровотечения карбетоцином при абдоминальном родоразрешении. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014;4:25-29.
3. Borruto F, Treisser A, Comparetto C. Utilization of carbetocin for prevention of postpartum hemorrhage after cesarean section: a randomized clinical trial. Arch Gynecol Obstet. 2009;280:5:707-712.

ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Будаева А.В. 4 курс, лечебный факультет, Россия, г. Оренбург, e-mail: alekssa@yandex.ru
Научные руководители – асс. Н.А. Воронцова, асс. к.м.н Ж.В. Сенникова, Россия, г. Оренбург
Кафедра акушерства и гинекологии, Оренбургский государственный медицинский университет

Раку молочной железы (РМЖ) принадлежит первенство в структуре онкологической заболеваемости и смертности женщин в Российской Федерации, а также практически во всех остальных странах мира [1, стр. 46]. По данным Европейского регистра, удельный вес РМЖ в структуре онкологических заболеваний у беременных достигает 42 %, из них 0,2–2,6% возникает именно в период беременности. РМЖ, ассоциированный с беременностью подразумевает возникновение злокачественной опухоли на фоне беременности, последующей лактации или в течение одного года после завершения беременности [1, стр.50]. Как правило, такая опухоль протекает агрессивно и диагностируется на поздних стадиях. Проходит приблизительно от 2 до 16 месяцев между появлением у женщин первых симптомов до диагностирования рака молочной железы [9, стр. 862].

Материалом для данной работы послужил разбор клинического случая, проведенный на базе Областного Перинатального центра (ОПЦ) ГАУЗ ОКБ № 2 г. Оренбурга в феврале 2018 года.

Пациентка 39 лет, повторнобеременная, повторнородящая с патологией мочеполовой системы: с удвоением матки, агенезией левой почки, хроническим пиелонефритом единственной правой почки, удаленной кистой правого яичника в 1998 году. В 28 недель беременности появились боли в позвоночнике и в поясничной области, отек левой нижней конечности, но к врачу обратилась только в 31 неделю. Госпитализирована в неврологическое отделение ООКБ №2, была обследована. Консультирована хирургом, онкологом, невропатологом. На МРТ поясничного отдела позвоночника от 29.01.2018 на уровне Th9-S5 в телах поясничных, крестцовых позвонков и визуализируемых отделах подвздошных костей выявлены множественные участки патологически измененного МР-сигнала, был выставлен диагноз: Сг левой молочной железы с mts (в кости позвоночника, таза, подмышечные лимфатические узлы, печень). В 32 недели решением консилиума переведена в ОПЦ, где была проведена лимфаденэктомия, при микроскопии удаленного конгломерата подмышечных лимфатических узлов был подтвержден диагноз: рак молочной железы слева. Коллегиально было принято решение о досрочном родоразрешении по жизненным показаниям. В 33 недели пациентка родоразрешена в срочном порядке путем операции кесарево сечение, извлечена живая недоношенная девочка на 6/7 баллов по Апгар 2160 грамм 47 см. Операция протекала типично. На 5 сутки послеоперационного периода родильница переведена в онкодиспансер на лечение.

Трудность и запоздалость диагностики РМЖ при беременности обусловлена многими причинами. Во-первых, отсутствием должной онкологической настороженности у акушеров-гинекологов при тенденции к «молодеющему» РМЖ у женщин фертильного возраста, а также при беременности женщин 35-40 лет, входящих в группу онкологического риска [8, стр. 609]. Во-вторых, выраженными изменениями в тканях молочной железы на фоне повышенной секреции эстрогенов и прогестинов – увеличение в объеме (особенно при лактации), изменения консистенции железы [7]. Нередки ошибки в дифференциальной диагностике с другими заболеваниями молочной железы или неполное обследование (без УЗИ и биопсии) женщин с подозрением на рак. Так, например, ошибочным диагнозом при раке молочной железы у беременной может являться мастит, галактоцеле, киста, фиброаденома [4, стр. 274].

В свою очередь наличие у беременной других экстрагенитальных патологий добавляет сложностей в дифференциальной диагностике РМЖ, так как жалобы пациентки могут быть расценены врачом как проявление имеющихся хронических заболеваний [5, стр. 7].

Таким образом, при постановке на учет по беременности каждой женщине в обязательном порядке должна проводиться пальпация молочных желез [6, стр. 725]. В случае обнаружения уплотнения необходима консультация онколога-маммолога с проведением полного комплекса диагностических мероприятий. Ранняя диагностика – основной принцип профилактики РМЖ [3, стр. 859].

Целесообразно проведение сонографии, позволяющей выявить характер новообразования, и эксцизионной биопсии, являющейся на данный момент «золотым стандартом» при неясных патологиях молочной железы [2, стр. 493]. Несомненными плюсами обладает метод МРТ, поскольку благодаря ему можно получить качественное изображение опухоли даже в протезированной железе [10, стр. 440]. Более того, этот способ

диагностики возможно применять многократно, не оказывая радиоактивное влияние на мать и плод [11, стр. 151].

Список литературы:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2009. – т. 20. – № 3 (прил.1). – С. 45-77.
2. Ahn BY, Kim HH, Moon WK, Pisano ED, Kim HS, Cha ES, et al. Pregnancy- and lactation-associated breast cancer: mammographic and sonographic findings. // J Ultrasound Med. – 2003. – Vol.22. – P.491–510.
3. Berry D.L., Theriault R.L., Holmes F.A. et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. // J. Clin. Oncol. – 1999. – Vol.17. – P. 855-861.
4. Colleoni M, Rotmensz N, Robertson C, Orlando L, Viale G, Renne G, Luini A, Veronesi P, Intra M, Orecchia R, et al. Very young women (<35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. Ann Oncol 13(2):273–279.
5. Kal H.B. Struikmans H. Breast cancer and pregnancy // Breast, Feb 2008. -Vol. 17(1). –P. 7.
6. Keinan-Boker L, Lerner-Geva L, Kaufman B, Meirou D. Pregnancy-associated breast cancer // Isr Med Assoc J. Vol. 10.: –P.722–7.
7. Kumle Merethe. Pregnancy and breast cancer // 3rd European Breast Cancer Conference, Barcelona, March 22. 2002.
8. Miller H.K. Cancer of the breast during pregnancy and lactation // Am. J. Obstet. Gynecol., 1962. –Vol. 83. –P. 607-611.
9. Parente J.T., Amsel M., Lerner R., China F. Breast cancer associated with pregnancy// Obstet. Gynecol., 1988. Vol. 71. - P. 861-864.
10. Pavlidis N., Pentheroudakis G. The pregnant mother with breast cancer: diagnostic and therapeutic management // Cans. Treat Reviews, 2005. Vol. 31. –P. 439-447.
11. Polyak K. Pregnancy and breast cancer: the other side of coin // Cancer Cell, March 2006. –Vol. 9(3). –P. 151-153.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бурак Е.А. 5 курс, педиатрический факультет, г. Гродно, Республика Беларусь,

zhenja-burak0@rambler.ru

Научный руководитель: Гурина Л.Н., к.м.н., доцент, г. Гродно, Республика Беларусь.

Актуальность. Нарушения ритма сердца у новорождённых приводит к ухудшению кровоснабжения сердечной мышцы, что в свою очередь, может привести к внезапной сердечной смерти (ВСС). Изучение эффективности и определение максимально эффективной дозы антиаритмического препарата при нарушениях сердечного ритма и проводимости представляет собой один из наиболее сложных разделов неонатологии. Это объясняется многообразием клинических форм аритмий, отсутствием единого понимания механизмов их возникновения, и, следовательно, общепринятых методов лечения.

Пароксизмальная тахикардия у новорождённых создаёт значительные трудности в курации пациентов, а поиски новых действенных методов предотвращения приступов ПТ остаются существенной задачей современной клинической медицины.

Цель исследования. Оценить активность антиаритмического препарата Амиодарона у новорождённых с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией.

Материалы и методы исследования. Нами проведён анализ 7 историй болезни новорождённых с пароксизмальной тахикардией, которые находились на лечении и обследовании во 2-ом отделении учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница», в период с 2008-2016 гг.

Всем обследованным детям в качестве антиаритмической терапии назначался Амиодарон, который является препаратом выбора у новорождённых с пароксизмальной тахикардией.

Результаты. По результатам проведённого исследования установлено, что пароксизмальная тахикардия отмечалась исключительно у девочек (100%), при этом все дети родились в срок, состояние их было удовлетворительным, а физическое развитие соответствовало гестационному возрасту.

Срыв сердечного ритма в виде пароксизмальной тахикардии выявлен в большинстве случаев (85,7%) на 5-6 ±2 сутки методом аускультации, у 28,675% - на 29 сутки жизни. У одного новорождённого ПТ развилась на 7 часу жизни, причем еще внутриутробно у этого ребёнка регистрировались экстрасистолы, которые и привели к приступу в последующем. Один эпизод ПТ (14,29%), возможно, был спровоцирован забором капиллярной крови, в остальных случаях достоверной связи между спонтанными приступами ПТ и возможными причинами-триггерами нами выявлено не было.

Абсолютное большинство детей 71,43% были доставлены из дому с жалобами родителей на: нарушением аппетита (100%), беспокойством (100%), вялостью (57,14%), постаныванием (14,29%). Двое детей (28,57%) находились в условиях стационара.

В качестве стартовой терапии детям назначался Амиодарон в дозе 5мг/кг за 30 мин. Эффективность проведенной терапии оценивали по результатам ЭКГ. У всех детей приступ благополучно купировался. С целью удержания синусового ритма перешли на поддерживающую дозу препарата 15мкг/кг/мин, затем титровали препарат в дозе 7,5мкг/кг/сут. На фоне проводимой терапии у одного из детей зарегистрировалась брадикардия, в результате чего была произведена отмена Амиодарона. Через 3 часа после отмены у

новорождённого был диагностирован рецидив аритмии. У остальных исследуемых нами детей нежелательных изменений на фоне приёма препарата не отмечалось. Терапию продолжили в виде двухкратного перорального приема амиодарона в дозе 7,5 мкг/кг/сут. с последующей полной отменой.

Выводы.

Амиодарон на сегодняшний день является одним из самых распространенных и эффективных антиаритмических препаратов, главной проблемой применения которого является его высокая токсичность. Несмотря на это анализ полученных результатов показал высокую клиническую эффективность «Амиодарона», проявляющуюся в способности восстанавливать синусовый ритм у новорождённых детей в случаи развития ПТ. Ввиду особенностей фармакодинамики лекарственных препаратов у новорожденных быстрое снижение или увеличение дозы препарата недопустимо.

Список литературы:

1. Сафина, А.И. Нарушения ритма сердца у новорожденных / А.И. Сафина, И.Я. Лутфуллин, Э.А. Гайнуллина. // Практическая медицина. – 2010. – № 6 (45) ноябрь. – С. 75-79.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гайдукевич В.И., 5 курс, лечебный факультет, Колошук Г.В., 5 курс, лечебный факультет
г. Гродно, Республика Беларусь, lera.gaidukevich@mail.ru

Научный руководитель – асс. Семенцова С.В., г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый аппендицит - самое распространенное хирургическое заболевание органов брюшной полости. Наиболее часто острый аппендицит возникает во II триместре беременности (44-66 %), в I триместре (19-32 %) , а в III триместре (15-16%). [1]. Важно отметить , что летальность от острого аппендицита во время беременности в 10 раз выше , чем вне беременности. Развитие аппендицита значительно ухудшает прогноз для матери и плода, что отражается показателям перинатальных потерь, которые составляют от 19,4 – 50 % .

Цель. Изучить структуру беременных , поступивших с диагнозом острый аппендицит? для оптимизации методов диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 94 пациенток, госпитализированных в отделении общей хирургии с подозрением на острый аппендицит на разных сроках беременности, за период с 2010 по 2017 годы.

Результаты. Возраст пациенток: 20-24 – 10,6%, 25-29 – 29,8%, 30-34 – 31,9%, 35-39 – 23,4%, 40-44 – 4,3%. В первом триместре беременности находились 24 (25,5%) пациенток, во II триместре беременности – 47 (50,0%) , 23 (24,5%) – в III триместре . В стационар спустя 24 часа от момента начала заболевания поступили 19 (20,0%) , 33 (35,0%) госпитализированы спустя 48 часов.

У 53 пациенток острый аппендицит в результате динамического наблюдения хирургом, гинекологом и данных лабораторно-инструментальных методов был исключен, у них диагностирована разнообразная патология органов брюшной полости : мезаденит - 65,0% , острый пиелонефрит – 22,0% , кишечная колика - 10,0%, острый панкреатит – 3% . Средний срок пребывания в хирургическом стационаре в этой группе составил 2 дня.

У 41 пациенток был выставлен диагноз острый аппендицит и все они были подвергнуты оперативному лечению. 28 из них выполнена аппендэктомия доступом по Мак-Бурнею , в 6 случаях оперировали лапаротомическим доступом, 7 пациенткам в I и II триместрах произведена лапароскопическая аппендэктомия. У 13 (31,2%) был диагностирован катаральный аппендицит, флегмонозный в 23 (56,2%), гангренозный у 5 пациенток (12,6%). Осложнений у оперированных пациенток в послеоперационном периоде не наблюдалось. Средний срок пребывания в стационаре в этой группе составил $8,2 \pm 0,9$ дней.

Помимо острой хирургической патологии у пациенток были выявлены следующие гинекологические заболевания: эрозия шейки матки - 32,1%, уреаплазмоз - 14,3%, кольпит-17,9%, гестозы - 14,3% . Основной процент сопутствующих экстрагенитальных заболеваний формировался за счет патологий сердечно-сосудистой системы – 25,5 % , эндокринной – 25,5 % , пищеварительной - 22,3 % , мочевыделительной систем – 26,6 % . У пациенток с нормальной массой тела среди экстрагенитальной патологии преобладали заболевания мочеполовой системы и глаз, а у женщин с ожирением преобладали заболевания системы пищеварения, эндокринной и сердечно-сосудистой систем.

Выводы. Выяснено , что острый аппендицит наиболее часто выявляется у беременных во II триместре беременности. При этом самая частая форма острого аппендицита – флегмонозный. Важно использовать современный клиничко-инструментальный диагностический алгоритма, который позволяет точно диагностировать острый аппендицит , удалить червеобразный отросток и избежать перинатальные потери. Необходимо более тщательно обследовать пациенток с избыточной массой тела ввиду большего количества сопутствующих заболеваний и более высоким риском развития осложнений.

Литература. 1. Ищенко А.И., Александров Л.С., Ветшев П.С. Лапароскопическая аппендэктомия в акушерстве и гинекологии. — Эндоскопическая хирургия, 2001. — № 2. — С. 29-30.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гоюкова О.В., Ворвуль А.О., Научный руководитель – к.м.н, доцент Лулева И.С.
Курский государственный медицинский университет

Менструальный цикл (МЦ) – это комплекс сложных биологических процессов, происходящих в организме женщины, предназначенный для обеспечения зачатия и развития беременности.

Целью исследования являлось изучение особенности МЦ у девушек репродуктивного возраста.

В исследовании приняли участие 120 девушек в возрасте от 17 до 26 лет (средний возраст $22,4 \pm 0,7$ лет). Исследуемые были разделены на 4 группы по 30 человек: группа 1 – школьницы 11 классов средней школы № 36 города Курска, группа 2 – студентки Курского государственного медицинского университета 1, 4 и 6 курса. Исследование проводилось методом анкетирования. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

В 1 группе опрошенных было выявлено, что средняя продолжительность МЦ составляет $26,6 \pm 0,9$ дней. У 23 девушек (76,7%) регулярный МЦ. У 3-х (10%) девушек отмечается болезненный МЦ. Средняя продолжительность менструаций составила $4,7 \pm 0,8$ дней. У 23 девочек (76,7%) отмечается умеренное количество теряемой крови, меноррагия у 4-х (13,3%), олигоменорея у 3 (10%). Во 2 группе было выявлено, что средняя продолжительность МЦ $28,1 \pm 0,7$ дней. У большинства опрошенных регулярный МЦ (82 – 93,3%). Альгоменорея встречалась у 8-х (8,8%) респонденток. Средняя продолжительность менструаций составила $3,9 \pm 0,5$ дня. Умеренное количество теряемой крови отмечают большинство опрошенных (69 – 73,3%), меноррагия встречалась у 18 (16,7%) женщин, олигоменореей характеризовался МЦ у 10 (10%) опрошенных.

Выводы: к возрасту 16-17 лет МЦ устанавливается. МЦ является регулярным у большинства девочек к 16-17 годам. Средняя продолжительность составляет $27,3 \pm 0,6$ дней. Альгоменорея встречалась у каждой десятой женщины (9-10%). Средняя продолжительность менструации составила $4,5 \pm 0,2$ дней. У большинства девочек менструальные выделения характеризовались умеренным количеством – 76,6%. Исследуемые группы являются равноценными.

Список литературы:

1. Гинекология, Национальное руководство Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. 2009- 332 с.
2. Баранаева Н. Ю. Нормальный менструальный цикл и его нарушения //Concilium Provisorum. – 2002. – Т. 2. – №. 3. – С. 21-25.
3. Уварова Е. В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – Т. 4. – С. 10-5.
4. Куинджи Н. Н., Коломейцев М. Г. Особенности становления менструального цикла у девушек-школьниц и студенток как основа их репродуктивного благополучия //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – №. 3. – С. 81-89.
5. Семенова Л. Г., Манчук В. Т. К вопросу о нарушениях менструального цикла у девочек-подростков: частота встречаемости, структура, особенности течения //Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2008. – Т. 23. – №. 4-1.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Горушкина К.О., 4 курс, Сестринское дело, г. Омск, Россия, omuzht@mail.ru.
Тилелюева Е.С., преподаватель, г. Омск, Россия, til-katya@mail.ru

В последние несколько десятилетий сахарный диабет (СД) принял масштабы всемирной неинфекционной эпидемии. По данным ВОЗ, численность больных во всем мире в 2000 г. составила 160 млн. человек с прогнозом удвоения их численности к 2025 году. Наряду с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, поражением сосудов мозга, у большинства больных отмечается развитие синдрома диабетической стопы (СДС) - одного из наиболее сложных осложнений СД. Заболевание характеризуется патологическими изменениями периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, явлениями остеоартропатии, вызывающими язвенно-некротические процессы и гангрену стопы [1].

Синдром диабетической стопы (СДС) - трактуется как одно из хронических осложнений сахарного диабета, связанное с комплексом анатомо-функциональных изменений, приводящих к язвенно-некротическим поражениям стоп, вплоть до развития диабетической гангрены. Около 30-40 % больных с СД имеют проблемы, связанные с патологическими изменениями стопы, а у 20 – 25 % из них возникают гнойно-некротические поражения нижних конечностей.

В патогенезе развития этих изменений лежат полинейропатия, остеоартропатия и ангиопатия, на фоне которых развиваются различные гнойно-некротические процессы. За последние годы практика показала, что успехи лечения больных с осложненными формами СДС непосредственно зависят от ранней диагностики и целенаправленной комплексной терапии [2].

Цель исследования: теоретически обосновать и реализовать практические рекомендации, направленные на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом.

Гипотеза исследования: если реализовать практические рекомендации, направленные на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом, то уровень информированности пациентов о правилах ухода за стопами при сахарном диабете повысится.

Задачи исследования:

1. Разработать критерии и показатели эффективности применения практических рекомендаций, направленных на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом.

2. Разработать и реализовать практические рекомендации, направленные на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом.

Практическая значимость работы: разработка практических рекомендаций, направленных на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы

В клиническом исследовании принимали участие 15 пациентов с сахарным диабетом.

Мы на базе БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4» провели анкетирование пациентов терапевтического отделения в количестве пятнадцати человек, с целью выявления информированности пациентов о правилах ухода за стопами при сахарном диабете, а также с целью разработки практических рекомендаций, направленных на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом. Нами была разработана анкета, состоящая из 6 вопросов.

На основании анализа результатов анкетирования, пришли к выводу, о том, что не все пациенты с сахарным диабетом знают о правильном уходе за стопами.

На основании вышеизложенного, посчитали целесообразным разработать практические рекомендации и провели беседы для пациентов терапевтического отделения на тему: «Правила ухода за стопами при сахарном диабете».

Разработали критерии и показатели эффективности реализации бесед и буклета на тему: «Правила ухода за стопами при сахарном диабете»: информированность; доступность и достоверность информации; создание условий для реализации практических рекомендаций; деятельность по реализации рекомендаций.

Таким образом, на основании разработанных нами критериев и показателей эффективности реализации буклета в процессе проведения беседы по правилам ухода за стопами при сахарном диабете, нами были разработаны беседа и буклет, направленные на повышение уровня информированности пациентов об уходе за стопами при сахарном диабете.

Результаты и их обсуждение. На втором этапе исследования провели беседу, в процессе которой пациенты терапевтического отделения задавали уточняющие вопросы, были достаточно активны. Пациенты терапевтического отделения понимали информацию, размещенную в буклете. Каждый слушатель беседы получил практические рекомендации в виде буклета.

Для сравнительного анализа результатов эффективности проведения беседы и реализации буклета о правилах ухода за стопами при сахарном диабете, нами было проведено повторное анкетирование, состоящее из 6 вопросов.

Проанализировали полученные данные, и пришли к выводу, что уровень информированности пациентов о правилах ухода за стопами составляет 100 %.

Всем участникам просветительских бесед выдавался теоретический раздаточный материал в виде буклета на тему: «Правила ухода за стопами при сахарном диабете».

Выводы

В заключении хотелось бы отметить, что гипотеза, сформулированная в начале работы, подтвердилась: если реализовать практические рекомендации, направленные на организацию профилактики синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом, то уровень информированности пациентов о правилах ухода за стопами при сахарном диабете повысится. Разработанные нами беседа, практические рекомендации в виде буклета на тему: «Правила ухода за стопами при сахарном диабете», являются эффективными для ознакомления населения, что подтвердилось результатами анкетирования.

Список литературы

1. Дмитриев В.М. Лечение больных с ишемической формой синдрома диабетической стопы методом опосредованной оперативной стимуляции кровообращения автореф. дис. ... канд. мед. - Курган, 2007. - 25 с.
2. Набиев М.Х. Современные подходы в лечении осложненных форм синдрома диабетической стопы автореф. дис. ... канд. мед. - Душанбе, 2009. - 23 с.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Грейбо А.И., Горушко Е.С. - студенты 5 курс, лечебного факультета, г. Минск, Республика Беларусь, agreybo2@gmail.com

Научный руководитель: асс. Алесина Г.А, г. Минск, Республика Беларусь
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. В структуре острой хирургической патологии панкреатит занимает лидирующие позиции. Средний возраст пациентов с панкреатитом неуклонно уменьшается, особенно при более тяжелых формах. Высокая частота перехода острого панкреатита в хронический с частыми рецидивами, длительное стационарное лечение и молодой возраст пациентов ставит данную нозологию как социально значимую [1]. Своевременная диагностика сопутствующей патологии органов брюшной полости (ПОБП) и забрюшинного пространства (ЗП) требуется для возможного определения этиологической причины панкреатита, которая как известно является алиментарнозависимой [2].

Цель: проанализировать частоту встречаемости различной патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства по данным ультразвукового метода исследования.

Материалы и методы. При подготовке работы были изучены протоколы ультразвукового исследования 106 пациентов, поступивших в хирургическое отделение УЗ «10 ГКБ» за период с 01.01.2017 по 01.01.2018 с диагнозом острый и хронический панкреатита.

Результаты и их обсуждения. Первую группу (n=38) составили пациенты с острым панкреатитом (ОП), вторую группу (n=68) пациенты с хроническим панкреатитом (ХП). Средний возраст пациентов с ОП $46,3 \pm 12$ лет. Средний возраст пациентов с ХП составил $46,7 \pm 16$ лет. При анализе половой принадлежности пациентов с ОП: мужчин 29 (76,3%), женщин 9 (23,7%). При анализе половой принадлежности пациентов с ХП: мужчин 46 (67,7%), женщин 22 (32,3%).

В первой группе ПОБП и ЗП была выявлена у всех пациентов, из них у 21 (55,2%) установлено диффузное изменение печени, у 16 (42,1%) диагностирована гепатомегалия, у 6 (15,8%) выявлена псевдокиста поджелудочной железы, хронический калькулезный холецистит наблюдался у 5 (13,1%), у 4 (10,5%) установлена деформация желчного пузыря, спленомегалия выявлена у 3 (7,9%), выпот в брюшной полости обнаружен у 2 (5,3%), киста почки наблюдалась у 1 (2,6%).

Во второй группе ПОБП и ЗП была выявлена у 63 (92,6%), из них у 47 (74,6%) установлено диффузное изменение печени, у 27 (42,8%) диагностирована гепатомегалия, хронический калькулезный холецистит наблюдался у 14 (22,2%), у 7 (11,1%) обнаружен выпот в брюшной полости, у 6 (9,5%) пациентов состояние после холецистэктомии, псевдокиста поджелудочной железы диагностирована у 6 (9,5%), киста почки наблюдалась у 5 (7,9%), спленомегалия обнаружена у 3 (4,8%), деформация желчного пузыря визуализировалась у 2 (3,17%), холедохолитиаз с расширением общего желчного протока выявлен у 2 (3,17%), вируснолитиаз диагностирован у 1 (1,6%).

Выводы. 1. За анализируемый период было выявлено, что у пациентов с хроническим панкреатитом достоверно чаще ($p < 0,05$) встречаются ПОБП и ЗП (а.и. диффузное изменение печени, хронический калькулезный холецистит, выпот в брюшную полость, киста почки), что свидетельствует о затяжном течении панкреатитов алиментарного (алкогольного) генеза.

2. Наличие коморбидных состояний трактуется о необходимости своевременной хирургической и медикаментозной коррекции, что в свою очередь снизит частоту перехода острого процесса в хронический и вероятность рецидивов.

3. Модификация образа жизни является ключевой составляющей успешного ведения пациента в ремиссию, снижающей количество дней нетрудоспособности и улучшающей качество жизни.

Литература

1. В.Т. Ивашкин, О.С. Шифрин, И.А. Соколова. Хронический панкреатит, стеатоз поджелудочной железы и стеатопанкреатит. – М.: Литтерра, 2014. – 240 с.
2. Подолужный И.В. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностики и лечении // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2017 Т.2, №4. – С. 62 – 69.
3. Зайтудинов А.М. Сравнительная характеристика различных хирургических подходов в лечении острого деструктивного панкреатита // Практическая медицина. – 2014 Т.5, №81. – С. 54 – 57.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВЗРОСЛОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. СЕМЕЙ» ЗА 2017 ГОД

Грибоедова А.А., резидент 2 года обучения по специальности «Инфекционные болезни, в том числе детские»
Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И. доценты кафедры, Исабекова Ж.Б ассистент кафедры
Кафедра «Инфекционных болезней и иммунологии»

РГП на ПХВ «Государственный Медицинский Университет г. Семей» Республика Казахстан, г.Семей,
nastyasgmy.90@gmail.com

Введение. К числу социально-значимых проблем всего мира, и Казахстана в частности, относятся инфекционные болезни. Инфекционный процесс – один из самых сложных биологических процессов в природе, а инфекционные болезни являются грозными, разрушительными факторами для человечества, наносящими ему колоссальный экономический ущерб. Увеличивается число известных науке инфекций. Если в 1955 г. их насчитывалось 1062, то в настоящее время – более 1200 [1]. Тенденцией нашего времени, как результата

социальных, экономических и технологических преобразований в здравоохранении, является активный рост интереса к вопросам качества медицинской помощи.

Цель работы. Изучить сравнительную структуру инфекционной патологии в инфекционной больнице (ИБ) г. Семей за 2016 и 2017 гг., используя индикаторы качества для оценки полноты и правильности оказываемой медицинской помощи

Материалы и методы. Анализ отчета по работе взрослого отделения инфекционной больницы г. Семей за 2017 год в сравнении с работой отделения за 2016 год.

Результаты и обсуждение. Специализированную инфекционную помощь взрослому и детскому населению г. Семей оказывает «Инфекционная больница г. Семей» в течение более 75 лет. Основной миссией организации является «Не только соответствовать, но и превзойти ожидания пациента». Основная цель коллектива – обеспечение доступной, качественной специализированной помощи. Согласно Постановлению Правительства «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» вся медицинская помощь инфекционным больным предоставляется бесплатно [2]. Изучая индикаторы оценки работы приемного покоя взрослого отделения ситуация за 2017 год выглядит следующим образом: в приемный покой за медицинской помощью обратилось 6254 человека, преимущественно больные доставляются скорой помощью 2876 (44 %) и по направлению 2591 (42,4%). Госпитализировано из обратившихся – 1954 человека (31,25%). Среди них 272 беременных (13,9%). Отказов от госпитализации 693 случая (11,1%). К индикаторам стационарной помощи относятся оборот койки, средняя длительность пребывания больного, работа койки, соответствие критериям необоснованной госпитализации к показателям коечного фонда, расхождение основного клинического и патологоанатомического диагноза. Так, за 2017 год оборот койки составил 49,8, тогда как в 2016 этот показатель был 48,1, что свидетельствует об улучшении качества диагностики, своевременной госпитализации, ухода и лечения в стационаре. Работа койки составила 371, в сравнении с 367,6 в 2016 году. Средняя продолжительность пребывания больного на койке составила 7,4 в 2017 году, и 7,6 – в 2016. Летальных случаев в 2017 году не было, а в 2016 году было 2 случая и показатель летальности составил 0,15. Также к индикаторам оценки качества медицинских услуг для медицинских организаций, оказывающих помощь при инфекционных заболеваниях, относятся: удельный вес случаев, умерших инфекционных больных в стационаре, показатель повторных госпитализаций в течении 7 суток по одному и тому же заболеванию, показатель внутрибольничной инфекции, показатель повторных госпитализации в течении месяца с одним и тем же диагнозом; переводы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), расхождение диагнозов приемного покоя и отделений. Также мы оценили нозологическую структуру больных, проходивших стационарное лечение во взрослом отделении инфекционной больницы г. Семей за 2017 год (1954 пациента, из них 17 непрофильных). Из 1937 госпитализированных инфекционных больных: 531 пациентов (31,4%) проходили лечение с острой кишечной инфекцией (ОКИ), 480 (24,7%) – с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 484 (24,9%) – ангина, 55 (0,03%) – бруцеллез, 72 пациента (0,04%) – с вирусными гепатитами (ВГ) и др.

Заключение. В течение 2017 года в Городской Инфекционной Больнице г. Семей проведена работа по исполнению индикаторов оценки качества оказания медицинской помощи, соблюдались приказы, протоколы диагностики и лечения инфекционных заболеваний. Анализ работы инфекционной больницы позволяет оценить заболеваемость инфекционными болезнями, определить задачи эпидемиологии, для рационального, квалифицированного, целенаправленного использования большого арсенала специфических и общих профилактических мероприятий.

Список литературы.

1. В.И. Покровский. Поражения нервной системы при инфекционных болезнях. // Терапевтический архив. – 2008. — № 11 (том 80). — С. 5-6.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136. Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

МЕТОДИКИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Емельянов В.В. 5 курс, лечебное дело, Оренбург, Российская Федерация, emelia226@gmail.com

Жильцова А.В. 5 курс, лечебное дело, Оренбург, Российская Федерация, aleksa_95@mail.ru

Колесникова Е.А. 5 курс, лечебное дело, Оренбург, Российская Федерация, Katemonik@gmail.com

Научный руководитель: старший преподаватель Е.Ю. Богдалова, Оренбург, Российская Федерация

Физическая культура для каждого человека чрезвычайно важна, ведь помимо общего укрепления организма, физические упражнения могут быть использованы в лечебных, а также профилактических целях при заболеваниях органов дыхания инфекционной и неинфекционной природы.

Цель работы. Определить методику лечебной физкультуры для профилактики заболеваний органов дыхания у населения.

Задачи. 1. Определить спектр интересующих нас заболеваний;

2. Провести опрос пациентов и анализ их историй болезни;

3. Выявить взаимосвязь лечебной физкультуры и динамикой заболеваний.

Материалы и методы. Основным методом данной работы является опрос и статистический анализ полученных данных из историй болезни. Участниками опроса являлись пациенты пульмонологического отделения ГБУЗ ООКБ.

Результаты исследования и обсуждение:

Для исследования нами были выбраны в качестве нозологий: бронхиальная астма и пневмонии. На занятиях лечебной физкультурой при заболеваниях органов дыхания используют общетонизирующие и специализированные упражнения, которые выполняются в спокойном темпе, однако подбор их строго индивидуален. Общетонизирующие упражнения, улучшают функцию всех органов и систем организма, и оказывают активизирующее влияние и на дыхательный процесс. Специальные упражнения направлены на укрепление дыхательной мускулатуры и способствуют увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы, а также выведению мокроты, уменьшению застойных явлений в легких. Благодаря этой методике можно произвольно изменить частоту дыхания. В клинике был проведен опрос студентов об эффективности данной методики. Было опрошено 35 пациентов. Из них 20 занимались лечебной физкультурой и в динамике заболевания были найдены улучшения. Эти пациенты считают эффективным данную методику в качестве лечения и профилактики. Остальные 15 пациентов не занимались ранее упражнениями и были приняты нами за контрольную группу. По результатам исследования у людей, занимающиеся физкультурой общий срок госпитализации снижен на 10-15 %. Также у них реже наблюдаются обострения и рецидивы данных заболеваний.

Вывод. Таким образом, данная методика показала эффективность у пациентов с пневмонией и бронхиальной астмой. Данная методика является не только методом патогенетической терапии, но как средством для профилактики гиподинамии, которая развивается у пациентов с длительным постельным режимом, а также снижает количество обострений и рецидивов данных заболеваний. Также можно сказать, что физкультура при данных патологиях будет использована в качестве профилактики возможных осложнений заболевания, гиподинамии, застойных явлений в кардиореспираторной системе.

Список литературы.

1. Евсеев Ю. И. Физическая культура (учебное пособие для студентов вузов). Ростов н/Д : Феникс, 2014 г.С.356
2. Евсеев Ю. И., Асланов В. А., Кравченко П. В. Самостоятельная физическая подготовка студентов полевых специальностей. Ростов н/Д, 1988.С.252
3. Дьяков А.С., Яговкин А.Ю. (сост.) Спортивное ориентирование. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2014. - 20 с.
4. Пономарев, Н.И. Социальные функции физической культуры и спорта / Н.И.Пономарев.-М.,Фис,1974.С.124

**ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА КОЛОРЕКТАЛЬДЫ ОБЫРДЫҢ
РЕТРОСПЕКТИВТІ АНАЛИЗІ**

Ендібай Б.Б. «хирургия» мамандығы бойынша 2 курс интерні

Ғылыми жетекші: м.ғ.к. доцент м.а. Жантеев М.Е.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы. Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Халықаралық қатерлі іскерді зерттеу агенттігінің жарияланымда берген болжамы бойынша әлем тұрғындарының жалпы онкологиялық ауруға шалдығу көрсеткіші күн санап жиілеп 2020 жылы шамамен 1,5 есеге артпақ. Оның өзі негізінен өкпе, тоқ ішек және тік ішек обыры бойынша жиілемек екен[1].

ҚазОжРҒЗИ-ның 2010 жылғы берілімі бойынша колоректальды обыр жиілігі жалпы республикада 5 орында болған (жылына 2,5 мыңнан астам жаңа тіркелінім)[2]. Ал 2014 жылы республика бойынша колоректальды обыр жиілігі 3-орынға жылжыды (3086 тіркелген жағдай)[3]. Статистикалық мәлімет мемлекетімізде колоректальды обырдың жыл санап артып келе жатқандығын және жоғарыда берілген болжамның дұрыс екендігін көрсетеді.

Кейінгі зерттеулер тоқ ішек пен тік ішек рагы себебінің 70% жуығы алдын алуға болатын факторларға, тамақтану тәртібі мен өмір сүру түріне, байланысты екендігі анықталды[4].

Жұмыс мақсаты: Оңтүстік Қазақстан облысы тұрғындары арасындағы колоректальды обыр бойынша емделген аурулар арасында ретроспективті тексерулер жүргізіп, олардың этникалық, жыныстық жас айырмашылықтары бойынша және ісіктің орналасқан жері мен даму сатысына қарай сараптамалар жүргізу.

Жұмыс материалдары мен тәсілдері: Атықарылған жұмыстың негізгі өзегі ретінде Оңтүстік Қазақстан облысының онкологиялық диспансерінде 2012-2016 жылдары есепте болған, ем қабылдаған науқастар алынды. Олардың жалпы саны, ісіктің даму сатысы, 1 жылдық, жалпы өлім деңгейі, 5 жылдық өміршеңдік ескерілді. Сонымен қатар 261 науқастың ауру тарихтары зерделенді.

Корреляция деңгейі V Крамер критеріі бойынша анализделіп, Rea & Parker шкаласы бойынша бағаланды. Сандық берілімдердің корреляциялық коэффициенті Спирменнің рангтық корреляциясы тәсілімен есептелді.

Ауру тарихы бойынша науқастар этникалық топтарға «қазақтар», «славяндар», «өзбектер және «басқалары» болып бөлінді. Іскердің ішекте орналасқан аймағына байланысты тоқ ішектің оң бөлігі (соқыр ішек және өрлеуші бөлігі), тоқ ішектің көлденең бөлігі (бауыр бұрышынан, талақ бұрышына дейін), тоқ ішектің сол бөлігі (төмендеуші бөлігі мен кима ішек) және тік ішектік бөлім (ректосигмалық бөлім, так ішек).

Нәтижелері. Ретроспективті анализ жасауға іріктелген колоректальды обыры бар 261 науқастың 123-і ерлер де 138-і әйелдер, орта жасы 59,97 (23-83 жас аралығы) жас.

Жұмыс нәтижесі ОҚО-да колоректальды обыр жиілігі жыл сайын артып келе жатқандығын көрсетеді. 2012 ж. 63 науқас тіркелсе, бұл көрсеткіш 2016 ж. 93-ке (30%-дан астам адамға) артқан. Ал 2015 ж. көрсеткіш одан да жоғары – 112 науқас. Ол 2012 жылғымен салыстырғанда, 46 %-дай артық. Ісіктің бастапқы I-II даму сатыларында анықталған науқастар саны 2012 ж. 9 адамнан 2016 жылға қарай 51-ге артқан. Науқастардың 1 жыл ішіндегі өлім көрсеткіші жоғарылаған. 2012 жылы 16 науқас 1 жыл ішінде қайтыс болса, 2016 ж. 39-адам көз

жұмған. Жалпы өлім деңгейі де 2012 жылғы 30 дан, 2016 жылы 51-ге артқан. Колоректальды обыр бойынша жалпы «Д» есепте тұратын науқастар саны жыл санап жиілеп 2012 жылы 298 аурудан 2016 ж. 356 адамға өскен, яғни 58 адамға дейін артқан. Жалпы есептегі науқастардың 5 жылдық өмір сүру деңгейі сәйкесінше 140 тан 144 ке жоғарылаған. Тұрғындар санына шаққанда славяндар арасында колоректальды ісікке шалдығу жиілігі артық екеніне көз жеткіземіз (13-тің орнына 55 жағдай, ол зерттеудегілердің тамақтану ерекшеліктеріне байланысты деп топшыланды. Сонымен қатар ісіктің негізгі бөлігі 58% тік ішекте кездесетіні анықталды.

Түйіні: 1. Берілімдерді талқылай келе, төмендегідей қорытынды жасауға болады: 2. аурудың кеш III-IV сатыларында жиі анықталуының негізгі себебі ерте анықтау үшін жасалып жатқан бағдарламаның аса тиімді емес екендігін және тұрғылықты халықтың аталған ауруға немқұрайлы қарайтындығын көрсетеді.

3. тексерілушілердің этникалық топтары арасындағы корреляциялық ауытқу науқастардың генетикалық бейімгершілігі, тамақтану ерекшеліктеріне (тағам құрамында жануар майының мол болуы) және дәрігерге қаралу тәртібіне байланысты болуы да ықтимал.

4. Колоректальды обырмен ауыратын аурулардың орташа жасы 59,97 ж. Әйелдер арасында жиірек кездескені статикалық тұрғыдан онша мәнге ие емес.

5. Ісіктің жиі орналасатын жері тік ішек (57,9%), ең аз кездесетіні көлденең бөлігінде (6,5%).

6. Осыған байланысты колоректальды обырмен ауыратындар арасында қосымша зерттеулер «жағдай-бақылау» жүргізу қажет деп есептейміз.

Әдебиеттер

1. World Health Organization. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>.
2. Ромазанов А. К стандартам мировой медицины // Казахстанская правда. – 2012. – 9 нояб. – С. 5.
3. Камхен В.Б., Турбекова М.Н. Преобладающие локализации в структуре заболеваний злокачественными новообразованиями в Казахстане // Медицина. – 2015. – № 6 (156). – С. 25-27.
4. Curcumin and cancer: An “old-age” disease with an “age-old” solution / P. Anand, C. Sundaram, S. Jhurani et al. // Cancer Lett. – 2008. – V. 267 (1). – P. 133-164.

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚЫРЫМ–КОНГО ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ КЕЗІНДЕГІ (ҚКГҚ) ӨЛІМ ЖАҒДАЙЫ

Өбдімүтәліұлы Дәулетияр резидент-инфекционист 1-ші оқу жылы.

Шымкент қаласы, Қазақстан, bdmtilly@bk.ru

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., профессор Абуова Г. Н., дәрігер реаниматолог Алиев Э.Ю., Шымкент қаласы, Қазақстан dr.abuova@gmail.com

Өзектілігі: Қырым–Конго геморагиялық қызбасы (ҚКГҚ) – қоздырғыштың берілуі трансмиссиялық жолмен жүзеге асуымен, Bunyaviridae тұқымдасының *Nairovirus* туысты вирусы тудыратын, қызбамен, жалпы уланумен, геморагиялық синдроммен және ауыр ағыммен сипатталатын, жіті вирусты, табиғи-ошақтық инфекциялық ауру [1]. *Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруының негізгі клиникалық көріністері* инкубациялық кезең 1-14 күнге дейін созылады. Аурудың алғашқы белгілері: дене қызуының кенеттен 39-40 °С дейін көтерілуімен, қатты бас ауыруымен, көздің қызаруы, бет, мойын және дененің жоғарғы бөлігінің қан кернеуімен және мойын, арқа, белдің ауыруымен, лоқсу немесе құсу, іш ауыруы немесе өтуі, ал ауру одан әрі дамыған жағдайда денеде бөртпелердің пайда болуы, мұрыннан, қызыл иектен, жатырдан, асқазаннан қан кету белгілері, ине енгізу орындарында қанталау (гематомалар) белгілерінің байқалуымен сипатталады [2]. Қырым–Конго геморагиялық қызбасының (ҚКГҚ) эпидемиясы кезінде өлім көрсеткішінің коэффициенті 40% асады. Соңғы жылдары аурудың табиғи ошақтарының көлемі біртіндеп ұлғайып келе жатқаны байқауға болады. **Республика көлемінде жыл сайын тіркеліп отырған Конго Қырым геморагиялық қызбасы табиғи ошағы бар аурулардың қатарына жатады. Ауруды қоздырушы вирустың табиғатта жануарлар арасында айналысқа түсуіне байланысты ауруды мүлде жойып жіберу мүмкін емес, сондықтан табиғи ошақтары бар елді мекендерде аурудың кездесу ықтималдығы жоғары.**

Статистикалық мәліметтерге сүйенсек 2016 жылы Түркістан облысы және Шымкент қаласында ауырғандардың саны 12 адамды, 2017 жылы 8 адамды құраған. 2013 жылы Түркістан облысында аурушандық көрсеткіші 100000 тұрғынға шаққанда-0,19, ал өлім көрсеткіші-16,7%(1/6). 2014 жылы аурушандық көрсеткіші 100000 тұрғынға шаққанда-0,30, ал өлім көрсеткіші-25%(2/8). 2015 жылы аурушандық көрсеткіші 100000 тұрғынға шаққанда-0,21, ал өлім көрсеткіші-33,3%(2/6) құраған [3].

Зерттеу мақсаты: Клиникалық жағдайда қаза болған науқастың өлім себебін барынша ашып көрсету және Қырым–Конго геморагиялық қызбасының (ҚКГҚ) клиникалық өту ерекшелігін талдау. **Клиникалық жағдай:** Науқас, Б., жасы - 48жаста. Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасының қабылдау бөліміне дене қызуының 40 °С-қа дейін жоғарлауына, қалтырауға, басының ауырсынуына, бұлшықеттерінің ауырсынуына шағымданып қаралған. 16.06.2018ж жедел медициналық жәрдем бригадасын шақырған, жедел медициналық жәрдем бригадасы «Жедел респираторлы вирусты инфекция. Кене шағуы» диагнозымен Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына жеткізілген. Қабылдау бөлімінде дәрігерлермен қаралып науқастан жалпы қан анализі алынған: Нв – 160г/л, Эр-5,05x10¹²/л, Тр-220x109/л. Науқас ауруханаға жатудан бас тартып үйіне

қайтқан. 17.06.2018ж науқастың жағдайының нашарлауына байланысты қайта жедел медициналық жәрдем бригадасын шақырған. Жедел медициналық жәрдем бригадасы «Жедел респираторлы вирусты инфекция. Кене шағуы» диагнозымен Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына қайта жеткізілген. Лабораторлы : Жалпы қан анализі: Нв – 144г/л, Эр-4,89x10¹²/л, Тр- 82x10⁹/л, Лейк – 5,1x10⁹/л. Дәрігерлер консилиумынан кейін: Қырым–Конго геморрагиялық қызбасы (ҚКГК), ықтимал жағдай диагнозы қойылып, науқастың жағдайының ауырлық нәтижесіне байланысты интенсивті терапия бөлімшесіне жатқызылған. Науқас үй жағдайында ірі және ұсақ малдарды асырайды. 13.06.2018жылы ұлымен бірге Қарабұлақ ауылында қой сатқан. Базардан үйіне келіп киімін ауыстырып жатқанда денесінде кене жабысқанын байқаған. Науқас кенені инемен алып өлтірген. Объективті Науқастың жалпы жағдайы ауыр. Есі анық, сұрақтарға дұрыс жауап береді. Бұйрықтарды орындайды. Көз қарашығы орта кеңісте жарыққа Д=S фотореакция бар. Дене қызуы қалыпты сандарда. Менингеальды белгілері: желке бұлшықет тартылуы теріс. Керниг, Брудзинский симптомдары теріс. Ошақты белгілері теріс. Тамақтануы өздігінен. Терісі мен көзге көрінетін шырышты қабаттары бозғылт-қызғыш тусте құрғақ, ұстағанға жылы, бөртпелерден таза. Қолдарында шынтақтарында және жамбастарында инъекциядан кейінгі тері асты гематомалары бар. Перефириялық ісінулері жоқ. Тыныс алуы мұрын арқылы. Аускультацияда өкпесінде қатқыл тыныс сырыл жоқ. Жүрек тондары тұйықталған ырғағы дұрыс. Перефириялық тамыр соғуы орташа толымдылықта мен кернеулікте. Мұрнынан және қызыл иектен қаңсырау белгілері жоқ, қарау барысында. Еріндері бозғылт қызғыш тусте, тілі ақ аздап жабындымен қапталған ылғалдау. Лимфа түйіндері ұлғаймаған. Іші жұмсақ эпигастрий аймағында және оң жақ қабырға ауырсынады. Ішті тітіркендіру симптомдары теріс. Бауыры және көкбауыры ұлғаймаған. Үлкен кіші дәреті қалыпты.

Науқаста жүргізілген ем шараларына, көрсетілген көмекке қарамастан геморрагиялық синдром, асқазан ішек жолдарынан қан кету, токсикалық гепатит, токсикалық нефрит, жедел бүйрек жетіспеушілігі, тамыршілік шашыранды қан ұю синдромы (ТШҚҰ) нәтижесінде 20.06.2018жылы биологиялық өлім тіркелді.

Лабораторлық көрсеткіштер: Жалпы қан анализі: Нв – 130г/л, Эр - 4,28 x10¹²/л, Тр- 86x10⁹/л, Лейк – 13,4 x10⁹/л, п/я -18%, с/я-60%, лимф- 19%, м- 3%, Нст- 38%, СОЭ – 16, Биохимиялық анализ: общ. белок - 66г/л, жалпы билирубин- 32,5-6,8-25,7мкмоль/л, Мочевина– 6,1 ммоль/л, креатинин– 136,0мкмоль/л, глюкоза - 6,0ммоль/л, Алт -0,7, Аст-0,65. К-4,06, Na-136,0, Ca-1,06.

Коагулограмма: ПТВ-25, ПТО- 1,55, МНО –1,68, фибриноген- 2,4, ТВ- 24, АЧТВ – 41

Қырым–Конго геморрагиялық қызбасының (ҚКГК) ИФА нәтижесі: Ig M оң мәнді.

Қырым–Конго геморрагиялық қызбасының (ҚКГК) ПЦР нәтижесі: оң мәнді.

Клиникалық диагноз: Қырым–Конго геморрагиялық қызбасы (ҚКГК), геморрагиялық синдром, асқазан ішек жолдарынан қан кету, дәлелденген жағдай, ауыр дәрежесі.

Асқинуы: Токсикалық гепатит. Токсикалық нефрит. Жедел бүйрек жетіспеушілігі, жедел ағым. Тамыршілік шашыранды қан ұю синдромы (ТШҚҰ).

Жүргізілген ем шаралар: Вирусқа қарсы терапия: Таб. Рибавирин 1,0 гр ішке. Антибиотикалық терапия – Цеф 3 - 1,0 гр. әр 12 сағатта. Гемотрансфузия: Жаңа мұздатылған плазма - 12 мл/кг. Тромбоконцентрат АВ (IV) Rh + 4 - 5 доз доза көктамыр ішіне тамшылатып. Криопреципитат АВ (IV) Rh + 7 доз. NaCl 0,9% - 400,0+ Гордокс 300 тыс. Ед. көктамыр ішіне тамшылатып. Таб. Фамо 40 мг ішке. Парентеральды ем: Оликлиномель 70 мл/сағат көктамыр ішіне тамшылатып.. Гемостатикалық ем: Этамзилат натрия 2,0 әр 6 сағатта. көктамыр ішіне. Викасол 3,0 в/м. СаCl 10% - 10,0 көктамыр ішіне тамшылатып. Стол № 4.

Қорытынды Табиғи ошақтарда Қырым–Конго геморрагиялық қызбасын (ҚКГК) жұқтыру қаупі өте жоғары, әсіресе мал шаруашылығымен айналысатындар. Клиникалық көрінісінің әртүрлілігіне байланысты диагноз қоюда қиындықтар тудырады. Бұл дегеніміз аурудың аса қауіпті екенін, сонымен қатар қысқа уақыттың ішінде өлімге алып келетінінің дәлелі. Қазіргі таңға дейін бұл ауруға қарсы нақты бір профилактикасы болмағандықтан, табиғи ошақтарда аурудың таралуының азаймайтыны және аурудың клиникасы ауыр түрде өтетіні түсінікті.

Қолданылған әдебиеттер: 1. Абуова Г.Н., Нурмашева А.А., Бердалиева Ф.А., Касымова Т.В., Мырзабекова Г.Ж. Анализ эпидемиологической ситуации по Конго-крымской геморрагической лихорадке в Южно-Казахстанской области. Журнал «Инфекционные болезни». Материалы III Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням Москва, 28-30 марта 2011 г., -С.7

2 Абуова Г.Н. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка в Южном-Казахстане проблемы и пути решения. Журнал инфектологии. Приложение Том 4, №36 2012г.

Материалы II Конгресса Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням, Астана, 12-14 сентября 2012 г., Стр.6

К ВОПРОСУ О ПЛАСТИКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жариков К.М., 4 курс, лечебный факультет, Оренбург, Россия, kairat_zharikov1997@mail.ru
Нафиков А.В., 4 курс, медико-профилактический факультет, Оренбург, Россия, ltroll1@mail.ru
Астафьев Б.В., 4 курс, медико-профилактический факультет, Оренбург, Россия, cdmov35@gmail.com
Джуламанова А.Б. ассистент, Оренбург, Россия

Актуальность. По данным АОПХ, за период с 1993 по 1998 год наблюдалось увеличение количества выполненных операций по увеличению молочных желез в 4,6 раз. Среди остальных косметических операций,

увеличение груди, в 2015 году вышло на 1-ое место по частоте выполнения. С увеличением количества операций, наблюдается рост осложнений и повторных вмешательств.

Цель исследования. Изучить виды маммопластики, рассмотреть классификацию имплантов и характеристики протезов, выявить их положительные и отрицательные стороны, описать течение реабилитационного периода и вероятные осложнения.

Материалы и методы. Анализ и обобщение специальной литературы, публикаций в периодических изданиях.

Результаты. В пластической хирургии 21 века существует несколько видов маммопластики:

1. Аугментационная маммопластика – операция, целью которой является придание груди красивых форм и сохранение лактационной функции молочных желез. [1,4,5]

2. Редукционная маммопластика – операция, заключающаяся в иссечении тканей, устранении образовавшегося избытка растянутой кожи и перемещении комплекса сосок-ареола.

3. Изолированная мастопексия — пластическая операция по подтяжке молочных желез, при их опущении с коррекцией высоты и формы. [9]

Грудные импланты имеют следующие преимущества: -имитируют форму натуральной груди, -обладают высокой биосовместимостью, -безопасны в эксплуатации, -стерильны, -редко наблюдается разрыв импланта.

К недостаткам имплантов относятся: -несоответствие в тактильных ощущениях, -контурирование импланта (в положении лежа), -несоответствие размера, -ежегодное МРТ.

Наполнители бывают силиконовыми и солевыми. [8] При выборе импланта необходимо соблюдать ряд критериев: состояние молочных желез и кожи, антропометрию, объем грудной клетки, размер груди до операции. Дефекты в оболочке протеза, проблемы со вскармливанием во время беременности, колебания веса могут служить абсолютными показаниями для проведения повторной операции. Существует несколько операционных доступов: субмускулярный, субгландулярный, субфасциальный, комбинированный. [7,10] Типы операционного доступа: периареолярный, субмаммарный, аксиллярный, периареолярный, трансабдоминальный. [6] Реабилитация после маммопластики: отечность исчезает через 2.5-3 недели, швы снимают на 7-9 сутки, воспалительный процесс проходит в течении 1,5-2,5 месяцев, ношение компрессионного белья в течении 1-1,5 месяцев, ограничение подъема рук до 1 месяца, исключение физических нагрузок от 3 месяцев до полугода. [2,3] Возможные осложнения: рвота, аспирация содержимого желудка, аритмии, брадикардия, образование гематом, развитие гнойного процесса, деформация грудной клетки, утрата чувствительности сосков или отдельных кожных зон груди, смещение импланта, его деформация.

Выводы. Итак, выбор вида импланта, его размещения и выбор вида доступа зависит от совместных действий женщины и пластического хирурга. Каждые 10-15 лет грудные импланты подлежат замене в соответствии с рекомендациями пластических хирургов.

Список литературы

1. Белоусов, А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов. —СПб., 2013
2. Галич С., Пинчук Р. Эстетическая хирургия груди. – Киев. - 2013
3. Исмагилов, А.Х. Трансаксиллярная субпекторальная аугментационная маммопластика/ А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, Х.М. Губайдуллин, А.М. Гимранов // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2015. — Т.3 (прил.). — С. 179—180.
4. Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М. Увеличивающая маммопластика // Вестник Авиценны. 2015. № 4. С. 14-22.
5. Обыденов С.И. Аугментационная маммопластика // Вестник современной клинической медицины. 2014. № 3. С. 63-68.
6. Слюсарев И.Ю. Значение особенностей строения молочных желез для эстетической маммопластики // Эстетическая и практическая хирургия. 2014. № 4. С. 109-111.
7. Hall Findlay E. Aesthetic Breast Surgery – QMP. -2015
8. Long-Term Clinical Performance of MemoryShape™ Silicone Breast Implants in Breast Augmentation: Prospective Data through 9 Years / D.A. Caplin [et al.] // Plastic & Reconstructive Surgery. 2014. № 134. P. 92-93.
9. Mutti E. The tuberons breast. Firenze. – 2014
10. Stoff-Khalili, M.A. Subfascial periareolar augmentation mammoplasty / M.A. Stoff-Khalili, R. Scholze, R.M. William // Plast. Reconstr. Surg. — 2014. — Vol. 114. — P. 1280

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ МАТКИ

Жильцова А.В., 5 курс, факультет лечебное дело, г. Оренбург, Россия. aleksa_95@mail.ru
Емельянов В.В., 5 курс, факультет лечебное дело, г. Оренбург, Россия. emelia226@gmail.com
Колесникова Е.А., 5 курс, факультет лечебное дело, г. Оренбург, Россия. Katemonik@gmail.com
Научный руководитель - Богдалова Е.Ю., старший преподаватель, г. Оренбург, Россия.

Как известно, матка в норме расположена по средней линии туловища, слегка наклонена вперед, подвижна, легко смещается, однако существует и отклонение от нормы. На сегодняшний момент существует несколько вариантов положения: ретропозиция или смещение кзади, боковые смещения, загибы- изменение угла между шейкой и телом матки. Измененное положение матки может быть результатом травм, хирургических

вмешательств, разрывов промежности, многократных беременностей и родов, послеродовой инфекции, различных новообразований, длительного постельного режима после родов, многих хронических заболеваний. На положение матки, несомненно, могут отрицательно воздействовать нерациональные физические упражнения, связанные с резкими сотрясениями тела, особенно в период полового созревания, длительное выполнение «односторонних» упражнений, например прыжков в высоту с одной ноги [1].

Занятия ЛГ показаны в случае подвижных приобретенных девиаций матки, а также аномалий положения, осложненных неглубокими воспалительными спайками половых органов с окружающими тканями. Лечение аномалий положения матки, образование которых связано с врожденными дефектами развития полового prognostически менее благоприятно.

При отягощении неправильного положения матки воспалением, новообразованиями и т.п. лечебную гимнастику назначают после их устранения. Как и у любой медицинской дисциплины имеются задачи, способствующие улучшения состояния при данной патологии. Лечебная физкультура направлена прежде всего на : укрепления всего организма, тренировку мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна, укрепление мышечно-связочного аппарата матки, приведение матки в нормальное положение.

При аномалиях положения матки с пациентками проводится лечебная гимнастика. На начальных этапах проводятся индивидуальные занятия по 15-25 минут, в дальнейшем возможно проведение занятий в малой группе и по времени тренировка занимает от 25-45 минут. Если пациентка хорошо себя чувствует, то возможно проведение занятия аква -аэробики, занятия на тренажерах, спортивные упражнения (гребля, плавание, бег на лыжах), однако необходимо исключить все виды прыжков. В подборе упражнений играют исходные положения, которые, изменяя направление сил внутрибрюшного давления и тяжести тела самой матки, вызывая перемещение кишечных петель, создают условия для перехода матки в нормальное положение [2].

Поэтому, оптимальными исходными положениями при наклоне матки назад считается колени - локтевое, коленно-кистевое, стоя на четвереньках, лежа на животе. При таких положениях тела давление на матку со стороны органов брюшной полости ослабевает вследствие перемещения кишечных петель к диафрагме, а высокое положение таза благоприятно для возвращения матки в силу ее тяжести в нормальное положение.

При сильном загибе матки вперед используются положения: лежа на спине, при этом сила брюшного давления и тяжесть соседних органов приходится на переднюю поверхность матки, способствуя этим ее отклонению назад. При отклонении матки в сторону упражнения выполняют преимущественно лежа на боку, на стороне, противоположной отклонению, что способствует растяжению круглых связок матки за счет ее перемещения под собственным весом [3]. Наряду со специальными корригирующими физическими упражнениями необходимо использовать упражнения для активации перистальтики кишечника и устранения запоров. При выполнении упражнений пациенткам важно следить за дыханием, а именно, избегать задержки дыхания, натуживания; движение всегда должно сопровождаться фазой вдоха или выдоха. Специальные физические упражнения, исправляющие положение матки, часто выполняют из неудобных поз, например коленно-грудного положения. Для их освоения необходима подготовка в течение нескольких недель в виде разнообразных общеукрепляющих гимнастических упражнений. Специальные физические упражнения, несомненно, должны дополняться гинекологическим массажем [4].

Важно отметить, что при лечебной физкультуре активные упражнения сочетают с упражнениями с отягощением, дозированным сопротивлением и напряжением мышц (изометрические упражнения). В занятиях используют дыхательные упражнения (статические и динамические), паузы для пассивного отдыха, ходьбу, элементы спортивных игр, плавание.

Список литературы

1. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2015. - 704 с.
2. Епифанов, В. А. Восстановительная медицина [Текст] : учебник / В. А. Епифанов. –Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -304 с.
3. Спортивная медицина [Текст] : нац. рук. / гл. ред. С. П. Миронов, Б. А. Поляев, Г. А. Макарова ; АСМОК. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -1184 с.
4. Савченко, Т. И. Организационные основы медицинской реабилитации [Текст] / Т. И. Савченко// Главный врач. -2015. -№ 3. -С. 19-22.

ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Имамова И.А., Ибрагимова Н.У., Назиров Ш.А., Юлдашев А.М., Мамедов А.
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Изучены особенности течения тяжёлой формы вирусного гепатита А с наличием сопутствующей гастроэнтерологической патологией. Выявлено, что у больных тяжелой формой вирусного гепатита А, протекающего на фоне заболеваний органов пищеварения отмечается пролонгирование диспепсического синдрома и четкая тенденция к возникновению затяжной реконвалесценции ВГА с поздней нормализацией функционального состояния печени.

Ключевые слова: вирусный гепатит А, среднемолекулярные пептиды, гастроэнтерологические патологии.

Цель исследования: изучить особенности течения тяжелой формы вирусного гепатита А (ТВГА) на фоне сопутствующей гастроэнтерологической патологии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 больных (32 мужчин и 8 женщин) тяжелой формой ВГА средний возраст которых составил $23,89 \pm 1,89$ лет, получавших стационарное лечение на базе НИИЭМИЗМЗ РУз и 4 инфекционной больницы. Исследуемые пациенты разделены на 2 группы: первая группа состояла из 20 (50%) больных с сопутствующими заболеваниями со стороны ЖКТ (СЗЖКТ) (желчнокаменная болезнь, гастрит, дискинезия желчевыводящих путей) и 20 (50%) больных без СЗЖКТ.

Результаты исследования. Установлено, что у больных тяжелой формой вирусного гепатита А, протекающего на фоне заболеваний органов пищеварения отмечается пролонгирование диспепсического синдрома и четкая тенденция к возникновению затяжной реконвалесценции ВГА с поздней нормализацией функционального состояния печени.

Research objective: to study features of a heavy form of viral hepatitis A with existence by the accompanying gastroenterology pathology.

Material and methods: Under supervision there were 40 patients (32 men and 8 women) with the VGA heavy form which middle age made $23,89 \pm 1,89$ years receiving hospitalization on base. The studied patients are divided into 2 groups: the first group consisted from 20 (50%) patients with associated diseases from a gastrointestinal tract (cholelithiasis, gastritis, dyskinesia of the bile outputing ways) and 20 (50%) patients without diseases from a gastrointestinal tract.

Results of research. It is established that at patients with a heavy form of the viral hepatitis A proceeding against diseases of the digestive system prolongation of a dyspepsy syndrome and an accurate tendency to emergence of a long reconvalescention of VGA with late normalization of a functional condition of a liver is noted.

В течение длительного времени Республика Узбекистан являлась гиперэндемичной территорией по заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА), которая в 2,5-3,5 раза превышала средние показатели по странам СНГ. В виду значительной эпидемиологической эффективности проводимой стратегии вакцинации среди детей в регионах нашей Республики в последние годы отмечается «повзросление» ВГА с увеличением показателей заболеваемости у лиц более старшего возраста. (Рузиев Д.Н., Мусабаев Э.И. и др., 2005; Старинская Е.А., Ибадова Г.А., 2009).

Имея, представление о благоприятном прогнозе и относительно «доброкачественном» течении, ВГА остается без достаточного внимания исследователей. Но, не нужно забывать о том, что у 1% ВГА отмечается тяжелая форма заболевания, которая чаще встречается в жарких странах, особенно с плохим водоснабжением. При этом, у определенной части таких больных прослеживается четкая тенденция к возникновению затяжной реконвалесценции ВГА с поздней нормализацией функционального состояния печени (Юшук Н.Д., Кареткина Г.Н., 2004; Dentinger С.М. et al., 2001).

Основой поражения гепатоцитов при инфицировании гепатотропным вирусом А является иммуно-посре-ованный цитолиз, протекающий на фоне токсического синдрома [1]. В свою очередь, одним из факторов синдрома интоксикации, который приводит к формированию тяжелых форм ВГА, являются эндогенные нейротоксины и аминокислотный дисбаланс.

В инициации иммунного ответа в случаях избыточной активации макрофагов, наблюдаются: парез сосудов, коагулопатия и нарушение микроциркуляции, которые обусловлены повреждающим эффектом цитокинов, прос-тагландинов и оксида азота. арушение микроциркуляции приводит к развитию гипоксии тканей, повыше-нию кишечной проницаемости и чувствительности к инфекционным агентам (Бударина Н.А., Белая О.Ф., 2003).

На сегодняшний день становится актуальным изучение течения тяжелых форм ВГА на фоне имеющейся разнообразной сопутствующей патологии со стороны ЖКТ: хронический холецистопанкреатит, гастродуоденит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей и др.

Целью работы явилось изучить особенности течения тяжелой формы вирусного гепатита А с наличием сопутствующей гастроэнтерологической патологией.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 40 больных (32 мужчин и 8 женщин) тяжелой формой ВГА средний возраст которых составил $23,89 \pm 1,89$ лет, получавших стационарное лечение на базе НИИЭМИЗМЗ РУз и 4 инфекционной больницы. Исследуемые пациенты разделены на 2 группы: первая группа состояла из 20 (50%) больных с сопутствующими заболеваниями со стороны ЖКТ (СЗЖКТ) (гастрит, желчнокаменная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей и др.) и 20 (50%) больных без СЗЖКТ. Уровень общего билирубина в общей группе составил $188,08 \pm 5,87$ мкмоль/л. Значение СОЭ в общей группе составило $11,46 \pm 0,94$ мм/ч.

Для определения формы и тяжести заболевания использована общепринятая классификация, согласно приказу МЗ РУз №5 от 05.01.2012 года. Во всех случаях диагноз гепатита А подтверждался наличием в крови anti-HAV IgM. Также использовался биохимический метод исследования и определение концентрации СМП в плазме больных для определения уровня токсинемии по методу М.Я. Малаховой [2]. Обследовали 20 здоровых мужчин молодого возраста для определения значений нормы концентрации СМП. При этом концентрация СМП у здоровых доноров составила $14,6 \pm 1,8$ усл. ед.

У 20 (50%) больных первой группы в преджелтушном периоде отмечалось превалирование диспепсического синдрома с повышением температуры тела. С появлением иктеричности видимых слизистых и кожных покровов в клинике продолжались отмечаться такие симптомы, как тошнота, рвота, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, боль и чувство тяжести в эпигастральной области в течение $5,9 \pm 0,1$ дней. На УЗИ желчного пузыря у всех больных выявлена картина острого гепатита и выраженный перепузырный отёк. Значение СОЭ составило $15,46 \pm 1,13$ мм/ч. Уровень общего билирубина в первой группе составил $212,77 \pm 7,30$ мкмоль/л, достоверное снижение до нормальных цифр, которого наблюдалось только на $11 \pm 1,5$ сутки. Отмечалось достоверно высокая концентрация СМП в плазме крови, что составило $32,6 \pm 4,2$ усл. ед. и только на 10 сутки после адекватной терапии больных уровень СМП снизился до $24,38 \pm 3,6$ усл. ед.

У 20 (50%) больных второй группы в преджелтушном периоде выявлялось наличие всех клинических синдромов. Диспепсический синром, проявляющийся тошнотой, рвотой, снижением аппетита, неприятным вкусом во рту, болью и чувством тяжести в эпигастральной области продолжался отмечаться после появления иктеричности видимых слизистых и кожных покровов в течение $3,29 \pm 0,15$ дней. На УЗИ желчного пузыря у 1/3 больных данной группы выявлен перепузырный отёк. Значение СОЭ составило $7,46 \pm 0,37$ мм/ч. Уровень общего билирубина во второй группе составил $163,40 \pm 1,83$ мкмоль/л, достоверное снижение до нормальных цифр,

которого наблюдалось только на $7 \pm 1,9$ сутки. Концентрации СМП в плазме крови составила $30,45 \pm 4,8$ усл. ед. На 10 сутки после адекватной терапии больных уровень СМП снизился до $18,8 \pm 3,2$ усл. ед.

Установлено, что у больных тяжелой формой вирусного гепатита А, протекающего на фоне заболеваний органов пищеварения отмечается пролонгирование диспепсического синдрома и четкая тенденция к возникновению затяжной реконвалесценции ВГА с поздней нормализацией функционального состояния печени.

Литература

1. Беляева Н.М. Вирусные гепатиты - прошлое и будущее. Русс мед журн. 2009;4 (2) : 39-42.
2. Малахова М.Я. Метод регистрации эндогенной интоксикации. СПб, 1995.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛИТА

Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Бойтураев Ш.И., Туробов Б.Т., Саидова С.Г.

Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: интоксикация, гемоколит, острая инфекционная диарея.

Актуальность. На протяжении XX века доминирующими причинами развития инфекционного гемоколита были шигеллы. По данным Хаертынова Х.С., 2013, в настоящее время на первый план вышли сальмонеллы и условно-патогенные микроорганизмы, такие как кампилобактерии, клебсиеллы и другие. Изменение этиологической структуры ОКИ, протекающих с гемоколитом, произошло, с одной стороны, вследствие снижения заболеваемости шигеллёзом а, с другой, благодаря использованию новых методов диагностики (полимеразная цепная реакция, латекс-агглютинация), позволивших диагностировать заболевания, возбудители которых редко выявляются при бактериологическом исследовании.

Патогенные бактерии из группы кишечных инфекций приводят к нарушению обменных процессов в организме. Если на начальном этапе инфекционного процесса роль бактерий и их токсинов имеет преобладающее значение, то с развитием болезни резко возрастает роль токсических веществ эндогенного происхождения, то есть образующихся в результате нарушения обмена веществ в организме [4]. Установление в клинической картине у больных с ОИДСГ преобладания интоксикационного, либо дегидратационного синдрома, с определением степени повышения эндогенной интоксикации поможет более корректно на фоне антибактериального лечения проводить патогенетическую терапию.

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита для выбора тактики патогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. В клинике всем госпитализированным больным с острой инфекционной диареей, протекающих с гемоколитом проводилось клинико-лабораторное исследование.

С целью установления вида возбудителя применялся бактериологический метод исследования. Установление выраженности эндогенной интоксикации проводилось определением уровня среднемолекулярных пептидов в крови по Габриэлян Н.И., 1989.

Всем пациентам проводилось комплексное лечение, включавшее в себя антибактериальную и патогенетическую терапию (объём внутривенных инфузий устанавливался соответственно тяжести заболевания и выраженности дегидратации).

Эффективность проводимой терапии оценивалась на основании устранения интоксикации организма, уменьшения количества дефекаций и улучшения консистенции стула. Данные были статически обработаны с использованием программы «Excel».

Результаты и обсуждение. В условиях отделения кишечных инфекций клиники при НИИЭМИЗ МЗ РУз проведено исследование 80 (100%) больных старше 18 лет с острыми инфекционными диареями, протекающими с явлениями гемоколита (ОИДСГ). Средней возраст больных составил $34,5 \pm 0,8$ лет.

На основании бактериологического исследования у 32 ($40,0 \pm 5,5\%$) больных выделена *Shigella spp.*, у 11 ($13,75 \pm 3,9\%$) - *Salmonella spp.*, у 1 ($1,25 \pm 1,2\%$) выявлена амёбная дизентерия, у 1 ($1,25 \pm 1,2\%$) - *Klebsiella spp.* У остальных 35 ($43,8 \pm 5,5\%$) больных бактериальный возбудитель острой инфекционной диареи, протекающей с гемоколитом выявить не удалось. У 28 ($35 \pm 5,3\%$) из этих больных в анамнезе до поступления в стационар отмечалось пероральное применение антибактериальных препаратов (таблетки левомецетина, фуразолидона, ципрокса в течении 1-2 дней).

При изучении основных клинических признаков установлено что, заболевание характеризовалось острым началом, с повышением температуры тела и появлением диарей. У всех больных наблюдалась слабость, боли в животе и снижение аппетита. У 63 ($78,8 \pm 4,6\%$) больных отмечалась рвота, которая продолжалась более 2 суток.

У 28 ($35 \pm 5,3\%$) больных с острой инфекционной диареей в клинике на фоне гемоколита отмечалось **превалирование дегидратации над интоксикацией**. Из них у 11 ($39,3 \pm 9,2\%$) больных выделена *Shigella spp.*, у 7 ($25,0 \pm 8,2\%$) *Salmonella spp.*, у 1 ($3,6 \pm 3,5\%$) выделили амёбную дизентерию, у 1 ($3,6 \pm 3,5\%$) *Klebsiella spp.*, а у остальных 8 ($28,6 \pm 8,5\%$) больных заболевание этиологически диагностировать бактериологическим методом не удалось. У 10 ($36,0 \pm 9,1\%$) больных отмечался гастроэнтероколитический вариант, у 18 ($64,3 \pm 9,1\%$) больных - энтероколитический вариант течения заболевания. У 22 ($78,6 \pm 7,8\%$) больных заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 6 ($21,4 \pm 7,8\%$) больных – в тяжелой форме. Локализация болей вокруг пупка отмечалась у 11 ($39,3 \pm 9,2\%$) больных, у 8 ($28,6 \pm 8,5\%$) больных боли локализовались по всему животу, а у 9 ($32,1 \pm 8,8\%$) больных - в левой подвздошной области. У 22 ($78,6 \pm 7,8\%$) больных отмечалось снижение тургора кожных покровов, у 28 (100%) больных отмечалась сухость кожных покровов. У всех больных имело место увеличение числа лейкоцитов в общем анализе крови, что составило $9,2 \pm 0,2 \times 10^9$. У данной категории больных отмечалось снижение концентрации уровня калия в сыворотке крови до $3,1 \pm 0,14$ ммоль/л в результате выраженной дегидратации организма вследствие рвоты и диарей. Повышение СОЭ регистрировалось у 9 ($32,1 \pm 8,8\%$) больных и составило в среднем $11,2 \pm 0,6$ мм/ч. В разгаре заболевания у 13 ($46,4 \pm 9,4\%$) обнаружены функциональные нарушения деятельности поджелудочной железы,

проявляющиеся повышением активности α -амилазы сыворотки крови и стеатореи. У больных с ОИДСГ с превалированием в клинике дегидратации над интоксикацией повышение уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) составило $5,7 \pm 0,44$ г/л, где степень повышения относительно здоровых была - \uparrow ИИ= $\uparrow 2,4$ раза, что указывает на выраженную интоксикацию организма.

У 52 ($65 \pm 6,6\%$) больных с острой инфекционной диареей, на фоне гемоколита клинически отмечалось **превалирование интоксикационного синдрома**. Из них у 21 ($40,4 \pm 6,8\%$) больных выделена *Shigella spp.*, у 4 ($7,7 \pm 3,7\%$) *Salmonella spp.*, а у остальных 27 ($52 \pm 6,9\%$) больных заболевание этиологически диагностировать бактериологическим методом не удалось. Из них у 27 ($51,9 \pm 6,9\%$) больных отмечалось головокружение (из них у 7 отмечалась кратковременная потеря сознания). У всех больных имели место гемодинамические (микроциркуляторные) нарушения, визуализирующиеся выраженной бледностью кожных покровов, у 7 ($13,5 \pm 4,7\%$) больных отмечался положительный симптом белого пятна. У 46 ($88,5 \pm 4,4\%$) больных отмечался гастроэнтероколитический вариант, у 6 ($11,5 \pm 4,4\%$) больных - энтероколитический вариант течения заболевания. У 31 ($59,6 \pm 6,8\%$) больных заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 21 ($40,4 \pm 6,8\%$) больных - в тяжелой форме. Локализация болей вокруг пупка отмечалась у 3 ($5,8 \pm 3,2\%$) больных, у 13 ($25,0 \pm 6,0\%$) больных боли локализовались по всему животу, а у 36 ($69,2 \pm 6,4\%$) больных - в низу живота (у большинства больных в левой подвздошной области). У всех больных имело место увеличение числа лейкоцитов в общем анализе крови, что составило $10,2 \pm 0,23 \times 10^9$. Повышение СОЭ регистрировалось у 18 ($34,6 \pm 6,6\%$) больных и составило в среднем $11,2 \pm 0,6$ мм/ч. У данной категории больных концентрация уровня калия в сыворотке крови составила $4,2 \pm 0,13$ ммоль/л.

В разгаре заболевания у 22 ($42,3 \pm 6,9\%$) обнаружены функциональные нарушения деятельности поджелудочной железы, проявляющиеся повышением активности α -амилазы сыворотки крови и стеатореи. У этих больных повышение уровня среднемолекулярных пептидов составило $8,52 \pm 0,44$ г/л, где степень повышения относительно здоровых была - \uparrow ИИ= $\uparrow 3,5$ раза, что указывает на значительно выраженную интоксикацию организма. Это явилось основанием для проведения упора в лечении данной категории больных на дезинтоксикационную терапию, нежели дегидратационную. В качестве эффективного средства детоксикации для данной категории больных применялись реосорблякт и инфузионные средства, содержащие янтарную кислоту.

Всем больным с повышением активности α -амилазы сыворотки крови и наличием стеатореи лечение корректировали в/в введением ингибитора протеолитических ферментов и перорального назначения ферментных препаратов.

Выводы: Ранняя диагностика и адекватная своевременная комплексная терапия с определённым упором на фоне антибактериального лечения на детоксикационную, либо на инфузионную (солевыми растворами) терапию при острых инфекционных диареях, протекающих с гемоколитом, во многом предопределяет исход болезни. Таким образом, использование в лабораторной диагностике инфекционных стационаров определения уровня СМП у больных с острой инфекционной диареей на фоне установления степени дегидратации даёт возможность более детально проследить за степенью нарастания интоксикации. Это обосновывает необходимость патогенетического включения более интенсивных детоксикационных мероприятий в комплексную терапию больных этой категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габриэлян Н.И., Липатова В.И. Количественный метод определения СМП в сыворотке крови // Лаб. дело.- 1989.-№4.-С.24-28
2. Туйчиев Л.Н., Абидов А.Б., Эралиев У.Э., Имамова И.А. Особенности изменений показателей АСЛ к ТА кишечника, мозга и СМП у больных детей острыми кишечными инфекциями. Мед журнал Узбекистана.- 2015.-№4.- С.11-14.
3. Хаертынов Х.С., Семёнова Д.Р., Сушников К.В. Клинико-эпидемиологические особенности кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита, у детей. Казанский медицинский журнал. - 2013.- Том 94 .- №2.- С.208-211.
4. Шинюв А.И. Влияние патогенетической терапии на микрофлору толстой кишки и выраженность эндогенной интоксикации у больных острой дизентерией Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Санкт-Петербург-2008.-22с.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛИТА

Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Бойтураев Ш.И., Туробов Б.Т., Саидова С.Г.

Использование в лабораторной диагностике инфекционных стационаров определения уровня СМП у больных с острой инфекционной диареей на фоне установления степени дегидратации даёт возможность более детально проследить за степенью нарастания интоксикации. Это обосновывает необходимость патогенетического включения более интенсивных детоксикационных мероприятий в комплексную терапию больных этой категории.

SUMMARY

CLINICAL AND TREATMENT FEATURES OF INTESTINAL INFECTIONS WITH HAEMORRHAGIC COLITIS.

Ahmedova M.D., Imamova I.A., Boyturaev SH.I., Turobov B.T., Saidova S.G.

Determination of the level of MMP (Medium Molecular Peptide) in the laboratory diagnosis of infectious hospitals in patients with acute infectious diarrhea at the background of establishing the degree of dehydration makes it possible to trace the degree of increase in intoxication with more details. This justifies the need for pathogenetic inclusion of more intensive detoxification activities in the complex treatment in this category of patients.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИМАТРИНА (ЛИВЕРИНА) У БОЛЬНЫХ ХВГС НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Абдуллаева Х.А., Ибрагимова Н.У.

Ташкентская медицинская академия

При хроническом вирусном гепатите С (ХВГС), основную её роль уделяют не только этиологической терапии, но и патогенетической, которая направлена на восстановление нарушенных функций организма и профилактику возможных осложнений (цирроз печени и т.д.) (Еналиева Д.Ш. и др., 2011)

Целью работы явилось установление эффективности ливерина на фоне противовирусной терапии у больных ХВГС.

Всем 60 (100%) больным в клинике НИИЭМИЗМЗРУз до начала лечения и в динамике проводились следующие методы исследования: общелабораторные анализы, эластометрия, ПЦР диагностика с использованием качественной и количественной тест-системы с определением уровня вирусной нагрузки у пациентов с HCV-инфекцией, метод определения уровня антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсibilизированных относительно тканевых антигенов печени (Гулямов Н.Г., 2009; Имамова И.А., 2011; Далимов Т.К., 2011).

Средний возраст больных составил 46,8 лет. Соотношение количества мужчин к женщинам составило 65/35%. Выраженность симптомов оценивали в баллах по шкале (0-отсутствует, 1 – незначительная, 2 – умеренная, 3- выраженная).

Из них 30(50%) больным с ХВГС проводилась только противовирусная терапия (1 группа) и 30(50%) больным на фоне противовирусной терапии применялся оксиматрин (ливерин) 100 мг по 2 капс 3 раза в день в течении 3 мес (2 группа).

В динамике лечения пациенты ХВГС почувствовали достоверное ($>0,001$) облегчение таких симптомов, как слабость, которая при поступлении в 1 группе составила $2,35\pm 0,1$, а во второй группе $2,32\pm 0,1$ балла, после лечения $0,38\pm 0,1$ и $0,24\pm 0,1$ баллов. Понижение аппетита в 1 группе составила $1,82\pm 0,1$, а во второй группе $1,72\pm 0,1$ балла, после лечения $0,31\pm 0,1$ и $0,2\pm 0,1$ баллов соответственно. Тяжесть и боль в правом подреберье при поступлении в 1 группе составила $1,63\pm 0,1$, а во второй группе $1,70\pm 0,1$ баллов, после лечения $0,91\pm 0,1$ и $0,74\pm 0,1$ баллов соответственно. Вздутие живота в 1 группе составила $1,43\pm 0,1$, а во второй группе $1,51\pm 0,1$ балла, после лечения $0,72\pm 0,1$ и $0,44\pm 0,1$ баллов. Установлено снижение таких лабораторных показателей, как уровень общего билирубина составивший в 1 группе $1,05\pm 0,1$, а во второй группе $1,09\pm 0,1$ мкмоль/л, после лечения $0,72\pm 0,1$ и $0,54\pm 0,1$ баллов; тимоловой пробы составившей в 1 группе $8,47\pm 0,1$, а во второй группе $8,8\pm 0,1$ Ед, после лечения $4,7\pm 0,1$ и $4,3\pm 0,1$ Ед. Уровень АлТ в 1 группе составила $1,38\pm 0,1$, а во второй группе $1,28\pm 0,1$ ммоль/л, после лечения $0,78\pm 0,1$ и $0,70\pm 0,1$ ммоль/л.

Установлено, что полный курс приема препарата Оксиматрин (ливерин) во второй группе предотвращает повреждение печеночной клетки. Так, при поступлении больных уровень АСЛ к ТА печени составило в 1 группе $6,94\pm 0,1\%$, а во второй группе $7,1\pm 0,1\%$, после лечения данный показатель снизился до $2,78\pm 0,1\%$ и $2,1\pm 0,1\%$ соответственно (см. приложение). Изучая данные эластометрии установлено, что в 1 группе измерение составило $7,28\pm 0,38$, а во второй группе $7,34\pm 0,39$ ммоль/л, после лечения $6,97\pm 0,3$ и $6,476\pm 0,1$ соответственно.

Полученные данные позволяют считать, что применение гепатопротектора на фоне этиотропной терапии ХВГС взаимно усиливает действие препаратов и приводит к стимулированию восстановления клеток печени и торможению фиброза печени.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (обзор литературы)

Исмадова М.И., Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт. Бухара, Узбекистан.

В настоящее время получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что у женщин с повторными ранними прерываниями беременностей достоверно чаще встречаются такие осложнения беременности как угрожающий выкидыш, плацентарная недостаточность, задержка роста плода, кровотечения во втором и третьем триместрах беременности, преждевременные роды [3]. Это свидетельствует о реализации плацентарных нарушений с самых ранних сроков беременности, что приводит к развитию поздних гестационных осложнений [1,2].

Ключевые слова: хромосомные аномалия, диагностика, свободной эмбриональной ДНК

FORECASTING OBSTETRIC COMPLICATIONS AND OUTCOMES OF PREGNANCY IN WOMEN ON THE BASIS OF MOLECULAR GENETIC STUDIES

Ismatova M. I., Ihtiyarova G. A., Kudratova D. Sh.

Bukhara state medical institute. Bukhara, Uzbekistan

Now the convincing data, testifying that women repeated early interruptions pregnancy authentically have such complications of pregnancy as a menacing abortion, placental insufficiency, a growth inhibition of a fruit, a bleeding in the second and third trimesters of pregnancy, premature birth [3] is more often is obtained. It testifies to realisation of placental infringements from the earliest terms of pregnancy that leads to development late gestationally complications [1,2].

Key words: chromosomal abnormality, diagnosis, free embryonic DNA

Проблема неинвазивной пренатальной диагностики интересует исследователей и клиницистов в связи с необходимостью своевременной постановки диагноза с минимальным риском для состояния матери и плода. При осложненном течении беременности возможности назначения инвазивных методов диагностики ограничены и сопряжены с высоким риском потери желанной беременности [4,5]. В то же время одной из

важнейших задач именно в условиях угрожающего выкидыша является оценка состояния плода и диагностика хромосомных аномалий, наследуемых от родителей или возникающих *de novo*.

Наиболее вероятны генетические причины при привычных потерях беременности в следующих клинических ситуациях:

- Очень ранние потери беременности (анэмбрионии).
- Семейный анамнез – данные о наличии в семье детей с хромосомной патологией или точечными генными мутациями.
- Наличие у супружеской пары случаев анеуплоидий [2,5,7].

У исследователей нет единого мнения относительно вопроса, улучшает ли прогноз для последующей беременности наличие анеуплоидии абортуса при цитогенетическом исследовании.

Около 50-70% спорадических ранних потерь беременности обусловлены хромосомными анеуплоидиями, чаще всего это моносомия по X хромосоме, трисомии по 16, 13, 18, 21 хромосомам [5]. При этом в большинстве случаев у родителей имеется нормальный кариотип. В ходе проведенных исследований сделан вывод, что женщины с выкидышами плодом с анеуплоидией находятся в группе повышенного риска для рецидива анеуплоидии при последующих беременностях. Кроме того, было отмечено [6,8], что анеуплоидии чаще встречаются при спонтанных выкидышах (частота около 50%), чем у женщин с привычным выкидышем (10%-25%). Если один из партнеров оказывается носителем сбалансированной хромосомной перестройки, прогноз в большей мере зависит от вида хромосомной перестройки [10].

Исходы беременностей у пар со сбалансированной транслокацией, как правило, благоприятные. В общий риск аномального рождения и привычного невынашивания беременности у пар, которые являются носителями сбалансированной транслокации. В 2-5% случаев у пар с повторными выкидышами, один из партнеров является носителем Робертсоновской транслокации. При этом вероятность рождения живого ребенка достигает 70%, особенно если только один из партнеров является носителем сбалансированной транслокации [5,6]. В этой связи парам со сбалансированными хромосомными перестройками необходимо предлагать инвазивную пренатальную диагностику (хориоцентез или амниоцентез), что занесено в клинические рекомендации ведения подобных пациентов [4,9, 10].

Хромосомные аномалии эмбриона при спорадических выкидышах присутствуют у 50% абортусов. Многие исследователи связывают это со старшим репродуктивным возрастом женщины и преждевременным истощением яичников. Однако повторяющиеся потери беременностей, в результате анеуплоидии встречаются гораздо чаще. Одиночные дефекты генов и неслучайная инактивация X-хромосомы могут быть причиной повторных выкидышей, которые нельзя обнаружить при рутинном кариотипировании.

В отдельных исследованиях получены данные о том, что в случае выявления анеуплоидии абортуса прогноз вынашивания следующей беременности лучше, чем у пар с привычным выкидышем и нормальным кариотипом погибшего эмбриона [7]. В другом исследовании, напротив, показано, что у пар с привычным выкидышем и наличием подтвержденной анеуплоидии в исходе беременности вероятность повторения подобной ситуации выше, чем при нормальном кариотипе абортуса [1,5,3]. Во всех случаях, подобные ситуации нечасто обусловлены сбалансированными хромосомными перестройками у матери или отца, как правило, кариотип родителей нормальный. Вместе с тем, частота сбалансированных хромосомных перестроек в парах с привычным выкидышем составляет 4,1 – 11%, по сравнению с популяционными данными – 0,6%. Наиболее часто встречаются сбалансированные реципрокные транслокации и Робертсоновская транслокация, реже инверсии и мозаицизм. В этой связи кариотипирование пар с привычным выкидышем входит в стандарт обследования в программе предгестационной подготовки [104, 144]. Кариотипирование родителей и дальнейшее консультирование генетика является важной частью обследования пар с повторными потерями беременности, в результате чего ставится вопрос о возможности планирования беременности и в необходимости инвазивной пренатальной диагностики во время беременности.

Открытие свободной (внеклеточной) эмбриональной ДНК (сэ-ДНК), циркулирующей в плазме крови матери, положило начало новым возможностям неинвазивной пренатальной диагностики во время беременности [1,2,9]. Пионерами в данной области были группа авторов под руководством Dennis Lo, с 1997 года непрерывно совершенствующие методы выявления сэ-ДНК [1,5]. Тем не менее, детальные исследования в неинвазивной пренатальной диагностике были проведены в течение последних пятнадцати лет, что связано с прогрессивным развитием технологии секвенирования. Доля сэ-ДНК в плазме крови матери составляет 1-2% от всей циркулирующей ДНК [7, 9], что ограничивало ее выявление и диагностические возможности методов. Задача, стоящая перед исследователями состоит в количественном определении ДНК плода на фоне большого количества ДНК матери. Некоторые локусы, такие как Y хромосома или ген RHD (Rhesus D), у беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови, позволяют детектировать количество ДНК в плазме матери методом ПЦР. Определение наличия Y хромосомы и гена RHD описано в мировой литературе и применяется в клинической практике. Однако таким образом можно определить ДНК плода только у 50% беременных женщин. На данный момент сэ-ДНК используется для неинвазивного пренатального определения пола плода при сцепленных с полом заболеваниях и резус-принадлежности плода у резус-отрицательных беременных женщин [6,8]. Новые открытия в эпигеномике сделали возможным использовать определения сэ-ДНК в течение беременности вне зависимости от пола плода [5, 7, 8, 9, 10]. Существует несколько способов определения доли свободной эмбриональной ДНК в крови матери вне зависимости от пола и Rh-фактора плода. Все они основаны на обнаружении различий между ДНК принадлежащей матери и ДНК плода. Одним из методов является определение ДНК плода на основании профиля метилирования. Данный метод основан на эпигенетических различиях между плодовой и

материнской ДНК, а именно на различиях в метилировании плодовой ДНК и ДНК матери. В качестве мишеней используются гены гиперметилированные у плода и гипометилированные у матери, что позволяет использовать чувствительные к метилированию рестриктазы. Подобные ферменты специфично разрушают неметилированную ДНК матери и оставляют только гиперметилированную ДНК плода. После этого становится возможной специфичная детекция свободной ДНК плода методом ПЦР в режиме реального времени [1,2,5,6,9,10]. К другим методикам относятся определение мутаций унаследованных от отца методом MALDI-TOF MS, матрично-активированная лазерная десорбция/ионизация, анализ коротких tandemных повторов. Клиническое применения данных методик описано для неинвазивной пренатальной диагностики талассемии, ахондроплазии, миодистрофии, муковисцидоза и врожденной гиперплазии коры надпочечников. Внедрение массивного параллельного секвенирования в научные и клинические исследования открыло новую эру в неинвазивной пренатальной диагностике, как в исследовательском, так и в практическом направлении [1,5,7]. Клиническое использование количественного измерения сз-ДНК в настоящее время активно развивается. Еще в 1999 году было обнаружено почти 5-кратное повышение сз-ДНК плода в кровотоке матери при преэклампсии по сравнению с группой женщин с нормально протекающей беременностью [1,3,6]. Было установлено, что при преэклампсии происходит выброс в материнский кровоток клеток синцитиотрофобласта, микрочастиц, ДНК и РНК молекул. Анализ данного материала может расширить понимание вклада плацентарных факторов в этиологию преэклампсии. При дальнейшем изучении этой патологии выявлен не только рост уровня сз-ДНК, но и значительное повышение общего уровня ДНК матери, причем увеличение обоих показателей соответствовало степени тяжести преэклампсии [127]. Кроме того, было показано, что концентрация сз-ДНК возрастает задолго до появления первых клинических симптомов. Так как ДНК плазмы является маркером клеточной гибели, повышенный уровень фетальной ДНК может быть результатом некроза и апоптоза клеток плаценты. С другой стороны, нарушение функции почек и печени, наблюдаемое при преэклампсии, ослабляет выведение циркулирующей ДНК из материнской крови. Кроме преэклампсии, были описаны и другие акушерские осложнения, при которых имеет место повышение уровня сз-ДНК: преждевременные роды, тяжелая рвота беременных, плотное прикрепление плаценты или ее вращение, ЗРП, внутриматочные гематомы, многоводие, плацентарная недостаточность [8, 9,10]. Связь повышенных уровней сз-ДНК с развитием плацентарной недостаточности была продемонстрирована в нескольких исследованиях. Так во Франции, определены уровни сз-ДНК у женщин с задержкой роста плода (ЗРП) в связи с преэклампсией (группа А, 19 женщин), при ЗРП вследствие других причин (группа В, 31 пациентка). Контрольная группа состояла из 28 женщин (группа С). В результате исследования были сделаны выводы, что уровни как общей, так и сз-ДНК были достоверно выше при плацентарной недостаточности и ЗРП [1,5]. В Бристольском университете проводили оценку уровней сз-ДНК в плазме крови матери во время нормальной беременности и сравнивали с осложненной беременностью (плацентарная недостаточность, преэклампсия и / или ЗРП). В исследование вошли 138 женщин, вынашивающих плод мужского пола, из них у 77 женщин беременность протекала нормально, у 49 – осложнилась преэклампсией, у 12 – были признаки ЗРП. Уровни сз-ДНК были значительно выше у женщин с преэклампсией и с ЗРП, чем у женщин с нормальной беременностью, а также наблюдалась взаимосвязь высоких уровней сз-ДНК со степенью тяжести преэклампсии. Группой ученых из Копенгагена было проведено исследование, в котором проанализирована взаимосвязь повышенных уровней сз-ДНК у женщин с высоким риском преждевременных родов [9]. Была обнаружена значительная связь между преждевременными родами и повышенным уровнем сз-ДНК, точность метода составляла 95%. Другое исследование было посвящено определению взаимосвязи между уровнями сз-ДНК в крови матери и сроками родоразрешения [8,9]. Установлена взаимосвязь высоких уровней сз-ДНК в крови у женщин с развитием спонтанных преждевременных родов. Это наблюдение требует дальнейшего исследования для понимания патогенетических механизмов, лежащих в основе данного состояния. Кроме того, сз-ДНК и общая ДНК матери были предложены в качестве потенциальных маркеров для неинвазивной пренатальной диагностики во время беременности. Тем не менее, соотношение изменений уровней сз-ДНК и материнской ДНК при самопроизвольном выкидыше плодом с анеупloidией еще не до конца изучены. Так в Корее было проведено исследование, где определялись уровни свободной эмбриональной ДНК и общей ДНК в кровотоке женщин с самопроизвольным выкидышем плодом с анеупloidией [6]. В исследование вошло 268 женщин в первом триместре беременности, из них 41 женщина с самопроизвольным выкидышем и нормальным кариотипом плода, 26 женщин с самопроизвольным выкидышем плодом с анеупloidией, и 201 женщина контрольной группы. Неметилированный PDE9A ген был использован для измерения уровней свободной эмбриональной ДНК в материнской плазме. Уровни свободной эмбриональной ДНК и общей ДНК были значительно выше у женщин с самопроизвольным выкидышем, как с нормальным кариотипом плода, так и с анеупloidиями по сравнению с контрольной группой (P <0,001 в обеих группах). В результате был сделан вывод, что высокие уровни сз-ДНК и общей ДНК матери были выявлены у женщин с самопроизвольным выкидышем плодом с анеупloidией [9,10]. Эти результаты показывают, что свободная эмбриональная ДНК может быть полезным маркером для прогнозирования самопроизвольного выкидыша, как в случаях анеупloidии, так и при нормальном кариотипе плода.

Литература

- Айламазян, Э. К. Гестоз : теория и практика / Э. К. Айламазян, Е. В. Мозговая. - М. : Медпресс-информ, 2008.
Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1218 с.

- Александрова, Н. В. Ранние этапы становления системы мать - плацента - плод / Н. В. Александрова, О. Р. Баев // Акушерство и гинекология. - 2011. - № 8. - С. 4-10.
- Баев, О. Р. Особенности состояния венозной гемодинамики плода при нарушениях артериального кровотока в фетоплацентарной системе / О. Р. Баев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2004. - Т.3, № 1. - С. 30-36.
- Баранов, В. С. Цитогенетика эмбрионального развития человека / В. С. Баранов, Т. В. Кузнецова. - СПб. : Изд-во Н-Л, 2007. - 620 с.
- Баранов, В. С. Новое в пренатальной диагностике и профилактике наследственных и врожденных болезней у плода человека / В. С. Баранов // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 5. - С. 45-50.
- Баранов, В. С. Экологические и генетические причины нарушения репродуктивного здоровья и их профилактика / В. С. Баранов, Э. К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. - 2007. - Т. LVI, вып.1. - С. 3 - 10.
- Баранов, В. С. Прикладное и фундаментальное направления пренатальной диагностики / В. С. Баранов, Э. К. Айламазян. - // Журнал акушерства и женских болезней. - 2012. - Т. LXI, вып.1. - С. 54-61.
- Бахарев, В.А. Неинвазивный скрининг беременных / В.А. Бахарев, Н.А. Каретникова, А.М. Стыгар // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 4. - С. 26-31.
- Парсаданян Нанэ Геворковна / Прогнозирование акушерских осложнений и исходов беременностей у женщин с привычным выкидышем на основании молекулярно-генетических исследований/2015

ДВУСТОРОННИЙ АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ , ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

С.А Калинина, аспирант кафедры детской челюстно-лицевой хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, врач-челюстно-лицевой хирург, Москва, Россия, sonya.kalinina@gmail.com

Научный руководитель: О.З. Топольницкий, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ , заведующий кафедрой детской челюстно-лицевой хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, врач-челюстно-лицевой хирург, Москва, Россия

Резюме: В статье приводятся результаты лечения 55 детей с двусторонними анкилозами височно-нижнечелюстных суставов за период 2014-2018 год. Нами представлен алгоритм планирования хирургического лечения детей и дальнейшей реабилитации в зависимости от характера поражения ветви нижней челюсти патологическими анкилотическими разрастаниями, степени деформации нижней челюсти, возраста ребенка. Алгоритм лечения используется нами при лечении детей и подростков на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова.

Ключевые слова: двусторонний анкилоз височно-нижнечелюстного сустава, дефекты нижней челюсти, деформации нижней челюсти , аномалии окклюзии

Summary: The article presents the results of treatment of 55 children with bilateral ankylosis of the temporomandibular joints for the period 2014-2018 year. We have presented an algorithm for planning the surgical treatment of children and further realization, depending on the nature of the lesion of the lower jaw branch, pathological ankylotic growths, the degree of deformation of the mandible, and the age of the child. The treatment algorithm is used by us at the Department of Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery of the Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova.

Keywords: bilateral ankylosis of the temporomandibular joint, mandibular defects, mandibular deformities, occlusion anomalies

Двусторонние анкилозирующие заболевания височно-нижнечелюстного сустава являются сложнейшей в плане лечения и реабилитации патологией у детей. Частота односторонних анкилозов височно-нижнечелюстных суставов составляет 7-8 % из всех хирургических больных, двусторонних поражений 4-6% в детской хирургии и 25-27% и 15-17% в челюстно-лицевой хирургии.

В 75% случаев клинически заболевание проявляется у детей на первом году жизни, и как правило обусловлены рядом причин: это воспалительные заболевания, такие как гематогенный остеомиелит на фоне сепсиса новорожденных, воспаление среднего уха, травматические поражения -травма нанесенная при родовспоможении , травма ребенка при падении, игре.

Единственным эффективным способом лечения двусторонних анкилозирующих заболеваний ВНЧС является хирургическое вмешательство.

Цель исследования: совершенствование методов диагностики и лечения детей и подростков с двусторонним анкилозом ВНЧС.

Материалы методы С 2014 по 2018 год в отделении ЧЛХ стоматологическом детском, клинического центра челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии осуществлено хирургическое лечение 35 детей и подростков с 3-17 лет, с диагнозом "Двусторонний анкилоз ВНЧС". После комплексного обследования пациентов всем детям было проведено хирургическое лечение. Нами было выполнено 35 хирургических операции, 8% детей (7 пациентам) была выполнена операция «Остеотомия левой и правой ветвей нижней челюсти с удалением анкилозических разрастаний», с последующим скелетным вытяжением. 8% детей (5 детям) «Костная пластика аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости». 22% детей (8 детей) была проведена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой дефекта эндопротезом». 38% (10 детям) «Остеотомия ветви нижней челюсти с постановкой в область ветви нижней челюсти дистракционного аппарата» 14% (5 подросткам) была выполнена ортогнатическая операция «Остеотомия верхней челюсти по типу Le Fort 1, межкортикальная остеотомия нижней челюсти с постановкой челюстей в ортогнатическое соотношение и остеотомия подбородка».

Результаты исследования: Таким образом завершается комплексная реабилитация детей и подростков с деформациями челюстей после устранения анкилоза ВНЧС. С 2014-2018 полностью проведено лечение у 28 (80% детей) пациентов, с хорошим функциональным и эстетическим эффектом. 7 детей (20%) находятся на диспансерном наблюдении и дети нуждаются в дальнейших реконструктивных операциях, в том числе ортогнатической хирургии.

Выводы: Следует отметить, что полностью устранить деформацию костей лица после устранения анкилозов ВНЧС не всегда удается. После 16-17 лет необходимо проводить завершающий этап реабилитации- ортогнатическую операцию и дальнейшую ортодонтическую коррекцию.

Список литературы

1. Топольницкий О.З., Калинина С.А.// Improvement of methods of treatment of deformation of the lower jaws after occurred ankylosis tjm in a child age 2018 HEAD AND NECK JOURNAL, сборник тезисов vi междисциплинарного конгресса по заболеваниям головы и шеи с международным участием, 2018, С79-80
2. Топольницкий О.З., Калинина С.А., Шорстов Я.В.// Совершенствование методов лечения деформации нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей/ Научно-практический журнал "Российская стоматология". Москва 2018 – Т. 11, №1. с. 62
3. Bilateral total mandibular reconstruction with patient specific implants for temporomandibular joint ankylosis, J. Chaurand, L. Pacheco-Ruíz, Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 119, Issue 3, pp. 169–256 (June 2018)
4. Condyle-preserved arthroplasty versus costochondral grafting in paediatric temporomandibular joint ankylosis: a retrospective investigation, L. Xia Y. He J. An S. Chen Y. Zhang, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 47, Issue 8, pp. 953–1094 (August 2018)
Protocol for Single-Stage Bilateral Temporomandibular Joint Replacement Using Intraoperative Navigation in Patients With Ankylosis, Marshall F. Newman, D. Graham Lee, M. Kinon, Lecholop, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 76, Issue 7, July 2018, Pages 1418-1423

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МИКСТ-ПАРАЗИТОЗОВ

Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажоннова Д.Б., Магзумов Х.Б., Сапарова Д.А.
Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент. Узбекистан.

Ключевые слова: микст-паразитозов, лямблиоз кишечника, энтеробиоз, гименолепидоз.

Актуальность проблемы. В Республике Узбекистан кишечные паразитозы все еще занимают значительный удельный вес в красовой патологии. Кишечные паразитозы, распространенные в странах умеренного климата, как правило не приводят к гибели пациента, однако оказывают существенное негативное влияние на здоровье человека. Особенностью большинства паразитарных болезней является хроническое течение, связанное с длительным, иногда многолетним присутствием возбудителя в организме больного, что определяется, как продолжительностью жизни паразитов, так и отсутствием формирования стойкого иммунитета у переболевших, а значит возможностью частых реинвазий [3,4,5]. Одним из распространенных кишечных паразитозов в странах Центральной Азии является лямблиоз кишечника, энтеробиоз и гименолепидоз, которые наиболее часто регистрируются у детей и нередко протекают в виде микст-паразитозов. Дети, у которых имеются первичные нарушения в желудочно-кишечном тракте, наиболее часто инвазируются лямблиями и гельминтами. Заражение этими паразитами в дальнейшем поддерживает эти изменения, поскольку кишечные паразиты вызывают также функциональные нарушения гепатобилиарной системы [5]. Поэтому улучшение функций желудочно-кишечного тракта способствует более быстрому освобождению организма от паразитов.

«Фортикур» - комплексный препарат растительного происхождения, содержащий в составе девясил высокий, цикорий, солодку, кукурузные рыльца, тысячелистник, нормализующие состав желчи, обладающие желчегонным, спазмолитическим и другими свойствами. А также обладает мощным гепатопротекторным, противовоспалительным и болеутоляющим действиями.

Целью исследования явилось оценить клиническую эффективность препарата «Фортикур» в комплексном лечении микст-паразитозов.

Материалы и методы исследований. Всего под наблюдением находились 78(100%) больных в возрасте от 7 до 18 лет с микст-паразитозами, обратившихся в консультативную поликлинику НИИЭМИЗ МЗ РУз. Диагноз паразитарной инвазии выставлялся на основании результатов копроскопии с использованием метода Фюллеборна и соскоба с перианальных складок. Распределение лечебной и контрольной групп по полу, возрасту и характеру смешанной паразитарной инвазии было однотипным. Так, мальчиков было 57,5%, девочек - 42,5%. Все больные разделены на 2 группы: лечебную 51,3% (40 больных: из них 15-лямблиозом+15 энтеробиозом+10-гимонолепидозом) и контрольную 48,7% (38 больных: из них 15-лямблиозом+15 энтеробиозом+8-гимонолепидозом). Сбор эпидемиологического анамнеза показал, что у 70 (89,7%) больных имели удовлетворительные социально-бытовые условия, вместе с тем большинство из них не соблюдали санитарно-гигиенические правила. Анализ результатов эпидемиологического анамнеза у больных детей со смешанными паразитозами показал, что основным путем распространения паразитозов является контактно-бытовой путь у 63 (80,8%) больных. В анамнезе у 2 (2,6%) больных лямблиозом кишечника и 3(3,8%) лямблиоз с гимнолепидозом несколько лет назад перенесен ВГА, у 41(52,6%) - ветряная оспа и 34(43,5%) – корь. Все больные отмечали ранее перенесенные ОРВИ.

Курсы антипаразитарного лечения энтеробиоза и гимнолепидоза с лямблиозом проводился поочередно. Расчет дозировки препаратов осуществлялся в зависимости от возраста и массы тела больного. Сначала лечили эртериобиоз, затем проводили терапию против лямблиоза, в конце лечили гимнолепидоз. Специфическое антипаразитарное лечение лямблиоза проводили метронидазолом, который назначали в течение 7 дней в возрастной дозировке: детям от 7 до 10 лет по 0,125 г 3 раза в сутки; детям от 10 до 14 лет по 0,25 г 2 раза в сутки. Кроме метронидазола, больные лямблиозом получали в качестве этиотропного средства фуразолидон по 0,05 г 4 раза в день через 30 мин. после еды в течение 7 дней. В качестве этиотропного средства больным гимнолепидозом назначался фенасал по следующей схеме: в возрастной дозировке (детям от 7 до 12 лет – по 1,5 г от 12 по 14 лет - по 2,5 г в сутки) 4 раза в день (в 6-00, в 8-00, в 10-00, в 12-00 ч) в течение 4 дней. Затем в течение 4 дней выдерживали перерыв, потом вновь в течение 4 дней продолжали лечение по вышеприведенной схеме. До применения фенасала больным утром натощак внутрь назначали 2% раствор соды в количестве 100,0 мл. Курс антипаразитарного лечения энтеробиоза включал использование мебендазола (вермокс) однократного в возрастных дозировках.

Всем больным, помимо антипаразитарных препаратов, назначалась диета стол №5. Раствор магния сульфата по 1 столовой ложке 3 раза в день внутрь 10 дней, мезим по 1 таб 3 раза в день после еды. После элиминации паразитов назначали витаминотерапию: пиковит по 1 капсуле 2 раза в день, бифидопрепараты.

Больные лечебной группы (за исключением контрольной группы) вместе с традиционным противопаразитарным лечением получали «фортикур» в дозе 5-10мл x 2 раза в день до еды в течение 10 дней.

Результаты исследования обрабатывали на персональном компьютере Pentium IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности P<0,05

Результаты и обсуждение. У всех больных симптоматика, заставившая обратиться их к врачу, беспокоила их в течение не менее 1,5-2 мес, что позволяет предположить хроническое течение паразитозов. Клиническая картина паразитозов у детей младшего школьного возраста проявлялась болевым, диспепсическим и астеновегетативным синдромами, а также аллергическими проявлениями. Полученные данные свидетельствуют о том, что клиническая картина кишечных паразитозов у детей младшего школьного возраста полиморфна и в основном носит неспецифический характер.

Смешанная паразитарная инвазия характеризовалась широким диапазоном клинических проявлений. Как видно из таблицы 1, у больных с микст-паразитозами отмечались проявления болевого, диспептического и астеновегетативного синдромов. Так, все больные со смешанной паразитарной инвазией предъявляли жалобы на слабость и повышенную утомляемость, с высокой частотой регистрировались такие симптомы как головная боль и головокружение, раздражительность, нарушение сна.

Таблица 1 -Динамика клинических признаков у больных микст-паразитозами лечебной и контрольной группы, получавших комплексную терапию включающую фортикур, (n/M±m)

№	Клинические симптомы	До лечения (n=40)	После лечения	
			Лечебная группа n=40)	Контрольная группа (n=38)
1.	Общая слабость	100,0±0	32,3±4,9*	40,0±4,8*
2.	Повышенная утомляемость	100,0±0	35,2±5,6*	41,2±5,9*
3.	Тошнота	76,1±3,4	5,0±6,5* **	28,1±6,8*
4.	Рвота	24,5±4,6	-	6,4±4,5*
5.	Боли в животе	71,3±6,5	9,5±4,6* **	44,5±7,6*
6.	Боли в правой подвздошной области	69,7±4,6	9,1±5,9* **	31,6±5,9*
7.	Зуд в анальном области	75,1±4,3	16,4±6,2* **	54,6±7,4*

8.	Метеоризм	84,0±7,1	10,4±5,7* **	50,0±6,8*
9.	Диарея	65,2±3,3	-	35,2±4,9*
10.	Запоры	25,0±6,8	5,0±6,5*	10,0±5,4*
11.	Аллергодерматозы	16,1±3,4	2,1±0,5*	6,1±4,8*
12.	Нарушение сна	44,5±4,6	13,7±2,1*	23,4±6,5*
13.	Скрежет зубами	35,9±7,5	-	4,8±3,2*
14.	Раздражительность	92,7±6,1	20,6±7,8*	27,9±5,2*
15.	Головные боли, головокружение	82,5±6,0	15,0±7,9* **	45,0±7,1*

Примечание: * - достоверные различия по сравнению с данными до лечения

** - достоверные различия между лечебной и контрольной группами

Более трети пациентов отмечали наличие скрипа зубами преимущественно в ночное время, что может быть следствием токсического влияния метаболитов паразитов и продуктов их жизнедеятельности на центральную нервную систему.

О негативном влиянии микст-паразитозов на состояние гепатобилиарной системы свидетельствует наличие таких симптомов, как боли в животе и в правой подвздошной области, тошнота, метеоризм, установленные у 71,3±6,5%, 69,7±4,6%, 76,1±3,4% и 84,0±7,1% больных соответственно.

Следует отметить, что по сравнению с проявлениями астеновегетативного синдрома, указанные симптомы были более постоянны и интенсивны, и именно их наличие послужило причиной обращения больных за медицинской помощью.

Терапия микст-паразитозов во всех случаях была эффективной, что подтверждалось отрицательными результатами повторных паразитологических исследований. Как в основной, так и в контрольной группах отмечалось достоверное снижение частоты основных клинических симптомов по сравнению с данными до лечения (таблица 1).

Включение растительного препарата «Фортикор» в комплексную терапию микст-паразитозов приводило к более быстрому регрессу клинической симптоматики. Как видно из таблицы 1, у больных лечебной группы достоверно реже по сравнению с контрольной группой отмечались боли в животе и в правой подвздошной области, тошнота, метеоризм-9,5±4,6%, 9,1±5,9%, 5,0±6,5% и 10,4±5,7% при 44,5±7,6%, 31,6±5,9%, 28,1±6,8% и 50,0±6,8% в контрольной группе соответственно.

Необходимо отметить, что в лечебной группе уже на 3-4 дни лечения регистрировалось значительное снижение интенсивности болей в животе, тяжести в правом подреберье, слабости, раздражительности.

Обращает внимание, что после лечения у больных микст-паразитозами, получавших «Фортикор» полностью исчезали такие симптомы как рвота, диарея, скрежет зубами, чего не наблюдалось в контрольной группе.

Вероятно, это связано с реализацией комплекса позитивных свойств препарата на состояние гепатобилиарной системы, а именно желчегонного и спазмолитического эффектов препарата. В частности, установлено, что желчь губительно действует на лямблии [2], а значит средства, нормализующие желчеотделение и моторику желчевыводящих путей, не только восстанавливают нормальное функционирование гепатобилиарной системы, но и значительным образом способствуют элиминации паразитов. Очевидно, что эффективность терапии микст-паразитов будет выше при комплексном воздействии на паразитов, как противопаразитарными препаратами, так и средствами нормализующими секрецию и эвакуацию желчи.

Следует отметить, что у больных после окончания лечения продолжали отмечаться такие симптомы, как боли в животе и в правом подреберье, метеоризм, головная боль, головокружение. Наличие указанных симптомов у больных обеих групп после паразитологического излечения может быть свидетельством, как более глубокой функциональной патологии гепатобилиарной системы, индуцированной паразитами, так и проявлением побочного действия противопаразитарных препаратов.

Необходимо подчеркнуть, что в группе больных, получавших наряду с противопаразитарным лечением «Фортикор», частота и интенсивность указанных симптомов была в 3-4 раза ниже, чем в контрольной группе.

Вероятно, позитивный эффект «Фортикор» проявлялся не только снижением частоты и интенсивности основных клинических признаков, но и в определенной степени предотвращением возможных побочных реакций противопаразитарных средств. «Фортикор» хорошо переносился, побочных эффектов во время приема препарата отмечено не было.

Выводы: 1. Токсическое действие метаболитов микст-паразитов на печень, а также риск развития побочных реакций из-за сочетания противопаразитарных средств, диктует необходимость поиска препаратов, эффективно и безопасно устраняющих и предотвращающих развитие негативных сдвигов.

2. Растительный препарат «Фортикор» полностью отвечает указанным требованиям и может быть рекомендован к применению в комплексном лечении больных с микст-паразитами.

Литература

- Вахабов Т.А., Саидахмедова Д.Б., Разакова Б.Ш. Современные подходы к оценке клинического течения смешанных паразитарных инвазий // Вестн. врача общ. практи.- Самарканд. – 2007. – С.78-79.
 Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. - М. Медицина. – 2002. -235с.
 Паразитарные болезни человека. Под ред. Сергиева В.П., Санкт-Петербург, Фолиант.- 2011.- 608с.
 Hanevik K., Hausken T., Morken M.H. et al. Persisting symptoms and duodenal inflammation related to Giardia duodenalis infection // J. Infect. – 2007. – Vol.55, N6. – P. 524-530.

Fuglestad A.J., Lehmann A.E., Kroupina M.G. et al. Iron deficiency in international adoptees from Eastern Europe // J. Pediatr. – 2008.- Vol.153, N2.- P.272-277.

Резюме

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МИКСТ-ПАРАЗИТОЗОВ

Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Магзумов Х.Б., Сапарова Д.А.

Установлено, что включение в комплексную терапию микст-паразитов препарата растительного происхождения Фортикура приводило к положительной динамике клинической симптоматики, быстрому регрессу основных симптомов, предотвращению развития побочных реакций.

Summary

COMPLEX TREATMENT OF MIXT- PARAZITOSIS

Karimova M.T., Niyazova T.A., Mirzajonova D.B., Magzumov H.B., Saparova D.A.

It was found that complex therapy of mixed parasitic domestic preparation of plant origin Forticur led to positive dynamics of clinical manifestation, rapid regression of the main symptoms, prevention of adverse reactions.

СЛУЧАЙ АМЕБИАЗА В ПАВЛОДАРЕ

Кененбаева Б.Е., Каукенова Д.У., Айткулова В.Р., Мутушева А.Т.

ПФ ГМУ Семей, г. Павлодар.

Ежедневная заболеваемость кишечными инфекциями в мире составляет 11-12 миллионов человек, за год регистрируется до 4 миллиардов случаев (по данным ВОЗ). Размах заболевания влечет огромные экономические и самое главное - человеческие потери. В последние годы неуклонно растет количество кишечных инфекций протозойной этиологии, в частности амебиазом. Не смотря на то, что заболеваемость амебиазом наиболее высока в странах с жарким климатом тропиков и субтропиков, а в регионах с умеренным климатом преобладает носительство, клинические случаи регистрируют и у нас. Это связано с усилением миграции населения, а значит большей возможностью инфицирования при поездке в эндемичные регионы. Отсутствие настороженности врачей и знания этой патологии может привести к поздней диагностике и несвоевременному, неадекватному лечению.

Для наглядности приводим описание случая кишечного амебиаза в инфекционном отделении Областной клинической больницы им. Г.Султанова г. Павлодара Республики Казахстан.

Пациент Б., 28 лет поступил 06.10.13г. с жалобами на подъем температуры тела до 38,5⁰, озноб, слабость, частый жидкий стул с примесью крови и слизи в виде “малинового желе”, снижение аппетита. Выезжал за границу с 01.08.13г до 03.08.13г в Китай, и затем в Турцию, 09.08.13г был в Таиланде.

Заболел впервые, остро с 23.09.13г, получал амбулаторное лечение: ципролет, креон, эрсефурил. Состояние ухудшалось. В стационаре 08.10.13г был выставлен диагноз: Амебиаз, тяжелое течение. Язвенный колит. Бактериальный эндокардит. Реактивный гепатит. Реактивный плеврит. Реактивный нефрит. Митральная трикуспидальная недостаточность, I-II ст. декомпенсация. Диагноз подтвержден лабораторно - в кале от 08.10.13г обнаружены вегетативные формы амебы (forma magna, forma minuta), от 11.10.13г – цисты амебы.

Получил лечение: стол 2, режим постельный, метрогил 100,0 x 3 раза в день в/в в течение 10 дней, цефтазидим 1,0x4 раза в день 8 дней, ципролет 100,0x2 раза в день в/в кап 5 дней, аминокaproновая кислота 100,0 № 5, дицинон 2,0x4 раза в день в/м, гептрал в/в кап 800 мг, поляризующая смесь, контрикал 20.000ед, салкосерил 10 мг № 4, вит В1, В6 по 2,0 черед. в/м, бифиформ 1 кап x2 раза, хилак-форте 40 кап x3 раза, креон 10.000ед x 3 раза в день, флуконазол 150 мг в нед., доксициклин 0,1 x1 раза в день, лечебные клизмы, сульфосалазин 1,0x 4 раза 5 дней, фолиевая кислота 5 мг x3 раза в день. кальций хлористый 1 % 200,0, гептрал 400 мг в/м.

18.10.13г появилась одышка, сохранялась субфебрильная температура.

Копрограмма от 18.10.13г - лейкоциты 5-7 в п/зр эр. 25-35 в п/зр цисты не обнаружены.

После консультации кардиолога, с диагнозом - Бактериальный эндокардит, для дальнейшего лечения был переведен в кардиологическое отделение 2 городской больницы. На момент перевода по основному заболеванию улучшение от 17.10.13г и 18.10.13 вегетативные и цистные формы амебиаза не обнаружены. У больного стул 2 раза кашицеобразный, в кале периодически алая кровь.

Было рекомендовано: 1-долечивание язвенного колита (сульфосалазин 1,0x4 раза в день через рот длительно под контролем ОАК, ОАМ, контролем хирургов); 2-продолжить лечебные клизмы; 3- анализ кала на простейшие в поликлинике по месту жительства; 4-повторная консультация торакального хирурга; 5-продолжить гепатопротекторы, бифиформ, витамины группы В, ферменты; 6-контроль ОАК, ОАМ, б/х крови (печеночных проб, общего белка и белковой фракции), коагулограмм; 7-контроль рентгенографии легких.

Повторного обращения пациента в стационар не было.

Причиной длительного и безуспешного лечения данного пациента на догоспитальном этапе явилась недостаточная профессиональная подготовка врачей в вопросах диагностики и лечения протозойных кишечных заболеваний.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Колесникова Е. А., 5 курс, лечебный факультет, город Оренбург, Российская Федерация, katemonik@gmail.com
Научный руководитель –Шукшина Л. М., к. м. н., доцент, город Оренбург, Российская Федерация, shukshinalarisa@mail.ru

Целью работы было провести анализ соответствия стандартов стационарной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2-ого типа (СД-2) в условиях реальной клинической практики. Для выполнения данной цели были поставлены задачи:

1. Изучить содержание национальных клинических рекомендаций, алгоритмов специализированной помощи, стандартов оказания помощи больным СД.
2. Провести анализ историй болезни больных СД-2, лечившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ ООКБ в 2017 году.

Материалы и методы: истории болезни пациентов, лечившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ ООКБ в 2017 году.

Полученные результаты. В 2017 году в эндокринологическом отделении лечилось 690 пациентов с СД-2. В структуре сахароснижающей терапии инсулинотерапия присутствовала у 90% госпитализированных пациентов, причем у 74% она была интенсифицированной. Среди пероральных сахароснижающих препаратов преобладали бигуаниды (84%). 20% пациентов получали сульфонилмочевинные препараты: гликлазид МВ, глимепирид, глибенкламид. На долю инкретиновых препаратов – ингибиторов дипептидилпептидазы 4-го типа (вилдаглиптин, аллоглиптин) пришлось 3% лекарственных назначений, а ингибиторов натрий-глюкозных котранспортеров 2-го типа (дапаглифлозин, эмпаглифлозин) – еще 2%. Помимо этого установлено, что у 50% больных СД-2 был снижен уровень клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м², причем у 9% пациентов СКФ оказалась ниже 45 мл/мин/1,73 м², что учитывалось в коррекции лекарственных назначений.

Около 88% пациентов с СД-2 имели артериальную гипертонию, и у 60% из них наблюдалась сердечная недостаточность I-IIa степени. Препаратами выбора были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, тиазидоподобные диуретики и антагонисты кальция [1]. При наличии у пациентов сердечной недостаточности лечение дополнялось назначениями β-блокаторов [1;2]. Повышенный уровень холестерина наблюдался у 60% больных, по поводу чего они получали статины [1] (аторвастатин, симвастатин, розувастатин) в рекомендованной терапевтической дозе.

Выводы. Проведенное исследование показало, что пациентам отделения проводится рациональная сахароснижающая, гипотензивная, гиполипидемическая терапия в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным СД-2.

Список литературы:

1. Дедова И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – Москва, 2017. – 112 с.
2. Каплиева М. П. Современные возможности и подходы к лечению сахарного диабета типа 2 [Электронный ресурс] / М. П. Каплиева. – Проблемы здоровья и экологии. – Гомель, 2012. – С.23-27. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-i-podhody-k-lecheniyu-saharnogo-diabeta-tipa-2>, свободный.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША САРЫП АУРЫМЕН АУРУШАНДЫҚТЫҢ ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ

Конирбаева К.Н., 2-оқу жылының магистранты, «Медицина» мамандығы бойынша, Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, e-mail: kamshat-2011@mail.ru.
Абуова Г.Н., ғылыми жетекші, м.ғ.к., профессор, Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, e-mail: dr.abova@gmail.com.

Бруцеллез – адамдардың ауыр инфекциялы-аллергиялық ауруы, ол созылмалы қайталанбалы ағымға бейім, ағзаны жүйелі түрде зақымдайды және де жиі мүгедектікке әкеледі. Қарапайым жағдайда адамдардың ауруға шалдығуы ауру малмен қатынаста болғанда және ауруды жұқтырған заттармен жұмыс жасап, тұтынғанда жүғады. [1,2].

Бруцеллез жер шарының бүкіл аймағында тіркеліп, қазіргі уақытта өзекті аурулардың бірі болып тұр. [3].

Қазақстан аймағында әр жыл сайын біріншілік анықталған бруцеллез диагнозымен 1000 адам науқастанды [4]. ДСДРО және ҚР ДСБ мәліметтері бойынша 2007 жылы 2278 науқас, 2008 жылы 2577 науқас, 2009 жылы 2110 науқас, 2010 жылы 2153 науқас, 2011 жылы 1800 науқас, 2012 жылы 1509 науқас, 2013 жылы 1443 науқас, 2014 жылы 1443 науқас, 2015 жылы 1335 науқас, 2016 жылы 1047 науқас, 2017 жылы 1104 науқас. Осы мәліметтерге сүйенсек Қазақстан Республикасы аумағында жалпы біріншілік анықталған бруцеллезбен науқастар саны соңғы жылдары біршама азайған. Соңғы 10 жылда біріншілік анықталған бруцеллездің 100 мың науқасқа шаққанда орташа деңгейі 5,88-8,99 аралығында.

Сонымен қатар біз Оңтүстік Қазақстан облысының біріншілік анықталған бруцеллезі диагнозымен тіркелген науқастардың ДСДРО статистикалық мәліметтері талданды. Ол 2007-2017 жыл аралығындағы мәліметтерді қамтыды, абсолюттік аурушандық көрсеткіш бойынша 2007 жылы 811 науқас, 2008 жылы 918

науқас, 2009 жылы 683 науқас, 2010 жылы 679 науқас, 2011 жылы 463 науқас, 2012 жылы 425 науқас, 2013 жылы 436 науқас, 2014 жылы 382 науқас, 2015 жылы 279 науқас, 2016 жылы 279 науқас, 2017 жылы 287 науқас тіркелген.

Бұл мәліметтерден біздің тағы да бруцеллездің Қазақстан Республикасы үшін оның ішінде оңтүстік өңірдің, әсіресе мал шаруашылығымен айналысатын тұрғындар үшін өзекті мәселе екендігіне көзіміз жетті.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Эпидемическая опасность бруцеллеза в современных условиях. В.Ю. Охупкина (verona2205@mail.ru), Н.В. Пяткова, Д.Л. Павлов, А.А. Сулопаров Филиал ФГБУ «48 Центральный научно-исследовательский институт» Минобороны России, г. Киров
2. Hurtado R. Brucellosis – new and old issues regarding diagnosis and management Harvard education online, 31 октября 2001 г. Доступно на: <http://www.mgh.harvard.edu/id/images/brucellosis.pdf>
3. CBRNE – Brucellosis. E-Medicine Journal; 2001; 2: 10
4. Статистические сборники "Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения"

СИБИРСКАЯ ЯЗВА В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Кунышбекқызы Б., резидент 1 года обучения по специальности «Инфекционные болезни, в том числе детские»
ГМУ г. Семей, balzhan.0694@mail.ru

Научные руководители: к.м.н., профессор Абуова Г. Н., г. Шымкент, Казахстан dr.abuova@gmail.com, к.м.н.,
доцент Маукаева С. Б. г. Семей, Казахстан solly66@mail.ru

Актуальность. Сибирская язва является острым инфекционным заболеванием, которое в случае неоказания своевременной помощи может закончиться летальным исходом. Передается человеку через мясо инфицированных животных и продукты их переработки. Заболеваемость сибирской язвой среди людей встречается на всех 5 континентах земного шара. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно заболевает более 20 млн. голов животных и регистрируется от 20 до 100 тыс. заболеваний людей с нередким летальным исходом[1]. От человека к человеку инфекция не передается. Споры инфекции могут храниться в земле до 100 лет. Известно, что при легочной форме сибирской язвы летальность достигает 100%, при кишечной - 50%, а при кожной 10-20%. Возбудитель сибирской язвы относится к третьей группе биологической опасности и в некоторых странах (в частности, Китайская Народная Республика) изучался как эффективное биологическое оружие. Эксперты Всемирной организации здравоохранения подсчитали, что через 3 дня после распыления 50 кг. спор над двухкилометровой зоной по направлению ветра в сторону города с населением 500 тыс. человек будет наблюдаться инфицирование 125 тыс. (25%) жителей и 95 тыс. летальных исходов[3]. Серьезную угрозу стабилизации обстановки по сибирской язве в Казахстане представляют два тревожных и непредсказуемых обстоятельства: объективное существование отдельных гиперэндемичных зон, а также ветеринарно-санитарная неграмотность скотоводческого населения ряда регионов[2]. Несоблюдение правил техники безопасности на предприятиях по заготовке и переработке промышленного сырья животного происхождения, а также недостаточный контроль со стороны административных органов за соблюдением правил реализации мяса среди населения и недостаточная санитарная грамотность населения. Статистические показатели в Туркестанской области: в период с 2012 – 2013 гг. не было официально зарегистрированных случаев сибирской язвы, в 2014 году – зарегистрировано 2 подтвержденных случая, в 2015-2016 гг. – официально зарегистрированных случаев сибирской язвы не было, тогда как в 2017 году был зарегистрирован 1 подтвержденный случай.

Представление клинического случая. В реанимационное отделение Городской инфекционной больницы санитарной авиацией был доставлен больной С. 43 лет на 4 день болезни, с жалобами на появление язвы, отеков в области левого предплечья, в области внутренней поверхности правого предплечья, на большом пальце правой руки, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, головную боль, выраженную слабость. Из анамнеза заболевания: заболел остро, начало с появления на коже левого предплечья, в области внутренней поверхности правого предплечья, на большом пальце правой руки красных пятнышек, зудящего характера. На следующий день на месте покраснений появились везикулы с серозным содержимым темного цвета. В последствии на 3 день заболевания на месте вскрывшихся везикул образовались язвы, покрытые темно – коричневым струпом, увеличившиеся в динамике. Самостоятельно лечился – обрабатывал раны соевым и спиртовым раствором, прижигал язвы горящими спичками. Общее состояние в динамике ухудшилось. Из эпидемиологического анамнеза: за 2 дня до заболевания участвовал в забое крупного рогатого скота, обработке мяса, шкуры, не использовал средства личной защиты. Дома болеет один.

На момент поступления состояние больного тяжелое за счет общей выраженной интоксикации. Сознание ясное. Гипертермия. Гиперемия конъюнктив. Подмышечные лимфатические узлы увеличены до размера фасолины, умеренно болезненные при пальпации. Кожные покровы бледной окраски, сухие, теплые на ощупь. Менингеальные знаки отрицательные. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушенные, ритмичные. ЧСС – 96 уд. в мин. АД 130/90 мм. рт. ст. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформлен. Мочиспускание свободное, безболезненное. Локальный статус: в области левого и правого предплечья, тыльной поверхности правой кисти, на большом пальце правой руки отмечаются язвы

округлой формы с черным струпом, диаметром 1 см. в количестве 4-х, отмечаются отдаленные отеки на обоих предплечьях. Полное отсутствие болевой чувствительности в области карбункулов и в зоне отека. Пациенту на основании вышеуказанных данных был выставлен предварительный диагноз: Сибирская язва, кожная форма, тяжелой степени. Вероятный случай. Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови лейкоцитоз - $12, \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения - $140 \times 10^9/\text{л}$, дефицит факторов свертывания крови - удлинение АЧТВ, удлинение протромбинового времени, удлинение тромбинового времени. При бактериологическом исследовании содержимого карбункула: *Bacillus anthracis* – не обнаружен, произведен забор крови и содержимого карбункула на ИФА, ПЦР -исследования. На основании жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологических, объективных и лабораторных данных был выставлен клинический диагноз: Сибирская язва, кожная форма, тяжелой степени. Вероятный случай. Проводилось лечение: антибактериальными препаратами (цеф III по 2,0 внутривенно через каждые 12 часов, гентамицин по 80 мг через каждые 8 часов, ципрофлоксацин по 200 мг внутривенно через каждые 12 часов), инфузионная терапия (растворы глюкозы 5% - 400 мл, натрия хлорида 0,9% - 800 мл, гордокс 300 тыс ЕД, преднизолон 90 мг, свежзамороженная плазма – 800 мл), симптоматическая терапия. В динамике на фоне проводимой терапии общее состояние больного с улучшением: температура тела нормализовалась, купировалась головная боль, при осмотре отсутствие отеков на верхних конечностях, на большом пальце правой руки струп отторгся и началось рубцевание язвы.

Заключение. Данный клинический случай показывает, что основными причинами заболевания людей сибирской язвой в республике являются: нарушение правил личной гигиены при уходе за животными, тайный (подворный) убой больных животных, разделка их туш с последующим употреблением мяса и его продуктов в пищу. В связи с этим все профилактические мероприятия против сибирской язвы и борьба с ней должны проводиться комплексно, в тесном взаимодействии с ветеринарной службой страны. Медико-санитарные мероприятия необходимо проводить, исходя из эпизоотологической обстановки, прежде всего на основе данных о наличии почвенных очагов сибирской язвы и стационарно-неблагополучных пунктов.

Литература

1. «Сибирская язва. Болезни и возбудители»// Лобзин В. Ю. Санкт - Петербург КМАХ- Том 4, №12, 2004.
2. Статья: «Сибирская язва»// Макаров В. В. №4/2016.
3. Статья: «Сибирская язва на Украине: какую опасность представляет заболевание»// Голубева Е. 02/10/2018.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Кульжанова Н.С., Тагаева А.Т., Кенжегали Е.А., Жасауова Т.Ж.

7 курс, факультет интернатуры, АО НМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан, E-mail: nazeka-314@mail.ru.

Научный руководитель: Медетбеков Т.А.

к.м.н, доцент кафедры хирургии №2, хирург высшей квалификации. АОНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан, E-mail: T.A.Medetbekov@mail.ru.

Ключевые слова: гемоторакс, пневмоторакс, гемопневмоторакс, кровохарканье.

Актуальность: В настоящее время происходит рост травматизма в целом и в особенности травм грудной клетки в связи с урбанизацией, индустриализацией, ухудшением криминальной обстановки. В условиях мирного времени торакальная травма составляет 14-20%[1], всех механических повреждений; среди политравм до 25,3%[2], сохраняется высокий уровень летальности 20–25%[3] случаев. Тяжесть состояния пострадавших травмой обусловлена шоком, кровопотерей, гемодинамическими нарушениями, гипоксией и содержанием алкоголя в крови.

Цель исследования. Анализ результатов диагностики и лечения травм грудной клетки.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ диагностики и лечения 512 больных с травмами грудной клетки в период 2008г. по 2018г. Мужчин было 398(77,6%), женщин 114(22,4%). Всем больным были проведены инструментальные методы диагностики: УЗИ, КТ, РГ органов грудной клетки. И у 72(14,0%) проведена диагностическая торакоскопия. У 196(38,2%) были с закрытыми травмами, 55(10,8%) с непроникающими ранениями. Проникающие ранения у 261(51,0%). У 254 (49,6%) пострадавших был плевропульмональный шок, у 71 (13,9%) больных явления постгеморрагической анемии I-II степени. У 90(17,5%) раненых переломы ребер, у 24 (4,7%) травма груди сочеталась закрытой черепно-мозговой травмой. Сочетанные травмы у 48(9,3%) раненых. Открытый пневмоторакс 304(59,4%) пострадавших, закрытый пневмоторакс у 96 (18,8%), гемоторакс 316(61,8%), подкожная эмфизема 99 (19,4%), кровохарканье 76(14,9%).

Из 261 пострадавшего с проникающими ранениями оперированы 215(82,4%): ПХО раны с ушиванием открытого пневмоторакса произведена 103(39,3%) больным. 9 больным наложен торакоцентез и дренаж плевральной полости. Широкая торакотомия произведена 158(60,7%), из них 9(5,6%) была произведена двусторонняя торакотомия. Среди них ранения легких были у 161(61,7%), ранения сердца 10(3,9%), ранения перикарда 6(2,3), средостения 2(0,8%), органов брюшной полости 3(1,1%).

Объем операции зависел от характера повреждения органов грудной клетки. Чаще всего это было ушивание раны легкого, лигирование межреберных артерий и внутренней грудной артерии. 6 пострадавшим произведена резекция легкого. Реинфузия аутокрови произведена в 179(68,5%) случаях. Только в 3 случаях выполнили торакофрениколапаротомию.

Среди 196 пострадавших с закрытыми травмами грудной клетки оперированы 56(28,5%). Из них у 30 выполнена широкая торакотомия: лобэктомия-4, атипичная резекция-3, ушивание раны легкого-16, ушивание разрыва диафрагмы-2, устранение гемоперикарда-5. Среди них 7 пострадавшим по показаниям наложена трахеостома. 29(14,8%) произведен торакоцентез с дренированием плевральной полости. У 26 пострадавших выполнили торакоскопию. Остальные 140 (71,5%) больных лечились пункционно и другими консервативными мероприятиями.

Послеоперационные осложнения развились у 21 (6,7%) больных, которые купировались медикаментозной терапией. Реторакотомия выполнена 8(2,4 %) больным в связи с неполным гемостазом и продолжающимся кровотечением. Летальность составила 7(2,3%).

Таким образом, при травмах грудной клетки своевременность лечебно-диагностических мероприятий определяет конечный результат лечения. Возможности современных торакоскопических манипуляций способствуют выполнению полноценного обследования, устранения большинства повреждений, снижению частоты послеоперационных осложнений и способствует ранней активизации больных, сокращая сроки лечения и реабилитации.

Литература

- Prevalence of chest trauma, associated injuries and mortality, V. T. Veysi, V. S. Nikolaou— 2015. — Vol. 33 (5).
Агаджанян В.В. Госпитальная летальность при политравме и основные направления ее снижения/В.В.Агаджанян, С.А.Кравцов, А.В.Шаталин и др//Политравма, № 1.-2015. С.6-15
Predictors of poor outcomes after significant chest trauma in multiply injured patients. Stephan Huber, Peter Biberthaler. 2014.
Корымасов Е.А., Пушкин С.и др. Торакоскопическое ушивание разрыва диафрагмы и остеосинтез ребер. — 2014. — №1. — С. 82-84.
Хаджибаев А.М., Исмаилов Д.А., Рахманов Р.О. и др. Видео-торакоскопические методы диагностики и хирургического лечения травмы груди // Эндоскопическая хирургия. — 2014. — №4. — С. 8-14.
Ota H., Kawai H., Togashi S., Matsuo T. Video-assisted minithoracotomy for pulmonary laceration with a massive hemothorax // Case Rep Emerg Med. — 2014.
О лечении ранений груди / С. Р. Добровольский, В. К. Попович, Н. А. Васильева, А. С. Бурцев // Хирургия. — 2007. — № 6. — С. 32–38.
Diagnosis and Treatment of Chest Injury and Emergency Diseases of Chest Organs, A. M. Khadjibaev, R. O. Rakhmanov, P. K. Sultanov, V. Kh. Sharipova
Шарипов И. А. Политравма. Т. 1. Общие и внутригрудные осложнения / И. А. Шарипов. — М.: Изд-во РАМН, 2008. — 296 с.
Рутенбург Г.М., Пузанов С.Ю., Богданов Д.Ю., Алиши-хов А.М. Диагностическая и лечебная торакоскопия при травме грудной клетки // Эндоскопическая хирургия. — 2012. — №3. — Р. 57-63.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ленкова Анастасия Андреевна, врач-интерн детский хирург РНПЦ детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь.

Научный руководители: Свирский Александр Анатольевич, к.м.н., врач детский хирург высшей категории, заместитель директора по лечебной работе РНПЦ детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь.
Махлин А.М., врач детский хирург высшей категории РНПЦ детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь.

Введение. Некротический энтероколит (НЭК) – одна из ведущих причин смертности и наиболее частая необходимость экстренного хирургического вмешательства в раннем неонатальном периоде. В период новорожденности НЭК встречается в 1–16 % случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80 % из них приходится на недоношенных детей с низкой массой тела при рождении. Этиология НЭК мультифакториальна. Считается, что НЭК — гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемия, перенесенная в перинатальном периоде, аномальная колонизация кишечника новорожденного и неадекватный характер питания ребенка в раннем постнатальном периоде. Патогенез НЭК остается на стадии изучения.

Цель. Установить взаимосвязь перинатальной гипоксии и развития НЭК. Изучить распространенность и динамику показателей гипоксии. Установить акушерские факторы риска, приводящие к возникновению НЭК у новорожденного.

Материалы и методы. Основой работы послужили архивные данные РНПЦ детской хирургии, РНПЦ «Мать и Дитя», УЗ «Городской клинический роддом № 2» за период 2007-2017гг. Проанализированы истории родов, истории развития новорожденных, изучены результаты доплерометрии беременных, оценка состояния новорожденных.

Результаты. Более 40% новорожденных с НЭК родились от многоплодной беременности против 32% из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК). Более 80% беременных женщин, у детей которых впоследствии был выявлен НЭК, имели признаки хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН),

хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВГП), синдром задержки развития плода (СЗРП), нарушение маточно-плацентарного и плодного кровотока (МППК) по данным доплерометрии артерий пуповины плода и матки. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), много/маловодие, мутные околоплодные воды были выявлены у 45% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками респираторного дистресс синдрома (РДС) родились более 70% детей с НЭК, с внутриутробной инфекции (ВУИ) – 20%.

Из контрольной группы №1 (здоровые дети) у 19% беременных были выявлены признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК. Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 25% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками ВУИ родились 5% детей.

Признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК были диагностированы у 92% беременных женщин, у недоношенных детей которых был выявлен НЭК (Рис. 1). Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 43% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками РДС родились более 80% недоношенных детей с НЭК, с ВУИ – 13%.

Из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК) у 63% беременных были выявлены признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК (Рис. 1). Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 45% беременных, гинекологическая патология – у 60%. С признаками РДС родились более 85% недоношенных детей с НЭК, с ВУИ – 5%.

Признаки внутриутробной гипоксии у недоношенных новорожденных с НЭК встречаются чаще, чем у недоношенных без НЭК (ОШ=6,81(2,39;19,41), $p<0,01$).

Признаки ВУИ и ПИОВ, мало/многоводие, мутные околоплодные воды были выявлены у 42% беременных, имевших признаки гипоксии во время беременности и родах, детям которых впоследствии диагностировали НЭК. Гинекологические заболевания (уреаплазмоз, кольпит, эрозия шейки матки, истмико цервикальная недостаточность (ИЦН) были выявлены у 65% беременных.

Из контрольной группы №1 (здоровые дети) 85% беременных женщин с признаками внутриутробной гипоксии имели гинекологические заболевания, 42% - вышеперечисленные признаки ВУИ.

Признаки ВУИ (ПИОВ, мало/многоводие, мутные околоплодные воды) были выявлены у более 40% беременных, имевших признаки гипоксии во время беременности и родах, недоношенным детям которых впоследствии диагностировали НЭК. Гинекологические заболевания (уреаплазмоз, коль-пит, эрозия шейки матки, ИЦН) были выявлены у 60% беременных.

Из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК) 40% беременных с признаками внутриутробной гипоксии имели гинекологические заболевания, 30% - вышеперечисленные признаки ВУИ.

Состояние 77% новорожденных потребовало проведения искусственной вентиляции легких. При сравнении недоношенных с НЭК с контрольной группой №2 (недоношенные дети без НЭК) состояние 89% и 54% соответственно потребовало проведения искусственной вентиляции легких (Рис. 1). (ОШ=7,23 (2,92;17,86), $p<0,001$).



Рис. 1. Признаки гипоксии недоношенных детей с НЭК и без

Выводы.

- 1) НЭК является преимущественно болезнью недоношенных новорожденных, 85% детей родились недоношенными.
- 2) Признаки внутриутробной гипоксии у недоношенных новорожденных с НЭК встречаются чаще, чем у недоношенных без НЭК (ОШ=6,81(2,39;19,41), $p<0,01$).
- 3) Состояние недоношенных детей с НЭК потребовало ИВЛ чаще, чем недоношенных новорожденных без НЭК (ОШ=7,23 (2,92;17,86), $p<0,001$).

РОЛЬ ДНЕВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лихограй Л.И., 5 курс, лечебный факультет, Оренбург, Россия, lena_s.u@mail.ru, Уколова Е.С., 5 курс, лечебный факультет, Оренбург, Россия, Бутин М.И., 6 курс, лечебный факультет, Оренбург, Россия, Дробинина А.В. 5 курс, лечебный факультет, Оренбург, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доц. Малицкая Е.В., Оренбург, Россия

Актуальность. Основным направлением в совершенствовании организации медицинской помощи является оптимизация деятельности первичной медико-профилактической и специализированной помощи на всех уровнях ее оказания с увеличением объемов и качества обследования. Влияние стационарзамещающих технологий на доступность специализированной помощи в настоящее время не вызывает дискуссий. Социально-экономические преобразования, проводимые в стране, повлияли на широкое внедрение стационарзамещающих и ресурсосберегающих технологий в практике. Основанием для внедрения и развития новых стационарзамещающих технологий является потребность сокращения круглосуточных коек. Дневной стационар – подразделение поликлиники, выполняющее задачи по оказанию на догоспитальном этапе специализированной медицинской помощи, позволяющее проводить обследование и лечение больных, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении врача на качественном уровне стационара.

Дневные стационары законодательно определены как самостоятельный вид помощи, в системе обязательного медицинского страхования. В программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи установлены нормативы деятельности и тарифы для оплаты медицинских услуг по дневным стационарам. С этой целью с 1996 года активно стали развиваться консультативно-диагностические службы и дневные стационары с расширением показаний для лечения пациентов в амбулаторных условиях. На базе крупных стационаров и в амбулаторно-поликлинических учреждениях организовано оказание специализированных видов помощи, обеспечивающих своевременную и эффективную диагностику и лечение больных.

Дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. [2]

Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Цель исследования. Оценить роль дневного хирургического стационара в проведении профилактических мероприятий у больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили истории болезней 512 пациентов, в возрасте от 25 до 93 лет, находящихся на лечении в дневном хирургическом стационаре ГБУЗ «ГКБ № 1» г.Оренбурга в 2018г. В работе использованы материалы официальной статистики, отчетная документация находящихся на диспансерном наблюдении в поликлинике № 1 ГБУЗ «ГКБ № 1» г. Оренбурга. Предмет исследования – пациенты с сосудистой патологией, получавшие лечение в дневном стационаре. В работе применялись следующие методы исследования: статистический, аналитический.

Результаты и обсуждение. При анализе историй болезней пациентов, находящихся на лечении в дневном хирургическом стационаре выявлено, что среди 512 пациентов - 62,5% (320) – это пациенты с хроническими заболеваниями сосудов нижних конечностей. Из которых 138(43,12%) мужчин и 182 (56,87%) женщины. 20- 35 лет- 4(1,25%), 36- 60 лет-52(16,25%), 61- 75 лет- 188(58,75%), 76- 90 и старше лет – 76(23,75%). Все пациенты находились на диспансерном наблюдении у хирурга поликлиники. Всем пациентам при направлении на лечение на дневной хирургический стационар выполнялись лабораторно-инструментальные методы обследования – ОАК, ОАМ, БАК, коагулограмма, ФГ, ЭКГ, УЗИ сосудов нижних конечностей.[1] У обследуемых больных были следующие виды патологии сосудов нижних конечностей: в 96(30%) случаях встречался посттромбофлебитический синдром, 162(50,62%)- облитерирующий атеросклероз, 62(9,68%)- диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей. Данным пациентам проводилось лечение: инфузионная терапия с помощью препаратов: сулодексид 600 ЛЕ, пентоксифиллин 2%-5,0, актовегин 40мг/мл – 5,0. Пациенты получали антиагреганты – ацетилсалициловую кислоту 75-150 мг в сутки, клопидогрел 75 мг/сут, по показаниям – антикоагулянты варфарин 2,5 мг/сут., ксарелто 20мг/сут., флеботоники – флебофа 600 мг/сут. Средняя продолжительность нахождения пациентов с заболеваниями сосудов нижних конечностей в дневном хирургическом стационаре составила 12 дней. При анализе историй болезней выявлено, что 312 пациентов (97,5%) выписаны в удовлетворительном состоянии с улучшением, у 8 пациентов (2,5%) проведен не полный курс инфузионной терапии и лечение в дневном хирургическом стационаре было прервано в виду плохой переносимости лекарственных препаратов или ухудшения состояния.

Выводы. Дневной хирургический стационар позволяет оказывать пациентам с хроническими заболеваниями сосудов нижних конечностей качественные лечебно-диагностические, профилактические и реабилитационные мероприятия.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Заболевания артерий нижних конечностей»-2016
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.12.1999 N 438 "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях"

ПРИМЕНЕНИЕ ОКТРЕОТИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Мамедова Э.И., 5 курс, лечебный факультет, город Оренбург, Россия, elmira83mamedova@gmail.com

Шихасва М.А., 3 курс, лечебный факультет, город Оренбург, Россия, marzhanatshi@mail.ru

Ландарь Л.Н., к.м.н., доцент, город Оренбург, Россия

Вопрос о необходимости применения группы соматостатина в качестве профилактики развития острого послеоперационного панкреонекроза на данный момент является предметом дискуссий Российской ассоциации хирургов, так как октреотид в протоколах лечения Японии, Великобритании, международной ассоциации панкреатологов и Американской ассоциации панкреатологов не рекомендуется. Это обосновывается результатами 17 рандомизированных, контролируемых исследований, опубликованных в кохрановском обзоре по этой проблеме [2].

Так же улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом является актуальной задачей, поэтому хирурги постоянно стремятся найти способы уменьшения количества осложнений и летальности при этом заболевании.

Октреотид - это синтетический аналог соматостатина, состоящий из 8 аминокислот. Спектр действия октреотида идентичен спектру действия соматостатина, и эффекты таким же образом реализуются через специфические рецепторы соматостатина. Препарат действует на клетки - мишени с дальнейшим ингибированием аденилатциклазы, снижением концентрации цАМФ, открытием K⁺ - каналов и активацией фосфотириозинфосфатазы [1].

Показано, что октреотид подавляет секрецию энтероглюкагона, гастрина, секретина, холецистокинина, вазоактивного кишечинального полипептида, мотилина, нейротензина, бомбезина и за счет этого снижает секрецию кислоты и пепсина в желудке, панкреатических ферментов и бикарбоната в поджелудочной железе [4].

Цель исследования: продемонстрировать эффективность применения октреотида при лечении осложнений панкреатита, в частности панкреонекроза.

Материалы и методы: данные клинико-экспериментальных исследований К.В. Агапова, А.А. Шутова, М.Д. Поливодов, Н.Б. Павлова, С.И. Проценко, В.Н. Федоренко.

Результаты: для обоснования эффективности октреотида проведены экспериментально-клинические исследования на крысах линии Вистар, с соблюдением правил, предусмотренных Европейской комиссией по надзору за проведением лабораторных и других опытов с участием экспериментальных животных разных видов (С.И. Проценко, В.Н. Федоренко). В условиях эксперимента моделировали острый панкреатит введением трипсина и змеиного яда в ткань поджелудочной железы. Через 5-7 минут после инъекции яда, трипсина вводили октреотид. Октреотид оказывал выраженное терапевтическое действие, состоящее в устранении гибели крыс, некроза поджелудочной железы, геморрагического повреждения органа, в заметном улучшении состояния органов брюшной полости как на фоне инъекции змеиным ядом, так и на фоне инъекции трипсином. Наличие дозозависимого эффекта октреотида в отношении подавления функции внешней секреции поджелудочной железы исследованы К.В. Агаповым, А.А. Шутовым, М.Д. Поливодов, Н.Б. Павловым в условиях эксперимента. Введение октреотида в дозе 9,3 и 18,7 мкг/кг массы тела 6 раз в сутки приводит к выраженному снижению ферментемии и нормализации морфологической картины поджелудочной железы [3].

Выводы. Результаты экспериментального исследования эффективности октреотида позволяют применять октреотид в комплексной терапии больных с панкреонекрозом в максимально разрешенных дозах (1200 мкг/сут). Благоприятное течение заболевания подтверждается и клиническими наблюдениями. Так же нужно учитывать длительность заболевания до начала действия октреотида. Маловероятно, что использование препарата будет эффективным на стадии гнойных осложнений заболевания [5].

Список литературы:

1. Антипов А.Б. Сандостатин- синтетический аналог природного соматостатина //Клиническая фармакология и терапия. 1993 №3 с.68-69
2. Борисов А.Е., Мирошниченко А.Г., Когадзе М.А. Значение и возможности эндовидеохирургии в диагностике и комплексном лечении острого панкреатита //Эндоскопическая хирургия. 1997. №1 с.52
3. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. М: Медиа Сфера; 2002;312.
4. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. Острый панкреатит. Протоколы диагностики и лечения. Санкт- Петербургский научно- исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 12 марта 2004.

5. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. О применении сандостатина в абдоминальной хирургии (по материалам зарубежной печати) // Хирургия. 1994. №9

ПАРАМЕТРЫ УСТОЙЧИВОСТИ И ХОДЬБЫ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Матвеева Е.В., 4 курс, лечебный факультет, г. Оренбург, Российская Федерация, m-katya97@mail.ru.

Научный руководитель – Аптикеева Н.В. – к.мед.н., доц. кафедры неврологии и медицинской генетики, г. Оренбург, Российская Федерация.

Актуальность. Синдром Гийена-Барре – одно из самых тяжелых заболеваний периферической нервной системы, характеризующееся резкой мышечной слабостью вследствие периферического парапареза или параплегии [1]. У больных нарушаются координация движений, появляется неустойчивая ходьба или невозможность ходить. Лишь около трети больных сохраняют эту способность [3]. Для диагностики, динамики и оценки эффективности лечения необходимо использовать специальные методы исследования ходьбы и устойчивости [2].

Цель. Изучить параметры устойчивости и ходьбы в восстановительном периоде Гийена-Барре для динамического наблюдения до и после реабилитации.

Материалы и методы. Проведена диагностика и анализ устойчивости и ходьбы до и после реабилитации (через 12 месяцев) с использованием эргометра (аппарата h/p cosmos sports medical gmbh). Тестирование проводилось 3 раза (устойчивость с открытыми и закрытыми глазами, ходьба без опоры).

Результаты. До реабилитации скорость передвижения была 1,7 км/час с количеством шагов на 100 метров 110 при длительности двойного шага 1,9 секунд с очень замедленным темпом ходьбы (83), при этом длина шага со стороны пареза соответствует 36 см в отличие от правой – 9 см при фазе приземления слева 20%, справа – в 2 раза быстрее с лёгкой атаксией вперёд (179 мм). После реабилитации скорость передвижения увеличилась до 2,3 км/час с учащением количества шагов на 100 метров до 150 при уменьшении длительности двойного шага до 1,5 секунд с увеличением темпа ходьбы до 113 шагов в минуту. Длина шага и фаза приземления выровнялись, что говорит об регрессе пареза слева. При этом, параметры устойчивости ухудшились, усилилась атаксия вперёд до 239 мм.

Вывод. Реабилитационные мероприятия имели положительный исход по истечению 12 месяцев в виде регресса пареза слева, увеличение скорости и темпа ходьбы, двойного шага, но при этом усилилась лобная атаксия вперёд.

Список литературы.

1. Жулев Н.М., Осетров Б.А., Жулев С.Н., Лалаян Т.В. Невропатии: Руководство для врачей - СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2005.- 350-367с.
2. Пирадов М.А. Синдром Гийена-Барре. - М. «интермедика», 2003.-110-114с.
3. Van den Bergh P.Y., Pieret F. Electrodiagnostic criteria for acute and chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy // Muscle Nerve 2004 - Vol. 29 - P.565-574.

ИНФЕКЦИОНИСТ ПРАКТИКАСЫНДАҒЫ ҚИЫН НАУҚАС

Мұсаева Ботагоз Сәулетбекқызы резидент-инфекционист 1-ші оқу жылы. Шымкент қаласы, Қазақстан, musaeva.bota@list.ru

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., профессор Абуова Г. Н., Шымкент қаласы, Қазақстан dr.abuova@gmail.com

Өзектілігі. Бруцеллез — Brucella бактериясымен қоздырылатын, жедел және созылмалы түрлерінде өтетін дүние жүзі бойынша жайылған зоонозды инфекциялық - аллергиялық ауру. Аурудың жедел түрі токсико-бактериемиялық инфекция ретінде, созылмалы түрі – полиморфты клиникалық көріністерімен, көбінесе сүйек-буын, орталық және перифериялық жүйке жүйелерін, жыныс мүшелерін және басқа ішкі ағзаларды зақымдаумен, хронический тәрізді ұзаққа созылуымен және рецидивті ағымымен сипатталады. Бруцеллез, аймақтағы ең жиі кездесетін зооноздардың бірі болғандықтан, Түркістан облысының прак -тикалық денсаулық сақтау басқармасының өзекті мәселелерінің бірі болып қалады. Бұл инфекцияға ау -рудың жиі созылмалы түрлерінің дамуы мен ұзақ уақыттық еңбекке жарамсыздықтың пайда болуы тән. Ал бұл өз кезегінде бруцеллез мәселесінің жоғары медико-әлеуметтік және экономикалық маңыздылығын көрсетеді.

Түркістан Облысының бруцеллез ауруы бойынша статистикалық мәліметтері. Түркістан облысында (100000 тұрғынға шаққандағы көрсеткіш) Байдібек ауданы (2016ж 51,7) Қазығұрт ауданы, (2016ж 33,08) Ордабасы ауданы (2016ж 31,96) жоғары эндемиялық аудандар ретінде саналады. Ал 2017жылы облыста бруцеллезбен аурушандық 10000 тұрғынға шаққанда 9,96 құрады, ал ҚР бойынша – 4,67, сонда бұл көрсеткіш жалпы республикалық көрсеткіштен 2есе жоғары болған.

Зерттеу мақсаты: Клиникалық жағдайда кездесуі мүмкін бруцеллездің көріністерін басқа аурулармен дифференциалды диагностикасын ажырата білу.

Клиникалық жағдай: Науқас, Ф., жасы - 22жаста. ҚЖАА-ға әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, дене температурасының 38-39 С көтерілуіне, тәбетінің төмендеуіне, тамағының ауырсынуына, аңқасының

гиперемиясына, сирек құрғақ жөтелге, физикалық жүктілік кезінде енгіуге, жүрек айналуына, бас ауруына, бас айналуына, тері қабаты мен көз склерасының сарғаюы мен зәр түсуінің өзгеруіне, денесінің бөртуіне, аяқтарының ісінуіне шағымданып қаралған. Ауырғанына *Запта болған*, дене температурасының 39,0 С –ка дейін көтерілуімен жедел басталған, денесінің сырқырауы, қалтырау, бас ауру, құрғақ жөтел. 20.08.2018 – 30.08.2018ж аралығында “Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы. Созылмалы простатит, өршу фазасы” диагнозымен Сарыағаш ауданында амбулаторлық ем алған. Жағдайы жақсармаған. Өз еркімен Парацета- мол 1таб – 3рет тәулігіне №4, анальгин 50% 2,0 + димедрол 1% 2,0 б/е №3, Азитромицин 500мг 1рет тәулігіне №2, Глюкоза 5% - 400,0 + Витамин С 5% - 6,0 №2 қабылдаған жақсару болмаған. Соңғы 3 күнде денесінде бөртпелерді байқаған. *Объективті* қараған кезде жағдайы ауыр, дене t – 38 С, тері қабаты мен көз склерасы сарғыш++ , денесінің барлық жерінде ұсақ қыштың бөртпе, тыныс алуы бұзылған, аускуль- тацияда – қатқыл тыныс, сырылдар естілмейді, эпигастрий аймағы мен оң жақ қабырға аймағында ауыр-сыну, аяқтарында екі жақтан перифериялық ісінулер байқалған. Жоғарыдағы шағымдар мен объективті қарау нәтижесі бойынша “ЖРВИ, ауыр дәрежелі. Қосалқы: Аллергиялық бөртпе” диагнозымен ЖИТБ-не жатқызылған. Науқасты ары қарай №6 бөлімшеде : динамикада гепатомегалия +0,5 +1,0см, сарғаю мен интоксикация синдромы күшеюіде; ЖҚА - де Hb -124 *10⁹/л дейін төмендеуі, эритроциттердің 4,0*10⁹/л дейін төмендеуі, тромбоциттердің 178*10⁹ /л төмендеуі, ЭТЖ-ның 15мм/сағ дейін жоғарылауы; БХА: гипопротейнемия (жалпы ақуыз - 48г/л), гипоальбуминемия (альбумин-24г/л), гипербилирубинемия (жалпы билирубин - 94,5мкмоль/л), гиперферментемия (АСТ- 2,95 ед/л, АЛТ - 3,85ед/л), гипонатриемия (Na+133,6). Протромбиндік уақыт - 26с↑, МНО - 1,72↑, фибриноген - 1,55↓, АЧТВ-43↑. Науқас жағ- дайының гепатомегалия +0,5 +1,0см, сарғаю мен интоксикация синдромы күшеюіне және коагуляциянды гемостаз факторларының жетіспеушілігіне байланысты дәрігерлер консилиумы барысында “ЖРВИ, ауыр дәрежелі. Аллергиялық бөртпе. Токсикалық гепатит. ПТҮ синдромы. Қосалқы: Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы. Созылмалы холецистит, өршу фазасы” диагнозы қойылып, ЖИТБ-не ауыстырылды. Та-ғайындалған ем: Диета -№5, Цеф 3 – 1,0*2рет/ тәул,т/і; Гордокс 300мын*1рет/ тәул; Дексаметазон 8мг т/і; ЖМП А(II)Rh+ - 830,0мл т/і; Папаверин 2,0 * 3рет/ тәул; Фамо 40мг ішке; Дюфалак 30,0*3рет/ тәул ішке; Дезинтоксикациянды терапия; +Аллерголог, токсиколог консультациясы ұсынылған. Госпитализацияның 2-ші күні: объективті - денесінің барлық жерінде уртикарлы бөртпе тыныс алуы бұзылған, мұрын арқылы О2-қабылдауда, аускультацияда – өкпенің оң жақ төменгі бөлігінде әлсізденген қатқыл тыныс, сырылдар естілмейді, іші ұлғайған, эпигастрий және оң жақ қабырға асты сезімтал, гепатомегалия +1,0+1,5см, аяқта-рында екі жақтан балтырдың ортаңғы 3/1 бөлігіне дейін ісінулер және лабораторлы (ЖҚА - де анемия(Hb -120 *10⁹/л), эритроциттердің 3,83*10⁹/л дейін төмендеуі, тромбоциттердің 172*10⁹ /л төмендеуі; БХА: гипопротейнемия (жалпы ақуыз - 58г/л), гипоальбуминемия (альбумин-26г/л), гипербилирубинемия (жал- пы билирубин - 118мкмоль/л), гиперферментемия (АСТ- 1,9 ед/л, АЛТ - 3,35ед/л); Коагулограммада - Протромбиндік уақыт - 21с↑, МНО - 1,37↑) және инструментарлы зерттеулер нәтижелері (Іш қуысы мүшелерінің УДЗ: бауыр мен ұйқы безі паренхимасының диффузды өзгерістері. Гепатоспленомегалия. Холецистит,панкреатит эхокөріністер. Сол жақ бүйрек көлемінің ұлғаюы. Бүйрек пен түбекше-астауша жүйесінің паренхимасында құрылымдық өзгерістер. Кеуде клеткасының R-сы: Оң жақты гидроторакс.Оң жақты плевропневмония.) бойынша клиникалық диагноз қойылды: “Иерсиниоз, аралас форма(қызба+ экзантема), ауыр дәрежелі? Асқынуы: Ауруханадан тыс оң жақты плевропневмония. Оң жақтық гидрото- ракс. ШТІҮ синдромы. Қосалқы Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы. Созылмалы холецистит, өршу фазасы”.Тағайындалған емдегі өзгерістер: 2-ші антибиотик қосылды - Ципрофлоксацин 200мг*2рет/ тәул т/і, Альбумин 20%-200,0 т/і. Госпитализацияның 3-ші күні: науқас жағдайы сарғыштық++, интоксика-ция мен тыныс жетіспеушілігіне байланысты динамикада тұрақты ауыр және лабораторлы зерттеулер нәтижелері (ЖҚА - де анемия (Hb -111*10⁹/л), эритроциттердің 3,66*10⁹/л дейін төмендеуі, тромбоциттер 237*10⁹ /л; ЭТЖ - 15мм/сағ жоғарылауы; БХА: гипопротейнемия (жалпы ақуыз - 62г/л), гипоальбуминемия (альбумин-28г/л), гипербилирубинемия (жалпы билирубин - 100мкмоль/л), гиперферментемия (АСТ- 1,3 ед/л, АЛТ - 3,2ед/л), гипонатриемия(Na+133,5); Коагулограммада - Протромбиндік уақыт - 20с↑, МНО - 1,30↑; Иерсиниоз бен псевдотуберкулезға РНГА - теріс нәтижелі) бойынша: “Сепсис, белгісіз этиологиялы. Септицемия(A41). Асқынуы: Ауруханадан тыс оң жақты плевропневмония. Оң жақтық гидроторакс. ШТІҮ синдромы. Қосалқы Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы. Созылмалы холецистит, өршу фазасы”. Тағайындалған емдегі өзгерістер: Ципрофлоксацин орнына 2-ші антибиотик қосылды - Ванкоген 1,0*2рет/ тәул т/і, Альбумин 20%-200,0 т/і, Фуросемид - 2,0 т/і, Альдарон - 2 капс. ішке. Госпитализацияның 5-ші күні: динамикада науқас жағдайы тұрақты ауыр, лабораторлы зерттеулер нәтижесіне (ЖҚА - де анемия (Hb - 111*10⁹/л), эритроциттердің 3,2*10⁹/л дейін төмендеуі, тромбоциттер 216*10⁹ /л; ЭТЖ - 15мм/сағ жоғарылауы; БХА: гипопротейнемия (жалпы ақуыз - 60г/л), гипоальбуминемия (альбумин-27г/л), гиперби-лирубинемия (жалпы билирубин - 118мкмоль/л), гиперферментемия (АСТ- 1,35 ед/л, АЛТ - 3,1ед/л), гипонатриемия(Na+133,5); J expert нәтижесі - теріс нәтижелі. Бруцеллез маркерлеріне ИФА - IgM - 0,282, IgA - 0,219, IgG - 0,222. Прокальцитонин - 2,3нг/мл) сүйене отырып клиникалық диагноз қойылды: “Сепсис.Септицемия(A41).Конкур.: Созылмалы бруцеллез. Асқынуы: Ауруханадан тыс оң жақты плевро- пневмония. Оң жақтық гидроторакс. ШТІҮ синдромы. Қосалқы Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы. Созылмалы холецистит, өршу фазасы”. Тағайындалған емдегі өзгерістер: 3-ші антибиотик қосылды - Рифампицин 300мг*2рет/тәул ішке, ГКС: Дексаметазон 24мг/тәул т/і, Альбумин 20%-200,0 т/і,Флуканозол 100,0 т/і. Госпитализацияның 9-ші күні: объективті - науқас жағдайы оң динамикада ауыр, тері қабаты мен шырышты қабаттары иктериялық+, құрғақ, уртикарлы бөртпе, дем алуы мұрын арқылы, аускульта- цияда қатқыл тыныс, сырылдар естілмейді, іші жұмсақ, оң жақ қабырға асты сезімтал, гепатомегалия +1,0+1,5см, аяқтарында екі жақтан балтырдың төменгі 3/1 бөлігіне дейін ісінулер; лабораторлы зерттеулер нәтижесі (ЖҚА-де Hb - 124*10⁹/л), эритроциттердің 4,05*10⁹/л , тромбоциттер 239*10⁹ /л; ЭТЖ - 10мм/сағ; БХА: жалпы ақуыз - 75г/л,

альбумин-36г/л, шамалы гипербилирубинемия (жалпы билирубин - 60мкмоль/л), гиперферментемия (АСТ-0,75ед/л, АЛТ - 1,8ед/л). Жүргізілген емдік-диагностикалық шаралардан кейін науқас жағдайы оң динамикалы, сол себепті науқас №6 бөлімшеге ауыстырылды. №6 бөлімшеде Госпитализацияның 11-ші күні: клиника-анамнездік және лабораторлы-инструментальды мәліметтерге сүйене отырып клиникалық диагноз негізделді - "Жедел бруцеллез, ауыр дәрежелі. Гепатит, плевропневмония, васкулит бруцеллезді этиологиялы. Тағайындалған ем: Режим I, Диета №15. Антибио- тикотерапия: Ванкоген 1,0*2рет/ тәул т/і, Доксициклин 0,1мг Iкапс*2рет/тәул, Рифампицин 300мг*2рет/тәул ішке; СЕКҚЗ - Диклоген 3,0 б/е, ГКС: Дексаметазон 8мг/тәул б/е, Альбумин 20%-200,0 т/і, Фуросемид - 2,0 т/і. Науқас жағдайы тағайындалған ем барысында қанағаттанарлық жағдайда шығарылды. Науқас үй жағдайына ұсыныстар берілді.

Қорытынды: Жоғарыда келтірілген клиникалық жағдайда бруцеллез көптеген мүшелердің зақымдалулармен жүретіндіктен басқа әртүрлі жүйелік аурулар клиникасын жамылып жүретіндігі тағы бір дәлел болып отыр. Кең клиникалық полиморфизм жиі диагноздың қате қойылуына, емнің кешігуіне, көптеген асқынулардың дамуына алып келеді. Болашақта бруцеллездің осындай клиникалық көрінісі кездесуі мүмкін екенін ескере отырып, осы жағдайды қызықты деп таптым.

Қолданылған әдебиеттер:

1) Нурмашева А.А., Абуова Г.Н. Возможные механизмы дефектности фагоцитарной системы при хроническом бруцеллезе, «Актуальные вопросы зоонозных, особо опасных инфекций и клинической медицины в Республике Казахстан», Актөбе, 2010г., -С. 82.

2) А.А.Нурмашева, Г.Н.Абуова, Ф.А.Бердалиева. Состояние сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ у больных с различными формами бруцеллеза. Материалы конференции «Новости научной мысли» Чехия 27.10. – 05.11.2010г., -С.44-46

3) Кузнецов А.Н. Сыздыков М.С. Дуйсенова А.К. Абуова Г.Н. Даулбаева С.Ф. Садовская В.П. Кузнецов А.Н. Сыздыков М.С. Дуйсенова А.К. Абуова Г.Н. Даулбаева С.Ф. Садовская В.П. Центральное-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2012. – Т.10, №4. – С. 9-16.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ САРЫП АУРУМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ

Конирбаева К.Н., 2-оқу жылының магистранты, «Медицина» мамандығы бойынша, Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, e-mail: kamshat-2011@mail.ru.
Абуова Г.Н., ғылыми жетекші, м.ғ.к., профессор, Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, e-mail: dr.abova@gmail.com

Бруцеллез ауруына орталық және шеткері жүйке жүйесінің зақымдануы тән. 1936 жылы В.А.Штаркер жүйке жүйесінің зақымдануын сипаттау үшін, «нейробруцеллез» терминін ұсынды. Соңғы 20 жылдағы сарып ауруы жайлы Ресей зерттеушілерінің әдебиеттеріне сүйене отырсақ, нейробруцеллез жайлы ақпарат аз кездеседі. Бірақ, басқа да авторлардың жіктеулерінде нейробруцеллез барлық бруцеллездің 3-5 % жағдайында кездеседі, 5-10 % бруцеллездің барлық көрінісінде [1].

Сарып ауруына жүйке жүйесінің зақымдануы тән, бірақ көбіне патологиялық үрдіске шеткері жүйке жүйесі ұшырайды. Нейробруцеллез – ағзаның сарып ауруымен зақымдануының көрінісі. Сарып ауруында жалпы жүйке жүйесінің клиникалық көрінісі 25% дан 90%-ға дейінгі жиілікте және мынадай синдромдармен көрінеді: менингит, энцефалит, энцефаломиелит, эпилепсия, миелит, радикулит, моно- и полирадикулоневрит, транзиторлы ишемиялық шабуыл, инфаркт, субарахноидальды қан құйылу. Жүйке жүйесінің ауыр түрде зақымдалуы 2-8% жағдайда кездеседі [2,3].

Бруцеллезбен орталық жүйке жүйесінің зақымдануы өте сирек кездесетіндіктен 2017 жылдың қыс айларында ШҚЖАА 3-ші бөлімшесінде емделген науқас жасөспірімнің ауру тарихын мысал ретінде келтірдім.

Науқас Ж 2013 жылы туылған бала 2017 жылдың желтоқсан айының соңында Шымкент қаласындағы Жұқпалы аурулар ауруханасына: Жедел бруцеллез, ауыр ағымды. Бруцеллездік менингит диагнозымен жатқызылды.

Анамнезінен: Науқас бала ОҚО Бәйдібек ауданында ауылды жерде тұрады, мал шаруашылығымен атанасы айналысады, ірі және ұсақ малдары бар. Науқас ауырғанына 7-8 күн болған. Ауру айқын интоксикация белгілерімен және жалпы милық симптомдармен көрінген, дене қызуы 38,0 С қа дейін көтерілген, бас ауруы қатты пульсациялаумен, әлсіздікке, қайталамалы 7-8 реттік құсуға, көңіл айнуына шағымданды. Үйінде ем қабылдамаған. ЖМЖ ауруханаға жеткізілген. Түскен кезде қарағанда: Жалпы жағдайы улану және милық симптомдарға байланысты ауыр. Есі анық. Шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі колденең 2 саусақ болған. Тері жамылғысы таза. Оқпесінде сырыл жоқ. Жүрек ырғағы қалыпты. Жағдайының ауырлығына байланысты: ЭВИ, герпангина, ауыр ағымды. Менингит диагнозымен жансақтау бөліміне жатқызылды. Екі күн өткен соң бөлімшеге ауыстырылды. Бөлімшеде науқас қанында Райта реакциясы 1/400, Хедльсон реакциясы оң нәтижелі болды. Бруцеллез диагнозы қойылды. Басқа да жұқпалы аурулармен салыстырылып, дәрігерлер консилиумы арқылы осы диагнозға тоқталды. Аурудың алғашқы күнінде зертханалық зерттеулерде: ҚЖА-лейкоцит $12,9 \times 10^9$ /л жоғарылаған, НЖА өзгеріссіз, жұлын мий сұйықтығында: цитоз 384×10^9 /л, Панди-теріс, ақуыз-0,66г/л, с/я-25%,

л-72%. ИФА бруцеллезге IgM-теріс, IgA-оң, IgG-оң. Ауруханада науқасты емдеуде доксицилин, гентамицин, стрептомицин рифампицин антибиотиктері, глюкоза, витаминдер, пентоксифиллин, панкреатин дәрілері қолданылды. Жүргізілген ем нәтижесінде науқастың жағдайы біршама дұрысталды, жалпы миық симптомдар жойылды, температура дұрысталды.

Әдебиеттер:

1. Тихонова Е. П., Сергеева И.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОБРУЦЕЛЛЕЗА // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 4.;
2. Завалишин И.А., Спирина Н.Н, Бойко А.Н. - Хронические нейроинфекции. Издательство ГЭОТАР-МЕДИА, 2010г., стр.315.
3. Курманова К.Б., Дуйсенова А.К.- Бруцеллез. Клинические аспекты. Алма-Ата, 2002г.

Поражения нервной системы у больных с хроническим бруцеллезом в ЮКО

Ключевые слова: бруцеллез, нервная система, нейробруцеллез

Изучив различные источники отечественных и зарубежных авторов, можно сказать, что 70 % клинических форм нейробруцеллеза составляют поражения периферической нервной системы. Весьма часто поражается вегетативная нервная система. Отмечено, что за последнее время при нейробруцеллезе стали наблюдаться более грубые органические симптомы, и синдромы стали менее разлитыми.

Summary

KN Konirbaeva

South Kazakhstan Medical Pharmaceutical Academy 1st year master student

Shymkent, Republic of Kazakhstan

G.N. Abuova - supervisor of studies, MD, Ph.D., professor dr.abuova@gmail.com

Lesions of the nervous system in patients with chronic brucellosis in SKO

Keywords: brucellosis, nervous system, neurobrucellosis.

Having studied various sources of domestic and foreign authors, it can be said that 70% of the clinical forms of neurobrucellosis are lesions of the peripheral nervous system. Very often the vegetative nervous system is affected. It was noted that in recent years with neuro-brucellosis began to observe more gross organic symptoms, and the syndromes became less spilled.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Новикова А.Ю., 5 курс, медико-профилактический факультет, город Минск, Республика Беларусь, anna57141@gmail.com

Научный руководитель: Вальчук И.Н., ученое звание-нет, доцент, Минск, Республика Беларусь, irina.valchuk@tut.by

Введение. Первые упоминания о раке молочной железы датируются 1600 годом до н.э., в Египте. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее частой формой злокачественных новообразований у женщин. Он поражает в течение жизни от 1:13 до 1:9 женщин в возрасте от 13 до 90 лет. Наиболее высокие уровни заболеваемости отмечены в Австралии – 101 на 100 тыс. населения, Швейцарии – 97 на 100 тыс. населения, в Британской Колумбии и Калифорнии, где уровень заболеваемости достигал почти 80–90 случаев на 100000 женщин. Наименьшее же число случаев приходится на Японию, в которой РМЖ встречается только в 12–15 случаев на 100000 женщин. В Республике Беларусь в 2016 году РМЖ занимал 2-е место в структуре заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями (46,9%) после рака кожи (103,5 на 100 тыс. населения) [1].

Цель. Выявить основные закономерности развития эпидемического процесса рака молочной железы в Республике Беларусь за 2005-2016 годы.

Материалы и методы. В работе использованы материалы официальных статистических сборников «Здравоохранение в Республике Беларусь» о заболеваемости, инвалидности и смертности РМЖ; данные канцер-регистра, демографические показатели официальной регистрации в Республике Беларусь за период 2005-2016 гг. Метод исследования – основой методологии послужило наблюдательное аналитическое, описательно-оценочное и статистическое исследование эпидемических проявлений РМЖ в Республике Беларусь. При обработке материала использовали статистический пакет компьютерной программы Microsoft Excel Windows 10 [2].

Результаты и их обсуждение. Многолетняя динамика заболеваемости РМЖ за период с 2005-2016 годы характеризовалась однонаправленным ростом, инцидентность колебалась в интервале от $33,6 \pm 1,2^{0/0000}$ до $49,6 \pm 1,4^{0/0000}$. Средний темп прироста составил 3,14% ($p < 0,001$). Рост заболеваемости может свидетельствовать об улучшении качества диагностики при выявлении большего числа больных на ранних стадиях заболевания. В 2015 г. по сравнению с 2007 г. выявление РМЖ на ранних стадиях при профилактических осмотрах возросло с 47,8% (95% ДИ 47,31-48,29) до 84,7% (95% ДИ 84,37-85,02), однако максимальный показатель наблюдался в 2014 году, и составил 88,4% (95% ДИ 88,10-88,69).

Рак молочной железы встречается во всех возрастных группах, но наиболее пораженной группой являлись женщины в возрасте 50-54 лет, их удельный вес составил 44%, структурный вклад пациенток 55-59 лет составил 22%, одинаковые значения удельного веса наблюдались у лиц 60-64 лет и 64-70 лет по 17%.

В структуре первичной инвалидности злокачественных новообразований молочной железы преобладают случаи с установленной 2-ой группой инвалидности – 57% (95% ДИ 54,2-59,7), на долю случаев с 1-ой и 3-ей группами инвалидности приходилось 19% (95% ДИ 16,9-28,2) и 24% (95% ДИ 21,8-26,5) соответственно.

При оценке многолетней динамики показателей первой, второй и третьей групп инвалидности было установлено, что с течением времени увеличивается число пациентов с установленной второй группой инвалидности, (тенденция характеризуется умеренным ростом, темп прироста составил 3,3%), показатели колебались от 1,21 до 1,85 случаев на 10000 тысяч женского населения. Динамика показателей первой и третьей групп имеет тенденцию к снижению с умеренным темпом убыли 1,7% и 4,7% соответственно.

Отношение смертности к заболеваемости в Республике Беларусь за период с 2006 по 2015 годы было максимальным в 2006 году-36,4% и минимальным в 2015 году-27,0%. За этот период, данный показатель снизился на 9,4%, что в определенной мере свидетельствует об улучшении ранней диагностики и совершенствовании методов лечения. Многолетняя динамика смертности от РМЖ за 2001-2015 годы характеризовалась однонаправленной умеренной тенденцией к снижению, инцидентность колебалась в интервале от $25,6 \pm 1^{\circ}/_{\text{oooo}}$ до $23 \pm 0,98^{\circ}/_{\text{oooo}}$. Динамика описывается уравнением $y = - 0,363x + 26,28$, ($R^2 = 0,624$). Темп убыли составил 1,49% ($p < 0,001$).

При анализе региональных показателей смертности от РМЖ в 2015 году была установлена их территориальная неоднородность: максимальные показатели были выявлены в Гомельской области и в городе Минске и составили $28,7 \pm 2,8^{\circ}/_{\text{oooo}}$ и $24,7 \pm 2,2^{\circ}/_{\text{oooo}}$ соответственно, минимальный показатель был зарегистрирован в Минской области – $18,7 \pm 2,3^{\circ}/_{\text{oooo}}$. Таким образом, относительный риск смертности от РМЖ по отношению к среднереспубликанскому в Гомельской области составил – 1,26, тогда как в Минской области он был ниже среднереспубликанского – 0,82.

Для данной патологии является важным выявление заболевания на ранних стадиях, с этой целью в Республике Беларусь реализуются скрининговые программы: маммографический метод диагностики, клиническое обследование и метод самообследования молочных желез [3].

Выводы. Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась умеренной тенденцией к росту со средним темпом прироста 3,14%. В 2015 г. по сравнению с 2007 г. выявление РМЖ на ранних стадиях при профилактических осмотрах возросло с 47,8% до 87,4%. Структура первичной инвалидности характеризовалась преобладанием случаев с установленной 2-ой группой (57%) и максимальной представленностью пациенток возрастной группы 45-59 лет (54%). В Гродненской, Гомельской и Минской областях относительный риск первичной инвалидности выше среднереспубликанского уровня. Многолетняя динамика смертности от РМЖ за 2001-2015 годы характеризовалась однонаправленной умеренной тенденцией к снижению с темпом убыли 1,49%. Отношение смертности к заболеваемости в Республике Беларусь за период с 2006 по 2015 годы снизилось на 9,4%. Относительный риск смертности от РМЖ по отношению к среднереспубликанскому в Гомельской области составил –1,26, тогда как в Минской области он был ниже среднереспубликанского – 0,82

Список литературы

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al.. Global cancer statistics, 2002. //CA Cancer J Clin Vol. 55, Issue 2-2005 — P. 74–108
2. Нильсон С.Л. Анализ данных в Excel: учеб. пособие / С.Л. Нильсон. – Киев: Диалектика, 2003. – 314с.
3. Путырский Л.А. Рак молочной железы: учеб. пособие / Л.А. Путырский. – Минск: Высшая школа, 1998. – 82 с.

ИЗУЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ МОЯ-МОЯ

Пархета К.А., 6 курс, медико-профилактический факультет, tina_anatolievna@mail.ru

Зубкова А.Ю., 6 курс, медико-профилактический факультет, zubkova1917@mail.ru

Алфёрова Т.В., 6 курс, педиатрический факультет, alferova95@mail.ru

Инжеватова М.А., 6 курс, педиатрический факультет, Marushka56@mail.ru

Кутарева А.А., 5 курс, педиатрический факультет, anastasiya.k@mail.ru

Кузнецов Р.С., 6 курс, педиатрический факультет, Roman.K95@mail.ru

Чубова Р.В., 6 курс, педиатрический факультет, chubova.ros@mail.ru

Карягин Д.Ф., 5 курс, лечебный факультет, karyagin96@mail.ru

Научный руководитель: Поснов А.А., ассистент

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Оренбургский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. Российская Федерация, г. Оренбург.

Актуальность. Болезнь Мойя-мойя – редкое хроническое прогрессирующее заболевание сосудов головного мозга, для которого характерно постепенное сужение просвета внутримозговых сосудов до полной их окклюзии. Морфологические нарушения проявляются в виде изменения формы и размеров сосудов в виде плотных тяжей с узкими точечными просветами. Этиология болезни мойя-мойя остается невыясненной[2]. Некоторые авторы предполагают участие воспалительных и аутоиммунных факторов в возникновении патологического процесса. Это связано с тем, что в 74% случаев заболеванию предшествуют синуситы, тонзиллиты, отиты или другие воспалительные процессы в области головы и шеи[1].

Цель – изучить клинические проявления редкой патологии - болезни Мойя-мойя на примере клинического случая
Материалы и методы. Изучение случая болезни Мойя-мойя пациентки 14 лет, находящейся на стационарном лечении в ГБУЗ «ГКБ №5» г. Оренбурга. Клинический случай. Диагноз: Болезнь Мойя-Мойя. Рецидивирующее ОНМК по ишемическому типу в правом полушарии. Состояние после перенесенного ОНМК по смешанному

типу в бассейне левой средней мозговой артерии от 04.04.18г. Афазия. Смешанный тетрапарез. Когнитивные нарушения. Дисфункция тазовых органов.

Из анамнеза известно, что с января 2018 года пациентку начали беспокоить головные боли, головокружения периодически с тошнотой. С марта – онемение и снижение чувствительности в правой руке в течение нескольких минут, купируются самостоятельно. 04.04.18 в экстренном порядке доставлена в ОДКБ с жалобами на ограничение движений, онемение и слабость в правой руке, опущение угла рта справа. Находилась на обследовании и лечении по 26.04.18 с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне СМА, подострый период. Когнитивные нарушения. Артериальная гипертензия I стадия. Острый назофарингит. Острый правосторонний верхнечелюстной синусит, остаточные явления. Радиоульнарный синостоз с обеих сторон.

МРТ от 15.04.18: МР-картина обширных участков и мелких фокусов ОНМК по ишемическому типу (подострая стадия) по ходу коры лобной и теменной долей, а также в белом веществе БП, с признаками снижения скорости кровотока в области терминальных ветвей левой СМА. Нельзя исключить САК в левой лобно-теменной области. Очаговые изменения (сосудистого характера) и постишемические лакунарные кисты в белом веществе и базальных ядрах слева. Риносинусопатия, кисты в верхнечелюстных пазухах.

КТ головного мозга (19.04.18): Подострое САК в левой теменной области. КТ признаки ОНМК по ишемическому типу левой лобной, височной, теменной области в бассейне конечных ветвей СМА слева. Постишемическая лакунарная киста в проекции хвостатого ядра слева. Катаральные изменения правой верхнечелюстной пазухи. Получала лечение: пентоксифиллин, пирацетам, актовегин в кап, дегидратационную терапию, гормоны; после выписки: кортексин, пантогам, циннаризин.

На момент выписки из ГБУЗ Областной детской клинической больницы в неврологическом статусе: правый угол рта опущен, речь замедленная. Глубокие рефлексы без разницы сторон, живые. Чувствительность не нарушена. Ограничение движений в/конечностей в локтевых и лучезапястных суставах (с рождения), деформация пальцев кисти, стоп. Координация не нарушена. Патологических стопных и менингеальных знаков нет.

В связи с жалобами на головную боль была консультирована нейрохирургом, после чего рекомендована плановая госпитализация для проведения КТ ангиографии головного мозга. Проведена КТ ангиография в условиях ГБУЗ «ГКБ №5», после чего документы направлены для заочной консультации в федеральный центр для решения вопроса об оперативном лечении. По данным исследования планировалось госпитализировать ребенка в ФЦН г. Тюмень. В ходе подготовки у ребенка отмечались ишемические атаки, нестабильность АД.

В сентябре повторный ишемический инсульт в правом полушарии, проведено МРТ, КТ головного мозга. Повторно консультирована в федеральном центре, рекомендовано лечение в неврологическом отделении с последующей госпитализацией в ФЦН г. Тюмень в «холодном» периоде. В ходе лечения отмечается положительная динамика как в соматическом, так и в неврологическом статусе. В настоящее время общее состояние тяжелое по заболеванию. Сознание сохранено. Речевому контакту не доступна. Эмоционально лабильна. Простые инструкции выполняет с задержкой. Получает специфическую терапию для коррекции АД. Вес 65 рост 159. В неврологическом статусе: череп округлой формы. ОГ – 56 см. Глазные щели, зрачки D=S. Расходящийся страбизм. Глазодвижения достаточные. Нистагма нет. Опущен левый угол рта. Афазия. Мышечный тонус резко снижен, больше слева. Мышечная сила в левой руке 0 б, левой ноге 2 б, справа в руке и ноге 4 б. Проприоцептивные рефлексы с конечностей D<S, оживлены. Сидеть, стоять не может. Находится в положении лежа, не поднимается. Симптом Бабинского + слева. Ригидность мышц затылка. Дисфункция тазовых органов - недержание мочи.

Заключение

Изучения цереброваскулярных заболеваний обусловлено высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью среди больных с патологией сосудов головного мозга как в детском возрасте, так и во взрослой практике. Не смотря на то, что болезнь Мойя-Мойя является редким заболеванием, оно имеет злокачественное прогрессирующее течение. Постановка данного диагноза возможна только с учетом специальных методов обследования.

Список литературы

1. Болезнь Мойя-Мойя /Буркова К.И. [и др.]// Неврологический журнал. – 2014.-№5. – С.38-42
2. Болезнь Мойя-Мойя: случай из практики /Ковлаенко А.П. [и др.]// Эндоваскулярная нейрохирургия. - 2013. - №5. – С.54-61

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *CNTNAP2* С РАЗВИТИЕМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Перфильева А.В.¹ Алматы, Казахстан, nastyaper2009@mail.ru, Беспалова К.Б.^{1,2} Алматы, Казахстан, kira.b.bespalova@gmail.com, Гаршин А.А.¹ Алматы, Казахстан, xbunny777@gmail.com, Скворцова Л.А.^{1,2} Алматы, Казахстан, lilia_555@rambler.ru, Б.О. Бекманов^{1,2} Алматы, Казахстан, bobekman@rambler.ru

¹ Институт общей генетики и цитологии КН МОН РК, Алматы, Казахстан

² Казахский Национальный Университет имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой гетерогенные синдромы, определяемые по нарушениям в трёх ключевых областях: социальном взаимодействии, речи и диапазоне интересов. Актуальность проблемы РАС обусловлена высокой частотой данной патологии. В 2000 году считалось, что распространенность РАС составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения [1]. В 2014 году по статистическим данным Centers for Disease Control and Prevention уже один ребенок из 68 в США страдал РАС

[2]. В Казахстане по данным 2014 г. аутизмом страдали около 1,5 тысяч детей, а по данным Национального научно-практического центра коррекционной педагогики на 2016 г. в стране живет более 1 956 детей, страдающих данной патологией.

Согласно литературным данным установлено, что средний вес мозга детей с РАС больше обыкновенного [3]. В качестве одной из причин патологически избыточного роста мозга выдвигаются нарушения клеточной адгезии и нейромиграции на ранних стадиях развития, сбой в формировании синапсов и дендритных шипиков. Одним из генов, входящих в семейство нейрексина, которые функционируют в качестве молекул клеточной адгезии и рецепторов, является ген *CNTNAP2* (contactin associated protein-like 2, 7q35-q36.1, 25 экзона), осуществляющий свои основные функции в миелинизированных аксонах, обеспечивая взаимодействие между нейронами и глией. Он также отвечает за локализацию калиевых каналов и дифференциацию аксонов на отдельные функциональные субдомены. В связи с важностью выполняемых функций данный ген относят к кандидатным генам РАС, а его генетические варианты могут модулировать риск РАС.

Целью исследования был анализ полиморфизма гена *CNTNAP2* в семьях с детьми, которым установлен диагноз РАС.

Материал для исследования (буккальный соскоб) взят у детей с диагнозом РАС и их здоровых сибсов, участников проекта «Аутизм победим», Алматы. В исследование было включено 27 детей с РАС и 23 здоровых человека. Протокол, включающий все этапы исследования по проекту, был утвержден в Этическом комитете на базе КазНМУ им. С.А. Асфендиярова. Помимо оформления согласия на исследование проводилось подробное анкетирование и необходимое психологическое тестирование детей CARS и M-CHAT. Геномную ДНК экстрагировали из буккальных соскобов. Генотипирование полиморфизма проводили с использованием метода ПЦР-ПДРФ. Ассоциацию между полиморфизмом rs2710102 и риском РАС оценивали путем расчета коэффициента достоверности (OR) с 95% доверительным интервалом (95% CIs).

Для *CNTNAP2* rs2710102 статистический анализ определил повышенный риск развития РАС для гомозиготного генотипа ТТ (OR=1,90; 95%CI=0.42–8.67; p=0,4-0,57) и для комбинации генотипов СТ+ТТ (OR=2,48; 95%CI=0,21-29,23; p=0,46). Таким образом, с повышенным риском РАС ассоциируется генотип ТТ и комбинация генотипов СТ+ТТ. Другими авторами показано, что rs2710102 гена *CNTNAP2* ассоциирован с задержкой речевого развития у детей с РАС (p<0,028). Этот эффект в первую очередь проявлялся среди мальчиков, возможно, в связи с большим распространением РАС среди них [4].

Данные не являлись статистически достоверными. Увеличение выборок и включение в исследование семей здоровых детей на следующих этапах работы позволит получить более значимые результаты.

Литература

- 1 Безгодова А.А., Злоказова М.В. Этиопатогенез расстройств аутистического спектра: современные аспекты, проблемы // Материалы, посвященные юбилею проф. Я.Ю. Иллера. Вятский медицинский вестник. - 2015. - № 2. - С. 25-28.
- 2 Falco M. Autism rates now 1 in 68 U.S. children: CDC, 2014. [Электронный ресурс]. <http://edition.cnn.com/2014/03/27/health/cdc-autism/index.html?c=mobile-homepage-t/>.
- 3 Vaccarino F.M., Smith M.K. Increased brain size in autism—what it will take to solve a mystery // Biol Psychiatry. - 2009. - Vol. - 66(4). - P. 313–315.
- 4 Alarcón M., Abrahams B.S., Stone J.L., Duvall J.A., Perederiy J.V., Bomar J.M., Sebat J., Wigler M., Martin C.L., Ledbetter D.H., Nelson S.F., Cantor R.M., Geschwind D.H. Linkage, association, and gene-expression analyses identify CNTNAP2 as an autism-susceptibility gene // Am J Hum Genet. - 2008. - Vol. 82(1). - P. 150-159.

КАРБОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Попова М. И., очный аспирант кафедры хирургических болезней Медицинского университета «РЕАВИЗ», Самара, Россия. e-mail: popova.mi@mail.ru

Столяров С. А., д.м.н., профессор, зав.кафедрой хирургических болезней Медицинского университета «РЕАВИЗ», Самара, Россия. e-mail отсутствует.

Инфицированные раны различной этиологии и локализации занимают значительное место в структуре заболеваний общехирургического профиля, а их лечение подчас представляет значительные трудности. В структуре причин, приводящих к появлению ран, основное место занимают травмы. Также часто инфицированные раны осложняют течение таких заболеваний как открытые переломы, термические поражения и остеомиелит.

Ключевые слова: инфицированные раны, комплексное лечение, карбокситерапия.

На сегодняшний день лечение больных с инфицированными ранами приведено к стандартным схемам, включающим системную фармакотерапию, хирургическую коррекцию и в ряде случаев физиолечение.[5] Говоря о фармакотерапии в первую очередь подразумевается антибактериальная терапия. Антибиотики при лечении инфицированных ран могут вводиться всеми известными в настоящий момент путями: перорально, внутримышечно, внутривенно и даже лимфотропно. Кроме антибактериальных препаратов при большой площади инфицированной раны часто имеется необходимость дезинтоксикационного лечения, а также коррекции сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, хроническая венозная недостаточность вен нижних конечностей и т.д. [2,3]

Хирургическое лечение включает в себя вторичную хирургическую обработку раны (ВХО). Многоэтапность данного вида оперативного лечения должна строго соблюдаться при лечении инфицированных ран, т.к. последствия неправильной хирургической коррекции могут быть вполне плачевны и проводить к ряду осложнений, таким как гангрена и сепсис. [1,5]

Физиотерапевтическое лечение направлено на ускорение заживления раны и является базисным компонентом, благодаря которому существенно сокращаются сроки пребывания пациента в стационаре и улучшается косметический эффект лечения. Традиционно для данных целей чаще всего применяются магнитотерапия и УВЧ-терапия. Между тем арсенал физиотерапевтического лечения расширяется и его границы выходят далеко за вышеперечисленные способы. В частности применение карбокситерапии, как в настоящий момент самого известного физиолечения в косметологии, в лечении хирургической патологии является незаслуженно забытым. [4]

Целью нашей работы является улучшение результатов лечения инфицированных ран нижних конечностей с помощью применения в их комплексном лечении такого физиотерапевтического способа как карбокситерапия.

Материалы и методы. В период за 2017-2018 года на стационарном лечении в Многопрофильной клинике «РЕАВИЗ» с инфицированными ранами нижних конечностей находилось 20 пациентов: 15 мужчин (75%) и 5 женщины (25%). Возраст мужчин варьировал от 30 до 61 года (средний возраст 44,2 года). Возраст женщин варьировал от 31 до 51 года (средний возраст 40,3 лет). Рана локализовалась у всех пациентов на голени в нижней трети и была получена либо в результате изолированного перелома большеберцовой кости (13 человек, что составляет 65%), либо в результате бытовой травмы, не сопровождающейся переломом (7 человек, что составляет 35%). Сразу после получения травмы все пациенты с переломами были прооперированы и на момент поступления в МПК «РЕАВИЗ» находились с металлофиксатором. Всем пациентам была выполнена санация очага инфекции (ВХО) и назначена антибактериальная терапия. Девяти больным (2 женщины и 7 мужчин) было выполнено стандартное лечение, из физиотерапевтических методов включающее УВЧ-терапию. Остальным больным (3 женщины и 8 мужчин) в качестве компонента физиолечения была назначена карбокситерапия.

Результаты и выводы. Мы наблюдали, что у пациентов из второй группы (с применением в качестве физиолечения карбокситерапии) процесс перехода из одной фазы раневого процесса в другую занимал меньшее количество времени: от 3 до 5 дней (в среднем 4 дня) при переходе из фазы воспаления к фазе регенерации, тогда как у пациентов первой группы данный процесс занимал от 5 до 8 дней (в среднем 6,5 дней). Эпителизация также наступила быстрее у пациентов из второй группы в среднем через 8 дней, тогда как у пациентов из первой группы данный процесс затянулся до средних значений в 11,5 дней.

Таким образом, при лечении гнойной патологии нижних конечностей одним из наиболее оптимальных способов физиолечения в комплексной терапии является карбокситерапия, которая благодаря введению углекислого газа непосредственно в кожу вокруг места поражения значительно ускоряет течение раневого процесса, способствует скорейшей эпителизации раны и тем самым снижает время пребывания пациентов на стационарном лечении.

Список литературы

1. Джумбаев Э, С. Ультроструктурная морфология огнестрельных ран при лимфотропной антибиотикотерапии с региональной лимфостимуляцией / Э. С. Джумбаев, К. К. Мирзаев, И. М. Байбеков // Вестник лимфологии. 2009. № 1. С. 20-25.
2. Есипов А. В. Влияние монооксида азота на предупреждение раневой инфекции / А. В. Есипов, В. А. Мусаилов, А. В. Лисовский, В. И. Москаленко // Вестник лимфологии. 2014. № 1. С. 4-9.
3. Клиническая фармакология: национальное руководство. / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. К. Лепяхина и В. Г. Кукеса. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 976с.
4. Пономаренко Г. Н. Физиотерапия: национальное руководство/ Г. Н. Пономаренко, С. Г. Абрамович, В. Б. Адилов// М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 864 с.
5. Савельев В. С. Хирургия: национальное руководство / В. С. Савельев, А. И. Кириенко // М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. Т.2 – 828 с.

ЖҮКТІЛЕРДЕГІ БОТУЛИЗМНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Садыхова Дана Кайратқызы резидент-инфекционист 1-ші оқу жылы. Қазақстан, Шымкент қаласы, danoka.kz@mail.ru
Әбдімүтәліұлы Дәулетияр резидент-инфекционист 1-ші оқу жылы. Қазақстан Шымкент қаласы, bdmtilly@bk.ru

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., профессор Абуова Г.Н., Қазақстан Шымкент қаласы, dr.abuova@gmail.com

Ботулизм – берілу жолы фекальды-оральды механизммен жүзеге асатын, коздырғыш токсинімен ұлтталған тағамды қолданғанда дамидын, жүйке жүйесінің зақымдалуымен жүретін, сапрозооноздар тобына жататын жедел инфекциялық ауру[1]. Оттегісіз ортада ботулизм клостридиялары ботулотоксин бөле бастайды. Ботулотоксин элементі ең ұлы ұдың бірі болып саналады. Оның улылығы ең ұлы жыланның ұынан 375000 есе күшті екені белгілі. **Өзектілігі:** Ботулизмнің клиникалық және эпидемиологиялық мәні аурудың ауырлығымен, жоғары өлім-жетімділігімен 15-20% және тағам өнімдерін үй жағдайында консервілеу масштабының өсуімен анықталады.

Барлық елдердегідей, Қазақстанда да ботулизммен аурудың басым көпшілігі үйде дайындалатын тағам өнімдерін (маринадталған саңырауқұлақтар, көкөніс консервілері, үйде дайындалған балықтар т.б.) пайдалануымен байланысты. Статистикалық мәліметтерге жүгінсек жыл сайын әлемде ботулизммен байланысты 10000-ға жуық оқиға тіркеледі. Ал елімізде 2014 жылы ботулизмге байланысты 49 оқиға тіркеліп, оның 5 лабораторлы дәлелденген. Алматы қаласында – 2; Алматы, Жамбыл облысында – 1; Астана қаласында – 1; Қаза тапқандардың саны-1; 2015 жылы ботулизмге байланысты 65 оқиға тіркеліп, 7 жағдай лабораторлы дәлелденген. Облыстармен айтатын болсақ Жамбыл облысында-4; Түркістан облысында-3; Қаза тапқандардың саны-2. Ал 2016 жылы 26 оқиға тіркеліп, Түркістан облысында 1 жағдай лабораторлы дәлелденген қаза болғандардың саны-2.

Зерттеу мақсаты: Жүктілердегі ботулизм клиникасының өту ерекшелігі.

Клиникалық жағдай: 08.10.2018 жылы Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасының интенсивті терапия бөлімшесіне «Тағамдық ботулизм, ауыр дәрежесі. Қосалқы: 4 жүктілік 7 апта» диагнозымен науқас жеткізілді. 03.10.2018 жылы науқаста консервіленген салатты жегеннен кейін 3 сағаттан соң жүрек айну, эпигастрий аймағының ауырсынуы, 1 рет сұйық нәжіс, 3 рет құсу мазалаған. 05.10.2018 жылы науқастың жағдайы нашарлап көз алдының екі еселенуі, жүрген кезде теңселу, жұтынудың бұзылысы, дем алысы қиындай бастаған. 06.10.2018 жылы жыныс жолдарынан қанды патологиялық бөлінділер пайда болып, ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына байланысты аудандық орталық ауруханаға қаралған. Аудандық ауруханада терапевт және гинекологпен қаралып: «4 жүктілік 7 аптасы, жүктіліктің үзілу қаупі» диагнозымен гинекология бөлімшесіне жатқызылған. 07.10.2018 жылы таңда науқастың жағдайының нашарлауына байланысты аудандық аурухананың интенсивті терапия бөлімшесіне ауыстырылған. 07.10.2018 жылы сағат 13:00 санавициямен Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасында дәрігер кеңесінен соң Тағамдық ботулизм, ауыр дәрежесі. Қосалқы: 4 жүктілік 7 апта» диагнозы қойылған. Аудандық орталық ауруханада ботулизмге қарсы сарысудың А, В, С типтерінің 1 дозасы салынған. Науқас жедел медициналық жәрдем бригадасымен Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына тасымалданды. Үй жағдайында өздігінен ем жүргізілмеген. Ақушерлік анамнез: 1 және 2 жүктілік мерзімінен бұрын босанумен, 3 ші жүктілік түсікпен аяқталған. Түскен кезде жағдайы интоксикация және неврологиялық симптомдарға (офтальмалоплегиялық және бульбарлы) байланысты өте ауыр. Есі анық, қоршаған ортаға бағдарланған, қойылған сұрақтарға дұрыс жауап береді, бірақ сөзі түсініксіз. Қарау барысында науқаста екі жақты птоз, көз алдының екі еселенуі байқалады. Дисфагия, тамақтануы назогастральды зонд арқылы. Даусы қарлыққан, сөздері түсініксіз. Тері жамылғылары құрғақ, бозарған, денесінде бөртпелер жоқ. Менингеальды белгілер теріс. Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ритмді. Тілі құрғақ, ақ жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, пальпацияда ауырсынбайды. Бауыр және көкбауыры ұлғаймаған. Диурез урокатетер арқылы. Жыныс жолдарынан патологиялық бөлінділер жоқ.

Науқаста 07.10-06.11.2018ж күндер аралығында тиімді жүргізілген ем шараның арқасында науқас жағдайының жақсаруымен ауруханадан үйіне шығарылды.

Лабораторлық көрсеткіштер: Жалпы қан анализі: Нв – 132г/л, Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л, Тр- 213×10^9 /л, Лейк – $8,8 \times 10^9$ /л, Нст- 37,3%, СОЭ – 15, Биохимиялық анализ: общ. белок - 68г/л, жалпы билирубин- 16,5-4,5-12,7 мкмоль/л, Мочевина– 3,3 ммоль/л, креатинин– 68 мкмоль/л, глюкоза – 3,1ммоль/л, Алт - 0,7 ЕД/л, Аст- 0,35 ЕД/л Коагулограмма: ПТВ-20, ПТО- 1,25, МНО –1,30, АЧТВ – 29

Клиникалық диагноз: Тағамдық ботулизм, дәлелденген жағдай, ауыр дәрежесі. Қосалқы: 4 жүктілік 7 аптасы.

Жүргізілген ем шарала: Ботулизмге қарсы сарысудың А, В, С типтерінің 1 дозасы, Режим 1, Диета 4, Глюкоза 5%-400+КСЛ 4%-30 көктамырға тамшылатып, NaCl 0,9%-400,0 көктамырға тамшылатып, Трисоль-400,0 көктамырға тамшылатып, Цеф 3 1 x 2 рет күніне көктамырға, фраксипарин 0,4 тері астына, Витамин В1, В6-2,0бұлшықетке, Вит С 5%-10,0 көктамырға тамшылатып, Реамберин-400,0 көктамырға тамшылатып, Зитмак 500-1к x 1 рет зонд арқылы, Левомецетин 500 мг x 3 рет күніне ішке, Рибоксин-10,0 көктамырға тамшылатып, Фамотидин 40 мг зонд арқылы, тазалау клизмасы.

Қорытынды: Қорыта айтқанда ботулизмге уақытылы дұрыс диагноз қойылмаса және толыққанды емдеу жүйесі болмаса өлімге соқтыруы анық. Науқасқа ауруханадан шыққан соң ұзақ реабилитациялық іс-шаралар жүргізу керек. Сонымен қатар науқас емхана деңгейінде инфекциялістің, терапевтің және невропатологтың бақылауында болуы тиіс.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Абуова Г.Н., Культаев Р.У., Абуов М.К., Ходжабеков Б.К., Ризаметов И.Х. Пищевой ботулизм в Южном-Казахстане. Журнал Инфектологии. Том 6 №1, 2014. Стр.26
2. Абуова Г.Н. Ботулизм, диагностика и специфическая терапия. Научно-практическая конференция Республиканский обучающий семинар «Острые кишечные инфекции (у детей и взрослых), Современные подходы диагностики и лечения», Караганда, 2015г. Стр.

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ БРУЦЕЛЛЕЗ

Садыхова Дана Кайратқызы резидент-инфекционист 1-ші оқу жылы. Қазақстан, Шымкент қаласы, danoka.kz@mail.ru

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., профессор Абуова Г.Н., Қазақстан Шымкент қаласы, dr.abuova@gmail.com

Бруцеллез-бруцеллалар тобымен шақырылатын, әртүрлі механизммен берілетін, клиникасында созылмалы қызбамен, тірек-қимыл, жүйке, жүрек-қан тамыр, зәр шығару жүйесі және т.б жүйелердің зақымдалуымен жүретін, созылмалы ағымға ауысуға бейім, инфекция-аллергиялық, зоонозды ауру[1].

Өзектілігі: Дүние жүзі бойынша жыл сайын 500000 бруцеллез жағдайы тіркеледі. Бруцеллезді жұқтыру өте жоғары, жас және жыныс ерекшелігін талғамайды[2]. Қазіргі таңда Түркістан облысындағы жиі кездесетін өзекті мәселелердің бірі, өйткені клиникасы басқа ауруларды бүркене отырып созылмалы ағымға ауысып, ауыр асқыныстармен жүреді, ұзақ уақыт еңбекке жарамсыздықпен медико-әлеуметтік, экономикалық шығынға әкеледі. Бруцеллез жұқтырушылар қатарында тек ауыл шаруашылығымен айналысатын ауыл тұрғындары ғана емес, қала тұрғындарының, оның ішінде жүктілермен жаңа туған нәрестелер арасында кең таралып, балаларда туа пайда болған ақауларға әкелуі, отбасы ішілік бруцеллез көбеюде. 2016 жыл Түркістан облысында (100000 тұрғынға шаққандағы көрсеткіш) 9,96; Байдібек ауданы 51,7; Қазығұрт ауданы 33,08; Ордабасы ауданы 31,96 жоғары эндемиялық аудандар ретінде саналады. Ағымдағы жыл аяқталмай отырып, жыл басынан бері Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасында бруцеллезбен 3 жүкті әйел бақыланды. Екеуінде мезгілінен бұрын босану болса, ал біреуінде 15-16 аптасында түсікпен аяқталды. Қазіргі таңға бұл ауруға қарсы адамға арналған арнайы екпенің болмауы, жергілікті ветеринарлық көмектің дұрыс ұйымдастырылмауынан соңғы жылдары аурудың табиғи ошақтарының көлемі біртіндеп ұлғайып келе жатқанын байқауға болады.

Зерттеу мақсаты: Клиникалық жағдайда жүктілерде болатын бруцеллездің асқыныстарымен ерекшеліктерін анықтау.

Клиникалық жағдай: Науқас, А., жасы – 21 жаста. Науқаста екі жұма бойы дене қызуының 38⁰-39⁰С қа көтерілуі, әлсіздік, бас ауыруы түнгі тершендік тәбетінің болмауы мазалаған. 09.09.2018ж-12.09.2018ж аудандық ауруханада ІІ жүктілік 33 апта. Өздігінен босану диагнозымен жатқан, ауруханада науқастың дене қызуының түспеуі, түнгі тершендік болуы, жалпы әлсіздікке байланысты Райт, Хеддельсон реакцияларына тексерілген. Хеддельсон реакциясы «оң», Райт-1:400 болып Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына Жіті Бруцеллез. Босанудан кейінгі 5-тәулік диагнозымен ауыстырылған. Үйінде ірі және ұсақ малдарды асырайды, және олардың күтімімен айналысады, үйде қайын ағасы бруцеллезбен ауырады, тұрғылықты мекен жай бойынша ем қабылдайды. Үй жағдайында жасалған айран, сүт, ет өнімдерін күнделікті қолданады.

Түскен кезде объективті: жағдайы ауыр дәрежеде интоксикация және артралгия синдромына байланысты, есі анық, тері жамылғылары және шырышты қабаттары таза, құрғақ микролимфоаденит байқалады, дене t – 39⁰С, дене бітімі астеникалық, өкпесі аускультацияда везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ, ТЖ-18. Жүрек тондары бұзылған, ырғақты, АҚ 110/70мм.с.б Тілі ылғалды, ақ жабынмен жабылған, іші пальпацияда жұмсақ, ауырсынбайды, бауыры қабырға доғасынан 1 см шығыңқы орналасқан, жиегі тегіс, беткейі жұмсақ, аздаған ауырсынумен, өт қапшығы пальпацияланбайды, көкбауыры ұлғаймаған, үлкен кіші дәреті қалыпты. Тірек қимыл жүйесі, Ірі аяқ, қол буындарындағы ауырсыну, қимыл қозғалысы шектелмеген, деформациямен ісінулер жоқ. Науқас шағымдарымен анамнезіне сүйене келе клиникалық диагноз қойылды: Жіті бруцеллез, ауыр дәрежелі ағым. Дәлелденген жағдай. Босанудан кейінгі кезең 5-тәулік ЖҚА: Нв141 г/л; Эр-4,8x10¹²/л; Тр-300x10⁹; Лейк-5,0x10⁹; ЭТЖ-30мм/сағ; Хеддельсон реакциясы «оң»; Райт-1:400; ИФА Бруцелла IgM +; Ig A-; IgG+; бруцеллезді гемокультурада brucella анықталды. Жүргізілген ем: Доксциклин 0,1 Ік x 2р №20к; ципрофлоксацин 0,5 x 2 р №10к; гентамицин 80мг x 3р б/е №10к; НПВС: Кетотоп 2,0 б/е №10к; диклоген 3,0 б/е №10к; ксефокам 8 мг б/е №5к; индометацин 1т x 3р № 5к.

Осы науқастан туылған баланы бақылау барысында 10.09.2018ж күні сағ 3⁵³ аудандық ауруханадан санавиация арқылы ОПЦ№1 жаңа туған балалар патологиясы бөлімшесіне Босану барысындағы гипоксия, тыныс жеткіліксіздігі ІІ. Шала туылу 33 апта 3 күн диагнозымен жеткізілді. 14.09.18 03⁵⁰ реаниматолог дәрігер кеңесімен нәрестелер реанимация интензивті терапия бөлімшесіне Жаңа туған нәрестелердегі бас ишемиясы, тыныс жетіспеушілігі ІІ сатысы, қан тұтқырлығының жоғарылауы І-ІІ сатысы диагнозымен ауыстырылды. Зертханалық тексерулерде TORCH инфекциясынан Хламидиоз IgM 2.974 «оң»; ЦМВ IgG 2,371«оң»; ВПГ IgG 1,953«оң»; реакция Райта «-»; Хеддельсон «+» ИФА: Бруцелла IgG 0.225 «+» реакция Райта «-»; Хеддельсон «+» ПЦР бруцеллезге қан анализі «-»; невролог консультациясы, диагноз: Орталық жүйке жүйесінің гипоксиялық бұзылысы, энцефалопатия. Кардиохирург консультациясы, диагноз: Туа пайда болған жүрек ақауы, айқын гемодинамикалық өзгеріспен ашық артериальді түтік. Жүрекше аралық перденің ақауы, екіншілік өкпелік гипертензия, жүрек-өкпе жеткіліксіздігі. Белок-көмірсу алмасуының бұзылысы. Темір тапшылықты анемия диагноздарымен облыстық балалар ауруханасына ауыстырылып 11.10.2018 Солжақты артқы бүйірлі торокотомия, ашық артериальді түтіккі бітеу операциясы жасалды, жаңа туылған баладағы бұл жағдайдың тіркелуі, баланың шала туылуынан болған асқыныс деп қарайтын болсақ, ал шала туылуына бірден-бір себеп анасының жүктілік барысында бруцеллезбен ауырғандығы және балада туа пайда болған қарапайым герпес вирусы, хламидиоз, цитомегаловирусты инфекцияның анықталуы. Қорытындылай келе, бұл көрсетілген клиникалық жағдайда жүкті әйелдің бруцеллезбен ауыруы, туылған баладағы орталық жүйке жүйесінің ишемиялық зақымсы, туа пайда болған жүрек ақауының болуы, бруцеллез ауруының өзекті мәселе екенін, оның ішінде жүктілердегі ақыры қолайсыз екенін білдіреді. Бруцеллездің Қазақстан республикасы аймағында, оның ішінде Түркістан облысы эндемиялық аймақ ретінде тіркелуі дәрігерлерге деген жауапкершіліктің артуын, қоғам болып бруцеллездің алдын алу керектігін меңзейді. Өйткені патологияның ақыры өте қолайсыз, әлеуметтік және экономикалық тұрғыдан, науқасқа да мемлекетімізге де үлкен шығын әкеледі.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Г.Н.Абуова, А.А.Нурмашева, Г.М.Маханова. ЭКГ признаки как характеристика ранней диагностики поражения сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезной инфекцией Вестник ЮКГФА №4 (49), 2010г., С.142-143.
2. Абуова Г.Н., Нурмашева А.А., Бердалиева Ф.А, Осербасева А.М., Шакиева Л.А., Дарибаева А.А. Случай из-практики: энцефаломиелит бруцеллезной этиологии Журнал «Инфекционные болезни». Материалы III Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням Москва, 28-30 марта 2011 г., С.7 Импакт-Фактор 0,295

МИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯ ЕКІНШІЛІК СОЗЫЛМАЛЫ БРУЦЕЛЛЕЗДІҢ КӨРІНІСІ РЕТІНДЕ

Сауыт Г.Е. резидент-инфекционист 1-ші оқу жылы. Шымкент қаласы, Қазақстан, gulzhan.sauyt@mail.ru
Конирбаева К.Н. магистрант 2-ші оқу жылы. Шымкент қаласы, Қазақстан, Kamshat-2011@mail.ru
Ғылыми жетекші: м.ғ.к., профессор Абуова Г. Н., Шымкент қаласы, Қазақстан dr.abuova@gmail.com

Өзектілігі. Бруцеллез - көптеген клиникалық белгілері бар маңызды мультисистемалық ауру болып табылады. Бруцеллез кең таралған инфекция. Барлық елдерде кездеседі, әсіресе мал шаруашылығы дамыған аймақтарда. Қазақстан республикасы үшін бұл инфекция өлкелік патология деп саналады. Жыл сайын 2-2,5 мың адам бруцеллезбен ауырады, әсіресе оңтүстік аймақтарда ауру кең таралған. Соңғы жылдары эпизоотикалық жағдайдың нашарлануына байланысты қалалық бруцеллез жиі кездесіп жатыр. Жедел бруцеллез 40-60% жағдайда созылмалы бруцеллезге ауысады да, 2,7-37% дейінге адамдардың еңбекке қабілетін төмендетіп мүгедектік жағдайға әкелу қаупін туғызады. <https://rel.kz/brutsellez-auruy-turaly-m-limet/> Зоонозды инфекцияның алдын алу мәселелерінің бүгінгі күні өзектілігі сақталуда. Бұл өте күрделі әлеуметтік мәселе.

Бұдан әрі көптеген ілеспелі патология аясында өтетін екіншілік бруцеллез клиникалық жағдайы келтірілген.

Науқас А. 71 жаста. Түскен кездегі шағымы: басының ауруы, бас айналуы, ірі буындарындағы ауырсыну және ұйып қалуы, екі қолының қозғалысының шектелуі, заттарды ұстай алмауы, сезімталдылығының төмендеуі, әлсіздік, тершендік, тәбетінің төмендеуі.

Науқас 2013жылдан бастап ауыра бастаған. Соңғы 4-3 жылдан бері жоғарыда айтылған шағымдар мазалай бастаған: ірі буындарындағы ауырсыну және ұйып қалуы, екі қолының қозғалысының шектелуі, заттарды ұстай алмауы, сезімталдылығының төмендеуі, әлсіздік, тершендік, тәбетінің төмендеуі. Неврологтың қарамағында амбулаторлы ем қабылдаған, диагноз: Цервикальды миелопатия. Терең жоғарғы парапарез. Пентоксифиллин 5,0мг + NaCl 200,0мл т/і №5, галидор 2,0мг + NaCl 0,9% 200,0мл №5, пиродоксин гидрохлорид 2,0мг №10 ем қабылдаған, нәтиже болмаған. Аймақтық дәрігерге қаралған: МРТ: дискте грыжа С4-С5, С5-С6. Екіншілік тарылған жұлын-милық канал С2-С3, С3-С4, С4-С5, С5-С6. Анализдері: рр-Хеддельсон – оң нәтижелі, рр-Райт теріс, ИФА бруцеллезге IgM – теріс, IgA – оң, IgG – оң. Жоғарыда айтылған шағымдарының күшеюіне байланысты Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына госпитализацияланды.

Өмір анамнезінен науқас Қант диабеті ІІ тип бойынша «Д» тіркеуде тұрады, созылмалы гастрит, созылмалы панкреатитпен ауырған. Эпидемиологиялық анамнез: отбасында өзі ғана ауырады, ет, сүт тағамдарын базардан алып қолданады. 2013 жылы жедел бруцеллезді басынан өткерген.

Түскен кездегі жағдайы ауыр ағымда, неврологиялық синдромға байланысты. Есі анық. Науқас уақытқа және кеңістікке бағдарланған. Тері жамылғысы және шырышты қабаттары физиологиялық түсте, бөртпелер жоқ. Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған, ауырсынусыз. Өкпесінде перкурторлы өкпелік дыбыс, аускультацияда қатқыл тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тоны тұйықталған, ырғақты. Артериальды қан қысымы 120/80 сынап бағанасы бойынша, PS – 80 минутына. Тілі ылғалды, ақ жабындымен жабылған. Ішкі жұмсақ, эпигастрии аймағы ауырсынады. Үлкен дәреті қоймалжын. Бауыры қабырға доғасының бойымен, жиегі тегіс. Көкбауыры ұлғаймаған, ауырсынусыз. Іштің тітіркену симптомы жоқ. Ұрғылау симптомы екі жақты теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз. Жергілікті статус: ірі буындарындағы ауырсыну және ұйып қалуы, екі қолының қозғалысының шектелуі, заттарды ұстай алмауы, сезімталдылығының төмендеуі.

Жоғарыда айтылған мәліметтер бойынша клиникалық диагноз қойылды: Екіншілік созылмалы бруцеллез, декомпенсация сатысы. Нейробруцеллез, миелополирадикулонейропатия. Полиартралгия. Қосылқы диагноз: Қант диабеті, ІІ тип. Созылмалы гастрит, өршу сатысы.

Ем жүргізілді: доксициклин 0,1к x 2 рет күніне №18, рифампицин 0,3 x 2 рет күніне №18, СЕКҚ: кетотоп 2,0 б/е №10, ксефокам 8мг б/е №5, пиридоксин гидрохлорид 2,0мг №10 және массаж буындарға. Жүргізілген ем бойынша науқаста ірі буындарындағы ауырсынулардың біртіндеп басылуы, қолдарындағы сезімталдықтың оянуы және де қимыл қозғалыстарының пайда болуымен динамикада жағдайы жақсарып ауруханадан шығарылып, амбулаторлы ем қабылдауда.

Қорытынды. Көрсетілген клиникалық жағдай неврологиялық симптомдар арқылы жамылған екіншілік бруцеллез асқынысын көрсетеді. Екіншілік бруцеллезбен ауыратын науқастарды емдеу жергілікті көріністердің сипатын, ауру ағымының ауырлығын және ілеспелі патологияның болуын ескере отырып кешенді, сараланған түрде жүргізілуі тиіс. Бұл клиникалық жағдай жұлын-ми жүйке жүйесі зақымдалуымен екіншілік созылмалы

бруцеллездің ауыр неврологиялық көріністерін, оның дифференциалды диагнозы мен емнің қиындықтарын көрсетеді.

Әдебиеттер

1. Абуова Г.Н., Батырханова С.Т., Полукчи Т.В. Состояние заболеваемости бруцеллезом в Южно-Казахстанской области. Материалы VIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием Москва, 2016г. Стр.29-30
2. к.м.н., профессор Абуова Г.Н. Клинико-эпидемиологические, прогностические особенности бруцеллеза у подростков в Южно-Казахстанской области. Международная научно-практическая конференция «Диагностика и лечение глазных проявлений инфекционных и системных заболеваний», Уфа, 2018г. Стр.3-10
3. Курманова Г.М., Баратова Г.М., Акешова Н.А., Мамутова А.Е., Молдалиев И.С., Бабаева К.С. Клиническая характеристика хронического бруцеллеза с тяжелыми полиочаговыми проявлениями // Вестник - 2016 - №3. - Стр. 36-37

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Свиридова А. В., ординатор, Оренбург, Россия, alenasolnshko@mail.ru, Демина Л. М., к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Актуальность. Проблема лечения гипотиреоза остается актуальной для акушерской практики, так как от эффективности её решения зависит исход беременности и повышение показателей здоровья и интеллектуального потенциала нации. Современная фарминдустрия предлагает большой выбор препаратов, основным является Левотироксин натрия.

Цель. Основная цель исследования – поиск эффективных схем терапии гипотиреоза для профилактики осложнений беременности и родов.

Задачи: 1) изучение научной литературы, 2) изучение стандартов лечения; 3) изучение осложнений беременности и родов; 4) анализ полученных данных.

Материалы и методы: истории родов, медицинская литература. Проводилось ретроспективное исследование 169 историй пациенток, страдающих гипотиреозом, в основном, по причине первичного дефицита йода в возрасте от 16 до 42 лет (средний возраст – 29 лет) на базе ОКПЦ г. Оренбурга с января 2018 г. по октябрь 2018 г.

Результаты исследования. В ходе исследования выяснено, что имеет место сопутствующая эндокринная патология - сахарный диабет – у 9% женщин (n=15), ожирение у 19% пациенток (n=32), кроме того у 34 пациенток развился гестационный сахарный диабет.

Дефицит тиреоидных гормонов приводит к выраженным изменениям обмена половых гормонов. При длительном дефиците гормонов щитовидной железы повышается уровень пролактина, что приводит к бесплодию, обусловленному хронической ановуляцией [1]. У 11 женщин из выборки беременность наступила в результате экстракорпорального оплодотворения.

Среди акушерских осложнений описаны задержка внутриутробного развития плода, гестационная гипертензия, преждевременная отслойка плаценты [2]. Нарушение трофической функции плаценты, проявляющееся ЗВУР, выявлено в 17 случаях, в 12 случаях артериальная гипертензия, преэклампсия развилась у 17 женщин, 2 – тяжелой степени.

В ходе анализа было выявлено, что лишь 4 родов в данной выборке были физиологическими. В 45% случаев (n=76) родоразрешение производилось путем кесарева сечения, показаниями к которому послужили декомпенсация сахарного диабета, клинический узкий таз, тяжелая преэклампсия, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В 36 случаях кесарево сечение выполнено в плановом порядке в связи с наличием крупного плода и рубца на матке. В 55% случаев роды были самостоятельными, но осложнились кровотечением в послеродовом периоде у 8 женщин.

Ребенок от матери с гипотиреозом так же может иметь недостаточность щитовидной железы, что проявляется крупной массой тела (более 4000г), поздним отпадением пуповинного остатка, сонливостью, неэмоциональным криком [5]. Из всех новорожденных 18% (n=30) родились с массой более 4000г путем планового кесарева сечения. Принимая во внимание, что патология щитовидной железы широко распространена среди женщин репродуктивного возраста, очень важно вовремя обнаружить даже незначительные отклонения в её функции у больных с нарушениями репродуктивной системы, бесплодием, планирующих беременность, в том числе, проведение стимуляции овуляции или программы ЭКО [2].

Из данных анамнеза имеет значение наследственная предрасположенность.

При осмотре обращают внимание на бледность и отёчность, сухость кожного покрова. Голос хриплый, движения медленные. Определяется брадикардия (52–60 в минуту), гипотензия. Мукоидный отёк (микседема), снижение памяти, запоры, ломкость и выпадение волос дают основание заподозрить у больной первичный гипотиреоз.

Диагноз гипотиреоза должен быть обязательно подтверждён результатами гормонального обследования. Согласно рекомендациям Американской тиреоидной ассоциации (2017г.), референсными диапазонами для

уровня ТТГ во время беременности следует считать: для I триместра – 0,1–2,5 мЕд/л, для II триместра 0,2–3 мЕд/л, для III триместра – 0,3–3 мЕд/л.

При явном первичном гипотиреозе содержание в крови свободного Т₄ не превышает 10 мЕд/л, свободного Т₃ — 4 мЕд/л, концентрация ТТГ в крови адекватно повышена — более 10 мЕд/л [4].

При субклиническом гипотиреозе содержание тиреоидных гормонов может не выходить за пределы физиологических колебаний, тогда как концентрация ТТГ повышена от 4 мЕд/л до 10 мЕд/л [3].

Повышение уровня ТТГ — это весьма чувствительный маркер первичного гипотиреоза, измерение именно уровня ТТГ считается наилучшим способом диагностики данного состояния.

Динамическую оценку функции щитовидной железы и её объёма проводят каждые 8 недель (не реже 1 раза в триместр).

Следует отметить, что гипотиреоз в большинстве случаев является хроническим заболеванием, требующим постоянной заместительной терапии аналогами гормонов щитовидной железы. Дозировку подбирает врач – эндокринолог индивидуально путем титрования для достижения наиболее эффективной и безопасной. В дальнейшем необходим регулярный контроль уровня ТТГ.

Выводы. Проанализировав литературу, стандарты лечения мы пришли к выводу, что женщинам, страдающим гипотиреозом до начала беременности необходимо продолжать принимать препарат Левотироксин натрия, который значительно снижает вероятность появления акушерских и эндокринологических осложнений.

Таким образом, обязательным условием при планировании беременности и обследовании перед программой ЭКО является комплексная оценка функции щитовидной железы, как одного из важнейших органов, обеспечивающих оптимальные условия для повышения эффективности лечебного протокола.

Литература

1. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика: пособие для врачей / Московская мед. акад. им. И.М.Сеченова. - М.:ИнтелТек, 2003. - 48 с.
2. Шехтман М. М., Варламова Т. М., Бурдули Г. М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / монография.- М. : Триада-Х, 2001. - 128 с.
3. Клинические рекомендации Европейской тиреологической ассоциации по лечению субклинического гипотиреоза во время беременности и в детском возрасте. 2014 год.
4. Клинические рекомендации Американской тиреоидной ассоциации по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде. 2017 год.
5. Клинические рекомендации Европейской тиреологической ассоциации по использованию комбинированной терапии тироксином и трийодтиронином в лечении гипотиреоза. 2012 год.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА LACTOBACILLUS SPP

Свиридова А. В., ординатор, Оренбург, Россия, e-mail: alenasolnshko@mail.ru
 Научный руководитель: к.м.н., асс. Щетинина Ю. С., Оренбург, Россия

Актуальность. Особенности влажной среды явно зависят от фазы менструального цикла, но в литературе нет однозначных выводов о влиянии внешнего гормонального воздействия КОК на развитие дисбиотических состояний влагалища [1].

Цель работы – выявить зависимость между приемом гормональной контрацепции и развитием дисбиоза из-за снижения лактобактерий. Задача настоящего исследования - изучение молочно – кислых бактерий вагинального секрета на фоне использования гормональных микродозированных контрацептивов с содержанием 17-бета-эстрадиола. Именно эстрадиол является оптимальным активизатором рецепторов эстрогена и обеспечивает все преимущества, которые связывают с «эстрогенной терапией» [3].

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 женщин в возрасте 20-44 лет (средний возраст 31±0,2 года). Критериями включения в группу исследования являлось: соматическое и психическое здоровье, отсутствие инфекций, передаваемых половым путем, исключенных методом ПЦР, отсутствие приема антибиотиков и химических вагинальных контрацептивов в течение трех последних месяцев.

В работе использованы следующие методы: клинический, микробиологический, бактериологический и статистический.

Все женщины были разделены на 2 равные группы в зависимости от выбора метода контрацепции: в 1 группу были включены женщины, которые использовали КОК с 17-бета-эстрадиолом (находятся на диспансерном учете по поводу приема КОК в клинике ОрГМУ и женской консультации ОКПЦ), во 2 группу вошли женщины, использующие барьерные методы контрацепции.

Качественный и количественный состав вагинальной микрофлоры изучали микроскопическим и бактериологическим методами. Исследование проводилось до применения контрацептивов (изучение исходного состояния) и через 3, 6, 12 месяцев их использования. В соответствии с количественным содержанием лактобацилл отделяемого влагалища, определенного микроскопическим методом исследования, женщины были разделены на три подгруппы: с обильным содержанием лактобацилл (свыше 100 клеток в поле зрения светового микроскопа), с умеренным содержанием (менее 100, но более 10 клеток), со скудным содержанием (до 10 клеток в поле зрения) (Таблица 1).

Результаты исследования.

Таблица 1-Оценка лактофлоры с использованием микроскопического метода исследования

Lactobacillus spp.	1-я группа	2-я группа
--------------------	------------	------------

	Принимающие КОК с 17-бета-эстрадиолом								Не принимающие КОК с 17-бета-эстрадиолом	
	Исходные значения		3 мес		6 мес		12 мес			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 10 клеток	7	1,7	6	10	5	8,3	1	1,7	5	8,3
10 - 100 клеток	5	8,3	6	60	6	0	9	5	7	78,3
свыше 100 клеток	18	30	18	30	19	31,7	20	33,3	8	13,4

Выявление менее 10 клеток в поле зрения говорит о слабой эстрогенной насыщенности, которая была выявлена при первичном обследовании у 11,7% пациенток. Следует отметить, что в процессе регулярного приема КОК с 17 – бета – эстрадиолом содержание лактобактерий увеличилось почти у 100% обследованных. Обильная лактофлора (свыше 100 клеток в поле зрения) была выявлена у 30%, что в процессе приема КОК с 17 – бета – эстрадиолом изменилось незначительно. Средние значения количества лактобактерий были выявлены у большинства наблюдаемых (58,3%). Достоверной разницы между увеличением количества лактобактерий через 3 и 6 месяцев не наблюдалось, но отрицательная динамика данного показателя отсутствовала. Достоверное увеличение лактобактерий отмечается через 12 месяцев. Для пациенток контрольной группы сравнительный анализ не проводился, так как изменить микробиоценоз влагалища способно большое количество факторов.

С помощью бактериологического исследования было определено абсолютное число колоний *Lactobacillus* spp. (Таблица 2).

Таблица 2-Количественное содержание лактобацилл при исследовании отделяемого влагалища с использованием бактериологического метода исследования

<i>Lactobacillus</i> spp.	1-я группа				2-я группа	
	Исходные значения		Через 12 мес приема КОК с 17 – бета – эстрадиолом		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Не обнаружены	-	-	-	-	-	-
1×10^3	6	10	1	1,7	9	15
$1 \times 10^4 - 1 \times 10^6$	34	56,7	29	48,3	46	76,7
$5 \times 10^7 - 1 \times 10^8$	20	33,3	30	50	5	8,3

Концентрация лактобактерий $> 10^6$ кл/мл свидетельствует о нормоценозе, $1 \times 10^4 - 1 \times 10^6$ кл/мл – о начинающемся дисбиозе и $< 1 \times 10^3$ кл/мл о глубоком дисбиозе. До начала исследования большинство пациенток можно было отнести ко второй группе (56,7%), тогда как через 1 год регулярного приема оральных контрацептивов с 17-бета-эстрадиолом 50% пациенток перешли в первую группу по содержанию лактобактерий во влагалищном секрете.

Выводы. Слизистая оболочка влагалища реагирует на различные гормоны, но к эстрогенам более чувствительна [2]. Резистентность влагалища к инфекциям во многом определяется насыщенностью организма эстрогенами. Под его влиянием улучшается регенерации эпителия, который является механическим барьером для патогенов; увеличивается содержание гликогена во влагалищном эпителии и, как следствие, повышается число лактобацилл, конкурирующих с патогенами за субстрат. Это наиболее вероятные механизмы, реализующие защитный эффект оральных контрацептивов с 17-бета-эстрадиолом, что и было доказано данным исследованием. Современная гормональная контрацепция при дифференцированном применении, оказывает благоприятное действие на микробиоценоз влагалища и может применяться в качестве одного из направлений в профилактике воспалительных заболеваний органов малого таза.

Список литературы:

1. Кафарская Л. И., Ефимов Б.А., Покровская М.С. Микроэкология влагалища. Микробиоценоз в норме, при патологических состояниях и способы его коррекции. Лекция. – М., 2005, С. 1-5
2. Пристли С.Дж., Джонс В.М., Дхар Дж. и др. Что такое нормальная влагалищная флора // Заболевания, передаваемые половым путем. 1997. № 4. С. 12–18.
3. Тихомиров А. Л., Олейник Ч.Г., Сарсания С.И. Бактериальный вагиноз – современные представления, комплексное лечение. Методические рекомендации. –М., 2005, С. 5–7, 11–18

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.А. Свирский, А.М. Махлин, А. А. Ленкова

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
РНПЦ детской хирургии, г. Минск

Аннотация. Статья посвящена анализу факторов риска патологического течения беременности, влияющие на развитие НЭК у новорожденных.

Ключевые слова: НЭК, акушерские и перинатальные факторы риска.

Keywords: NEC, obstetric and perinatal risk factors.

OBSTETRIC AND PERINATAL RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

A.A. Svirskiy, A.M. Makchlin, A.A. Liankova, Belarusian State Medical University, Minsk
Republican Research and Practical Center for Pediatric Surgery

Summary

The article is devoted to the analysis of the risk factors of pathological pregnancies influencing development of neonatal necrotizing enterocolitis.

Актуальность. Некротизирующий энтероколит (НЭК) – одна из ведущих причин смертности и наиболее частая необходимость экстренного хирургического вмешательства в раннем неонатальном периоде. В период новорожденности НЭК встречается в среднем 1 – 5:1000 живорожденных детей, около 80 - 90% из них приходится на недоношенных детей с низкой массой тела при рождении [1]. Этиология НЭК многофакторная и сложная. Принято считать, что НЭК — гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемическое поражение кишечной стенки, микротравма слизистой оболочки кишечника, незрелость структур кишечной стенки, неконтролируемый рост условно-патогенной и патогенной микрофлоры [2,3,4,5]. Важнейшим пусковым механизмом патофизиологических процессов, приводящих к поражению кишечной стенки при НЭК, является селективная циркуляторная ишемия кишечника, вызываемая перинатально возникающим стрессом, что подтверждается экспериментальными исследованиями с применением изотопов у новорожденных свинок и кроликов, подвергнутых асфиктическому воздействию (Touloukian R.J. et al., 1972). Ишемия представляет собой реакцию организма, направленную на защиту жизненно важных органов, неустойчивых к длительной гипоксии в условиях централизации кровообращения, которая у недоношенных детей чаще бывает компенсаторной или вторичной, развиваясь на фоне гиповолемии, тяжелой гипоксемии или кардиогенных нарушений (декомпенсированный синдром "малого сердечного выброса"). Патогенез НЭК остается на стадии изучения.

Цель: Оценить факторы риска патологического течения беременности, влияющие на развитие НЭК у новорожденных.

Задачи: 1. Провести анализ историй родов, историй развития новорожденных.

2. Изучить распространенность, динамику показателей гипоксии и результаты доплерометрии плода.

3. Провести оценку состояния новорожденных.

Материал и методы. Основой работы послужили архивные данные РНПЦ детской хирургии, РНПЦ «Мать и Дитя», УЗ «Городской клинический роддом № 2» за период 2007-2017гг. Были изучены 48 историй родов матерей детей с НЭК. Проведено сравнение данных у пациентов двух контрольных групп: №1 – здоровые дети, №2 – недоношенные дети без НЭК

Результаты и их обсуждение. За период 2007-2017гг. на базах РНПЦ детской хирургии, РНПЦ «Мать и Дитя», УЗ «Городской клинический роддом № 2» были изучены 48 историй родов матерей детей с хирургическими стадиями НЭК. Анализ данных показал, что средняя масса тела детей с НЭК составляет 1700,83 ± 98,42г, максимальная масса тела – 4100г, минимальная – 600г. Средняя масса детей группы сравнения №1 без НЭК составила 3355,68 ± 65,45г, максимальная масса тела – 4460г, минимальная – 2700г. Средняя масса недоношенных детей с НЭК составила 1355,64 ± 74,98г, максимальная масса тела – 2830г, минимальная – 710г. Средняя масса недоношенных детей без НЭК составила 1663,68 ± 89,30, максимальная масса тела – 2460г, минимальная – 600г. Средний гестационный возраст всех детей с НЭК составляет 32,08 ± 0,57 недель, максимальный гестационный возраст – 42 недели, минимальный – 26. Средний гестационный возраст здоровых детей без НЭК составил 39,05 ± 0,16 недель, максимальный гестационный возраст – 41 неделя, минимальный – 37. Средний гестационный возраст недоношенных детей с НЭК составил 30,05 ± 0,58 недель, максимальный гестационный возраст – 36 недель, минимальный – 26. Средний гестационный возраст недоношенных детей без НЭК составил 33,1 ± 0,48 недель, максимальный гестационный возраст – 37, минимальный – 28.

Более 40% новорожденных с НЭК родились от многоплодной беременности против 32% из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК). Более 80% беременных женщин, у детей которых впоследствии был выявлен НЭК, имели признаки хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВГП), синдром задержки развития плода (СЗРП), нарушение маточно-плацентарного и плодного кровотока (МППК) по данным доплерометрии артерий пуповины плода и матки. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), много/маловодие, мутные околоплодные воды были выявлены у 45% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками респираторного дистресс синдрома (РДС) родились более 70% детей с НЭК, с внутриутробной инфекции (ВУИ) – 20%.

Из контрольной группы №1 (здоровые дети) у 19% беременных были выявлены признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК. Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 25% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками ВУИ родились 5% детей.

Признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК были диагностированы у 92% беременных женщин, у недоношенных детей которых был выявлен НЭК (Рис. 1). Преждевременное излитие околоплодных вод,

много/маловодие были выявлены у 43% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками РДС родились более 80% недоношенных детей с НЭК, с ВУИ – 13%.

Из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК) у 63% беременных были выявлены признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК (Рис. 1). Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 45% беременных, гинекологическая патология – у 60%. С признаками РДС родились более 85% недоношенных детей с НЭК, с ВУИ – 5%.

Признаки внутриутробной гипоксии у недоношенных новорожденных с НЭК встречаются чаще, чем у недоношенных без НЭК (ОШ=6,81(2,39;19,41), $p<0,01$).



Рисунок 1 – Признаки гипоксии недоношенных детей с НЭК и без

Признаки ВУИ и ПИОВ, мало/многоводие, мутные околоплодные воды были выявлены у 42% беременных, имевших признаки гипоксии во время беременности и родах, детям которых впоследствии диагностировали НЭК. Гинекологические заболевания (уреаплазмоз, кольпит, эрозия шейки матки, истмико цервикальная недостаточность (ИЦН) были выявлены у 65% беременных.

Из контрольной группы №1 (здоровые дети) 85% беременных женщин с признаками внутриутробной гипоксии имели гинекологические заболевания, 42% - вышеперечисленные признаки ВУИ.

Признаки ВУИ (ПИОВ, мало/многоводие, мутные околоплодные воды) были выявлены у более 40% беременных, имевших признаки гипоксии во время беременности и родах, недоношенным детям которых впоследствии диагностировали НЭК. Гинекологические заболевания (уреаплазмоз, кольпит, эрозия шейки матки, ИЦН) были выявлены у 60% беременных.

Из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК) 40% беременных с признаками внутриутробной гипоксии имели гинекологические заболевания, 30% - вышеперечисленные признаки ВУИ.

Состояние 77% новорожденных потребовало проведения искусственной вентиляции легких. При сравнении недоношенных с НЭК с контрольной группой №2 (недоношенные дети без НЭК) состояние 89% и 54% соответственно потребовало проведения искусственной вентиляции легких (Рис. 2). (ОШ=7,23 (2,92;17,86), $p<0,001$).

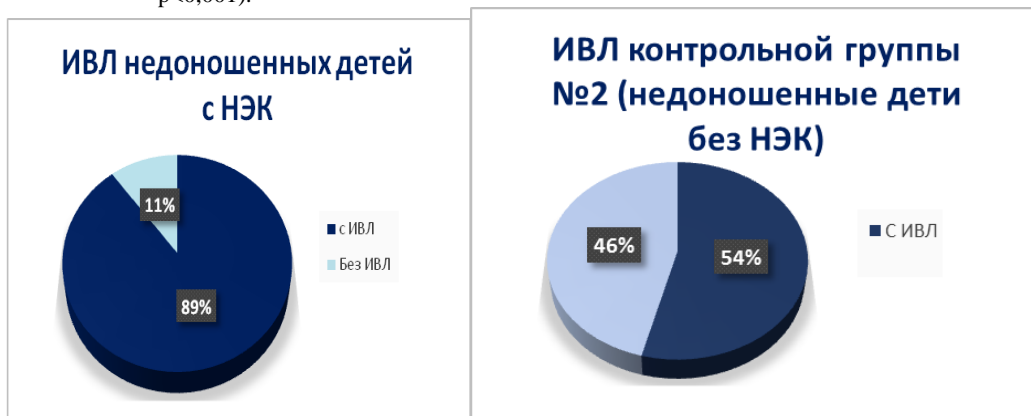


Рисунок 2 – ИВЛ недоношенных детей с НЭК и без

Выводы: 1 НЭК является преимущественно болезнью недоношенных новорожденных, 85% детей родились недоношенными. 2 Признаки внутриутробной гипоксии у недоношенных новорожденных с НЭК встречаются чаще, чем у недоношенных без НЭК (ОШ=6,81(2,39;19,41), $p<0,01$). 3 Состояние недоношенных детей с НЭК потребовало ИВЛ чаще, чем недоношенных новорожденных без НЭК (ОШ=7,23 (2,92;17,86), $p<0,001$).

Список источников

Holman RC, Stoll BJ, Curns AT et al. Necrotising enterocolitis hospitalisations among neonates in the United States. *Pediatr Perinat Epidemiol.* 2006;20:498-506.
Nowicki PT. Ischemia and necrotizing enterocolitis: where, when and how. *Semin Pediatr Surg* 2005; 14:152-158.
Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr.* 2010;156(4):562-567.
Lin PW, Stoll BJ. Necrotizing enterocolitis. *Lancet* 2006; 368:1271-1283.
Morowitz MJ, Poroyko V, Caplan M, et. al. Redefining the role of intestinal microbes in the pathogenesis of necrotizing enterocolitis. *Pediatrics* 2010; 125:777-785.

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ БҮЙРЕК ҚЫЗМЕТІН БАҒАЛАУ

Сейітқалиев Е.А., Сайрамбек Ә.Е. 5 курс, жалпы медицина факультеті, Қарағанды, Қазақстан, eroma_2494@mail.ru
Ғылыми жоба бойынша жетекші - ассистент-машықтанушы Калимбетова А. Б., Қарағанды, Қазақстан. Қарағанды Медицина Университеті, №1 Ішкі Аурулар Кафедрасы

Тақырыптың өзектілігі: Қазіргі таңда медицинаның қарқынды дамуына қарамастан жүрек аурулары өлім жітім бойынша алдыңғы қатарда тұр және де бұрынғы кезде көбіне егде және қарт адамдарда кездесе, қазіргі уақытта жас адамдарда да көп жағдайда кездесіп жатыр. Яғни жүрек ауруларының асқынсы болып отырған жүрек жеткіліксіздігіне бүйрек қызметінің жеткіліксіздігі қосылып, аурудың ақырын қолайсыз етуде.

Зерттеудің мақсаты: Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардың бүйрек қызметін бағалау

Материалдар мен зерттеу әдістері:

Зерттеуге Қарағанды қаласының №1 қалалық ауруханасының кардиология бөлімшесінен 21 (38-91 жас аралығын-дағы 8 ер, 13 әйел) науқастың ауру тарихына когортты-ретроспективті зерттеу жүргізілді .

Зерттеу әдістері:

❖ клиникалық

❖ лабораториялық (шумақтың сүзілу жылдамдығы, креатинин, несепнәр)

Қорытынды: Жүргізілген зерттеу нәтижелерін қорытындылай келе жынысына байланысты созылмалы жүрек жеткіліксіздігі кезіндегі бүйректің функционалдық қызметінің бұзылысы әйел адамдарда ер адамдарға қарағанда 56 %-ға жиі кездеседі. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің 2-4 ФК қарағанда 3 ФК-да шумақтың сүзілу жылдамдығы көбірек төмендейді (16,6-16,7-66,7 %). Жас ерекшелігіне байланысты 70-79 жас аралығындағы науқастарда жүректің созылмалы жеткіліксіздігіне бүйректің созылмалы жеткіліксіздігінің қосарлануы жиірек кездеседі. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауратын науқастарда бүйрек қызметінің бұзылысы 38,8 % жағдайында кездеседі.

Ұсыныс: Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарды бүйрек ауруларына міндетті скринингті зерттеу тәсілін енгізу.

Список литературы:

1. Досмагамбетова Р.С. Нефрология модуль = [Текст] : учебник / И. В. Бачева [и др.] ; ред. серии: Р. С. Досмагамбетова, под ред: Л. Г. Тургуновой, Е. М. Ларюшиной ; ҚММУ. - М. : Литтерра, 2016. - 264 б. - ISBN 978-5-4235-0218-8 (в пер.) : 12544.00 Тг, 4000.00 Тг
2. Досмагамбетова Р.С. Внутренние болезни: Модуль Кардиология = [Текст] : учебник / Л. К. Бадина [и др.] ; ред.: Р. С. Досмагамбетова, Л. Г. Тургунова, Е. М. Ларюшина. - М. : Литтерра, 2016. - 256 б : сур. - ISBN 978-5-4235-0226-3 (в пер.) : 12544.00 Тг
3. [Тусупбекова, К.Т.](#) Хроническая почечная недостаточность (клиника, диагностика и лечение) [Текст] : учебно-методическое пособие / К. Т. Тусупбекова. - 2-е изд., доп. - Караганда : [б. и.], 2012. - 40 с. - б/ц
4. [Беленков Ю.Н.](#) Хроническая сердечная недостаточность [Текст] : избранные лекции по кардиологии / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 432 с. : ил. - ISBN 5-9704-0119-6 (в пер.) : 5800.00 Тг

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ACNE VULGARIS

Семенова К.А., 4 курс, леч. фак., Оренбург, РФ, s-akseniya, ул.Чкалова 70-161
Бучнева Н.В., к.м.н., доцент кафедры фармакологии ОрГМУ, Оренбург, РФ
Щетинина Ю.С., к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ОрГМУ, Оренбург, РФ

Различные косметические дефекты сильно влияют на качество жизни человека и приносят существенный дискомфорт, являясь причиной глубоких психологических переживаний. Из всех косметических дефектов наиболее распространенным является acne vulgaris (акне) - воспалительное, хроническое, рецидивирующее заболевание сально-фолликулярного аппарата с локализацией в области лица, спины, груди, иногда ягодиц [1].

Причинами акне могут быть патологический фолликулярный гиперкератоз, гиперандрогения, бактерии *Propionibacterium aspe* и тд [2]. В данной статье рассмотрены акне, причиной которых является повышенный уровень андрогенов. При избыточной продукции мужских половых гормонов и их воздействии на кожу возникает андрогензависимая дерматопатия (АДП). Она характеризуется такими клиническими проявлениями как аменорея, олигоменорея, бесплодие, нарушение овуляции у девушек и женщин. Кожными проявлениями АДП являются акне, алопеция, гирсутизм и себорея. Эти симптомы сопровождают нейроэндокринные синдромы и отмечаются с пубертатного возраста – времени активации гормональной функции яичников и надпочечников. У молодых женщин именно эта симптоматика является основной жалобой, которая приводит их к косметологу, а не такие признаки гиперандрогении, как нерегулярный цикл и бесплодие, с которыми нужно обращаться к гинекологу. Степень развития андрогензависимой дерматопатии обуславливается не только содержанием в крови андрогенов, но и их периферическим метаболизмом.

Несмотря на известный во многом механизм развития вульгарных угрей, лечение по-прежнему представляет определенные сложности. Как правило, для лечения акне уже на протяжении 45 лет используются препараты группы ретиноидов [3]. Они улучшают ороговение, обладают заживляющим эффектом и уменьшают выделение кожного жира. К этой группе относятся препараты наружного и внутреннего применения: ретиноевая мазь, изотретинол, роаккутан, акнекутан, раствор ретинола пальмитата, локацид, дифферин и другие.

Все без исключения ретиноиды способны вызывать побочные эффекты, среди которых наиболее опасными являются эмбриотоксичность и тератогенность. По этой причине женщинам, которые могут иметь детей, данные препараты внутрь назначаются лишь при отсутствии беременности и надежной контрацепции. Перед началом курса пациентку уведомляют о возможных последствиях при несоблюдении ею мер предосторожности. За границей в таких случаях лечение не начинают без подписания пациенткой специальной формы. Наружное применение при наступлении беременности также прекращается. Побочных эффектов для половой системы мужчин у ретиноидов не наблюдается. Поэтому данный препарат в большинстве случаев рекомендуется при лечении лиц мужского пола, а не женского. При местном использовании ретиноидов некоторые пациенты жалуются на сухость кожных покровов, их раздражение, зуд, появление шелушения, жжения. У современных препаратов, приготовленных на основе Адапалена, эти явления встречаются реже, у 10-40% пациентов. Если кожа сильно краснеет, шелушится либо покрывается волдырями, то это сигнал, что ретиноиды для терапии акне не подходят. При приёме ретиноидов внутрь, список возможных побочных явлений более внушителен. Могут сохнуть и трескаться губы, появляется головокружение, одышка, носовые кровотечения, боли в мышцах, суставах. Препараты обладают опасным гепатотоксическим действием, могут вызывать печеночную и почечную недостаточности. Следует отметить, что нельзя применять данные средства с целью самолечения, так как есть ситуации, при которых препараты строго противопоказаны, поэтому назначать их может только специалист.

Согласно Европейским рекомендациям в лечении акне средней и тяжелой степени, причиной которых является гиперандрогения, целесообразно комбинировать гормональную терапию с использованием наружных средств, содержащих ретиноиды. Гормональная терапия – это лечение половыми гормонами, которые уменьшают секрецию кожного сала и ингибируют эффекты андрогенов в сальных железах. В целях лечения угревой болезни в основном используются три группы гормонов: эстрогены, которые подавляют овариальные андрогены; глюкокортикоиды, которые ингибируют надпочечниковые андрогены, и пероральные антиандрогены, которые действуют прежде всего на периферическом уровне. Эстрогены в небольших дозировках (35–50 мкг), применяемые в качестве пероральных противозачаточных средств, способны значительно снижать секрецию кожного сала. Механизмы антиандрогенного действия противозачаточных средств:

1. Уменьшение секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ), что влечет за собой снижение андрогенного биосинтеза в яичниках.
2. Эстрогензависимое увеличение синтеза печенью половых стероидов связывающего глобулина (ПССГ), что ведет к уменьшению биодоступности андрогенов.
3. Дополнительные механизмы действия включают уменьшение секреции андрогенов надпочечниками, ингибирование 5 α -редуктазы, связывание андрогенных рецепторов и др [5].

Для терапии гормональных акне используются следующие препараты: «Ярина», «Джес», «Диане-35» и тд. На сегодняшний день особо актуальным стал препарат нового поколения «Клайра». Он является комбинированным оральным контрацептивом, содержащим эстроген-гестагенный компонент. При употреблении этого лекарства отмечается минимальное количество побочных эффектов [4].

Лечение подростковых акне комбинированными оральными контрацептивами имеет в себе несколько особенностей. Во-первых, препараты должны быть высокоэффективны, приемлемы и безопасны; во-вторых, применять их можно только после наступления менархе; в-третьих, необходимо проконсультироваться с эндокринологом и гинекологом, которые подберут правильный препарат, оптимальную дозу и назначат схему лечения.

На данный момент, в России область применения противозачаточных средств для лечения пубертатных акне несколько ограничена. Это определяется тем, что многие родители несовершеннолетних девочек отказываются от такого метода лечения, так как считают, что это наносит вред репродуктивному здоровью подростка. Для решения этой проблемы необходимо проводить беседы и консультации с родителями о том, что правильно подобранные гормональные средства являются наиболее безопасным методом лечения по сравнению с ретиноидами. Также КОК могут использоваться не только для лечения акне, но и для коррекции нарушения менструального цикла и других состояний у подростков.

В заключение, необходимо отметить, что на данный момент подходы к лечению акне носят преимущественно симптоматический характер и не всегда устраняют причины этой патологии. В настоящее время применение КОК-это наиболее эффективный и безопасный способ лечения данного заболевания. В результате их приема наблюдается значительное клиническое улучшение как в отношении акне, так и гиперандрогении в целом, в ряде случаев этого достаточно для достижения поставленных терапевтических целей.

Список литературы:

1. Разнатовский К.И., Баринаева А.Н. Себорея и вульгарные угри. Современные подходы к лечению. - СПб.: Изд-во МАПО, 2009. - 36 с.
2. Масюкова С.А., Ахтямов С.Н. Акне: проблема и решение // Concilium medicum. 2002. Т. 4. № 5. С. 35–37 [Masjukova S.A., Ahtjamov S.N. Akne: problema i reshenie // Concilium medicum. 2002. Т. 4. № 5. С. 35–37 (in Russian)].
3. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. М.: МЕДпресс - информ 2008; глава «Акне» W.J.Cunlife. 19.
4. Данченко О.В., Шимановский Н.Л. Эффективность и безопасность длительного применения препарата Диане-35 для лечения симптомов андроген-низации // Русский медицинский журнал. - 2000. - Т. 8, № 11. - С. 449-453.

INTERNATIONAL STANDARDS IN QUALITY MANAGEMENT EDUCATION

Syrovaia A. O., Lebedinets V. A. *, Makarov V. A., Zavada O. A., Kalinenko O. S.
Kharkiv National Medical University, Ukraine
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

In recent decades, globalization has embraced all spheres of human life. The field of education was no exception: it is widely known that the competence is one of the main strategic resources ensuring the consolidation of the authority and increasing the competitiveness of the state in the international market in modern society. On this basis, the requirements for the quality of education are constantly increasing, which affects the approaches to the training of specialists, the methods and means of conducting the educational process, the diagnosis of knowledge and skills.

As international experience shows in the organization of educational institutions, the most effective means of ensuring the quality of education is the introduction of a quality management system (QMS) in educational institutions. The functioning of the QMS is necessary to eliminate all sorts of discrepancies, bureaucratic delays, as well as to minimize risks for the educational process, improve the level of training, education and personal development of students.

The ISO 9000 standards that govern the basic provisions of the design and operation of the QMS are the most widely used in the field of quality at the present time. It is known that these standards are based on the principles of Total Quality Management (TQM), the ideology of which is focused on continuous improvement of products / services and increasing the customer satisfaction. In the field of education, the basic standard is the international standard IWA 2 "Quality management systems. Guidelines for the application of ISO 9001 in education".

The Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area are regulatory legal acts that regulates the quality of higher education in the EU.

The analysis of the listed standards allowed to identify their main principles:

- the need for standardization of all processes of providing educational services;
- use of various forms and methods that promote the introduction of a culture of quality assurance in higher education institutions;
- constant monitoring of educational management processes;
- compliance with generally accepted international requirements in the field of education, ensuring the protection of public interests in matters of competence;
- quality assurance of the educational services provided, a high level of training for both the teaching staff and the educational contingent;
- application of the process approach, orientation of the educational institution to the customer;
- the need to document all important processes of the QMS of a higher education institution, the availability of appropriate standards and control procedures.

Thus, as international experience shows, the QMS should be implemented and constantly functioned to provide competitive educational services in higher education institutions, built on modern principles of quality management and business excellence TQM. This implies a significant reform of the existing management system of the educational institution, which is associated with certain difficulties and problems. However, only with the help of such reforms we can achieve stable success in today's competitive environment.

References

1. ISO/IWA 2 «Quality management systems. Guidelines for the application of ISO 9001: 2007 in education».
2. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). (2015). Brussels, Belgium

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВГВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Алышева Н.О., Бейсекова М.М.
 Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Прогнозирование инфекционной заболеваемости является важной научно-практической проблемой для обоснования ряда важных мероприятий с целью стабилизации распространения инфекции. По современным представлениям характер тенденции заболеваемости зависит, прежде всего, от качества и эффективности профилактических мероприятий, направленных на основные причины и условия развития эпидемического процесса.

Проблема вирусного гепатита В. несмотря на снижение заболеваемости в республике, сохраняет свою актуальность. Это одна из самых распространенных вирусных инфекций, по ущербу здоровью людей и наносимым экономическим потерям занимающая ведущее место среди инфекционных заболеваний. Изменилась структура путей передачи вируса гепатита В (ВГВ), в которой стала превалировать передача, ассоциированная с внутривенным введением наркотиков [1-2].

Целью исследования явилось прогнозирование уровня заболеваемости вирусным гепатитом В в Республике Казахстан.

Материалы и методы исследования. Исследование носило комплексный многоэтапный характер с использованием описательных и аналитических эпидемиологических приемов, ретроспективного эпидемиологического анализа, математического прогнозирования и статистических исследований.

Результаты и обсуждения. Анализ интенсивных показателей многолетней динамики заболеваемости ВГВ в Республике Казахстан за 1993 по 2015 годы показан на рисунке 1.

Максимальный уровень заболеваемости за период наблюдения был зарегистрирован в 1996 году и составил 29,72 на 100 тысяч населения; минимальный в 2011 году – 1,76. Отмечаются высокие показатели заболеваемости ВГВ населения РК с 1993 по 2005 годы, а также в 2012 году. Показатели заболеваемости на 100 000 населения составили соответственно 25,1; 23,6; 26,79; 29,72; 29,34; 25,31; 18,31; 22,4; 19,88; 15,1; 13,1; 12,35; 9,32 и 10,34.

Основными причинами роста заболеваемости гепатитом В явились такие факторы как: контакт с инфицированной кровью или ее препаратами, беспорядочные половые связи со многими партнерами, внутривенное введение лекарств или наркотиков, иглоукалывание, прокалывание ушей или нанесение татуировок, медицинские манипуляции нестерильными инструментами, наконец, в группу риска входят младенцы инфицированные гепатитом от матерей. Кроме того, риск инфицирования этими формами гепатита повышается у пациентов с гемофилией, у людей, которым пересаживали донорские органы или переливали кровь.

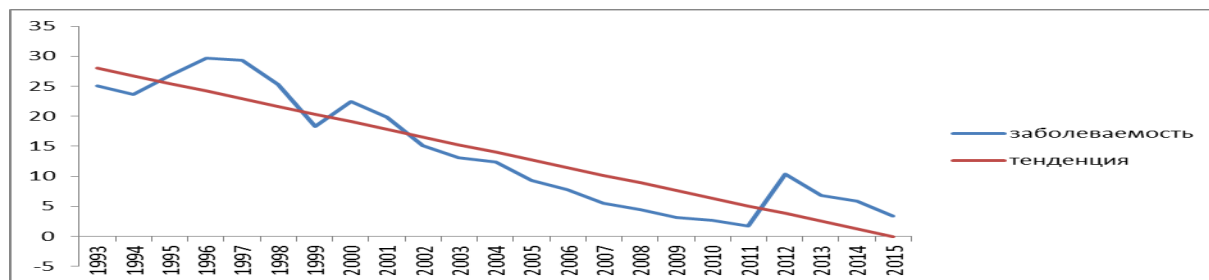


Рисунок 1 - Многолетняя динамика заболеваемости ВГВ в Республике Казахстан за 1993 по 2015 годы

Несмотря на снижение числа больных острым гепатитом В отмечаются высокие показатели заболеваемости хроническими формами патологии. Именно такие пациенты являются источниками инфекции для 90% заболевших острым гепатитом. Чем больше их в обществе, тем выше эпидемический потенциал парентеральных вирусных гепатитов и, следовательно, выше заболеваемость [3].

Период 2006–2011 гг. характеризуется стабильным снижением заболеваемости ВГВ благодаря осуществлению программ вакцинопрофилактики.

Теоретические уровни заболеваемости на 1993 по 2015 годы, были рассчитаны на основании метода наименьших квадратов. Оценивая тенденцию заболеваемости, отмечаем выраженную тенденцию к снижению. Для количественной оценки многолетней тенденции заболеваемости рассчитан «среднегодовой темп снижения/прироста». Среднегодовой темп снижения заболеваемости ВГВ для населения Республики Казахстан составил $T^{сн} = -9,1\%$ и оценивается как выраженный темп снижения.

Оценивая направление и выраженный темп снижения заболеваемости, отмечаются циклические колебания в течение эпидемического процесса ВГВ с 1993 по 1998 годы, с 1999 по 2005 годы, с 2012 по 2015 годы.

Если к 2016 году сохранится отмеченная за предыдущий период тенденция заболеваемости ВГВ, то в прогнозируемом году заболеваемость может принять любое значение в пределах от 2,8‰ до -4,5‰.

Динамическим рядом для прогнозирования являются многолетние уровни показателей заболеваемости ВГВ по Республике Казахстан. Данные расположены в хронологическом порядке, в период с 2004 по 2015 годы. Показатели заболеваемости составляют уровни динамического ряда. Данные по заболеваемости - это одномерный массив данных, число переменных (признаков) равно единице, число наблюдений – 12 лет (с 2004 по 2015гг.).

Характер тенденции заболеваемости проявляется на рисунке 2 и в системе статистических показателей. Оси динамических рядов строят в прямоугольной системе координат. На оси абсцисс представляют период времени (t) – с 2004 по 2015 гг. дополнительно к ним взяты еще будущие прогнозируемые 3 года с 2016 по 2018 гг. Ряд - уровни заболеваемости гепатита В расположены по оси ординат.

На рисунке видно, что в 2004 году уровень заболеваемости вирусным гепатитом В в республике достиг максимальной отметки - 12,35 случаев на 100 тысяч населения. В связи с ухудшением эпидемиологической ситуации в 2011 году уровень заболеваемости вирусным гепатитом В достиг показателя 16,24.

После экспоненциального сглаживания, выравнивания показателей заболеваемости проводим экстраполяцию. Экстраполяция - это метод научного исследования, который основан на распространении прошлых и настоящих тенденций, закономерностей, связей на будущее развитие объекта прогнозирования. За счет проведенной экстраполяции осуществляем прогноз заболеваемости вирусным гепатитом В.

Данные по заболеваемости гепатита В и их экспоненциальные сглаживания показаны в таблице 1. Преобразованные показатели заболеваемости, выравненные с помощью экспоненциального сглаживания на рисунке обозначены пунктирной линией. На основе этих сглаженных показателей построен и рассчитан прогноз заболеваемости вирусным гепатитом В на будущие 3 года с 2016 по 2018 гг.

На основании данных заболеваемости вирусным гепатитом В за 2004 -2015 гг., рассчитан прогноз на период с 2016 по 2018 годы, который составит - 4,67 случаев на 100 тысяч населения.

Проведен прогноз заболеваемости вирусным гепатитом В на ближайшие 3 года по всем 14 областям республики. На основе многолетних данных ВГВ с 2004 по 2015 гг. были экспоненциально сглажены показатели заболеваемости, после проведенной экстраполяции осуществлен прогноз. Основные данные прогнозируемого уровня заболеваемости вирусным гепатитом В по областям приведены в таблице 2.

Результаты прогноза показывают, что максимальные уровни заболеваемости ВГВ по республике ожидаются в регионах Алматинской и Южно-Казахстанской области - 5,12 и 3,92 случаев на 100 тысяч населения соответственно. Минимальный уровень заболеваемости ожидается в Павлодарской области - 0,22.

Таким образом, динамика заболеваемости ВГВ в Республике Казахстан характеризуется выраженной тенденцией снижения и многолетней цикличностью течения эпидемического процесса. Прогнозируемый уровень заболеваемости ВГВ по областям республики выявил, что ожидается повышение в регионах Алматинской и Южно-Казахстанской области - 5,12 и 3,92 случаев на 100 тысяч населения соответственно.

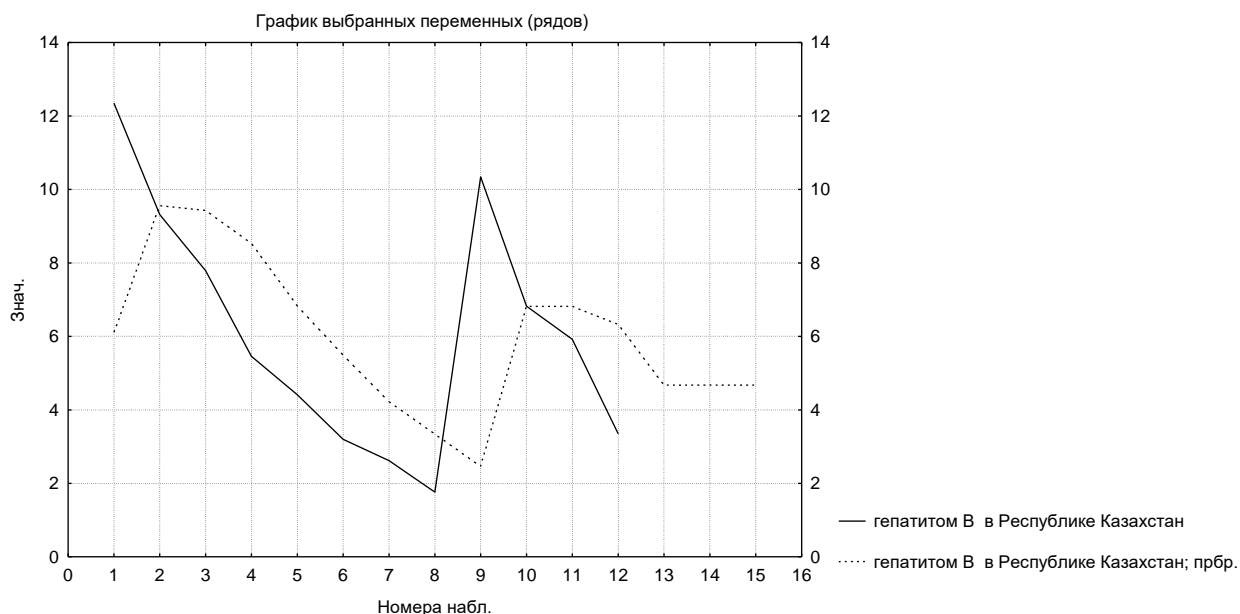


Рисунок 2 - Характер тенденции заболеваемости ВГВ населения РК

Таблица 1 - Заболеваемость ВГВ и их экспоненциальные сглаживания

Заболеваемость гепатитом В в Республике Казахстан	Экспоненциальные сглаживания	Остатки
---	------------------------------	---------

12,35000	6,111667	6,23833
9,32000	9,561465	-0,24146
7,79000	9,427935	-1,63793
5,46000	8,522157	-3,06216
4,41000	6,828784	-2,41878
3,20000	5,491197	-2,29120
2,62000	4,224165	-1,60416
1,76000	3,337062	-1,57706
10,34000	2,464947	7,87505
6,82000	6,819851	0,00015
5,92000	6,819933	-0,89993
3,35000	6,322270	-2,97227
-	4,678605	-
-	4,678605	-
-	4,678605	-

Таблица 2 - Прогнозируемый уровень заболеваемости ВГВ по областям республики

Области Республики Казахстан	Прогнозируемые уровни заболеваемости ВГВ на период с 2016 по 2018 гг.
Акмолинская	1,19
Актюбинская	3,58
Алматинская	5,12
Атырауская	2,33
Восточно - Казахстанская	2,84
Жамбылская	2,62
Западно - Казахстанская	1,17
Карагандинская	3,03
Костанайская	2,18
Кызылординская	3,22
Мангыстауская	2,43
Павлодарская	0,22
Северо - Казахстанская	1,91
Южно - Казахстанская	3,92

Литература

1. Шульпекова Ю.О. Острый вирусный гепатит // Лечащий врач. – 2005. – С. 20-23.
2. Прудникова Т.П. Вирусные гепатиты – проблема номер один в гепатологии // Врач. – 2004. – № 12. – С. 34-35.
3. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 383 с.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ПМСП

Сайлаубекова Асем Кайраткызы, 6 курс, медицинский факультет, г. Шымкент, Казахстан p.s_asem@bk.ru

Югай Наталья Валентиновна, к.м.н., заведующая кафедрой ВОП-1, г. Шымкент, Казахстан

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан n_jugai@mail.ru

Түйін

Мақалада медициналық клиникаларда эмоционалдық шығын синдромын зерттеуге арналған.

Summary

The article is devoted to the study of emotional burnout syndrome of medical professionals of polyclinic.

В последние годы объектом пристального внимания медицины и психологии является организация труда специалистов различных профессиональных групп, связанного с интенсивным и нередко напряженным межличностным общением. Это также относится к медицинским работникам, так как они испытывают психоэмоциональные перегрузки, часто ведущие к возникновению заболеваний, снижению трудоспособности и активного периода жизнедеятельности. Важное место в вопросе эффективной организации труда таких специалистов занимает проблема профессионального стресса, или "синдрома эмоционального выгорания" (СЭВ) [1]. Профессия врача требует физического здоровья и психоэмоциональной устойчивости, поскольку ежедневный труд медицинских работников сопряжен с воздействием комплексных стрессорных факторов, что приводит к перегрузке и быстрому физиологическому и психическому истощению. Эмоциональное

выгорание – это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами “помогающих” профессий [2, 3].

В работе врача различают три основные группы стрессоров: средовые (физические, химические,

биологические воздействия), психоэмоциональные (ответственность за жизни пациентов и возросшее количество жалоб, судебных исков), социальные (низкий социально-экономический статус, несоответствие ожиданий от профессии и современных реалий, отсутствие доступа к современным методам диагностики и лечения) [1, 4]. Все это со временем может привести к разочарованию в выбранной профессии, что сопровождается инициацией профессиональной деформации [5]. Причем выгоранию подвержены в той или иной степени все врачи, медсестры. Ключевым компонентом СЭВ является стресс на рабочем месте - несоответствие между личностью и предъявляемыми к ней требованиями [6]. Предрасполагает к выгоранию работа с тяжелыми больными (геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты в зависимости) [7].

Целью настоящего исследования явилось изучение синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников поликлиники.

Материал и методы: Подбор респондентов был случайным, в исследовании приняли участие медицинские работники (врачи, медсестры) Шымкентской городской поликлиники №8 - 31 человек в возрасте от 20 до 60 лет, из них мужчин – 4, женщин – 27. Для измерения выгорания использована методика - опросник MBI (Maslach Burnout Inventory - опросник для выявления выгорания Маслач). Опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Ответы респондента оценивались по шкале от 0 до 6 баллов, где 0 – утверждение встречается «никогда», 6 баллов – «каждый день». Чем больше сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у респондента выражены различные аспекты «выгорания», о тяжести «выгорания» можно судить по сумме баллов всех шкал [8].

Результаты и обсуждение. Результаты исследования продемонстрировали умеренный уровень выгорания среди медицинских работников с удовлетворительными и неудовлетворительными оценками по шкале эмоциональное истощение у 61,3% и 32,2% работников соответственно. По шкале деперсонализация удовлетворительные и неудовлетворительные оценки отмечены у 77,4% и 12,9% работников соответственно. По шкале редукция профессионализма получены хорошие результаты у 80,6% респондентов, удовлетворительные – у 16,1% и неудовлетворительные – у 3,2% работников. У мужчин результаты по шкале эмоционального истощения оказались ниже, неудовлетворительные оценки встречались с большей частотой, чем у женщин – у 50% и 29,6% опрошенных соответственно. Как у мужчин, так и у женщин результаты по шкале деперсонализация были ниже нормативных значений, но у всех мужчин были удовлетворительные оценки, а в группе женщин встречались удовлетворительные и неудовлетворительные оценки у 74,1% и 14,8% работниц соответственно.

Таким образом, по результатам данного исследования перегрузка на рабочем месте является важным фактором развития эмоционального истощения, цинизма среди врачей и низкой профессиональной эффективности. В качестве дополнительного фактора следует отметить физическую и вербальную агрессию среди пациентов, а также увеличивающееся количество женщин в медицинской сфере, тяжелее переносящих стрессовые ситуации. Проблема эмоционального выгорания имеет прямое отношение не только к качеству жизни медицинских работников, но и оказывает непосредственное влияние на качество медицинской помощи.

Список литературы

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер; 1999. 105 с.
2. Jones JW, editor. The burnout Syndrome. Park Ridge IL: London House; 1981.
3. Лэнгле А., Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа. [Пер. с нем.]. *Вопросы психологии* 2008;(3):3–16
4. Бойко В.В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания. В кн.: Практическая психодиагностика. Райгородский Д.Я., редактор. Самара. 1999. С. 161-169.
5. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Москва: Академический проспект, ОППЛ; 2000. 719 с.
6. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. - №7. – С. 3-9.
7. Таткина Е.Г. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования // Вестник ТГПУ. – 2009. – Вып. 11 (89). – С. 131-134.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. California: CPP, Inc; 1996.

АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ *STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS* К РАЗЛИЧНЫМ АНТИБИОТИКАМ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Сусленкова Я.О., 3 курс, лечебный факультет, г. Минск, Республика Беларусь, yana.suslenkova@mail.ru

Миронюк А.В., 3 курс, лечебный факультет, г. Минск, Республика Беларусь,

Усачева Л.Н., канд. биол. наук, доцент, г. Минск, Республика Беларусь, l.usachova@mail.ru

Угревая болезнь (вульгарные угри, акне) – одна из наиболее распространённых кожных патологий. Этим заболеванием в той или иной форме в течение жизни страдает до 95% населения цивилизованных стран. В последние годы угревая болезнь перестала быть только подростковым заболеванием и часто встречается у людей зрелого возраста. По литературным данным, вульгарные угри наблюдаются у 3% мужчин и 12% женщин в возрасте 25–48 лет [1].

Наиболее часто акне встречается у девушек и юношей в период полового созревания. Терапия угревой сыпи, как правило, комбинированная и включает в себя не только антибиотики, но и ретиноиды, гормоны и другие средства. С каждым годом появляются все новые средства для лечения угревой болезни, однако до сих пор остается проблема устранения данного заболевания. Чаще всего акне вызывают такие бактерии как *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Propionibacterium acnes* [2].

Цель работы: выяснение этиологии и изучение чувствительности *S. epidermidis* к различным антибиотикам для определения рациональной антибактериальной терапии при угревой болезни.

Материалы и методы. Было обследовано 28 пациентов с угревой болезнью. Для проведения бактериологического анализа отбирали отделяемое из пустул и комедонов. Образец помещали в угольную транспортную среду Сорап и транспортировали в лабораторию. Исследование было направлено на выявление грамположительных кокков, в частности, стафилококков, путем высева материала на желточно-солевой агар. После выращивания в течение 18–24 часов при температуре 37° С проводили анализ выросших колоний с учетом факторов патогенности.

Для идентификации бактерий использовали аппарат VITEK 2 Systems (BioMerieux, Франция), карты типа GP и AST. Для обнаружения наиболее эффективного антибиотика из перечня применялся метод статистического анализа.

Карты AST к системам VITEK 2 Systems предназначены для автоматического определения МИК по методу MacLowry и Marsh и Gerlach.

Карта AST представляет собой минимизированный аналог метода двукратных разведений в микрообъемах. Карта состоит из 64 микролунок. Каждая карта имеет контрольную лунку, содержащую только питательный субстрат, без антибиотика. В остальных лунках в питательную среду добавлены антимикробные препараты в определенных концентрациях, в том числе в минимальной ингибирующей концентрации (МИК).

Для каждого выделенного от пациентов штамма стафилококка изучали антибиотикограмму по 17 препаратам: цефокситин (критическая МИК ≤4 мг/мл), ампициллин (критическая МИК ≤8 мг/мл), оксациллин (критическая МИК ≤0,25 мг/мл), гентамицин, стрептомицин, ципрофлоксацин (критическая МИК ≤1 мг/мл), левофлоксацин (критическая МИК ≤1 мг/мл), моксифлоксацин (критическая МИК ≤0,5 мг/мл), клиндамицин (критическая МИК ≤0,5 мг/мл), эритромицин (критическая МИК ≤0,5 мг/мл), линезолид (критическая МИК ≤4 мг/мл), даптомицин (критическая МИК ≤1 мг/мл), ванкомицин (критическая МИК ≤4 мг/мл), доксициклин (критическая МИК ≤4 мг/мл), тетрацилин (критическая МИК ≤4 мг/мл), нитрофурантоин (критическая МИК ≤32 мг/мл), рифампицин (критическая МИК ≤1 мг/мл).

Критическую величину МИК для каждого антибиотика определяли с помощью табличных значений, рекомендованных CLSI [3].

Эффективность антибактериальных средств оценивалась после сравнительного анализа минимальной ингибирующей концентрации тестируемого антибиотика с критической МИК.

Результаты и их обсуждение. В отделяемом вульгарных угрей у обследуемых пациентов был обнаружен эпидермальный стафилококк. Все изученные штаммы *S. epidermidis* оказались чувствительны к моксифлоксацину, линезолиду и рифампицину, причем последний проявлял антибактериальное действие при МИК ≤0,5 мг/мл, что вдвое меньше критического значения МИК (≤1 мг/мл), а для линезолида МИК лежала в пределах 1–2 мг/мл (≤4 мг/мл). Ванкомицин и гентамицин ингибировали рост бактерий у 26 пациентов (92,9%) при диапазоне МИК от 0,5–2 мг/мл. Примерно такой же эффект оказывали на стафилококки оксациллин и ципрофлоксацин (89,3%); клиндамицин, нитрофурантоин, левофлоксацин и тетрациклин – от 85,7 до 71,4% чувствительных штаммов.

Даптомицин проявил антибактериальный эффект только на 13 штаммов микроорганизмов (46,4%), колебание МИК составило от 0,5 до 1 мг/мл, что свидетельствует о низкой эффективности препарата.

Доксициклин ингибировал рост бактерий в 39,3% случаев, при МИК от 0,5 до 2 мг/мл, а эритромицин оказался эффективен лишь для 35,7% штаммов.

Большинство испытуемых изолятов стафилококка (89,3%) оказались резистентными к цефокситину: он ингибировал рост бактерии лишь в 3 случаях из 28, что говорит о его неэффективности при применении для лечения угревой болезни. Аналогичным было отношение стафилококков к ампициллину и стрептомицину – в 100% тестов эти антибиотики не влияли на изучаемые бактерии.

Заключение. Отсутствие резистентных штаммов *S. epidermidis* к моксифлоксацину, линезолиду и рифампицину, незначительная устойчивость (7,1%) к ванкомицину и гентамицину позволяет рекомендовать данные антибиотики как препараты выбора при лечении угревой сыпи, вызванной эпидермальным стафилококком. Выявлена высокая резистентность изолятов *S. epidermidis* к цефокситину (89,3%), ампициллину и стрептомицину (100%).

Литература

1. Acne vulgaris: a disease of Western civilization / L. Cordain, S. Lindeberg, M. Hurtado [et al.] // Arch. Dermatol., 2002. – Dec. – Vol. 138. – P. 1584–1590.
2. Полонская, Н.А. Комплексное лечение угревой болезни среднетяжелого и тяжелого течения комбинированным химическим пилингом в сочетании с низкими дозами изотретиноина : дис. ...канд. мед. наук : 14.00.11 / Н.А. Полонская. – М., 2005. – 141 с.
3. The recommendations of Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI; formerly NCCLS), January 2015. – M100-S25. – Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; 25-th Informational Supplement. – 240 p.

ZOONOTIC INFECTION IN SOUTH KAZAKHSTAN

Utepbergenova G.A., Sagitova S.S., Shermetova M.B.
ShMI MKTU them. HA. Yasavi, Shymkent, Republic of Kazakhstan

The following zoonotic infections of protozoan (leishmaniasis), viral (Congo-Crimea hemorrhagic fever, rabies), bacterial (brucellosis, anthrax) etiology are registered on the territory of SKR.

The aim of the work is to analyze the frequent zoonotic infections of bacterial, protozoal and viral etiology in the South Kazakhstan region (South Kazakhstan region), to identify possible sources of infection and ways to solve the problem.

Results and discussion: Every year, cases of leishmaniasis are registered in South Kazakhstan region. In 2016, 178 cases of skin leishmaniasis were registered in SKR, including 61 children; in 2017 – 129 cases, including 53 children under 14 years. The greatest number of cases was observed in the Shardara, Arys and Otrar districts, where there was an increase in the number of mosquitoes. In Turkestan, Kentau, Sayram, Ordabasy, Tolebi districts recorded Ph. longiductus. In Shardara, it was decided, Otrar and arysky areas recorded Ph. Papatasi.

As a result of natural climatic factors, anthropogenic foci, increasing the number of rodents, stray dogs, their migration, the boundaries of the natural foci and the area of infection CCHF and rabies increases.

Crimean-Congo hemorrhagic fever is one of the most common natural-focal infectious diseases in the South of the Republic of Kazakhstan. Since 2009, there has been an increase in the incidence of CCHF in SKR. The reason for the stable existence of natural foci is the habitation of ixodic mites-keepers and carriers of the cegl virus. In some areas, the index of tick infection with the cegl virus reaches 3-5 % of the total number of samples studied. CCHF in South Kazakhstan was officially registered in 1999. During this period, 13 districts of the region became endemic in the cegl. In SKR annually Crimean-Congo hemorrhagic fever: in 2013 – 5 case, 2014-7 2015 - 6 2017г. – 15. In order to reduce the incidence of CCHF, it is necessary to have a planned control over ticks, an active sanitary and educational work among the population. To provide medical care upon admission to the hospital in each RMO, it is necessary to have a supply of antiviral drugs (ribavirin) and immune plasma from donors who have undergone CCHF.

Analysis of the incidence of rabies among people in South Kazakhstan region showed that the territory of South Kazakhstan region annually recorded cases of rabies among people, which is a particularly dangerous infection. In 2015, 2 cases of rabies among people were registered, 1 of them is a child from Shymkent and 1 adult from Tolebi district. In 2016, 5 cases were registered, including 2 children. ((Suzak, Kazygurt districts, Shymkent and Kentau). D 2017 4 patients with rabies, including 1 child. The source of infection is dogs; in South Kazakhstan and in Kazakhstan there is no lifetime and postmortem diagnosis of the rabies virus. To reduce the incidence of rabies, a systematic planned fight against rabies among animals is necessary on the basis of the destruction of stray dogs, anti-rabies vaccinations, active sanitary and educational work among the population.

The incidence of brucellosis remains one of the highest and SKR ranks third in the country. In 2016, 279 cases of newly diagnosed brucellosis were registered, including 42 children under 14 years, which is 27% less than in 2015. The largest number of patients were registered in Turkestan, Baidibek and Kazygurt regions. Therefore, it is necessary to establish continuity between all services dealing with brucellosis. On the territory of the South Kazakhstan region there are permanently dysfunctional lesions of anthrax. Last check of cutaneous anthrax in humans was in 2014 – 2 cases in the 2015-2016 academic year. cases of the disease among people was not.

Conclusion: Thus, for the implementation of monitoring, diagnosis, timely treatment, prognosis for individual zoonoses in the South Kazakhstan region, the implementation of preventive measures, it is necessary to create and develop a science-based Republican national program of epizootic and epidemic surveillance of zoonotic infections and widespread introduction of modern methods of diagnosis (ELISA, PCR).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГИБ Г. ШЫМКЕНТА ЗА ПЕРИОД 2017-2018 г.г.

Джолдасова А.А., магистрант 2-года обучения по специальности «Медицина», Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: d.aika505@mail.ru

Абуова Г.Н., научный руководитель, д.м.н., профессор, Южно-Казахстанская медицинская академия, город Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: dr.abuova@gmail.com

Актуальность. Нейроинфекционные заболевания у детей продолжают оставаться серьезной проблемой в связи с их повсеместной распространенностью, тяжестью течения, расширением спектра этиопатогенов, высоким риском летальных исходов и формированием психоневрологического дефицита у 30% переболевших [1].

Этиологическая структура менингитов у детей отличается разнообразием: причинами заболевания могут быть вирусы, бактерии, грибы. Несмотря на сравнительно более благоприятное течение серозного менингита, в исходе могут развиваться астеноневротический, невротический, гипертензионный синдромы и симптоматическая эпилепсия [2]. По данным Karen Edmond и соавторов (2010), основными последствиями бактериального гнойного менингита (БГМ) могут быть: когнитивный и двигательный дефицит, потеря слуха, судороги, нарушения зрения, гидроцефалия (крупные последствия), и менее тяжелые (малые): поведенческие

проблемы, гипотония, диплопия, односторонняя потеря слуха [3]. Однако различия клинического течения менингитов разной этиологии у детей изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения менингитов у детей за 2017 год по данным ГИБ г. Шымкента.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе городской инфекционной больницы г. Шымкента. Были проанализированы 235 историй болезни детей с менингитами различной этиологии в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, неврологического статуса при поступлении в стационар и результатов лабораторного обследования. У всех больных отбирался ликвор. Ликвор был исследован в бактериологической и ПЦР лабораториях ШГИБ. В ликворе подсчитывался цитоз, определялся процент нейтрофилов и лимфоцитов, белок, глюкоза. Образцы ликвора были исследованы в ПЦР с использованием тестсистем производства Амплисенс на: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enteroviruses*, *Virus Herpes Simplex 1,2*, *Virus zoster*. Во всех исследуемых случаях диагноз был лабораторно подтвержден. Среди них 92,3% случаев составили серозные и 7,7% - гнойные менингиты. В гендерном соотношении мальчиков было 137 (58,3%), девочек – 98 (41,7%).

Результаты и обсуждение. Оценка распределения пациентов по возрасту позволила выявить, что среди заболевших преобладали дети дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) - 54,5% и школьного возраста (от 7 до 17 лет) – 41,2% и только 2,6% приходилось на детей младшего возраста и 1,7% дети до 1 года. Эти данные свидетельствуют о том, что дети младшего возраста более ограничены в контактах, нежели дошкольники и школьники.

Из числа всех расшифрованных случаев *Enterovirus* составляет 79,6%, *N. Meningitidis* 3,8%, *S. pneumoniae* 1,7%, *H. Influenza* 1,7%, *HSV 1,2* типа 8,9%, *VZV* 2,6% и менингиты неуточненной этиологии – 1,7%.

Анализ анамнестических данных позволил установить, что большинство детей (73,6%) поступило в стационар в первые двое суток от начала заболевания.

Изучение сезонности менингитов позволило выявить большую заболеваемость менингитами в весенние и летние месяцы (71,9%), а так же в осенний период времени (22,6%).

Наиболее распространенными клиническими симптомами у детей с менингитами были – повышение температуры тела (100%), головная боль (89,4%), рвота (95,3%), снижение аппетита (40,4). Так же отмечались слабость, вялость, недомогание. Частота рвоты в среднем составило 5-6 раз. Из менингеальных знаков в 100% случаев отмечалась ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и Брудзинского был положительным у 18,7% больных, 5,5% случаев слабо положительен, в двух случаях сомнителен и у 74,5% отрицателен, у 1 ребенка отмечался положительный симптом Лессажа.

В группе пациентов с серозным менингитом изменения в ОАК у большинства характеризовались нормоцитозом, отсутствием нейтрофилии, нормальным показателем СОЭ. Лишь в 5 случаях был невысокий лейкоцитоз в пределах 10-13 тыс/мкл крови с нейтрофилием от 71% до 88% и ускоренная СОЭ от 15 до 43 мм/ч. Ликвор во всех случаях характеризовался лимфоцитарным цитозом в пределах 10-682 кл в поле зрения и повышением общего белка во всех случаях.

У пациентов с гнойным менингитом в общем анализе крови у большинства лейкоцитоз в пределах 9,9-31,0 тыс/мкл крови, нейтрофилия 83%-92%, ускоренное СОЭ от 11 до 29 мм/ч. В ликворе имел место выраженный нейтрофильный цитоз (69%-95%) от 210 клеток до 20480 кл в поле зрения. Белок у всех детей превышал норму в 2-7 раз (0,66г/л-1,32 г/л).

В качестве лечения при серозном менингите 92% больных получали антибиотик, длительность антибиотикотерапии составила 6 суток. При гнойном менингите антибиотикотерапия назначалась в 100% случаев и составила в среднем 7-10 суток.

Средняя продолжительность госпитализации при серозном менингите составила 9,6 дней, при гнойном 12,4 дней.

Заключение: Исследование показало, что менингиты у детей характеризуются разнообразием вызывающих их этиологических причин. Наиболее частыми причинами развития вирусных менингитов были энтеровирусы, а при бактериальных менингитах *N. meningitidis*. Заболевание имело сезонный характер. Ригидность затылочных мышц с триадой менингеальных симптомов является показанием для спинномозговой пункции, при отрицательных симптомах Кернига и Брудзинского. Определение уровня общего белка и плеоцитоза в ЦСЖ при гнойных и серозных менингитах имеет высокую диагностическую значимость, но не всегда коррелирует с клинической картиной заболевания.

Литература

1. Сорокина М.Н. Бактериальные менингиты у детей / М.Н. Сорокина, В.В. Иванова, Н.В. Скрипченко. - М: Медицина, 2003. - 320 с.
2. Е. М. Мазаева, Л. А. Алексеева, Н. В. Скрипченко. Клинико-ликворологические различия при серозных и гнойных менингитах у детей разного возраста // детские инфекции 2014 №1 – С 61
3. Edmond K. Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis / K. Edmond, A. Clark, V.S. Korczak, C. Sanderson, U.K. Griffiths, I. Rudan // *Lancet Infect Dis.* — 2010: 10 (5). — S. 317—328.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО И ПОЗДНЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПЛОДА

Исмагова М.И., Кудратова Д.Ш.

Бухарский Медицинский Институт. Кафедра Акушерства и гинекологии. г. Бухара
Научный руководитель: Ихтиярова Г.А.

Актуальность. Дети, рождённые малой массой представляют собой особую группу пациентов, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия выхаживания. В мире ежегодно рождается около 24 млн. маловесных детей, что составляет 17% от всех новорожденных. По данным различных исследователей частота СОРП (синдром ограничения роста плода) варьируется в большом диапазоне: от 3% до 7% — в развитых странах, до 25% - в развивающихся. С 2000 по 2006 год в России отмечается неуклонный рост частоты встречаемости ЗВУР (задержка внутриутробного развития) с 3,5 до 5,2 % соответственно. (В.Д. Луценко, Ю.И. Набережнев, 2011г.) По данным Мультииндикаторного кластерного исследования (МИКИ), проведенного в 2006 году, в Узбекистане приблизительно 5 процентов младенцев при рождении имели вес менее 2500 грамм (Ахмедова Д.И. и др. 2009 г.). У маловесных новорожденных отмечается высокий риск долговременных патологических состояний, оказывающий широкомасштабное влияние на систему оказания медицинской помощи (Скворцова В.А и др. 2006 г, Кулаков В.И. и др. 2007 г, Kaija Mikkola et al. 2005 г.). Большинство детей-инвалидов рождается морфофункционально незрелыми и недоношенными младенцами. Особенно высок риск инвалидности при рождении ребёнка с очень низкой массой тела - менее 1000 г. Наиболее тяжелыми исходами перинатального периода, характерными для маловесных, являются нарушения ЦНС в виде детских церебральных параличей-60% и органа зрения в виде слабовидения, слепоты-до 30%. (Аронскинд Е.В. 2000 г., Кузьменко Н.Г. и др. 2009 г.) Эти отклонения здоровья часто сопровождаются сопутствующей патологией бронхо-легочной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, основу которых составляет морфофункциональная незрелость (Аронскинд Е.В. 2000 г., Дементьева Г.М. и др. 2004 г, Ковтун О.П. и др. 2008 г.).

Цель исследования. определение особенностей течения гестации и факторов рождения маловесных детей для обоснования прогнозирования и своевременной его профилактики.

Материалы и методы. Основную группу составили 51 родильницы, у которых новорождённые родились массой тела до 2499,0 граммов в сроке гестации от 37 недель и более.

Контрольную группу составили 21 родильницы, у которых роды произошли своевременно и массой тела новорождённых свыше 2500,0 граммов.

В сравнительном аспекте анкетно - опросным методом изучены соматический и акушерско-гинекологический анамнез, лабораторные данные и клиническое течение родов в изучаемых группах. Изучались частота, причинные факторы рождения маловесных детей.

Результаты и обсуждение. Среди 68% обследованных новорожденных диагностирована ассиметрическая форма СОРП, а у 32% выявлена симметрическая форма отставания.

Диагностику СОРП также можно провести по клинической характеристике, родившейся маловесного ребенка. Телосложение маловесного ребенка как правило бывает диспропорциональным, кожи и слизистые оболочки обычно бледные, сухие и шелушащаяся, с признаками гипотрофии и трофических нарушений. Подкожная клетчатка у маловесных детей также была недоразвита. Живот у этих детей ладьевидный, голова сравнительна со здоровым ребёнком несколько большая. При рождении у маловесных детей крик ослабленный, пискливый. Сосательный рефлекс проявился несколько позже (через 1 час), чем у здоровых детей. Тонус мышц также был гипотоничным в отношении здоровых детей.

Итак, по клинической характеристике маловесными по всем параметрам отставали от здоровых детей. 9,8% детей, родились СОРП I степени, у которых МРК (массо-ростовой коэффициент) составил 56-59. У 43% выявилось II степень СОРП, МРК, у которых составил 50-55. А 47% детей имели тяжелую степень СОРП. У них МРК составил 49 и менее.

Для проведения постнатальной диагностики СОРП кроме изучения антропометрических показателей мы наблюдали за особенностями течения адаптационного периода в сравнении с детьми родившихся здоровыми. Период адаптации характеризуется рядом морфологических и функциональных изменений, возникающих в организме ребенка в связи с переходом от внутри - к вне утробной жизни. В первые дни жизни (до 4-5 суток) имеет место так называемая физиологическая потеря массы (5-8%), потеря массы более чем на 10% расценивается как патологическая. С 7-10 суток масса начинает восстанавливаться.

Температура тела обычно в первые 2-3 недели неустойчива и во многом зависит от температуры окружающей среды. Гримасничанье, небольшие подёргивания и легкое дрожание конечностей возможны в первые сутки жизни. Иногда в первые трое суток у новорожденных наблюдается некоторое угнетение рефлексов и снижение мышечного тонуса. Обычно это связано с родовым актом и к 3-5 суткам, как правило, исчезает.

Тело новорожденного первоначально сохраняет позу с согнутыми и приведенными к туловищу конечностями (внутриутробное положение). Подкожной жировой слой расположен равномерно, что придаёт телу ребенка округлость и полноту. Мускулатура развита слабо. Кожа тонкая, легко ранимая. Высота головы составляет ¼-1/5 длины тела, туловище длинее ног, руки и ноги примерно одной длины.

В первые 2-3 суток внеутробной жизни выделяется первородный кал- меконий- темно-оливковая тягучая густая масса без запаха, состоящая из слизи, желчных пигментов и слущенных клеток эпителия. Позже появляется так называемый переходный стул коричневатого-зеленоватого цвета, богатый слизью, иногда

водянистый и пенистый. С 5-6 суток устанавливается обычный (молочный) стул, характерным признаком которого является кислый запах. В первые 2 суток частота мочеиспусканий составляет 4-5 раз в сутки, а с третьих суток она быстро увеличивается и к концу второй недели доходит до 15-20 раз в сутки.

У 41 детей (80,4%) имеются трофические расстройства кожи (сухая, морщинистая, шелушащаяся, бледная, могут быть трещины); подкожный жировой слой истончен, а при тяжелой степени отсутствовать совсем; тургор тканей снижен значительно.

У большинства 36 (70,6%) новорожденных с СОРП потеря массы тела затягивается до 7-8 дня и может достигать 10-15% от первоначальной. Восстановление первоначальной массы идет медленно до 10-14 дня. Характерно было так же длительно держащейся транзиторная желтуха, которая наблюдалась в наших исследованиях у 18 (35,3%) новорожденных. У 24 (47,1%) новорожденных медленно заживляла пупочная ранка после отпадения пуповинного остатка.

Для детей с СОРП характерно было частое развитие осложнений. Почти у каждого второго новорожденного 39 (48,5%) детей отмечался гипотермия. Конечно, нарушение терморегуляции у детей с СОРП обусловлено было со сниженными запасами подкожного жирового слоя.

С первого дня жизни дети со СОРП нуждались в дифференцированном режиме вскармливания. Выбор способа вскармливания, времени первого прикладывания ребенка к груди, частоты кормлений проводился с учетом состояния новорожденного, наличия сосательного и глотательного рефлексов.

По возможности применялось ранее прикладывание к груди уже через 2-3 часа после рождения (по состоянию можно прикладывать и как здоровых в течение первых 30 минут после рождения, в родзале).

Отмечались нарушение мышечного тонуса, снижение или отсутствие сосательного рефлекса и рефлексов периода новорожденности (Бабкина, Моро, Робинсона) в 29,4% случаев. В ряде случаев (41,2%) отмечается повышение нервно-рефлекторной возбудимости, расстройство сна, повышение внутричерепного давления.

Довольно часто наблюдаются нарушения функции мочеполового тракта (МПТ), как олигурия (у 12 детей-23,5%), у 43 (84,3%) детей нарушение функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в основном проявляющемся в виде: срыгивания, рвоты, метеоризма, более длительный мекониевый характер стула (до 4-5 дня жизни).

У 17 (33,3%) детей имеются изменения и со стороны сердечно-сосудистой системы: приглушение сердечных тонов, брадикардия, систолический шум на верхушке сердца.

У 18 (35,3%) детей с СОРП в первые месяцы жизни наблюдаются различные транзиторные формы - септических заболеваний, в виде омфалит, конъюнктивит, мастит, кандидозный стоматит, пелёночный дерматит и др.. Возможно это обусловлено со сниженными специфическими и неспецифическими факторами недостаточности иммунной защиты у данной категории новорожденных.

Выводы. При различных акушерских патологии с начальными признаками плацентарной недостаточности чаще наблюдается ассиметричная гипотрофия с нарушением функции почек, печени, ЖКТ и сердца. Для повышения эффективности диагностики нарушений функции плаценты при антенатальных патологиях рекомендуют проводить скрининг центре УЗИ с доплерографией в динамике для выявления различных патологии плода и плаценты .

литература

1. Ахмедова Д.И., Мирходжаева П. Особенности адаптации маловесных новорожденных /Педиатрия 2009. №1-2. С 69-72
2. В.Д.Луценко, Ю.И.Набережнев . Лечение задержки внутриутробного развития плода: традиции и перспективы./ Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: медицина. Фармация . 2011. 15 том.
3. Дементьева Г.М. Выхаживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы /Педиатрия//2004. -№3 С. 60-62.
4. Дементьева Г.М., Шабалов, Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития. М.: МЕДпресс-инфо, 2006; 1: 88-109

ОСНОВЫ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСК ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Кудратова Д.Ш., Ходжаева Р.Х

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Кафедра акушерства и гинекологии, Узбекистан, город Бухара.

Научный руководитель: **phD Туксанова Д.И.**

Анализ современной научной литературы в области акушерства и гинекологии позволяет сделать заключение, что одной из наиболее важных проблем данного раздела медицинской науки является высокий уровень распространенности инфекционно-воспалительных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, что приводит к возрастанию частоты внутриутробного инфицирования плода [11, 14, 15].

Известно, что наличие во время беременности у женщины хронических инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) генитальной и экстрагенитальной локализации может приводить к осложнениям течения

беременности, наиболее грозным из которых является внутриутробное инфицирование плода, и, как следствие этого, к повышению уровня перинатальной заболеваемости и смертности, что делает представленную выше проблему социально значимой. Также необходимо отметить наличие ряда особенностей развития ИВЗ при беременности: преимущественно интранатальное течение заболевания, отсутствие корреляции между тяжестью инфекционного процесса у матери и инфицированием плода, наличие в организме беременной нескольких очагов хронической инфекции и ее смешанный характер, значимость условно-патогенной микрофлоры и возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем. Все вышеизложенное создает существенные сложности при диагностике и лечении, что объясняется неспецифичностью и многообразием клинических проявлений внутриутробного инфицирования во время беременности и у новорожденных [1—3, 5, 8, 12]. Для сохранения и развития беременности необходимо включение самых разнообразных иммунных механизмов, приводящих к развитию физиологической иммуносупрессии, с первых недель и до момента родов, и в то же время естественным ответом организма на возникновение инфекционно-воспалительных заболеваний является активация гуморального и клеточного звеньев иммунной системы [4, 6, 7, 10, 13].

По данным современной научной литературы, наличие очагов хронического воспаления в организме беременной и тем более внутриутробное инфицирование вносят значимый дисбаланс в сложный комплекс взаимоотношений в системе «мать-плацента-плод», вызывая нарушения в механизмах реализации программы внутриутробного развития и своевременных родов. Однако до настоящего времени специфика иммуновоспалительных процессов, особенно в амниотической жидкости, при внутриутробном инфицировании изучена недостаточно [4, 6, 9].

Вышеизложенное позволило сформулировать цель настоящего исследования: изучить выраженность иммуновоспалительного процесса в околоплодных водах (ОПВ) беременных женщин группы риска в отношении реализации внутриутробной инфекции плода.

Материал и методы. В соответствии с целью и задачами на базе 1-ого Городского Родильного дома Бухарской области было проведено обследование 40 пациенток в третьем триместре беременности с наличием достоверных признаков хронического внутриутробного инфицирования, составляющих группу риска в отношении реализации внутриутробной инфекции плода (ВУИП), и 10 практически здоровых беременных с аналогичным сроком гестации.

Диагнозы обследованным женщинам были верифицированы заведующим кафедрой акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сины Ихтияровой Г.А. и глав врачом 1 Городского Родильного комплекса.

Было получено информированное согласие у всех пациенток на использование данных обследования в научных целях, согласие этического комитета на проведение исследования и на использование данных исследования биологического материала в научных целях.

Определение концентраций концентрации лактоферрина и иммуноглобулина А (IgA) в околоплодных водах определяли на тест-системах.

Настоящее исследование было изучение концентраций IgA, в результате которого было показано достоверное его повышение в околоплодных водах женщин с внутриутробным инфицированием ($p < 0,05$). Несомненный интерес представляло изучение содержания лактоферрина в околоплодных водах обследованных женщин. Известно, что лактоферрин является важным компонентом поддержания гомеостаза организма, обладает бактерицидной активностью, является белком острой фазы и усиливает пролиферацию аутореактивных Т-лимфоцитов, проявляет иммуностимулирующие свойства и способность влиять на продукцию цитокинов [11]. В результате проведенного исследования было показано достоверное снижение концентраций этого полифункционального острофазового белка в околоплодных водах пациенток по сравнению с группой практически здоровых беременных ($p < 0,05$). Полученные в исследовании результаты по содержанию лактоферрина не согласуются с данными литературы [11]. Снижение уровня лактоферрина может свидетельствовать об истощении способности организма к синтезу данного белка на определенном этапе реализации внутриутробной инфекции.

Заключение. В результате проведенных исследований было выявлено, что для обследованных женщин в третьем триместре беременности с наличием хронического внутриутробного инфицирования характерным является достоверное повышение в околоплодных водах средней концентрации, а активация гуморального иммунного ответа, о чем свидетельствуют достоверно повышенный уровень IgA. Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что в механизмах развития внутриутробного инфицирования значимую роль играет активация иммуновоспалительных процессов, развитие которых происходит на фоне постоянной антигенной стимуляции. Однако развитие иммунного ответа не приводит к санации очагов хронического воспаления и может быть признано неэффективным, вероятно, из-за низкой иммуногенности условно-патогенной микрофлоры, роль которой в возникновении инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин не вызывает сомнения [1, 5, 7, 8, 15]. Учитывая неэффективность иммунного реагирования, представляется актуальным разработка новых комплексных подходов к лечению этого осложнения беременности с использованием современных иммуномодуляторов. Однако их применение в лечебной практике должно базироваться на строгих показаниях, так как отдаленные последствия влияния иммуномодуляторов на становление иммунной системы ребенка практически не изучены.

Литература

- Аутенилюс А.И., Иванова О.В., Коновалова Т.Н. Иммуный статус у беременных женщин с инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитальной локализации. Новосибирск.
- Бухарин О.В., Константинова О.Д., Черкасов С.В. Факторы персистенции микрофлоры при воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. № 3. С. 62—64.

- Руководство по охране репродуктивного здоровья / Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В. и др. М.: Триада-Х, 2001. 568 с.
- Кулаков В. И., Сухих Г. Т., Кан Н. Е. и др. *Содержание цитокинов в амниотической жидкости пуповинной крови и сыворотке* Максимов В.Н., Куликов И.В., Семаев С.Е. и др. *и си-* неколо! ия. 2005. № 5. С. 5 ----1 .
- Макаров К.Ю., Ефремов А.В., Трунов А.Н. и др. Состояние иммунобиохимических показателей у женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями придатков матки в стадии клинической ремиссии на фоне терапии полиоксиданом // *Вестн. новых мед. технологий.* 2006. Т. 13. № 1. С. 109 —112.
- Сотникова Н.Ю. Характеристика цитокинового каскада в динамике гестационного процесса // *Цитокины и воспаление.* 2002. Т. 1. № 2. С. 154—155.
- Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология беременности. М.: Изд-во РАМН, 2003. 400 с.
- Яковлев С.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии // *Гинекология.* 2002. Т. 4. № 6. С. 33—35.
- Suzuki Y, Yamamoto T, Kojima K. et al. Evaluation levels of cytokines in amniotic fluid of women with intrauterine infection in the early second trimester // *Fetal. Diagn. Ther.* 2006. № 21 P. 45—50.
- Ng S.C., Gilman-Sachs A, Thaker P. et al. Expression of intracellular Th1 and Th2 cytokines in women with recurrent spontaneous abortion, implantation failures after IVF/ET or normal pregnancy // *Am. J. Reprod. Immunol.* 2002. № 2. P. 77—86.
- Pacora P., Maymon E., Gervasi M.T. Lactoferrin in intrauterine infection, human parturition, and rupture of fetal membranes // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000. № 4. P. 904—910.
- Froen J.F., Moyland R.A., Saugstad O.D. et al. Maternal health in sudden intrauterine unexplained death: do urinary tract infections protect the fetus? // *Obstet. Gynecol.* 2002. V. 100. № 5. P. 9—15.
- Ekerfelt C, Matthiesen L, Berg G. et al. Paternal leukocytes selectively increase secretion of IL-4 in peripheral blood during normal pregnancies: demonstrated by a novel one-way MLC measuring cytokine secretion // *Am. J. Reprod. Immunol.* 1997. V. 38. № 5. P. 320—326.
- Ross J. Pelvic inflammatory disease // *Clin Evid.* 2002. V. 8. P. 1649—1654.
- Aaltonen R, Heikkinen T., Hakala K. et al. Transfer of proinflammatory cytokines across term placenta // *Obstet. Gynecol.* 2005. № 4. P. 802—807.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ НА РАЗВИТИЕ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

А. В. Леонов лечебный факультет УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь, stalker5530X@gmail.com,

Карамышев А.М., ассистент кафедры травматологии, ортопедии, ВПХ с курсом анестезиологии и реаниматологии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь, Karpion@mail.ru

Введение. Трахеостомия — одна из наиболее часто выполняемых хирургических вмешательств в ОАРИТ [1]. Тяжелая патология неврологического и нейрохирургического профиля требует длительной респираторной поддержки, которая и является основным показанием к операции. [2,3]

Борьба с назокомальной инфекцией в ОАРИТ является одним из наиболее сложных разделов интенсивной терапии. Вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) - является одной из актуальных проблем современной интенсивной терапии и пульмонологии. К сожалению особенностью ВАП является развитие на фоне основного заболевания или травмы, усугубляя их течение. [4]

Наложение трахеостомы впервые 3-5 дней интенсивной терапии позволяет сократить длительность респираторной поддержки, частоту развития ВАП и улучшить функциональный исход основного заболевания. Однако вопрос о сроках проведения трахеостомии, до сих пор является дискуссионным. [2,3]

Цель исследования - Выявить эффективность применения ранней трахеостомии путем сравнения частоты развития ВАП у пациентов неврологического профиля, оперированных в разные сроки.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное рандомизированное исследование на базе отделения реанимации и интенсивной терапии Гомельской областной клинической больницы среди пациентов, находившихся на лечении с 2010 по 2017 гг., которым была выполнена трахеостомия. В исследование были включены 55 историй болезни пациентов, которые были разделены на 2 группы:

1 группа ранней трахеостомии. Пациенты, перенесшие оперативное вмешательство в первые 7 дней (n = 40). Из них 87,5% составили мужчины, 12,5% - женщины. Медиана возраста Me [25;75] составила 53,5 (44,5; 61) лет. Медиана индекса массы тела (ИМТ), Me [25; 75] которого составила 27 (23; 30). По нозологии в данной группе 77,5% случаев составила черепно-мозговая травма; 25% составили болезни системы кровообращения; и 2,5% - доброкачественное новообразование мозговых оболочек.

2 группа поздней трахеостомии. Пациенты, оперированные после 7 дней нахождения на ИВЛ (n = 15). Из них 67% составили мужчины и 33% - женщины. Медиана возраста Me [25; 75] составила 51 (44; 63) год. Me [25; 75] ИМТ составила 27 (24; 32). По нозологии в данной группе 80% случаев составила черепно-мозговая травма; 14% составили болезни системы кровообращения; и 6% - травма спинного мозга на уровне шеи.

Данные группы сравнивались между собой по частоте развития вентилятор-ассоциированной пневмонии и ее этиологическим агентам. Группы репрезентативны по полу, возрасту и ИМТ. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программных пакетов Microsoft Excel 2016 и Statistica 6.0.

Нормальность распределения определена критерием Колмогорова-Смирнова. Для сравнения 2 независимых выборок применялся непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически значимым принят уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования. ВАП развилась у 47,5% пациентов 1-ой группы и 80% пациентов 2-ой группы трахеостомии. ВАП 1-ой группы в 22,2% случаев вызваны *Klebsiella spp.*, в 27,8% - *Acinetobacter spp.*, в 16,7% - микст-инфекция, по 11,1% - *Proteus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Enterobacter spp.* ВАП 2-ой группы в 41,7% случаев вызваны микст-инфекцией, по 16,7% - *Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas spp.*, по 8,3% - *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Candida spp.* При проведении межгруппового сравнительного анализа по частоте развития ВАП, выявлены статистически значимые различия ($p=0,03$) в пользу ранней трахеостомии критерий Манна-Уитни.

С целью оценки тесноты связи между сроком проведения трахеостомии и частотой развития ВАП использован метод непараметрического корреляционного анализа Спирмена. Полученный коэффициент корреляции составил 0,27 ($p < 0,05$). Данный результат можно интерпретировать как отсутствие корреляции между временем проведенной трахеостомии и частотой развития ВАП.

Вывод. Таким образом, можно выдвинуть предположение, что ранняя трахеостомия сокращает частоту развития ВАП и риск развития микст-инфекции у пациентов нейрореанимационного профиля, но для выявления более тесной связи нужны дальнейшие исследования.

Список литературы.

1. Современный взгляд на проблему трахеостомии / В.В. Кривонос [и др.] // Общая реаниматология. — 2012. — Том. 8. — №2. — С.53-60.
2. Early versus late tracheostomy for critically ill patients / B.N.G. Andriolo [et al.]. — Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015. — Issue 1. Art. No.: CD007271, DOI: 10.1002/14651858.CD007271.pub3.
3. Алиев, А.Т. Трахеостомия у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой / А.Т. Алиев // Журн. «Нейрохирургия и неврология Казахстана». — 2012. — № 2-3(27-28). — С. 25.
4. Киреев, С.С. Вентилятор-ассоциированная пневмония: диагностика, профилактика, лечение (обзор литературы) / С.С. Киреев, Д.И. Умарова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. — 2017. — №2. — С. 362-375. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ventilyator-assotsirovannaya-pnevmoniya-diagnostika-profilaktika-lechenie-obzor-literatury>. — Дата доступа: 10.04.2018.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ажихан С. К., врач-резидент 1-го года обучения по специальности: Инфекционные болезни в том числе детские г. Шымкент, Республика Казахстан. sancho.dancho@mail.ru

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, профессор Абуова Г. Н. г. Шымкент, Республика Казахстан dr.abuova@gmail.com

Актуальность. На современном этапе рожжа занимает одно из первых мест по распространенности среди инфекционной патологии после острых респираторных, кишечных инфекций, вирусных гепатитов. Рожжа, как инфекционная патология человека, обусловлена в большинстве случаев моно-инфекцией стрептококка группы А. Заболевание характеризуется увеличением случаев с первичной и тяжелыми геморрагическими формами (более 60%), склонностью к развитию рецидивирующего течения (30-40%), медленной репарацией в очаге воспаления, сложностью проведения дифференциальной диагностики[1]. Провоцирующими факторами при развитии рожжи являются нарушения целостности кожных покровов, микозы, эмоциональные стрессы, переохлаждение или перегревание организма. Женщины болеют рожжей чаще мужчин. Более чем в 60% случаев рожжу переносят люди в возрасте 40 лет и старше. В отличие от других стрептококковых инфекций, для рожжи характерна летне-осенняя сезонность. У людей занятых физическим трудом, заболевание регистрируется чаще, чем при другом характере трудовой деятельности. Чаще всего рожжистое воспаление локализуется на нижних конечностях (60-70%), реже на лице (20-30%) и верхних конечностях (4-7%), очень редко лишь на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов[2]. На коже появляется небольшое красное или розовое пятно.

Актуальность ранней диагностики рожжи в мегаполисе определяется особенностями эпидемиологии и клинического течения заболевания за последние десятилетия. Рожжа характеризуется увеличением доли тяжелых форм и осложнений с преобладанием в клинической картине заболевания интоксикационного синдрома, вплоть до развития инфекционно-токсического шока, увеличением случаев с первичной и тяжелыми геморрагическими формами рожжи (более 60%), склонностью к развитию рецидивирующего течения (30-40%), медленной репарацией в очаге воспаления, сложностью проведения дифференциальной диагностики. Следует отметить, что рожжа ухудшает течение сопутствующих заболеваний и часто развивается на фоне метаболического синдрома (сахарный диабет 2 типа, ожирение), сердечно-сосудистой патологии (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), дерматозов, синуситов и других заболеваний. Наибольшая летальность при рожже регистрируется у пожилых пациентов. Актуальность проблемы определяется и исходами рожжи, формированием хронической лимфопенозной недостаточности, приводящей к инвалидизации пациентов работоспособного возраста. Не менее актуальной является и проблема лечения рожжи.

Далее приводим клинический случай больного с диагнозом: Первичное рожжистое воспаление левой голени, буллезно – геморрагическая форма, тяжелой степени тяжести.

Пациент Х, 70 лет поступил в Городскую инфекционную больницу с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, головную боль, ломоту в теле, общую слабость, недомогание, снижение аппетита, гиперемию и отечность левой голени, местную гипертермию, появление пузырей с серозно - геморрагическим содержимым, болезненность, чувство распирания.

Из анамнеза заболевания пациента: болеет в течение 3-х дней. Начало острое, с симптомов интоксикации, пациента беспокоила головная боль, озноб, повысилась температура тела до 39 °С. На 2-й день появилась гиперемия и отечность левой голени. На 3-й день состояние в динамике ухудшилось, на месте гиперемии появилась эритема размерами 10x15 см., пузырьки на левой голени. Дома лечение не принимал. Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен и госпитализирован в Городскую инфекционную больницу.

Из анамнеза жизни пациента: туберкулез легких, вирусный гепатит, кожно- венерологические заболевания отрицает. На диспансерном учете не состоит. Данное заболевание связывает с расчесами и наличием трещин на коже голени.

При объективном осмотре состояние пациента тяжелое, за счет симптомов интоксикации и болевого синдрома. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, на левой голени отмечается яркая эритема с четкими границами, неровными краями. На фоне эритемы отмечаются буллы, заполненные серозно-геморрагическим содержимым. Аускультативно над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Мочиспускание свободное, безболезненное, стул оформлен, регулярный. Локальный статус: отмечается яркая эритема с четкими границами, неровными краями. На фоне эритемы отмечаются буллы, заполненные серозно-геморрагическим содержимым, местная гипертермия, ограничение функции.

В общем анализе крови наблюдается умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы влево, умеренное повышение скорости оседания эритроцитов до 20 мм/ч.

На основании анамнеза заболевания, объективных, лабораторных данных пациента выставили клинический диагноз: Первичное рожистое воспаление левой голени, буллезно – геморрагическая форма, тяжелой степени тяжести.

Пациент получил антибактериальную терапию: цефтриаксон 1,0 внутривенно, диклофенак 3,0 внутримышечно, кетотоп 2,0 внутримышечно, хлорид натрия 0,9% 200,0 внутривенно. На фоне проводимого лечения общее состояние пациента в динамике улучшилось, уменьшилась отечность, эритема и боли в левой голени, буллы вскрылись, температура тела нормализовалась, аппетит улучшился.

Заключение

Описанный клинический случай рожистого воспаления демонстрирует тяжесть течения у больной пожилого возраста. Входными воротами при рожистом воспалении могут быть ссадины, мозоли, трещины. В данном клиническом случае входными воротами инфекции послужили дефекты ткани, такие как ссадины и трещины.

На современном этапе клинические формы рожистого воспаления протекают в тяжелой форме, что затрудняет диагностику и лечение данного заболевания. Лечение больных рожистым воспалением должно проводиться комплексно, учитывая тяжесть течения заболевания и наличия сопутствующей патологии. Учитывая вышесказанное очень важным является ранняя диагностика рожки, дифференциальная диагностика рожки, освещение новых схем терапии рожки с клинической демонстрацией, которые представлены нами в настоящем исследовании.

Бициллинопрофилактика является составной частью комплексного диспансерного лечения больных, страдающих рецидивирующей формой заболевания. Профилактическое внутримышечное введение бициллина-5 1,5 млн ЕД или ретарпена 2,4 млн ЕД, предупреждает рецидивы болезни, связанные с реинфекцией стрептококком.

Литература

1. Еровиченков А.А., Брико Н.И., Горобченко А.А. Особенности современной клиники рожки, как варианта течения стрептококковой инфекции // Врач - 2016 - № 2. - С. 32- 34
2. Шип С.А. Новые аспекты патогенеза рожки и перспективные направления терапии // Известия высших учебных заведений – 2010 - № 4. - С. 98-100.
3. Глухов А.А., Бражник Е.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления // Фундаментальные исследования – 2014 – № 10-2. – С. 411-415.

ХИРУРГИЯДАҒЫ РЕЛАПАРОТОМИЯЛАРДЫҢ СЕБЕПТЕРІ

Босынбек Г.Қ., Айтелі Р.М., - «Хирургия» бағыты бойынша 2-курс интерндері gullbossynbek@mail.ru
Абуов С.М., профессор «Ұлттық медицина университеті» Акционерлік Қоғамы №2 хирургия кафедрасы,
Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы sapar66kz@mail.ru

Кіріспе. Заманауи медицинаның дамуына, жаңа технологиялардың енгізілуіне қарамастан релапаротомия мәселесінің өзектілігі жоғары болып қалуда, әсіресе шұғыл хирургияда.[1,2] Құрсақ қуысына жасалатын жалпы хирургиялық араласулар арасында релапаротомияның кездесу жиілігі 0,5-7% аралығында кездеседі. Релапаротомиядан кейінгі өлім көрсеткішінің деңгейі әлі күнге дейін жоғары болып қалуда және 23,6 - 71,2% арасында ауытқиды.[3,4]

Зерттеу мақсаты. релапаротомияларға сараптама жүргізу нәтижесінде олардың себептерін анықтап алдын алу жолдарын нұсқау.

Материал және әдістер. Біз 2 жыл ішінде жасалған 19 релапаротомияға жанжақты сараптама жүргіздік. Жедел түрде жасалған барлық операциялардың ішіндегі жиілігі 0,82% тең болды. Релапаротомия жасау мерзімі: 3 науқаста 1 тәуліктен кейін, 9 науқаста – 3 тәуліктен соң, 7 науқаста – 4 тәуліктен соң. Ауруханаға жедел абдоминальді патологиямен 15 (78,9%) науқас жатқызылып, операция жасалды, ал 4 (21,1%) іш қуысы ағзаларының жарақатымен келіп түсті.

Зерттеу нәтижелері. Ұсынылған бақылауларды негізге алып, релапаротомиялар талаптарға сәйкес 16(84,2%), «бағдарлама бойынша» 3(15,8%) орындалды. 6(31,6%) жағдайда анастомоздың және ойық жараның тігілген жерінің ыдырап кетуінің орын алғаны анықталды. 6 (31,6%) науқаста қайта операция жасаудың себебі – жаңа аурудың пайда болуы (3 науқаста ішектің жіті пайда болған ойық жарасы тесілген, 3 науқаста – ерте дамыған ішек жабыспасы салдарынан ішегі түйілген). 3(15,8 %) жағдайда негізгі патологияның үдеуі байқалған (шажырқай қан тамырларының тромбозы). Ал 2 (10,5%) жағдайда тактикалық қателік жіберіліп, бірінші жасалған операцияның көлемі дұрыс анықталмаған, 1(5,3) науқаста іш қуысындағы асқынусыз ішек эвентерациясы анықталған және 1 (5,3%) науқаста гипердиагностика салдарынан релапаротомия негізсіз жасалған. 3 (15,8%) өліммен аяқталды, 16 (84,2%) сауығып, оның ішінде 1 жағдайда өздігімен жабылған ащы ішек жыланкөзі қалыптасты. Операциядан кейін дамитын перитонитті клиникалық анықтау әрқашан едәуір қиындықтар тудырады. Осыған байланысты клиникалық тәжірибеде перитониты бар науқастардың жағдайының ауырлығын бағалау үшін болжам интегралды межелерді қолдану қажеттігі туындайды. Біз өз тәжірибемізде J.F. Pusaño бастаған аргентиналық хирургтар ұсынған релапаротомияның болжам индексі (РБИ) қолдандық. Сараптап отырған 19 релапаротомия жағдайында РБИ төмендегідей болды: 11 (57,9%) науқаста 10 баллға дейін, 3 (15,8%) науқаста - 11-12 балл, 1 (5,3%) науқаста - 13-14 балл және 1 (5,3%) науқаста - 15 баллдан астам. Релапаротомияның болжам индексіне (РБИ) сәйкес қайта операция жасау жиілігі: < 10балл - 8,7%, 11-12балл- 40%, 13-14балл - 90%, > 15балл-100%. Алынған мәліметтерге сәйкес, РБИ 10 баллға дейін болған 11 науқаста релапаротомия жиілігі басынан бастап ең төмен деңгейде болуы тиіс. Бірақ, біздің мәліметтерге сәйкес, бұл науқастарға қайта операция жасаудың себептері - жіберілген техникалық және тактикалық кемшіліктер мен іш қуысы ағзаларының қайтадан дамыған жедел патологиясы (жіті дамыған ойық жаралардан қан кету, ішектің түйілуі).

Қорытынды. Сонымен, операциядан кейін ерте дамитын асқынулардың алдын алу, дұрыс таңдалған ем тактикасы, операция көлемі және операцияны мұқият жасау операциядан кейін ерте дамитын асқынулардың қауіпін едәуір төмендетеді. Асқыну дамыған жағдайларда оларды уақытылы анықтап, уақытылы релапаротомия жасау ғана емнің сәтті аяқталуына әкеледі. Қиындық тудырған клиникалық жағдайларда және күмәнді жағдайларда релапаротомияны кейінге қалдырмай, бірден жасаған абзал. Клиникалық тәжірибеде перитониты бар науқастарда РБИ кеңінен қолданған жөн. Бұл хирургқа релапаротомия жасау мүмкіндігін болжауға септігін тигізіп қана қоймай, бірінші операция кезіндегі баллдарды есептей отырып, басынан РБИ жоғары науқастарда бағдарламалы лапаросанация жасау қажеттігіне де нұсқайды.

Әдебиеттер

Алиев С.А. Психологические, морально-этические и деонтологические аспекты релапаротомии. Хирургия.-1998.- № 5-С. 50-53.

Ахунджанов Б.А., Девятов В.Я., Ким И.П. и др. Ранняя релапаротомия. Хирургия 1981; 9: 94-97.

Батян Н.П. Клинические вопросы релапаротомии. Минск: Высшая школа 1982; 124.

Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонова М.И. Перитонит. М.: Литтера, 2006.-208 с

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ

Трегубчук Е.А., Коворотня П.С., Шамиева А.В. 4 курс, лечебный факультет, Щавель Н.В 6 курс, лечебный факультет, РФ, г. Оренбург, Научный руководитель – к. мед. н, доцент Л.М.Демина, к. мед. н, доцент М.Т.

Авченко, Кафедра акушерства и гинекологии, Кафедра факультетской хирургии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Актуальность: Варикозная болезнь нижних конечностей у беременных женщин на протяжении десятилетий привлекает внимание исследователей. Появление варикозного расширения во время , беременности и быстрота регрессии после послеродового периода являются своеобразными особенностями этого заболевания. Хроническая венозная недостаточность является одним из самых распространенных экстрагенитальных заболеваний у беременных и родильниц (45-65 %). Актуальность проблемы ХВН обусловлена большой частотой ухудшения самочувствия пациенток, жалобами на отеки ног, а также риском развития тромбозомболических осложнений, несущих реальную опасность для жизни и здоровья матери и плода.

Цель: Оценить этиологические и сопутствующие факторы, особенности патогенеза, а также тактику лечения беременных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей с классом С1 - С3 (CEAP) на разных сроках беременности.

Материалы и методы: Причина варикозного расширения вен обусловлена неисправностью венозных клапанов и слабостью венозных стенок. Наличие артериовенозных анастомозов объясняет возникновение варикозного расширения вен соединением малых артериальных сосудов с подкожными венами, которые расширяются под влиянием резких повышений внутриаартериального давления. К сопутствующим факторам относят: наследственная предрасположенность, артериальная гипертония, ожирение, сахарный диабет, длительные физические нагрузки, воспалительные заболевания малого таза, гормональная контрацепция. Максимальную нагрузку венозная система испытывает во время беременности.

В основе патогенеза варикозного расширения вен нижних конечностей у беременных лежит частое либо длительное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к застою крови и повышению гидростатического и гидродинамического давления в венах нижних конечностей. Сюда же относят повышенная выработка прогестерона вначале желтым телом, а затем плацентой, приводит к релаксации стенок венозных сосудов. Помимо этого происходит нейтрализации вазопрессина при беременности, что также приводит к расширению сосудов.[1] Следует обратить также внимание на гемодинамические изменения: увеличение ОЦК на 35-40% и венозного давления в 2-3 раза, особенно во II триместре, 20-кратное усиление кровотока в органах малого таза, замедление скорости кровотока в сосудах нижних конечностей, повышение вязкости крови у беременных.[1,2] Увеличенная матка играет роль только в последнем триместре беременности, оказывая компрессию на подвздошные и нижнюю полую вену, что вызывает снижение кровотока по бедренным венам до 50%.

На базе женской консультации взрослой поликлиники № 2 ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга и Оренбургского областного перинатального центра ООКБ №2 изучены результаты амбулаторного комбинированного лечения 30 беременных, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей с С1- С3 класса (СЕАР). В ходе комплексного лечения пациенткам назначалось эластичное бинтование нижних конечностей – 53,3%, детралекс – 13%, позиционная терапия – 10%, гепарин – 6,6%, эноксапарин натрия – 6,6%, флебода 600 – 3,3%, курантил – 3,3%. Статистическая обработка данных включала в себя сравнение всех параметров в ходе беременности и в раннем послеродовом периоде.

Результаты: Ведение пациенток, страдающих варикозным расширением вен, следует рассматривать отдельно в дородовом периоде, в родах и в послеродовом периоде в соответствии со стадией заболевания. Состояние женщины до беременности в 46,7% случаев удовлетворительное, заболевание себя не обнаруживает. Беременность способствует появлению первых симптомов болезни (53,3%), причем наиболее часто патология проявляется при I и II беременностях, в особенности во II-III триместрах: до 20 нед. – 23,3%, 20-30 нед. – 26,7%, после 30 нед. – 10% и в дальнейшем обязательно прогрессирует: после родов – 40%. В 38,6% случаев первые признаки заболевания проявляются во время II беременности, 26,7% - I беременность, III и IV беременность по 12,6% и V беременность составляет 9,5%. Средний возраст беременных с варикозным расширением вен- 31 год. Большую роль в формировании заболевания играет наследственность – 54 % (по матери - 96%, по отцу – 4%); меньше оказывает влияние ожирение – 20% и сопутствующие заболевания: гестационный сахарный диабет – 27%, Артериальная гипертензия (I ст. СН0 ст) – 13%, ВСД по гипотоническому типу – 21%. В ходе лечения варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей прогрессировало во время беременности у 14 чел (46,7%), протекало без видимых изменений – 8 чел (26,7%), было замечено улучшение после родов у 6 пациенток (20%), а так же ухудшение процесса после родов – 2 чел (6,6%).

Выводы: Наиболее значимым фактором в развитии варикозного расширения вен является наследственность в основном по женской линии, а самым частым сопутствующим заболеванием является гестационный сахарный диабет. Учитывая тот факт, что у пациенток высокий процент и других сопутствующих заболеваний, то ведение, лечение и родоразрешение подбираются строго индивидуально исходя из этиологических факторов, дополнительных заболеваний и количества беременностей. Немаловажным критерием для подбора лечения и метода ведения таких больных является срок беременности. Таким образом, дифференцированный подход к выбору методов лечения этого состояния позволяет существенно повысить качество лечения пациенток с заболеваниями вен.

Список литературы:

1. Василюк М. Д., Шевчук М. Г. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин. – К.: Здоров'я, 1992. – 184 с
2. Кулаков В. И. Течение беременности, родов, послеродового периода и система свертывания крови у женщин с варикозным расширением вен нижних конечностей. – М. – 1967.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Фазылов А.А. – клинический ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней
E- mail: Fozilow.A.A.1811@mail.ru. г. Душанбе, Республика Таджикистан.

Саидов Ё.У. - руководитель д.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней. г. Душанбе, Республика Таджикистан.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность темы. Среди базисных препаратов, применяемых в терапии ревматоидного артрита (РА), ведущее место по праву занимает метотрексат (МТ), являющийся эталоном противоревматической терапии [1,2]. Препарат обладает наиболее благоприятным соотношением эффективность/токсичность, что позволяет рассматривать его в качестве «золотого стандарта» [3-5] фармакотерапии РА. В многочисленных исследованиях последних лет было установлено, что при использовании МТ клиническое улучшение наступает значительно быстрее, чем при лечении другими базисными препаратами [6-8]. Также определено, что монотерапия МТ при раннем (<3 лет) тяжелом РА не уступает по эффективности монотерапии инфликсимабом и ассоциируется со снижением риска летальности [6-9].

Цель исследования: изучение влияния МТ на показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных РА.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 28 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст 42 года) с установленным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов, с длительностью заболевания от 3 месяцев до 15 лет (средняя продолжительность 8.2±1.6 года). Среди обследованных больных было 20 женщин и 8 мужчин.

Все пациенты до исследования принимали неселективные нестероидные противовоспалительные препараты – Н-НПВП (диклофенак натрия, индометацин) и 4 больных получали преднизолон в дозе не более 10 мг/сут. Решающим условием для назначения метотрексата было отсутствие в анамнезе приема препаратов базисного ряда у всех обследованных больных. Всем пациентам был назначен метотрексат перорально в первоначальной дозе 7.5 мг/нед (по 2.5 мг с интервалом в 12 ч в течение 12 недель) в сочетании с преднизолоном в дозе 7.5 мг/сут (в качестве бридж-терапии) – продолжительность приема – 3 мес. Спустя 4 нед при нормальной переносимости препарата и наличии соответствующих показаний некоторым больным дозу метотрексата увеличивали на 2.5 мг в нед до 12 мг/нед и в итоге 8, 12 и 6 пациентов получали соответственно 7.5, 10 и 12.5 мг/нед метотрексата в течение 12 нед. Параллельно с началом приема МТ и преднизолона всем обследованным больным осуществлена смена Н-НПВП на селективные НПВП (апонил, целебрекс). В дни, свободные от приема метотрексата, пациенты принимали фолиевую кислоту в дозе 5мг/нед.

Обследование пациентов проводили по стандартной программе, включающей и иммунологический анализы крови.

Концентрацию С-реактивного белка [СРБ] определяли высокочувствительным методом латекс-агглютинации согласно инструкции фирмы изготовителя («Ольвекс диагностикум», 193029, РФ, СПб). Количество лимфоцитов и их иммунофенотипирование в периферической крови определяли с использованием панели моноклональных антител к поверхностным рецепторам CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD20. Из периферической крови больных выделяли чистую суспензию лимфоцитов, которую затем исследовали методом дифференциального центрифугирования в градиенте плотности 1.077 (Histopaque, «Sigma», США).

Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вычисления t- критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов исследования фенотипических маркеров лимфоцитов периферической крови позволил нам получить сведения об иммунном статусе больных и влиянии метотрексата на показатели клеточного звена иммунитета.

У больных РА до начала базисной терапии наблюдалось лишь достоверное повышение уровня лейкоцитов (9.14±1.08; p<0.01) и процента лимфоцитов, несущих маркеры активации (CD20+; p<0.05), при этом процентное содержание CD3, CD4 и CD8 лимфоцитов у больных РА мало отличалось от контроля, что указывает на активацию клеточного звена иммунитета при отсутствии дисбаланса субпопуляций Т-лимфоцитов в периферической крови.

При анализе исходных показателей гуморального иммунитета у больных РА установлено достоверное увеличение содержания основных классов иммуноглобулинов – А, М, G по сравнению с контролем. Как видно из табл, спустя 12 недель было выявлено иммунокорригирующее влияние метотрексата в виде статистически достоверного снижения всех классов иммуноглобулинов. Положительная динамика показателей гуморального звена иммунитета у больных РА, по-видимому, и объясняет тенденции внесуставных проявлений заболевания к обратному развитию на фоне 12 недель лечения метотрексатом [8].

Таким образом, статистически достоверное уменьшение иммунологических показателей заболевания к регрессии на фоне 12 недельного приема метотрексата демонстрирует его иммунокорректирующую активность уже на ранних этапах лечения, что согласуется с данными других исследователей [6,8,10].

Переносимость препарата у большинства больных (21) оставалась удовлетворительной. У трёх больных препарат был отменен из-за стойких побочных реакций со стороны органов желудочно-кишечного тракта. Доза метотрексата была уменьшена только в двух случаях.

Вывод. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о наличии у метотрексата системных эффектов как на уровне клеточного, так и на уровне гуморального иммунитета, что коррелирует со статистически значимым уменьшением суставного синдрома и положительными сдвигами системных проявлений РА на самих ранних этапах лечения метотрексатом.

Литература

1. Насонов Е.Л. Проблемы иммунопатологии ревматоидного артрита: эволюция болезни / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2017. - № 55 (3). - С. 277-294.
2. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B., Rheumatoid arthritis. Lancet, 2016, 388.
3. Европейский конгресс ревматологов (Париж, 11–14 июня 2014 г.) – проблемы ревматоидного артрита / А.С. Авдеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2014. – №6(52). – С.689-696.
4. Насонов Е.Л. Аутоиммунные ревматические заболевания: итоги и перспективы научных исследований / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова, А.А. Новиков // Научно-практическая ревматология. – 2015. – №3. – С.230-237.
5. Smolen J.S. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update / J.S. Smolen, R. Landewe, F.C. Breedveld [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2014. – №73. – P.492-509.
6. Н.Каратеев Д.Е. Современные принципы ведения больных с ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев, Е.Л. Лучихина // Медицинский совет. - 2017. - №17). - С. 92-101.

7. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2013. – 552 с.
8. Насонов Е.Л. Метотрексат при ревматоидном артрите – 2015: новые факты и идеи / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2015. – №4. – С.421-433.
9. Насонов Е.Л. Новые рекомендации по лечению ревматоидного артрита (EULAR, 2013): место метотрексата / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Н.В. Чичасова // Научно-практическая ревматология. – 2014. – №1. – С.8-26.
10. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА): результаты лечения 130 больных в течение 12 месяцев / Д.Е. Каратеев [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2014. – №6(52). – С.607–614.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ РОДОВОГО АКТА ОТ ОЖИРЕНИЯ

Фослер А.С., 4 курс, лечебный факультет, г. Оренбург, Россия, fosler_n@mail.ru
Научные руководители - ассистент Н.А. Воронцова, ассистент к.м.н. Ж.В. Сенникова,
г. Оренбург, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии, Оренбургский государственный медицинский университет

Введение. Процент беременных женщин с диагнозом ожирение составляет 15,5-26,9%. Из года в год неуклонно растет значение данного показателя, в связи с чем актуальность проблемы ожирения у беременных имеет особую значимость. Патологическое увеличение массы тела осложняет как течение беременности, так и сам родовой акт, способствуя возникновению акушерских осложнений. Частота появления акушерских осложнений среди женщин с избыточной массой тела (по данным литературы) в 2-3 раза превышает аналогичные показатели у женщин, имеющих обычную массу тела. У беременных с ожирением роды протекают в 59-89% случаев с осложнениями. Наиболее частым осложнением родов у женщин с ожирением является несвоевременное отхождение околоплодных вод (10-40%) и слабость родовой деятельности (10-35%). Так же у женщин с избыточной массой тела чаще встречаются преждевременные роды (на сроке 22-37 недель), дискоординация родовой деятельности; чаще проводят амниотомию, индуцирование родов, высока частота инструментальных пособий в родах; одним из осложнений также является крупный плод. С повышением ИМТ возрастает риск кесарева сечения. Родовая слабость объясняется нарушением сократительной способности миометрия из-за дефицита эндогенных эстрогенов, изменением маточно-плацентарной гемодинамики, проявляющимся замедлением скорости кровотока, дислипидемии, жировой дистрофией волокон миометрия и мышц брюшного пресса. Эти осложнения способствуют увеличению продолжительности родового акта, развитию или углублению гипоксии плода, увеличению частоты и тяжести родового травматизма матери и новорожденного. Приведенные данные свидетельствуют о том, что ожирение обуславливает высокую частоту осложнений для матери и новорожденного, что указывает на важность изучения данной проблемы.

Цель. Сравнить течение родов у женщин с избыточной массой тела по отношению к беременным с нормальным росто-весовым соотношением.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 200 историй родов женщин, проведенных в Оренбургском областном перинатальном центре в 2018 году. Все пациентки были распределены на две группы:

1. беременные с нормальной массой тела (100 чел.)
2. беременные с ожирением (100 чел.)

Результаты. У 73% исследуемых женщин с нормальной массой тела были самостоятельные роды, а у женщин с ожирением процент самостоятельных родов был значительно меньше и составил – 43%. Таким образом, кесарево сечение было проведено у 27% женщин с нормальной массой тела, а у пациенток с избыточной массой тела более чем в 2 раза чаще и составил 57%.

Преждевременное излитие околоплодных вод в обеих группах составило по 27%.

Патологическое предлежание плода в группе с ожирением составило 12%, что в два раза больше чем у женщин с нормальной массой тела - 6%.

Частота преждевременных родов (22-37 недель) у женщин с ожирением оказалась практически в 2 раза выше (13%), чем у женщин с нормальным весом (7%).

Достоверной разницы в частоте развития аномалий родовой деятельности в родах у пациенток обеих групп не выявлено. Слабость родовой деятельности была в 5% случаев у пациенток с ожирением и в 4% - у женщин с нормальной массой тела. Дискоординация родовой деятельности была у 4% женщин с ожирением и у 3% в группе без ожирения.

Амниотомия была проведена у 5% женщин с ожирением и у 3% женщин без ожирения.

Крупновесные новорожденные у женщин с ожирением были в 22% случаев, что более чем в три раза превысило частоту рождения таких новорожденных у женщин с нормальной массой тела (7%).

Нормальные самостоятельные роды наблюдались лишь у 11% женщин с ожирением и у 24% женщин с нормальной массой тела.

Вывод. Из полученных результатов исследования можно сделать вывод, что ожирение негативно влияет на исход беременности и течение родового акта. Чтобы избежать нежелательных последствий ожирения для матери

и ребенка необходимо заняться коррекцией веса до беременности или в период самой беременности. Для этого женщине рекомендуется соблюдать сбалансированное питание (диету) и адекватно соблюдать физические нагрузки, а так же необходимо постоянно контролировать свою массу тела и следить за различными метаболическими нарушениями.

Список литературы

1. Медведь В.И. Ожирение и беременность // Гендерная медицина. – 2013. – №4(34). – С. 28-32.
2. Макаров И.О., Боровкова Е.И., Байрамова М.Ю. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением // Акушерство, гинекология и репродукция. -2011. - Т.5. - №1. - С. 22-28.
3. Комшилова К.А., Дзгоева Ф.Х. Беременность и ожирение // Ожирение и метаболизм. – 2009. – №4. – С. 9–13.
4. Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В. Беременность и ожирение: возможности применения ксеникала // Фарматека. – 2010. – №9. – С. 38-42.
5. Сычева О.Ю. Индекс массы тела как фактор, определяющий течение беременности, родов и послеродового периода / Сычева О.Ю. – Москва, 2016. – 25с.

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКОГО МАРКЕРА АКТИВНОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ВИПЕРИНА В МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Хамидулла А.А., кафедра неврологии, Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им.М.Оспанова, г. Актобе, Казахстан, alimakhamidulla@mail.ru

Рассеянный склероз (РС) является одним из наиболее социально значимых аутоиммунных заболеваний нервной системы. Большинство пациентов – это молодые люди, ведущие активную трудовую и социальную деятельность. РС характеризуется прогрессирующим течением, приводящим к стойкой инвалидизации. По данным статистики, в мире более 3 млн. человек страдают РС, а ежегодное число новых случаев неуклонно растет. Несмотря на то, что во всем мире проведены многочисленные исследования по изучению данного заболевания, многие вопросы, касающиеся этиологии, лечения РС остаются до конца не выясненными [1,2].

Интерфероны-бета (ИНФ-бета) считаются наиболее эффективными препаратами первой линии для лечения ремиттирующего РС. Несмотря на то, что имеются долгосрочные результаты по эффективности и безопасности ИНФ-бета, исследования показывают, что у 30-40% пациентов РС, получающих ИНФ-терапию могут развиваться нейтрализующие антитела к ИНФ-бета [3,4], которые снижают их биодоступность, приводя к снижению эффективности проводимой терапии. Постоянно высокие титры нейтрализующих антител могут снизить биологическую активность ИНФ-бета, что проявляется увеличением числа обострений, прогрессированием заболевания и продолжающейся активностью заболевания по данным МРТ. Кроме того, для выявления пациентов, которые отвечают на ИНФ-бета, целесообразно определять биомаркеры, которые индуцируются в ответ на введение ИНФ-бета. К белкам, относительно специфичным для ИНФ-бета, относятся: белок резистентности к миксовирусу А, β -2 микроглобулин, неоптерин, олигоаденилсинтетаза, вилперин [5].

В настоящее время ведется активный поиск биомаркеров РС, способных прогнозировать развитие заболевания, изучить активность и темп прогрессирования заболевания, оценить эффективность проводимой терапии. Изучение биомаркеров поможет лучше понять механизмы развития РС, что способствует разработке новых терапевтических стратегий.

Цель исследования: Оценить влияние биохимического маркера активности рассеянного склероза вилперина на течение заболевания.

Материал и методы. Проведено динамическое наблюдение показателей биомаркера активности РС вилперина у больных рассеянным склерозом, состоящих на диспансерном учете в г.Актобе в течение года. Критериями включения в исследование были: установленный диагноз РС, ремиттирующее течение, степень инвалидизации не выше 5,5 баллов по шкале EDSS. Все исследуемые получали интерферонотерапию не менее 1 года (Бетаферон, Авонекс, Ребиф).

При осмотре больных рассеянным склерозом неврологический статус оценивался по общепринятой схеме, степень инвалидизации – по расширенной шкале инвалидизации Куртцке – Expanded Disability Status Scale (EDSS). Показатели биомаркера вилперина определялись с применением наборов ELISA Kit в соответствии с инструкциями производителя. В зависимости от наличия обострения через год все больные были разделены на две группы: группа больных с обострениями и группа больных без обострений. Статистический анализ проводился с использованием лицензионного программного обеспечения Statistica 10.0. Проанализирована ранговая корреляция между клиническими показателями и уровнем вилперина. Был также проведен анализ ROC кривой для биомаркера.

Результаты. Средний возраст обследованных больных РС составил $38,9 \pm 8,7$ лет. Женщины составили 65% (22 человек), мужчины - 35% (12 человек). При оценке степени инвалидизации через год от начала исследования отмечалось снижение уровня EDSS с $3,6 \pm 1,5$ до $3,5 \pm 1,8$ баллов ($P=0,0156$). За период наблюдения у 26,5% больных отмечались обострения. Результаты динамического наблюдения уровня вилперина выявили значительное превышение данного показателя в группе больных с обострениями в сравнении с группой больных без обострений: 0,442 нг/мл и 0,151 нг/мл соответственно ($P=0,0142$). При проведении ROC-анализа уровень

отсечки (cut-off) для вилерина, определенного через год от начала исследования, составил 0,2 нг/мл (AUC - 0,817 (p=0.03), Se - 75%, Sp - 86.7%), что является критерием риска развития последующих обострений заболевания.

Обсуждение. Результаты данного исследования свидетельствовали о положительной корреляции концентрации вилерина с числом обострений в период наблюдения, что не соответствует биологическому действию интерферонов-бета. В этом случае можно предположить, что факторы окружающей среды, например, вирусная инфекция, могут вызвать повышение уровня вилерина, и этот эффект может накладываться на течение РС. Результаты ранее проведенных исследований показали участие вируса иммунодефицита человека, вируса гепатита С, вируса Западного Нила, вируса лихорадки Денге, вируса гриппа А и цитомегаловируса человека [6] в экспрессии вилерина в моноцитах инфицированных лиц.

Вывод: определение содержания биологического маркера активности рассеянного склероза вилерина может иметь прогностическое значение для оценки эффективности проводимой терапии интерферонами-бета.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: клиническое руководство. – М.: Реал Тайм, 2011. – 528 с.
2. Власов Я.В. Импортзамещение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС) биоаналогами как тенденции развития современного направления терапии больных рассеянным склерозом в Российской Федерации / Я.В.Власов, А.М.Милованова, И.Е.Повереннова // Практическая медицина. – 2013. - №1-1 (68). – С. 114-116.
3. Bertolotto A, Capobianco M, Amato MP, et al. Guidelines on the clinical use for the detection of neutralizing antibodies (NAbs) to IFN beta in multiple sclerosis therapy: report from the Italian Multiple Sclerosis Study group. *Neurol Sci* 2014; 35: 307-316.
4. Polman CH, Bertolotto A, Deisenhammer F, et al. Recommendations for clinical use of data on neutralizing antibodies to interferon-beta therapy in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2010; 9: 740-750.
5. Martire, S., Navone ND, Montarolo F, Perga S, Bertolotto A A gene expression study denies the ability of 25 candidate biomarkers to predict the interferon-beta treatment response in multiple sclerosis patients *Journal of Neuroimmunology* 292 (2016) 34–39
6. Hee JS, Cresswell P. Viperin interaction with mitochondrial antiviral signaling protein (MAVS) limits viperin-mediated inhibition of the interferon response in macrophages. *PLoS ONE* 12(2): e0172236. doi:10.1371/journal.pone.0172236

DEPENDENCE OF SOMATIC PATHOLOGY ON APPEARANCE

Horak K.I., Andreyushin L.E., 4th course medical faculty, Karizhskaya L.S. 3rd course, pediatric faculty, Morozov A. M. Assistant of Tver State Medical University, Tver, Russia.

Scientific director: Morozov Artem Mihajlovich, Assistant of the Department of General Surgery of Tver State Medical University, Tver, Russia.

The topicality: prophylaxis of diseases is one of the most important problems of modern health care [3]. Preventive corrective actions are capable to facilitate the course of a disease and to often prevent its development [2]. There are various diagnostic methods, one of them is iridology, assessment of a condition of the patient on an iris of the eye of an eye [4]. Color of eyes, hair-dyeing and integuments of the person in the Chinese medicine is surveyed from the point of view of pathology as predisposition to separate types of diseases or ability to resist pathogenic influences. [1].

The purpose: To define existence of dependence between somatic pathology and a phenotype of the person. To estimate a possibility of prevention of these diseases proceeding from specific features of the person.

Materials and methods: during the real research questioning and data collection at 938 patients with various somatic pathology of both sexes in hospitals of Tver was carried out. Color of eyes, hair color and tonality of a skin (chromaticity of a skin) were studied. After processing of the received statistical data the dependence of pathology on a certain sign was established.

The results: in cardiologic unit we interviewed 400 patients. By results of a research the arrhythmia met in 70% of cases (301 persons). In 45% of cases (135 persons) it is patients with green eyes, and 40% of cases (120 people) with blue eyes, 10% (31 persons) with gray eyes, and only 5% (15 people) with brown eyes. At the same time 80% of respondents with a bright skin, and only 20% with a dark skin. The light color of hair met in 15%, unlike dark which prevailed. By results, stenocardia met in 23% of cases (90 people). In 64% of cases (58 people) it were the people having brown color of eyes. The small percent fell on blue and gray color (18% - 8 people). At the same time 60% (54 persons) were with a light skin. Dark hair prevailed at 77 patients.

In pulmonary unit 215 people are interviewed. 186 diseases of the top respiratory tracts, such as angina, rhinitis, pharyngitis, laryngitis, sinusitis were taped. In 50% (94 persons) of cases it were carriers of gray color of eyes. Other part of people had other coloring of eyes in peer ratios. The light skin dominated in 164 cases. 88% (164 persons) were the share of owners of dark and fair-haired hair color. A share of blondes – 10% (19 people) that gives to us the grounds to assume dependence only at brunettes.

In gastroenterological unit 156 people were interviewed. The peptic ulcer of a stomach met in 20 cases. At the same time 16 people had blue color of eyes with a blonde hair and a light skin. On two persons had brown and green color of eyes with dark hair color. Among respondents, people didn't meet gray color of eyes. The light skin dominated in 19 cases. With a gastroenteritis 86 people were observed. Among them 43% (the 37th person) had brown color of eyes, and on 19% - 20% were the share of other colourings. From all interviewed 59% a blonde hair (51 persons), 32% (27 people) black hair color, 13 people (9%) with blonde hair. The light skin dominated in 61 cases.

In a nephrology unit we interviewed 107 patients with a pyelonephritis and cystitis. At 82 (77%) the person was observed green color of eyes. At the same time 90 patients (84%) had dark hair, and 17 people (16%) blonde hair. It is surprising that in 90% of cases people had a bright skin.

In endocrine unit we interviewed patients with a diabetes mellitus - 48 people, and a struma - 12 people. Patients with a diabetes mellitus in 40% of cases (19 people) were with green color of eyes, in 29% (14 people) with gray color, 22% (11 people) with blue. In 50% of cases people had blonde hair. In 85% of cases patients had light skins. Green color of eyes met at patients with a struma in 7 cases from 12. In 90% of cases we observed patients with light hair color and skins.

From above the provided static data it is possible to make the conclusion about the concrete pathology characteristic of a certain sign. So, people with blue eyes are more inclined to arrhythmias, peptic ulcers of a stomach, and less inclined to diseases of endocrine system. Arrhythmias, pancreatitis, a pyelonephritis, cystitis, a diabetes mellitus and a struma are more characteristically for people with green color of eyes. Diseases of the top respiratory tract and peptic ulcer of a stomach are less common for these patients. In patients with brown color of eyes the dependence with arrhythmias isn't taped, however, there is a high occurrence of stenocardias, a gastroenteritis and also low occurrence of a diabetes mellitus and struma. The peptic ulcer of a stomach isn't characteristic. With a gray shade of eyes the frequency of occurrence of cardiovascular diseases isn't large. There is a high risk of a disease of the top respiratory tracts. Peptic ulcers, a gastroenteritis, aren't expressed.

People with bright skin, unlike dark skinned people, are more inclined to the development of arrhythmias, stenocardias, diseases of the top respiratory tracts, peptic ulcer of a stomach, gastroenteritis, pyelonephritis, cystitis and also a diabetes mellitus and a struma. At dark skinned people, the development is not taped. Dark-haired people are more inclined to arrhythmias, stenocardias.

Conclusion: on the basis of the obtained data it is possible to tap interrelation of appearance of the patient with predisposition to concrete somatic pathology. With development of this direction in medicine will perhaps assume development of diseases not only proceeding from the family anamnesis, but also specific features of the person.

The list of references:

1. Zakharov Yu.A. Practicheskaya iridodiagnostika. Metod topicheskoy nespecificheskoj diagnostiki zabojevanij po raduzhnoj obolochke glaza. – M. : Kolos. – 2006 y. – 115 p.
2. Litvitsky P.F. Patofiziologiya. Textbook. In 2 volumes. / Volume 1. - 2016. - 283 pages.
3. Isaeva O.N. Fiziologicheskoe obosnovanie system telemedicinskogo individualnogo kontrolya. 14.03.08.//M, 2015. - 203 pages.
4. Morozov A.M. O vozmozhnostyah opredeleniya aktualnosti temy nauchnogo issledovaniya / Morozov A.M., Adam's apples of VA., Peltikhina O.V., Askerov E.M., Morozova A.D.//Synergiya nauk. - 2018. - No. 19. – Page 1018-1024. – URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
5. Mukhin N.A. Propedevtika vnutrennih boleznej: Textbook. 2nd prod. / Mukhin N.A., Moiseyev V. S.//M.: GEOTAR – Media. - 2015. - 848 pages.

ЗНАЧИМОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В КАРДИОПРОТЕКЦИИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРFUЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Чепелев С.Н., Висмонт Ф.И.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Ишемическая болезнь сердца является основной причиной смертности в большинстве развитых стран мира, в том числе и в Республике Беларусь [3]. Поиск новых методов предотвращения или ослабления ишемического повреждения сердца остаются существенной задачей современной клинической и экспериментальной медицины [2, 3]. Объектом внимания ученых в области кардиологии являются кардиопротекторные эффекты дистантного ишемического preconditionирования (ДИПК), которое воспроизводится ишемией конечности до острой ишемии миокарда [2, 4]. Необходимость кардиопротекции от ишемического и реперфузионного повреждения чаще необходима пациентам с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, к которым относятся и гиперлипидемия (ГЛЕ) [1].

Цель: выяснение воспроизводимости кардиопротекторных (противоишемических и антиаритмических) эффектов ДИПК при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной ГЛЕ.

Материалы и методы исследования. Исследование кардиопротекторной эффективности ДИПК выполнено на 39 наркотизированных нелинейных белых крысах-самцах (масса 225±25 г, возраст 3-4 мес.), разделенных на 4 группы: Контроль (n=7), КонтрольГЛЕ (n=11), ДИПК (n=7), ДИПКГЛЕ (n=14). ГЛЕ

моделировалась однократным интрагастральным введением 10% р-ра холестерина на оливковом масле в дозе 10 мл/кг в течение 10 дней, крысам без ГЛЕ вводился 0,9% р-р NaCl (Ф.Р.). Для наркотизации животных внутривенно вводился тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг. Крысы с помощью аппарата ИВЛ переводились на искусственное дыхание. ЭКГ регистрировалась во II стандартном отведении.

Моделирование постинфарктной сердечной недостаточности у крыс осуществляли путем окклюзии левой коронарной артерии [5]. Для этого наркотизированным животным вскрывали грудную клетку в IV межреберном промежутке слева. После 15-минутной стабилизации гемодинамики осуществляли 30-минутную окклюзию левой коронарной артерии путем ее механического пережатия фишкой. Окклюзия артерии идентифицировалась синюшностью ишемизированного участка, снижением АД на 15 ± 5 мм рт. ст. и подъемом сегмента ST на ЭКГ. Реперфузия миокарда осуществлялась простым удалением фишки. Подтверждалась реперфузия исчезновением синюшности ишемизированного участка и возвратом сегмента ST на изолинию. Период реперфузии продолжался 120 минут. Животные, у которых воспроизводилось ДИПК, дополнительно подвергались воздействию 15-минутной окклюзии обеих бедренных артерий за 25 мин до 30-минутной острой ишемии миокарда.

Зону риска определяли с помощью внутривенного введения в левую общую яремную вену 0,5 мл 5% р-ра Эванс синий в конце реперфузии при непродолжительной повторной окклюзии левой коронарной артерии. Эванс синий окрашивает только перфузируемый миокард, а неперфузируемый остается неокрашенным, поэтому зона риска определялась как не окрашенная в синий цвет. Затем сердце извлекалось из грудной клетки и проводилось отделение левого желудочка сердца для дальнейшего изучения. Левый желудочек замораживали в морозильной камере при -20°C (30 мин), после чего его разрезали на 6 поперечных срезов размером по 1,5 мм. Срезы взвешивались на торсионных весах, затем проводилось их сканирование при помощи сканера Epson с обеих сторон. После этого, для идентификации зоны некроза, срезы помещали в 1% р-р трифенилтетразолия хлорида на 15 минут (37°C). Жизнеспособный миокард (клетки, которые сохранили дегидрогеназную активность) окрашивался в ярко-красный цвет, а некротизированная ткань оставалась неокрашенной (белесой). После 24-часовой инкубации срезов в 10% р-ре формалина проводилось повторное сканирование срезов для определения отношения площади зоны некроза ко всей зоне риска. Размеры зоны риска и зоны некроза определяли в программе Adobe Photoshop CC 2018. Полученные в ходе выполнения исследования результаты вносились в таблицу Microsoft Excel 2013 и обрабатывались в программе Statistica 10. Статистическая значимость различий, полученных данных, оценивалась при помощи теста множественных сравнений Данна и дисперсионного анализа ANOVA. Данные представлены в виде $M \pm m$. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные.

Для оценки антиаритмического эффекта ДИПК подсчитывалась общая длительность аритмий – пароксизмальные желудочковые тахикардии, фибрилляции желудочков, желудочковые бигеминии, парные желудочковые экстрасистолы – при ишемии-реперфузии миокарда. По полученным данным рассчитывалась медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й; 75-й процентиля). При сравнении групп использовали критерий Крускала–Уоллиса и тест множественных сравнений Данна.

Результаты исследования. С учетом выживаемости крыс с ГЛЕ после острой коронарной окклюзии для последующего анализа было отобрано по 7 животных: Контроль ($n=7$), Контроль_{ГЛЕ} ($n=7$), ДИПК ($n=7$), ДИПК_{ГЛЕ} ($n=7$). Для подтверждения ГЛЕ у животных с помощью автоматического анализатора Random Access A-25 (BioSystems, Испания) определялось содержание общего холестерина (ОХ) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови. У крыс с ГЛЕ содержание ТГ в сыворотке крови составило $1,54 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,01$), ОХ – $5,86 \pm 0,38$ ммоль/л ($p < 0,01$). У крыс без ГЛЕ содержание ТГ составило $0,62 \pm 0,06$ ммоль/л, ОХ – $2,62 \pm 0,09$ ммоль/л. Так, у крыс с ГЛЕ имело место повышение содержания ТГ в 2,5 раза и ОХ в 2,2 раза по сравнению с их содержанием у крыс без ГЛЕ.

Продолжительность аритмий при ишемии-реперфузии миокарда у крыс были следующими: в группе Контроль_{ГЛЕ} – 316 (137; 563) с, ДИПК_{ГЛЕ} – 48 (31; 80) с ($p < 0,05$), Контроль – 198 (14; 239) с, ДИПК – 30 (3; 133) с ($p < 0,05$), таким образом у крыс с ГЛЕ и без ГЛЕ имеет место выраженный антиаритмический эффект ДИПК

Размеры зоны некроза миокарда левого желудочка были следующими: в группе Контроль_{ГЛЕ} – $38 \pm 4\%$, ДИПК_{ГЛЕ} – $46 \pm 4\%$, Контроль – $46 \pm 4\%$, ДИПК – $19 \pm 1\%$ ($p < 0,01$), что указывает о наличии противоишемического эффекта ДИПК у крыс без ГЛЕ.

Выводы. ДИПК не эффективно в плане ограничения размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с ГЛЕ, но эффективно в плане снижения длительности аритмий.

Список литературы

1. Липовецкий, Б. М. Дислипидемии, атеросклероз и их связь с ишемической болезнью сердца и мозга : рук. для врачей и студентов-медиков / Б. М. Липовецкий. – СПб.: Эко-Вектор, 2012. – 75 с.
2. Любимов, А. В. Ишемия, реперфузия и preconditioning: традиционные и новые подходы в лечении инфаркта миокарда / А. В. Любимов, П. Д. Шабанов // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2016. – Т. 14, № 3. – С. 3–11.
3. Мрочек, А. Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля / А. Г. Мрочек [и др.] – Минск: Беларус. наука, 2011. – 341 с.
4. Basalay, M. Remote ischaemic pre- and delayed postconditioning – similar degree of cardioprotection but distinct mechanisms / M. Basalay, V. Barsukevich, S. Mastitskaya // Exp Phys. – 2012. – Vol.97, №8. – P. 908–917.
5. Clark, C. Coronary artery ligation in anesthetized rats as a method for the production of experimental dysrhythmias and for the determination of infarct size / C. Clark // J Pharmacol Methods. – 1980. – Vol.3, №4. – P. 357–368.

ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ИЗМЕНЕНИИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ У КРЫС

Чепелева Е.Н., Висмонт Ф.И.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что функциональное состояние печени влияет на выраженность и исходы различных интоксикаций экзо- и эндогенного происхождения. Помимо этого, функциональная недостаточность печени нередко сопровождается нарушением обменных процессов, особое значение среди которых имеет изменение метаболизма липидов [3, 5]. Липиды, а также их производные необходимы для пластических и энергетических потребностей организма, принимают участие в развитии лихорадки, воспаления, процессов детоксикации, гемостаза, регуляции активности иммунокомпетентных клеток и т. д. [1, 2, 4].

Цель исследования. Выяснение значимости функционального состояния печени в развитии дислипидемии и изменении терморегуляции при бактериальной эндотоксинемии.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на ненаркотизированных 20 белых нелинейных крысах обоих полов массой 200±20 г. Для достоверности условий исследования опыты выполнялись после 12-ч. голодания крыс при свободном доступе к питьевой воде. Эндотоксинемия моделировалась путем однократного внутривентриального введения бактериального липополисахарида (ЛПС) – эндотоксина E.Coli (серия O111:B4, «Sigma», США) в дозе 2,5 мг/кг.

У животных проводилось измерение ректальной температуры при помощи электротермометра («MicroLife», Швейцария). Кровь и ткань печени забирались сразу после декапитации крысы, которая проводилась через 24 ч. после введения ЛПС.

О тяжести поражения печени судили по изменению соотношения активности АлАТ/АсАТ и показателя тимоловой пробы в сыворотке крови. Из сыворотки крови выделялась суммарная фракция ЛПОНП+ЛПНП и ЛПВП по методике M.Burstein, J.Samaille. После экстракции липидов из фракций ЛП и тканевых гомогенатов по методу М.Креховой, М.Чехрановой в липидных экстрактах определялось содержание ХС колориметрическим методом. Полученные в ходе исследования данные подвергались обработке общепринятыми методами вариационной статистики. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты исследования. Выявлено, что через 24 ч. после внутривентриального введения животным ЛПС в дозе 2,5 мг/кг температура ректальная у крыс повысилась на $2,3^{\circ}\text{C}$ с $36,6 \pm 0,16^{\circ}\text{C}$ до $38,9 \pm 0,11^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,001$, $n=10$).

Показано, что действие эндотоксина через 24 ч. привело к увеличению массы печени крыс на 22% с $7,83 \pm 0,39$ г до $9,55 \pm 0,32$ г ($p < 0,001$, $n=10$), органно-весового коэффициента – на 24% с $0,025 \pm 0,001$ до $0,031 \pm 0,001$ ($p < 0,001$, $n=10$).

В условиях эндотоксинемии, вызванной введением ЛПС, повреждение печени сопровождалось развитием мезенхимально-воспалительного и цитолитического синдромов, лабораторными критериями которых являются изменение показателя тимоловой пробы и ферментемия соответственно. Установлено, что через 24 ч. после введения ЛПС наблюдалось увеличение соотношения активности АлАТ/АсАТ в сыворотке крови с $0,57 \pm 0,05$ до $0,82 \pm 0,04$ ($p < 0,002$, $n=10$); показатель тимоловой пробы увеличивался на 101% с $1,97 \pm 0,31$ до $3,96 \pm 0,35$ ед. ($p < 0,001$, $n=10$).

Выявлено, что в условиях бактериальной эндотоксинемии происходят значительные изменения содержания ХС различных классов ЛП крови. Через 24 ч. после введения ЛПС уровень ХС ЛПВП в крови крыс снижался на $19,7\%$: с $1,37 \pm 0,05$ до $1,10 \pm 0,08$ ммоль/л ($p < 0,02$, $n=10$). Содержание ХС суммарной фракции ЛПОНП+ЛПНП возрастало на $52,4\%$ с $0,63 \pm 0,05$ до $0,96 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$, $n=10$). Коэффициент атерогенности (K_a), который представляет собой отношение (ХС ЛПНП+ЛПОНП)/ХС ЛПВП возрастал на $97,9\%$ с $0,47 \pm 0,05$ до $0,93 \pm 0,8$ ($p < 0,001$, $n=10$), что указывает о развитии вторичной атерогенной ДЛП. Увеличение K_a было вызвано, главным образом, повышением содержания ХС суммарных фракций ЛПНП+ЛПОНП ($r = 0,93 \pm 0,09$, $p < 0,001$), чем снижением уровня ХС ЛПВП в крови крыс ($r = -0,73 \pm 0,17$, $p < 0,001$).

Выводы. Особенности изменения терморегуляции и содержания ХС ЛП в сыворотке крови при бактериальной эндотоксинемии зависят от функционального состояния печени. Степень снижения содержания ХС ЛПВП в крови отражает тяжесть ее повреждения.

Список литературы:

1. Гурин В.Н. Обмен липидов при гипотермии, гипертермии и лихорадке / В.Н. Гурин. – Мн.: Беларусь, 1986. – 190 с.
2. Климов А.Н. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 512 с.
3. Лебедева Е.И. Морфофункциональные изменения в печени крыс при экспериментальном циррозе / Е.И. Лебедева, О.Д. Мяделец // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2014. – Т.3, №3. – С. 51-57.
4. Bassani L. Lipid profile of cirrhotic patients and its association with prognostic scores: a cross-sectional study / L. Bassani, S.A. Fernandes, F.V. Raimundo, D.L. Harter et al. // Arq Gastroenterol. – 2015. – № 52(210) – P. 5.

5. Ridgway N.D. The role of phosphatidylcholine and choline metabolites to cell proliferation and survival / N.D. Ridgway // Crit Rev Biochem Mol Biol. – 2013. – № 48. – P. 20-38.

ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАБЛЮДАЕМЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Чурносова С.О., Бузовская Е.Е.,

Научный руководитель: д.м.н., доцент Конышко Н.А.

Смоленский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии, г. Смоленск

Актуальность. В Российской Федерации согласно данным Росстата в 2016г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составила 616 на 100 тыс. населения, а абсолютные потери около 900 тыс. человек. [1,2]. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с *H.pylori*-положительным гастритом и пациентов с *H.pylori*-отрицательным гастритом отличается (55% и 35% соответственно). В основе этого более высокий уровень циркулирующего гомоцистеина, способствующий развитию атеросклероза коронарных артерий, вызывая прямое повреждение эндотелия у больных с *H.pylori*-положительным гастритом [3].

Цель исследования: исследовать факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с хроническим гастритом.

Методики и материалы. Проведено комплексное анонимное анкетирование 156 амбулаторных и стационарных пациентов в возрасте от 20 до 81 года (средний возраст 53 ± 14 лет, М 56,5, Мо 64) с диагнозом хронический гастрит (n=78) и контрольной группы. Контрольную группу составили 78 человек в сопоставимом возрастном диапазоне без клиники соматической патологии и указаний на нее в анамнезе. Критерием включения в основную группу являлись информированное согласие на участие в исследовании и наличие хронического гастрита. Все наблюдаемые были анкетированы в 2018 году по опросникам «Питание», «Физическая активность» и «Риск развития атеросклероза», состоящим из 3-х блоков вопросов. Опросники составлены и валидированы рабочей группой ФГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России (Москва, Россия) по материалам International Physical Activity Study. Все определяемые показатели собирались в виде базы данных с использованием прикладных программ Microsoft Excel из пакета Microsoft office XP 2010. Достоверность уравнений регрессии оценивалась по значимости критерия Фишера (F). Достоверный уровень определялся при $p < 0,05$ ($p=0,01$).

Результаты и обсуждение.

Таблица 1- ИМТ пациентов и контрольной группы.

ИМТ	Пациенты с хроническим гастритом	Контрольная группа
Нормальный вес	28,2%	78,2%
Избыточный вес	50%	15,4%
Ожирение 1 ст.	15,4%	2,6%
Ожирение 2 ст.	5,1%	3,8%
Ожирение 3 ст.	1,3%	-

Средний вес $-82,5 \pm 12,9$ кг, средний ИМТ (индекс массы тела) $-27,6 \pm 4,2$. В контрольной группе средний вес $-68,5 \pm 16,5$ кг, средний ИМТ $-22,9 \pm 4,5$, $p < 0,05$.

Наибольшее количество анкетированных пациентов из группы со сбалансированным питанием по результатам опроса набрали количество очков близкое к значениям группы «Незначительные погрешности в питании» (среднее значение баллов $-50,1 \pm 4,4$). Среднее значение баллов контрольной группы $-54,9 \pm 8,3$, $p < 0,05$.

Таблица 2- Рациональность рациона наблюдаемых основной и контрольной группы.

Количество очков	Пациенты с хроническим гастритом	Контрольная группа
Нерациональное питание	-	2,5%
Незначительные погрешности в питании	56,4%	67,9%
Рациональное питание	43,6%	29,5%

Наибольший процент анкетированных пациентов из группы с гиподинамией – лица среднего и пожилого возраста (66,7%). Среднее значение баллов $-9,4 \pm 4,1$. Среднее значение баллов в контрольной группе $-23,6 \pm 9$, $p < 0,05$.

Таблица 4. Уровень физической активности наблюдаемых.

Физическая активность	Пациенты с хроническим гастритом	Контрольная группа
Норма	24,4%	65,4%
Гиподинамия	75,6%	34,6%

Таблица 5. Риск атеросклероза наблюдаемых.

Риск атеросклероза	Пациенты с хроническим гастритом	Контрольная группа
Повышенный	3,8%	7,8%

Умеренный	68%	29,4%
Нет риска	28,2%	62,8%

Среднее значение баллов в группе пациентов –19,4± 4,1. В контрольной группе–16,4±7,9.

Вывод. В группе с хроническим гастритом подавляющее большинство пациентов имеют повышенный индекс массы тела – 71,8% (избыточный вес и 1,2,3 степень ожирения), умеренный риск атеросклероза(68%) и гиподинамию (75,6%). Индекс массы тела, рациональность питания и физическая активность у пациентов с поверхностным гастритом влияют на риск атеросклероза (p<0,05).

Список литературы:

1. Комитет экспертов РКО, НОА, РосОКР Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, Российские рекомендации VI пересмотр Москва 2017;44(6,21,22)
2. Конышко Н.А. Клинические и морфологические аспекты заживления язв двенадцатиперстной кишки в условиях современного лечения у больных с разными личностными характеристиками Автореф. дис канд. мед. наук./ Конышко Н.А. Смоленск.-2000.-16с.
3. Raut SC, Patil VW, Dalvi SM, Bakhshi GD Helicobacter pylori gastritis, a presequence to coronary plaque, Clin Pract., 2015; Mar 30;5(1):717.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНГО – КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ТУРКЕСТАНСКОЙ И ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТЯХ

Шалабаев Сарсен Калиханович, врач-резидент 1 курс «Инфекционные болезни в том числе детские» г. Шымкент, Республика Казахстан. sarsen.shalabaev@bk.ru

Научный руководитель: Абуова Гулжан Наркеновна, кандидат медицинских наук, профессор, врач-инфекционист высшей категории, ЮКМА заведующая кафедрой «инфекционных болезней и дерматовенерологий» г. Шымкент, Республика Казахстан.

Цель: Изучить и сравнить особенности клиники, течения, диагностики и лечения ККГЛ Жамбылской и Туркестанской областях за последние 5 лет.

Актуальность: Крымская–Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) - острая вирусная природно-очаговая инфекционная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, остается актуальной проблемой современного здравоохранения, так как это инфекционная болезнь с тяжелым течением, высокой летальностью, поражает молодой трудоспособный возраст, болеют в основном люди занятые животноводством (сельское хозяйство). В последние годы ареал территории регистрации ККГЛ расширяется, еще больше населенных пунктов входит в эндемичные зоны, это объясняется ростом поголовья селько-хозяйственных животных, развития частных ферм, бесконтрольной миграции и продажи скота. И эта болезнь может передаваться от больного человека к здоровому (контактно-бытовой путь передачи).

Материалы и методы: В данной работе использованы материалы взятые из архива Сарысуйской ЦРБ" Жамбылской и Туркестанской областях за период с 2014 по 2018гг.

В моем докладе использованы данные формы №060/у «журнал учета инфекционных больных» за эти годы. Изучены и проанализированы истории болезни госпитализированных с подозрением на данное заболевание, истории болезни случаев ККГЛ, лабораторно - подтвержденных. При этом отмечаю: -из год в год растет число больных с подозрением на данное заболевание; - сохраняется высокая летальность по области (33%), по Сарысуйскому району (с 2014 по 2018г 10%); - тяжесть течения болезни, высокая летальность объясняется поздним поступлением больных, игнорирование врачами ПСМП больных с лихорадкой, необоснованным назначением жаропонижающих средств и отсутствием детального сбора эпид анамнеза;- В клинике тяжелых форм превалируют синдром интоксикации, ДВС синдром с кровотечением, ИТШ, диарейный синдром и поражение головного мозга по типу инфекционно-токсической энцефалопатии.

Вывод: - ККГЛ тяжелая антропоозоонозная инфекционная патология, могущая передаваться от человека к человеку с кровью и выделениями больных; - тяжесть течения болезни на прямую зависит от времени начало заболевания и поступлением больного в специализированный стационар; - рекомендовать врачам ПМСП и их руководителям отработать алгоритм работы с лихорадящими больными на участках и алгоритм детального сбора эпид анамнеза, что поможет в ранней диагностике и предупреждению тяжелых форм ККГЛ, следовательно, снижению летальных исходов; - своевременная диагностика и госпитализация, во время начатое лечение, минимизирует финансовые затраты на лечение.

Литература

1. Абуова Г.Н., Танирбергенова А.Ж., Нурмашева А.А., Сарыпбекова Л.Л., Апсарова Л.Е., Лизинфельд И.А. Применение иммунотерапии в комплексном лечении Конго-Крымской геморрагической лихорадки в Южном Казахстане Аллергология и иммунология Том 13 №1, 2012 Тезисы докладов VII Международного конгресса по реабилитации в медицине и иммунореабилитации и V Всемирного форума по астме и респираторной аллергии. Нью-Йорк, США, 2012 г., -С.47 Импакт-Фактор 0,44
2. Абуова Г.Н., Биболова А.С., Сейткулова Ж.О. Алгоритмы раннего распознавания Конго-крымской геморрагической лихорадки IV Ежегодный Всероссийский Конгресс по инфекционным болезням, Москва, 26-28 марта 2012г., -С.5 Импакт-Фактор 0,295

3. Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю Конго-крымская геморрагическая лихорадка как угроза внутрибольничной инфекции. Журнал Дезинфекция. Антисептика, №1(9), 2012г., Москва, -С.46-51 Импакт-Фактор 0,050.

ПРОФИЛАКТИКА ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шарапиева Т.Б., Дәлелканова Т.Д. резиденты 1 года обучения по специальности «Инфекционные болезни, в том числе детские», Исабекова Ж.Б ассистент кафедры, Маукаева С.Б.,Нуралинова Г.И. доценты кафедры «Инфекционных болезней и иммунологии», Кафедра «Инфекционных болезней и иммунологии» РГП на ПХВ «Государственный Медицинский Университет, г. Семей» Республика Казахстан, г.Семей, dtalshyn.1003@mail.ru

Введение. Особо опасные инфекции (ООИ)- это инфекционные заболевания, которые способны к широкому эпидемическому (пандемическому) распространению и вызывающие крайне тяжелые заболевания с высокой летальностью или инвалидизацией. Список таких заболеваний сейчас значительно расширен. Сейчас он разделен на две группы. Первая группа - «болезни, которые являются необычными и могут оказать серьезное влияние на здоровье населения»: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) или SARS. Вторая группа - это «болезни, любое событие с которыми всегда оценивается как опасное, поскольку эти инфекции обнаружили способность оказывать серьезное влияние на здоровье населения и быстро распространяться в международных масштабах»: холера, легочная форма чумы, желтая лихорадка, геморрагические лихорадки - лихорадка Ласса, Марбург, Эбола, лихорадка Западного Нила. Сюда же относят инфекционные болезни, «которые представляют особую национальную и региональную проблему», например лихорадку денге, лихорадку Рифт-Валли, менингококковую болезнь (менингококковую инфекцию) [1,2,3]. Каждый человек должен знать мероприятия по биобезопасности на случай возникновения ООИ, чтобы не допустить распространение инфекционных заболеваний. Для этого люди должны знать основные эпидемиологические особенности, клинические проявления и профилактические мероприятия при подозрении на особо опасные инфекции. В профилактике особо опасных инфекций большое значение играет санитарно-просветительная работа.

Цель работы. оценить эффективность санитарно-просветительной работы по профилактике особо опасных инфекций среди учеников старших классов средней школы г.Семей.

Материал и методы исследования. Авторами была подготовлена лекция по особо опасным инфекциям с демонстрацией видеофильма. Проведено поперечное исследование путем анкетирования 50 школьников по принципу «От равному к равному». Анкета содержала вопросы, оценивающие эффективность проведения санитарно-просветительской работы.

Результаты и обсуждение. Анализ анкетирования ответов школьников показал, что на вопрос «Понравилась ли Вам лекция» 84% респондентов ответили положительно, 16% - отрицательно. Все понравилось 52% учеников, ничего не понравилось 19%, понравился видеофильм 13%, понравилась лекция 10%. Информация была доступной считают 10% учеников, 3% считают информацию полезной. 55% респондентов хотели бы поучаствовать в проведении санитарно-просветительской работы, 42% - не хотели бы, 3% затруднились с ответом. 63% учеников ранее знали об особо опасных инфекциях, 26% - не знали, 8% - затруднились ответить и 3% - дали свой ответ. Школьники поставили следующие оценки лекторам за проведение санитарно-просветительской работы: «5» - 68%, «4» - 22%, «3» - 3%, «2» - 3%, «0» - 6%.

Выводы. Таким образом, большинству учеников понравилась лекция по особо опасным инфекциям, почти половине респондентов понравилось все, они ранее знали об этих болезнях, большинство школьников оценили санитарно-просветительскую работу на отлично, однако около половины респондентов не хотели бы участвовать в подобном мероприятии. Это говорит о том, что надо совершенствовать приемы и методы санитарно-разъяснительной работы среди школьников. Полученные выводы показывают, что санитарно-просветительская работа должна быть доступной, понятной, информативной и требует совершенствования приемов и методов проведения.

Список литературы

1. Международные медико-санитарные правила, 2005 г.
2. Информационный бюллетень ВОЗ № 141 декабрь 2010 г.
3. Информационный бюллетень ВОЗ № 107 июнь 2010 г.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

СЕКЦИЯ «ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВ: ПОИСКИ И РЕШЕНИЯ»	3
А.А. Игольникова, Г.Д.Слипченко РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КАПСУЛ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА БЕТУЛИНА	
Кравченко И.В., Орловская Н.Ф., Данькевич О.С. НЕФТЬ НАФТАЛАНСКАЯ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	4
Қонаш Н.Е., Даулбаева А.Ә., Рахымбаев Н.А., Анарбаева Р.М. САСЫҚ ҚУРАЙ ӨСІМДІГІНІҢ ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНЫЛУЫ	5
Ошурко А.С., Шпичак О.С. РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ТВЕРДОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ОСНОВЕ ПЕРГИ И СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ СУБСТАНЦИИ МЕДА	7
Подолька А.А., Шпичак О.С. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОСТАВА И РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ КОМБИНИРОВАННОГО ГЕЛЯ АНТИМИКРОБНОГО И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ	8
Сысуев Б.Б., Майорова А.В. ИЗУЧЕНИЕ РЕПАРАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ГЕЛЯ ЭКТОИНА	10
Рубан Е. А., Алхалаф Малек Валид Ахмад, Гербина Н. А. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЗОМАЛЬТОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ТАБЛЕТОК САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ	11
Зупанец И.В., Рубан Е.А. АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ ТАБЛЕТОК С ПАРАЦЕТАМОЛОМ И ГЛЮКОЗАМИН N- АЦЕТИЛОМ	12
Trioskovskaya E., Zubchenko T.N.	12

INFLUENCE OF TECHNOLOGICAL PROPERTIES OF AUXILIARY SUBSTANCES ON THE QUALITY OF CAPSULE MASSES ON THE BASIS OF PHYTOEXTRACTS	
Ковалевская И.В., Рубан Е.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ФЛАВОНОИДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ КВЕРЦЕТИНА И ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА	14
Zubenko N.V., Kazhimanova M.K., Ustenova G.O. ADVANTAGES OF USING POLYMER SYSTEMS FOR THE DELIVERY OF ANTIMICROBIAL AGENTS FOR TREATMENT AND PREVENTION OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS	15
А. Ө. Даулбаева, Р.М. Анарбаева, М.А. Өмірәлі, Н.А. Рахымбаев САСЫҚ ҚУРАЙ СҰЙЫҚ ЭКСТРАКТЫСЫН АЛУДА ШИКІЗАТТЫҢ ҰНТАҚТАЛУ ДӘРЕЖЕСІ МЕН ЭКСТРАГЕНТ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ	16
Акромов А., Рахимова Г.Р. ТЕХНОЛОГИЯ ТАБЛЕТОК АНТИАНЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ	18
Григорусь М.А., Глущенко А.Н. РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ И СОСТАВА ШАМПУНЯ ДЛЯ ЖИРНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ВОЛОС С БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ	19
Говорова А.В., Крикливая И.А. АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ ВАГИНАЛЬНЫХ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА	21
Денисюк В. С., Маслий Ю. С., Куценко С. А. АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ АНТАЦИДНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	21
Беляева А.О., Глущенко А.Н. РАЗРАБОТКА СОСТАВА КРЕМА ПО УХОДУ ЗА ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ	22
Пархатқызы Н., Сакипова З.Б., Саякова Г.М. РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА РЕВЕНЯ СЕРДЦЕВИДНОГО (<i>RHEUM CORDATUM</i> LOSINSK)	24
Рыбачук В.Д., Кондрат Н.А. ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ И ФАРМАКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СУХИХ ЭКСТРАКТОВ РОМАШКИ, КРАПИВЫ И ЗВЕРОБОЯ	25
Джафарова С.Н., Спиридонов С.В. АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ	26
Кухтенко Г.П., Гладох Е.В. АНАЛИЗ РЕОЛОГИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ ЭМУЛЬСИОННОЙ МАЗИ	28
Муканова А.Б., Ибадуллаева Ф.С., Датхаев У.М., Абдуллабекова Р.М. SCABIOSA OCHROLEUCA L. ШӨБІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ ҚОЛДАНЫЛУЫ	29
Жандабаева М.А., Кожанова К.К., Бошкаева А.К. ТЮРИНГЕН ҰЛЫРЕГІ (<i>LAVATERA THURINGIACA</i> L.) ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНАН АЛЫНҒАН ЭКСТРАКТТЫҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨЗЕКТІЛІГІ	30
Тлеубаева М.И., Датхаев У.М., Абдуллабекова Р.М. БАҚША ҚАРАОТ (<i>PORTULACA OLERACEA</i> L.) ӨСІМДІГІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗЫ	31
Buzekraui Sarah, Bogutskaya Ye. Ye. DEVELOPMENT OF THE COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF THE EXTEMPORAL DRUG FOR TREATING NEUROSI IN CHILDREN	32
Аширов М.З., Датхаев У.М., Сағындықова Б.А., Жақипбеков К.С., Момбеков С.Е. ТЕМЕКІ (<i>N.TABACUM</i> L.) ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНЫҢ ДӘСТҮРЛІ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНЫЛУЫ	34
Kalikhhan A.G., Tolegenova G.B., Martynova I.A. L-ARGININE AS A BIOLOGICALLY ACTIVE ADDITIVE IN THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC DENTAL PASTES ON A GEL BASIS	35
Касымова А.А., Сағиндықова Б.А. ВЫБОР УСЛОВИЙ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ РОДИОЛЫ РОЗОВОЙ (<i>RHODIOLA ROSEA</i> L.) IN VITRO	36
М.О. Шомаксудова, З.Х. Абдижалилова, Ш.Х. Суннатов МЕТОД ПРЯМОГОПРЕССОВАНИЯ В ТЕХНОЛОГИИ ТАБЛЕТОК «ГЛИЦЕРИН-С»	39
A.S. Sandibekova, G.O.Ustenova THE ROLE OF GMP IN KAZAKSTAN	40
Жумашова Г.Т., Байконуров А., Баймуханов К., Сакипова З.Б.	41

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРАКТА ГУСТОГО РЕВЕНЯ СЕРДЦЕВИДНОГО	
Сабитов А.С., Байтекова З., Балтагулов М., Сакипова З.Б. СТРУКТУРА ТЕХНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОГО ПРОЕКТА: ПРОИЗВОДСТВО ПАРФЮМЕРНО КОСМЕТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ	42
Алламбергенова З.Б., Султанали Д., Бакыт Н., Сакипова З.Б. КОНЦЕПЦИЯ ИНТРОДУКЦИИ ШАФРАНА АЛАТАВСКОГО (CROCUS ALATAVICUS L.)	43
Тыныс Т.О., Сагиндыкова Б.А. РАЗРАБОТКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЛЕНОК С ЛИОФИЛЬНЫМИ ЭКСТРАКТАМИ	44
Медетова Л.Ш., Сағындықова Б.А. БЕЗЕУГЕ ҚАРСЫ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЕМДІК - КОСМЕТИКАЛЫҚ КРЕМ ЖАСАУ МҮМКІНДІГІН ІЗДЕСТІРУ	47
Сейтова Ж.Д., Датхаев У.М., Сағындықова Б.А., Капсалямова Э.Н., Момбеков С.Е. ҚР-ДА ӨСЕТІН ҚЫЗҒЫЛТ САРЫ МАКЛЮРА <i>MACLURA AURANTIACA</i> ЖЕМІСТЕРІНЕН СЫҒЫНДЫ АЛУ	49
Абдыкеримова С.Б., Ергали Ә.Қ., Сакипова З.Б., Ибрагимова Л.Н., Сермухамедова О.В. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА С ФИТОСУБСТАНЦИЕЙ БАРБАРИСА ИЛИЙСКОГО <i>BERBERIS ILIENSIS</i> M.ROP.	51
Караубаева А.А., Сакипова З.Б., Ибрагимова Л.Н., Сермухамедова О.В. ИССЛЕДОВАНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ СУБСТАНЦИИ КАОЛИНИТА МИКРОНИЗИРОВАННОГО	52
Орынбекова С.О., Келеке А.С., Сакипова З.Б., Ибрагимова Л.Н., Сермухамедова О.В. АЛГОРИТМ ЗАЩИТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИНТРОДУЦИРОВАННЫХ РАСТЕНИЙ РОДА АДОНИС (<i>ADONIS L.</i>) ОТ ВРЕДИТЕЛЕЙ И БОЛЕЗНЕЙ	53
Тугелбай Г.Е., Ибрагимова Л.Н., Сермухамедова О.В. СОЗДАНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА	54
Тажиева М.А., Толеген Ж.Б., Турсуметова Г.М., Толегенова Г.Б., Мартынова И.А. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУСПЕНЗИЯ ДЛЯ ВОЛОС С АРГИНИНОМ	55
Базарбай Н.Қ, Бекмұрза Ж.А., Толегенова Г.Б., Мартынова И.А., Асыллова Н.А. ИССЛЕДОВАНИЕ БАЛЬЗАМА ДЛЯ ВОЛОС С АРГИНИНОМ	56
Аманкелді К.Ә., Толегенова Г.Б., Мартынова И.А., Асыллова Н.А. РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЖИДКОГО МЫЛО С АРГИНИНОМ	57
Abilova A.A., Pernehan F.M., Tolegenova G., Martynova I.A., Asilova N.A. RESEARCH OF THERAPEUTIC-PROPHYLACTIC SHAMPOO WITH ARGININE	58
Сагиндыкова Б.А., Омарбекова А.А. ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ РАСТВОРЕНИЯ ТАБЛЕТОК МЕЛОКСИКАМ	59
СЕКЦИЯ «ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»	
Каримов А.С. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА	63
Примбеков Б.У. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	64
Нурбаба Р.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА	65
Abdurakhmanov A.I. EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF LUNG TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS	66
Брицкая П.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ НА ЭТАПЕ ЭЛИМИНАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	67
I.V. Dmitrieva, S.A. Kalinina REINFORCED COMPOSITE ENDOPROTESIS IN THE TREATMENT OF LOWER JAW DEFORMATION IN CHILDREN	69
S.A. Kalinina USE OF DISTRACTION OSTEOGENESIS IN THE TREATMENT OF BILATERAL ANKYLOSIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT	70
Хафизова Д.М., Янцева Е.К., Кузнецов Н.Н., КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АОРТАЛЬНОГО ТРОМБОЗА. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И	71

ЛЕЧЕНИЯ	
Otarbayeva A.P. ¹ , Baimbetova S.B. ¹ , Utepbergenova G.A. ¹ , Nurbekova G.A. ² IMPROVEMENT OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE FOR BRUCELLOSIS IN SOUTHERN KAZAKHSTAN	72
L.V. Voznitsyn, S.A. Kalinina DIAGNOSIS OF VENOUS MALFORMATIONS OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN	72
Авдеева Е.Ю., Гайдукевич В.И. ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТАХ, КОТОРЫМ БЫЛА ПРОВЕДЕНА ЭВЕРСИОННАЯ ЭНДАРТЕРАТОМИЯ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	74
Аждарбекова А. С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НА ФОНЕ ПСОРИАЗА	74
Алтаева А.М. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГРИППОМ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДСЕЗОНЫ 2011-2017 ГОДОВ	76
Алтаева А.М., <u>Амиргяева К.</u> ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА У БЕРЕМЕННЫХ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	77
Андала М.А. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	78
Андала М.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	78
Андала М.А. ГАЗЫ КРОВИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	79
Андала М.А. КРИТЕРИИ ВЫБОРА ВИДА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	80
Андала М.А. АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ БРЫЖЕЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	81
Андала М.А., Грищенко К.Н. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	81
Андала М.А. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА	82
Андала М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ CD-4	83
Андала М.А. ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРИ ДОБРАКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	84
Әуезханов С.П. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ККГЛ НА ОСНОВАНИИ СТАНДАРТНЫХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.ШЫМКЕНТА ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГОДОВ	85
Әуезханов С.П., Алиева Н. АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ. ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РК И ЮКО	86
Әуелова Ә.Б. ПЛАЦЕНТА ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ В РУТИННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ	85
Бадалова Л.М. КОМПЛЕКСНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	89
Баймұрза Т.А., Құршида С.С., Мыңбаева Д.Қ. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	90
Байсакова А., Бекмурат Н., Омархан М., Сатыбалды Ж., Әбішева Г., Әйкен С. ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА	91
Баргось В. Н. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ, УСУГУБЛЯЮЩАЯ ОГРАНИЧЕНИЕ	92

ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИУ ДЕТЕЙ С ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ И АПЛАСТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ	
Бойко Е.Д. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В КАРДИОХИРУРГИИ	93
Бойко Е.Д. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ В КАРДИОХИРУРГИИ	94
Бойко Е.Д. ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГАЗОВОМ СОСТАВЕ КРОВИ ПРИ ТЭЛА	94
Бойко Е.Д. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АОРТО- И МАММАРОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	95
Бойко Е.Д. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	96
Бойко Е.Д. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	98
Бойко Е.Д. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЗОТРОМБОЗА	98
Бойко Е.Д. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	98
Бойко Е.Д. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРАКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПУТЁМ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	99
Босынбек Г.Қ., Бектемір А.Е. ХИРУРГИЯДАҒЫ ІРІНДІ-ҚАБЫНУЛЫ АСҚЫНУЛАРДЫҢ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКАСЫ	100
Будаева А.В. ПРИМЕНЕНИЕ КАРБЕТОЦИНА В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	101
Будаева А.В. ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ	101
Бурак Е.А. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.	103
Гайдукевич В.И., Колошук Г.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	103
Гонюкова О.В., Ворвуль А.О. ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	104
Горушкина К.О. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	105
Грейбо А.И., Горушко Е.С. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ	106
Грибоедова А.А. АНАЛИЗ РАБОТЫ ВЗРОСЛОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. СЕМЕЙ» ЗА 2017 ГОД	107
Емельянов В.В. МЕТОДИКИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	108
Ендібай Б.Б. ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА КОЛОРЕКТАЛЬДЫ ОБЫРДЫҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ АНАЛИЗІ	109
Әбдімүтәліұлы Дәулетияр ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚЫРЫМ-КОНГО ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ КЕЗІНДЕГІ (ККГК) ӨЛІМ ЖАҒДАЙЫ.	10
Жариков К.М. К ВОПРОСУ О ПЛАСТИКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	111
Жильцова А.В.	112

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ МАТКИ	
Имамова И.А., Ибрагимова Н.У., Назиров Ш.А., Юлдашев А.М., Мамедов А. ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	113
Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Бойтураев Ш.И., Туробов Б.Т., Саидова С.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛИТА	114
Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Абдуллаева Х.А., Ибрагимова Н.У. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИМАТРИНА (ЛИВЕРИНА) У БОЛЬНЫХ ХВГС НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	116
Исмадова М.И., Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	117
С.А Калинина ДВУСТОРОННИЙ АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	120
Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Магзумов Х.Б., Сапарова Д.А. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МИКСТ-ПАРАЗИТОЗОВ	121
Кененбаева Б.Е., Каукенова Д.У., Айтқұлова В.Р., Мутушева А.Т. СЛУЧАЙ АМЕБИАЗА В ПАВЛОДАРЕ	123
Колесникова Е. А., Шукшина Л. М. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	124
Конирбаева К.Н. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША САРЫП АУРЫМЕН АУРУШАҢДЫҚТЫҢ ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ	124
Куньшбекқызы Б. СИБИРСКАЯ ЯЗВА В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	125
Кульжанова Н.С., Тагаева А.Т., Кенжегали Е.А., Жасауова Т.Ж. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	127
Ленкова Анастасия Андреевна АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ	128
Лихограй Л.И. РОЛЬ ДНЕВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	129
Мамедова Э.И., Шихаева М.А. ПРИМЕНЕНИЕ ОКТРЕОТИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	130
Матвеева Е.В. ПАРАМЕТРЫ УСТОЙЧИВОСТИ И ХОДЬБЫ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ	131
Мұсаева Ботағоз Сәулетбекқызы ИИНФЕКЦИОНИСТ ПРАКТИКАСЫНДАҒЫ ҚИЫН НАУҚАС	132
Конирбаева К.Н. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ САРЫП АУРУМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ	134
Новикова А.Ю. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ	135
Пархета К.А., Зубкова А.Ю., Алфёрова Т.В., Инжеватова М.А., Кугарева А.А., Кузнецов Р.С., Чубова Р.В., Карягин Д.Ф. ИЗУЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ МОЯ-МОЯ	136
Перфильева А.В., Беспалова К.Б., Гаршин А.А., Скворцова Л.А., Бекманов АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА <i>CNTNAP2</i> С РАЗВИТИЕМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	137
Попова М. И. КАРБОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	138
Садыхова Дана Кайратқызы, Әбдімүтәліұлы Дәулетияр ЖҮҚТІЛЕРДЕГІ БОТУЛИЗМНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	139

Садыхова Дана Кайратқызы КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ БРУЦЕЛЛЕЗ	140
Сауыт Г.Е., Конирбаева К.Н. МИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯ ЕКІНШІЛІК СОЗЫЛМАЛЫ БРУЦЕЛЛЕЗДІҢ КӨРІНІСІ РЕТІНДЕ	141
Свиридова А. В. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ	142
Свиридова А. В. ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА LACTOVACILLUS SPP	144
А.А. Свирский, А.М. Махлин, А. А. Ленкова АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ	145
Сейітқалиев Е.А., Сайрамбек Ә.Е. СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ БҮЙРЕК ҚЫЗМЕТІН БАҒАЛАУ	147
Семенова К.А. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ACNE VULGARIS	148
Syrovaya A. O., Lebedinets V. A. *, Makarov V. A., Zavada O. A., Kalinenko O. S. INTERNATIONAL STANDARDS IN QUALITY MANAGEMENT EDUCATION	149
Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Альшеева Н.О., Бейсекова М.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВГВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	150
Сайлаубекова Асем Кайратқызы СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ПМСП	153
Сусленкова Я.О., Миронюк А.В. АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS К РАЗЛИЧНЫМ АНТИБИОТИКАМ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ	154
Utepbergenova G.A., Sagitova S.S., Shermetova M.B. ZOOBOTIC INFECTION IN SOUTH KAZAKHSTAN	155
Джолдасова А.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГИБ Г. ШЫМКЕНТА ЗА ПЕРИОД 2017-2018 г.г.	156
Исмадова М.И., Кудратова Д.Ш. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО И ПОЗДНЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПЛОДА	157
Кудратова Д.Ш., Ходжаева Р.Х ОСНОВЫ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСК ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ	158
А. В. Леонов ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ НА РАЗВИТИЕ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ	161
Ажихан С. К. КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	162
Босынбек Г.Қ., Айтелі Р.М. ХИРУРГИЯДАҒЫ РЕЛАПАРОТОМИЯЛАРДЫҢ СЕБЕПТЕРІ	163
Трегубчук Е.А., Коворотня П.С., Шамиева А.В. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ	164
Фазылов А.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	165
Фослер А.С. ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ РОДОВОГО АКТА ОТ ОЖИРЕНИЯ	166
Хамидулла А.А. РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКОГО МАРКЕРА АКТИВНОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ВИПЕРИНА В МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ	167
Horak K.I., Andreyushin L.E. DEPENDENCE OF SOMATIC PATHOLOGY ON APPEARANCE	169
Чепелев С.Н., Висмонт Ф.И.	170

ЗНАЧИМОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В КАРДИОПРОТЕКЦИИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ	
Чепелева Е.Н., Висмонт Ф.И. ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ИЗМЕНЕНИИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ У КРЫС	171
Чурносова С.О., Бузовская Е.Е ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАБЛЮДАЕМЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ	172
Шалабаев Сарсен Калиханович СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНГО – КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В ТУРКЕСТАНСКОЙ И ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТЯХ	173
Шарапиева Т.Б., Дәлелқанова Т.Д. ПРОФИЛАКТИКА ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ	174