



Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік
фармацевтика академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

ТОМ II

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4(77), 2016

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (77), 2016, Том 2

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL
Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

«Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Южно-Казakhstanская государственная фармацевтическая академия»

Журнал зарегистрирован Министерством связи и информации Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство №11321-ж от 24.02.2011 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных 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 Казахстан,
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 300 экз. Журнал отпечатан в типографии ОФ «Серпилис», г. Шымкент.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор мед. наук., профессор, академик КазНАЕН

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор, академик КазНАЕН

Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Патсаев А.К., доктор хим.наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе, Таджикистан)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г. Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г. Колумбия, США)
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Nannette Turner, Phd. MPh (г. Колумбия, США)
Шнитовска М., Prof., Phd., M. Pharm (г. Гданьск, Республика Польша)



**Материалы IV Международной научной конференции молодых ученых и студентов «ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ», инициированной СОВЕТОМ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ФОНДА ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН – ЛИДЕРА НАЦИИ и ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ, В ГОД ПРАЗДНОВАНИЯ 25-ЛЕТИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
9-10 декабря 2016 года, г. Шымкент, Республика Казахстан**

Секция: «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

Баулина О.А. – к.м.н., ассистент кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии, e-mail: olga.kosenko@mail.ru; **Баулин В.А.** – к.м.н., доцент кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии, e-mail: voviku1984@mail.ru

Научный руководитель: **Баулин А.А.**, д.м.н., профессор, e-mail: baoulin@mail.ru
ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, г. Пенза, Российская Федерация

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТГОСПИТАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии остается проблема гнойной хирургической инфекции [1; 3]. 40 % инфекций области хирургического вмешательства диагностируются на постгоспитальном этапе лечения, являясь основной причиной повторной госпитализации пациентов в стационар после амбулаторного долечивания [2].

Цель исследования. Определить предикторы развития постгоспитальных гнойных раневых осложнений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 332 историй болезней пациентов, вновь поступивших в Пензенский областной центр гнойной хирургии с постгоспитальными гнойными осложнениями. Из них – 195 (58,7%) после аппендэктомии, 25 (7,8%) – после холецистэктомии, 25 (7,8%) – после операций на желудочно-кишечном тракте, остальные 87 (25,7%) – после прочих видов оперативного вмешательства. Возраст больных был от 14 до 85 лет, мужчин было 57,6%, женщин – 42,4%. Больные трудоспособного возраста составили 89,5%.

Результаты и обсуждения. Модель постгоспитальных гнойных осложнений изучалась у пациентов после перенесенной аппендэктомии, как наиболее распространенной операции. Катаральный аппендицит был у 64 человек, деструктивные формы - у 131. Учитывались следующие клинические признаки, по нашему мнению, прогностически важные для развития гнойного осложнения: длительность заболевания до операции более суток (52,4%); травматичность операции (77,9%); степень деструкции (67,2%); боль в области рубца при выписке (20%); болезненность в зоне оперативного вмешательства (63,5%); неприятные ощущения в зоне операции (39,4%); инфильтрация в области послеоперационного рубца (4,1%); субфебрильная температура в первые 3-4 суток (47,7%); температура не опускалась ниже 36,6 (52,3%); количество лейкоцитов на верхней границе нормы (11,8%).

Во время исследования было установлено, что при благоприятном течении к 4-5 суткам после операции уровень молекул средней массы (МСМ) достигал нормы 0,240 единиц плотности. Поэтому объективным лабораторным критерием возможного развития постгоспитальных гнойных осложнений, по нашим данным, можно считать повышение МСМ более 0,240 ед. к моменту выписки из стационара, т.е. применительно к операции аппендэктомия – после 7-8 суток. Следует отметить что диагностическая значимость этого показателя составила 79,9%.

Ретроспективное изучение вышеперечисленных данных показало, что у всех 195 больных после аппендэктомии наблюдалось 2-4 клинических и лабораторных признака. Совокупность этих признаков должна настораживать хирургов о возможном возникновении постгоспитального гнойного осложнения, поэтому больным в амбулаторных условиях нужно особенно тщательно обеспечивать динамическое наблюдение и реабилитацию. А самих больных необходимо предупреждать о своевременном обращении к хирургу в случае появления даже небольших признаков неблагополучия.

Выводы. Таким образом, изучая клинические, лабораторные, морфологические показатели, можно выявить предикторы развития гнойного постгоспитального осложнения, а также создать

математическую модель их вероятности. Проводя дифференциальную диагностику, особенно у больных сложных, нужно помнить о возможности возникновения постгоспитальных раневых гнойных осложнений с симптоматикой порой далекой от места операции. В то же время, нужно обращать внимание на наличие послеоперационных рубцов, уточнять оперируемый орган и проектировать клиническую ситуацию применительно к конкретному больному. Это избавит от ошибок диагностики, в частности, постгоспитальных гнойных раневых осложнений.

Список литературы

1. Хромова В.Н. Постгоспитальные послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 2 (18). – С. 128–134.
2. Чернов В.Н. Принципы профилактики раневой инфекции и лечения ран // Раны и раневая инфекция: труды Всероссийской конференции общих хирургов. – Ярославль, 2007. – С. 225–230.
3. Turina M. Management of established surgical site infections // Surg Infect (Larchmt). – 2006. – V. 7 (Suppl. 3). – P. 33–41.

Бейсембаева В.С., Сандыгулова М.С., Факультет профилактической медицины, биологии и фармации, 2 курс, super_g.i.r.1@mail.ru

Руководитель **Ахметова.С.Б.** к.м.н. доцент, заведующая кафедрой микробиологии, akhmetova_sb@mail.ru.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Республика Казахстан

БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ И ИХ КОМБИНАЦИЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К МУЗЕЙНЫМ ШТАММАМ.

Актуальность: Эфирные масла, действуют деструктивно на цитоплазматические мембраны микроорганизмов, снижают их проницаемость, уменьшая активность аэробного дыхания микробов, т.е. наблюдается их антибиотическое влияние через модификацию среды организма.[1]

Цель исследования: исследовали бактерицидную активность различных сочетаний эфирных масел с целью выявления возможного усиления антибактериальной активности в их действии на микроорганизмы.

Материалы и методы исследования: Эфирные масла любезно предоставлены лабораторией химии терпеноидов, АО “НПЦ” Фитохимия, зав.лаб. Атажанова Г.А. Определение антибактериальной активности проводили методом серийных разведений в жидкой среде МПК по отношению к тест-культурам *S.aureus*, *B.subtilis*, *P.vulgaris*, *E.coli* и *P.aeruginosa* МПК. Для посева использовали суспензии суточной агаровой культуры бактерий. Стандартный раствор содержал 250 тыс. микробных тел в 1 мл среды. За бактериостатический титр принимали предельную концентрацию препарата в среде при отсутствии видимого роста культур, который оценивали в микрограммах на 1 мл питательной среды.

Результаты: Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что смесь эфирных масел обладает менее выраженной бактерицидной активностью, чем отдельные масла. Так, например, МПК эфирного масла сосновой живицы составляет 3,9 мкг/мл. При добавлении к нему эфирного масла аянии кустарничковой 3,9 мкг/мл в соотношении 50 : 50 МПК, однако уменьшилось в 4 раза (15,6).

Концентрация эфирных масел и их смеси (МПКмг/г): Эфирное масло тысячелистника- 31,25. Эфирное масло зизифоры - 15,6. Эфирное масло тысячелистника +эфирное масло зизифоры (50:50)- 62,5. Эфирное масло кедра - 15,6. Эфирное масло пихты сибирской - 7,8; Эфирное масло кедра +эфирное масло пихты (50:50) - 31,25. Эфирное масло мяты лекарственной - 7,8; Эфирное масло Мята перечная - 7,8. Эфирное масло мяты +эфирное масло мяты (50:50); Эфирное масло эвкалипта - 7,8. Эфирное масло чайного дерева- 31,25. Эфирное масло эвкалипта+ эфирное масло чайного дерева (50:50).

Выводы: По всей видимости, биологически активные компоненты одного эфирного масла способны подавлять биологическую активность отдельных компонентов другого эфирного масла, по крайней мере к тест-культуре *Escherichia coli*.

Эфирные масла, как известно, представляют собой сложные смеси различных терпеновых

углеводородов, количество которых может достигать несколько десятков. Мы предполагаем, что различные компоненты эфирных масел обладают различной бактерицидностью, а их сочетание может также иметь меньшую или большую бактерицидность. В связи с этим определение бактерицидной активности отдельных компонентов различных эфирных масел представляет определенный интерес и микробиологическими методами мы с соавторами попытались, моделировать бактерицидную активность комбинаций эфирных масел, с целью расширения препаратов природного происхождения.

Список литературы

1. Николаевский Н.Д., Еременко А.Е., Иванов И.К. Биологическая активность эфирных масел, Москва: Медицина, 1987.-144с.

Сорочан А.П.¹, Семенченко Л.А.² sorochanop@gmail.com

д.м.н., проф. Вороньжев И.А.¹ rentgen@med.edu.ua

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

²Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

ОСОБЕННОСТИ РАССЕЯННЫХ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ПО ДАННЫМ КОНВЕНЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ.

Актуальность. Рассеянные ателектазы легких (РАЛ) представляют собой не расправившиеся участки легочной ткани после рождения. Рентгенологически они проявляются мелкоочаговыми тенями 1-3 мм в диаметре, создающие понижение прозрачности легочных полей. Единственным доказательным отличием от очагов воспалительной инфильтрации является стабильность рентгенологической картины на фоне проводимой антибактериальной терапии [1]. Они являются более характерными для недоношенных детей с низкой массой тела при рождении [2], [3].

Цель исследования. Изучить особенности рентгенологической картины РАЛ у новорожденных в зависимости от массы тела при рождении.

Материалы и методы. Нами были проанализированы рентгенограммы органов грудной клетки (ОГК) 123 новорожденного, которые были разделены на 2 группы: с низкой массой тела (1000-2500 г) и экстремально низкой массой тела при рождении (500-999 гр.). Все дети находились на лечении в стационаре Харьковского городского перинатального центра. Исследования проводились в первый день жизни и в динамике.

Результаты исследований. Частота РАЛ у недоношенных новорожденных с ЭНМТ составила 63,4%, у детей с НМТ 40,2%. На основе данных полученных в результате обследования пациентов нам удалось разработать патент «Рентгенограмметрический метод диагностики степени тяжести РАЛ у недоношенных новорожденных». Было выделено три степени тяжести РАЛ по степени смещения купола диафрагмы, увеличению кардио-торакального индекса и распространенности очаговых теней на протяжении легочных полей.

Первая степень проявлялась наличием очаговых теней в околокорневой зоне, размещением куполов диафрагмы на уровне 5-6 ребер и величиной КТИ = 55-57%. Встречалась среди детей с ЭНМТ в 9,8%, у детей с НМТ в 14,6%.

Вторая степень рентгенологически характеризовалась распространением очаговых теней в пределах 2/3 легочного поля, размещением куполов диафрагмы на уровне 5 ребра и величиной КТИ=58-60%, преобладала у новорожденных с ЭНМТ – 24,4% , у детей с НМТ – 15,9%.

Третья степень проявлялась распространением очаговых теней на всем протяжении легочных полей, размещением купола диафрагмы на уровне 4 ребра и величиной КТИ \geq 61%, также чаще встречалась у детей с ЭНМТ – 29,3%, у детей с НМТ – 9,8%.

Значимых отличий статистики по половому признаку выявлено не было. Корреляционный анализ взаимосвязи показателей показал высокую зависимость показателей в частности и между собой.

Выводы. Проведенные нами исследования позволили установить, что встречаемость РАЛ у новорожденных с ЭНМТ больше, чем у детей с НМТ. Предложенный нами метод позволяет объективизировать степень тяжести данной патологии, что в свою очередь поможет в выборе дальнейшей тактики лечения пациентов. На основании разработанного метода было установлено, что для недоношенных с ЭНМТ более характерны тяжелые степени РАЛ.

Список литературы

1. Рентгенодиагностика острых заболеваний органов дыхания у детей Учебн. пособие / Под ред. И.Е. Крамного – Харьков: «Крокус», 2006. – С.120-122.
2. Буряк, О.Г. Дыхательная недостаточность у новорожденных при критических состояниях. Диагностические критерии, оценка тяжести состояния. /О.Г.Буряк //Современная педиатрия. – 2009. -№5(27). – С.175-179.
3. Володин, Н.Н. Неонатология: национальное руководство / Н.Н. Володин, Е.Н. Байбарина, Г.Н. Буслаева, Д.Н. Дегтярев – М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2007. – С.287 – 292.

Евадилла Н.А., Нурдаулетов Е.Т., Аргинбаев М.Н., Әуелбек Б., Кадирбеков Ғ.Е.
Научный руководитель –препод. **Жиёмбаева Қ.М.**
Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра патологической физиологии, г. Караганда, Казахстан

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СИНДРОМА УКАЧИВАНИЕ

Актуальность:

Кинетоз является комплексным нарушением функций, возникающим вследствие значительно меняющихся во времени и пространстве изменений скорости движений (ускорений). Они оказывают болезнетворное действие на организм человека в основном рефлекторно: через рецепторы вестибулярного аппарата, зрительного анализатора, проприорецепторы мышц, связок, сухожилий, механорецепторы кожи и внутренних органов, рецепторы их слизистых и серозных оболочек. Все это встречается повсеместно и значительно ухудшает качество жизни людей. На сегодняшний день проблема кинетоза стоит остро, является крайне актуальной и заслуживает ее изучения и решения [1].

Цели и задачи:

Целью настоящей работы является экспериментальное воспроизведение явления кинетоза у мышей.

Материалы и методы:

Для проведения опыта необходимо использование: комплект ручных центрифуг РЦ-4 с разным положением пеналов для животных, измерительная линейка на 30 см, анатомические пинцеты, пластиковые прокладки для крепления центрифуги к столу, мышцы беспородные, массой 18 - 20 г., краска для метки животных [2].

Результаты и обсуждения:

Мышей метили краской и помещали в пластиковые пеналы так, чтобы голова одной мыши была направлена к оси вращения, а голова другой –в противоположную сторону. Пеналы закрыли и вращали ротор при 100 - 200 оборотах в минуту. После окончания вращения, в течение 1-й минуты, мышей извлекли из пеналов и наблюдали за животными. Поведение мышей было пассивным, ориентировочный рефлекс не выражен проявлялись «манежные движения», видимые слизистые были бледными, координация движений нарушена, которая была оценена по способности мыши удерживаться спиной, кверху на линейке во время вращения ее в горизонтальной плоскости, проявлялась одышка и экзофтальм.

Выводы:

- Кинетоз у мыши возникает вследствие влияния радиального ускорения, происходит попеременное раздражения разных рецепторов вестибулярного аппарата, мозжечок получает импульсы, вызывающие изменения тонуса различных групп мышц шеи, спины, конечностей – отсюда возникает асимметрия тонуса мышц, и как следствие нарушения координации движений, «манежные движения».
- Побледнение, атония возникло вследствие активации симпатической системы, так как через ретикулярную формацию импульсы вестибулярного нерва достигают гипоталамуса и способствуют возбуждению симпатического отдела вегетативной нервной системы, медиальная преоптическая зона и медиальный гипоталамус (симпатическая область) тесно взаимосвязаны с вестибулярными ядрами.

Список литературы

1. Холин А.А., Холина Е.И. Кинетозы или синдромы укачивания: лечение и профилактика / Медицинский совет, 2011, № 11-12

2. Методические пособие к практическим занятиям по общей патофизиологии. Агаев Н.Э., Гордеева М.А., Донцов В.И и соавт. М., 2005.

Сейдинова А.Ш., Докторант 1 года обучения, Факультет: Общая Медицина, aigerimsa@mail.ru
Руководитель: д.м.н., профессор кафедры анатомии и морфологии человека, **Ишигов И.А.**
МКТУ им.Х.А.Яссауи, г.Туркестан, Республика Казахстан.

ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ НА ФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, РАБОЧАЯ ПАМЯТЬ) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение. Диабет – комплексное хроническое заболевание, успешное ведение которого во многом зависит от уровня обученности пациента и самоухода, умения подсчета хлебных единиц, соблюдения диеты [1]. Цель исследовательской работы – снизить гликемический профиль у взрослых с сахарным диабетом 2 типа от 45-до 55лет, тем самым улучшить функциональное состояние головного мозга (рабочей памяти - способность получить информацию, когнитивных функции).

Материалы и методы исследования. В работе изучено влияние снижения сахара крови на объем функции головного мозга у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с помощью аппарата поверхностной инфракрасной спектроскопии (WOT-100, 16 channels, Hitachi Co., Ltd., Japan), который позволяет не инвазивным путем измерять оксигенацию артериальной крови префронтальной области головного мозга до и после помповой инсулинотерапии. В ходе исследовательской работы выбраны 50 человек, из них 20 человек прошли инсулиновую помповую терапию, были снижены гликемические показатели крови. Гликированный гемоглобин контролировался до и после инсулиновой помповой терапии. Степени оксигенации артериальной крови лобных долей головного мозга в начале и в конце помповой инсулиновой терапии удалось изучить и сделать вывод у 11-и пациентов с сахарным диабетом.

Заключения и выводы исследования: как показал сравнительный анализ, гликированный гемоглобин снизился после инсулиновой помповой терапии у 43 человек, у двоих пациентов были незначительно снижены, у остальных 5 человек оставались без изменения. В эксперименте до установления инсулиновой помпы у пациента видна умеренная активность коры только правой доли головного мозга. Повторный эксперимент на определение рабочей памяти был проведен через четыре недели после установления инсулиновой помпы. При повторном эксперименте видно, что активность правой доли головного мозга значительно улучшилась. Также видна дополнительная активность центральной и немного левой доли головного мозга.

Список литературы

1. ADA, Standards of medical care in diabetes-2012. Diabetes Care 2012.

Утқалбаев Г.М., Бекқулиев Н.А., Хавдразак А., 5 курс жалпы медицина
Ғылыми жетекші м.ғ.к., **А.Е. Алибеков,** №2-ші хирургиялық аурулар кафедрасының доценті
И.М. Хамитова, м.ғ.к №2-ші хирургиялық аурулар кафедрасының доценті қ.а.
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ., Қазақстан

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬДІ ОЙЫҚ ЖАРАДАН ҚАН КЕТКЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛДАУ

Өзектілігі: Қазіргі таңда гастродуоденальды ойық жарадан қан кетулер өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Гастродуоденальды ойық жарадан қан кету науқастарда соңғы жылдары біршама артқан. [1], [2]

Зерттеу мақсаты: Асқазан ішек ойық жарасынан қан кеткен науқастардың жиілігін және емдеу нәтижелерін талдау.

Материалдар және әдістер: Зерттеу тобының құрамына асқазан және 12 елі ішек ойық жарасы бар қан кетумен асқынған науқастар алынды. Топ құрамына 2014-2015 жылдар аралығында емделген 123-науқас кіреді, оның 82(66,6%) ерлер, 41(33,3%) әйелдер. 20-30 жас аралығындағы науқастар саны 17(13,8%), 31-40 жастағы науқастар 26(21,1%), 41-50 жас аралығындағы науқастар 50(40,6%), 51-60 жас аралығындағы науқастар 24(16,5%) 61 жастағы және одан жоғары жастағы науқастар саны 6(4,8%). Қан кету дәрежесі бойынша Forrest 1Б-22(17,8%), 2А-34(27,4%) науқас, 2Б 51(41,4%) науқас, 3-16(13,0%) науқас.

Нәтижесі: 2014-2015 жылдар аралығында Қарағанды қаласындағы Облыстық Клиникалық Ауруханасында асқазан және 12 елі ішек ойық жарасы бар қан кетумен асқынған аурулары диагнозымен 123-науқас стационарда ем қабылдады, соның: 24(19,5%) консервативті ем; 22(8,9%) ойық жара дефектісін тігу; 9(7,3%) асқазанның қанталаған жарасын тігу; 11(9,1%) Бильрот-2 бойынша асқазанның резекциясы; 9(7,3%) Бильрот -1 бойынша асқазанның резекциясы; 42(34,1%) эндоскопиялық қысу(клипированиу), 4(3,2%) эндоскопиялық байлау (лигирование). Эндоскопиялық қысу(клипирование) жасалған 2-науқаста (1,6%) алғашқы 2-тәулікте қан кету рецидиві байқалды, алайда қайта қысудан кейін оң нәтиже берген және тек бір науқаста қан кету рецидивінен кейін Бильрот-1 бойынша асқазан резекциясы жасалған.

Талқылаулар: Асқазан және 12 елі ішектен қан кеткенде алғашқы көмек ретінде осы тәсіл қолданылады және ол кезде қан кетудің қайталану қаупі және науқастың жалпы жағдайы есепке алынады. Орташа және төмен қарқынмен қан кеткенде ең алдымен консервативті емнен бастайды, консервативті терапияның негізгі әдісі болып гемостатикалық препараттар мен ойық жараға қарсы дәрілер сонымен қатар эндоскопиялық гемостаз яғни тамырларды қысу арқылы бұл комплексті терапия әдісінде өте тиімді болып табылады.

Жедел операциялар қан кетудің қайталану қаупі жоғары науқастарға жасалынады: консервативті емнің нәтежесіз болуы, стационарда қайталамалы геморагия ойық жараның көлемі 1,0см аса, қан кету қарқындылығы Forrest дәрежесі бойынша 1Б және 2А дәрежелерінде. Консервативті терапия жүргізу кезінде рецидивтер дамиды, ал олар бұл ем түрінің жеткіліксіз екенін көрсетті, эндоскопиялық қысу(клипирование) жасаған соң науқастардың жағдайы тұрақтанып, оң динамика байқалды. Бір науқаста эндоскопиялық қысу(клипирование) қысқыштардың шығып кету себебіне нәтежесіз болды, Бильрот -1 бойынша асқазан резекциясы жасалды.

Қорытынды: Қан кетумен асқынған асқазан және 12 елі ішек ойық жара ауруының комплексті терапиясында эндоскопиялық қысу(клипирование) қолдану берілген, асқынуларды емдеу нәтежелерін жақсартуға және рецидивті төмендетуге мүмкіндік береді, ал қысудан (клипирование) кейінгі науқастардың жалпы жағдайы мен қалыпына келу кезеңі сапасы жағынан басқа оперативті ем қабылдаған науқастарғанда әлде қайда тиімді екеніне көз жеткіздік.

Әдебиеттер

1. Лопатников А.В. Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта //Сб. Тез. Первого Конгресса Московских Хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» Москва 2005. С. 22.
2. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. М.: РМАПО, 2000. 48 с.
3. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Чернякевич П.Л., Плахов Р.В. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидивов. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.. - 2009. - №4. - С. 46.
4. Ступин В.А., Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Собиров М.А. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия.. - 2010. - №8. - С. 51-98.
5. Садыков У.С., Кыжыров Ж.Н., Капанова Г.Ж. Роль эндоскопии в диагностике и лечении кровотечения из острых гастродуоденальных язв в клинической практике. // Вестник Казахского Национального медицинского университета.. - 2012. - №1. - С. 283 - 287.

Хамит А.Ү., 4 курс студенті, медицина факультеті, e-mail: kazmsa.noph@gmail.com
Бимахан А.Ж., 4 курс студенті, медицина факультеті, e-mail: abimakhan95@gmail.com
Жетекші: Тулежанов Н.Қ., м.ғ.к., доцент
Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан Республикасы

ХИРУРГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРҒА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Өзектілігі. Қазіргі таңда әрбір адамның әлеуметтік жағдайына, денсаулығына, отбасылық жағдайына байланысты себептерден уайымдау мен қайғыру салдарынан көптеген психологиялық ауытқулар мен ағзада түрлі аурулардың пайда болуы елеулі орын алып тұр. Әрбір адам өзінің жеке денсаулығына, сонымен қатар шалдыққан сырқатына тікелей ықпал етеді. Біз көпшілігіміз өзіміздің денсаулығымыздың жақсаруына физикалық жаттығулар, белгілі бір тәртіппен тамақтану, сонымен қатар өзіндік түсінік, сезім, ем, өмірге деген көзқарас арқылы тікелей әсер етеміз. Біздің ғылыми зерттеу жұмысымыздың өзектілігі эмоционалды науқастармен психологиялық жұмыстар жасау арқылы науқастың өзіне деген сенімділікті нығайтып ауруынан айығуға ықпал жасау, денсаулық жағдайының жақсаруына тікелей әсер ету болып табылады. Ал бұл психологиялық емге адам ағзасының жауабы, сол науқаста жүргізілген емнің эффектін жоғарылығына, жасаған жаттығуларының әсеріне және дәрігерге деген сеніміне тікелей байланысты. XX ғасырдың басында, Франция елінде, осы психологиялық қолдаудың негізін Эмиль Куэ есімді ғалым қалаған болатын. Қазіргі кезде бұл психологиялық қолдау әдістері Ресей, Еуропа, Америка елдерінде қолданыста болғанымен, Қазақстан аумағында әлі қолданылмайды.

Мақсаты. Адамдардың ішкі ағзасында болып жатқан әрбір механизмді түсіндіріп, оны сезіну арқылы, сол жүйені басқару қабілетін арттыру.

Қолданылған әдістер. Зерттеу Түркістан қ. ХҚТУ-нің КДО-ның хирургия бөлімінде жүргізілді. Зерттеу жұмысына қатысқан науқас саны 32. 18 науқас негізгі зерттеу тобында, 14 науқас күнделікті хирургия бөліміндегі психологиялық қолдау көрсетілмеген науқастар. Негізгі зерттеу тобының науқастарына сырқаты мен сырқатының асқынулары жайында жалпақ әдеби тілмен түсіндіріп, ағзаның ауруға қарсы күресе алатындығы туралы мәлімет беру, ауруға қарсы тұру үшін энергия жинау жаттығулары, сырқатынан айыққаны жайлы елестету, сырқаттан айығу үшін өзіне-өзі тұжырым жасау[1],[2],[3]. Ем барысында болып жатқан өзгерістерді анықтау үшін, осы екі топтағы науқастардың гемодинамикасын, отадан кейінгі жараның сипаттамасын, көңіл күйін, ауруханада өткізген күндерін салыстырмалы түрде бақыладық[4],[5].

Нәтижесі. Психологиялық қолдау көрсетілген науқастарды бақылау тобымен салыстырғанда келесі өзгерістер байқалды: науқастардың гемодинамикасы жылдамырақ қалпына келді, отадан кейінгі жараның біту уақыты кеміді, сырқаттарынан арыламын деген сенімі артты. Бұл көрсеткіштер психологиялық қолдау көрсетілген науқастардың 88,8%-да оң нәтиже көрсетті. Негізгі топтың ауруханада өткізген орташа күн саны-7. Бақылау тобындағы науқастарда бұл көрсеткіш 42,8%-ды көрсетті. Ауруханада өткізген орташа күн саны-9.

Қорытынды. Біздің ҒЗЖ-дағы қолданылған тәсілдер арқылы, негізгі топтағы науқастардың критериилері, бақылау тобындағы науқастардан әлдеқайда жоғары болды. Сонымен қатар науқастардың ауруханада жату күндерінің орташа көрсеткіші 2 күнге кеміді. Сондықтан хирургиялық стационарға түскен кез-келген, әсіресе психологиялық тұрғыдан төзімсіз науқастарға міндетті түрде психологиялық қолдау жүргізу керектігін анықтап отыр. Қорыта келе біз қолданған тәсілді ота алдында және отадан кейінгі кезеңде қолдану, науқастардың өмір сапасын көтеруге ықпал ететін бірден-бір тәсіл болып табылады.

Әдебиеттер

1. Эмиль К. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой. /К.Эмиль.-Берлин, 1932.– 76 б.
2. Джон К. Подсознание может все. /К. Джон. – Москва: Попурри, 2015. – 160 б.
3. Саймонтон К. Возвращение к здоровью; Новый взгляд на тяжелые болезни. /К.Саймонтон, С.Саймонтон.– Санкт-Петербург: ПИТЕР, 2015. – 274 б.
4. Петров С.В. Общая хирургия./ С.В. Петров, оформление обложки С.Л. Шапиро, А.А. Олексенко. – СПб.: Издательство «Лань», 1999. – 672 б.
5. Покровский А. П. Клиническая ангиология./ А. П.ПОКРОВСКИЙ — Москва: Медицина, 1979. - 368 б.

Ауанасова А.Т.- 2 жыл магистранты, ғылыми-педагогикалық бағыт, "Медицина" мамандығы (6M110100), E-mail: erkasha_med@mail.ru

Ғылыми жетекші: **Туртаева А.Е.**, м.ғ.к., профессор м.а., E-mail: curtcha@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ЖСД НАУҚАСТАРЫНДАҒЫ АУРУ БЕЛСЕНДІЛІГІНЕ ТӘУЕЛДІ ГОРМОНАЛДЫ ФОН

Түйін

Берілген мақалада автормен жүйелі склеродермиямен ауыратын әйелдердің гормоналды фонының ерекшеліктері талқыланды. Заманауи концепцияларға сай, аутоиммунды реакциялар модуляциясындағы негізгі патогенетикалық факторлардың бірі эндокринді жүйе болып табылады. Жүйелі склеродермиямен науқас әйелдердің ауру белсенділігіне тәуелді гормоналды фонын зерттеу барысында репродуктивті функцияның айқын төмендеуі байқалды.

Кілт сөздер: жүйелі склеродермия, гормоналды фон, репродуктивті функция, лютеиндеуші гормон, прогестерон, эстрадиол.

Кіріспе. Соңғы жылдарда жыныс гормондары ағзаның иммунды жауабына әсер етуімен қатар, аутоиммунды үрдістер (жүйелі склеродермия) дамуын модуляциялауы мүмкін екендігі белгілі болды [1,6]. Андрогендер иммунды жауапты басатыны, ал эстрогендер стимуляциялайтыны жөнінде тәжірибелік және клиникалық дәлелдер бар [5]. Сондай-ақ, жыныс гормондары кейбір ревматикалық аурулардың белсенділігінің жоғарылауында және дамуында маңызды рөл ойнайды [2,3,4].

Мақсаты: Жүйелі склеродермиямен науқас әйелдерде ауру белсенділігіне тәуелді гормоналды фонды анықтау.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу барысында жүйелі склеродермиямен (ЖСД) науқас 18-40 жас аралығындағы 44 науқас әйел бақыланды. Ауру белсенділігіне байланысты науқастар 3 топқа бөлінді: бірінші топ (I дәреже- минимальды)-16 (31%), екінші топ (II дәреже - төмен)- 25 (48%), үшінші топ (III дәреже- жоғары)-11 (21 %). Барлық науқастардың гормоналды фоны иммуноферментті әдіс бойынша анықталды - лютеиндеуші гормон (ЛГ), фолликула стимулдеуші гормон (ФСГ), пролактин (ПРЛ), прогестерон (Пг), эстрадиол (Е2), тестостерон (Т). Аталған гормондар менструалды цикл фазасына тәуелді тапсырылды.

Нәтижелер мен талқылаулар. Жоғары дәрежелі белсенділігі бар III топ ЖСД науқастарында ПРЛ деңгейі минимальды ($p < 0,01$) және төмен ($p < 0,05$) дәрежелі белсенділігі бар белсенділігі бар бірінші топ науқастарымен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болды. Ал үшінші топта Пг деңгейі бірінші ($p < 0,05$) және екінші ($p < 0,05$) дәрежелі белсенділігі бар ЖСД науқастарымен салыстырғанда айтарлықтай төмен болды.

Корреляциялық талдау жүргізу барысында ЖСД белсенділігінің дәрежесі ПРЛ ($r = 0,37$, $t = 3,8$, $p < 0,0001$) деңгейімен оң байланыста болды, ал Пг ($r = -0,25$, $t = -2,46$, $p < 0,01$) және ЛГ ($r = -0,22$, $t = -2,2$, $p < 0,02$) деңгейлерімен кері байланыста болды.

Қорытынды. Осылайша, ЖСД белсенділігін сапалық және сандық бағалау гиперпролактинемия, Пг деңгейінің төмендеуі және аз дәрежеде ЛГ деңгейінің төмендеуінің аурудың жоғары дәрежедегі белсенділігімен ассоциациясын анықтады. У женщин с ССД отмечается достоверное снижение репродуктивной функции.

Әдебиеттер

1. Lahita R.G. Gender and age in lupus. In:Lahita R.G. (ed.). Systemic lupus erythematosus,ed. 3. San Diego, Academic Press,1999; p. 129—44.
2. Lahita R.G. Sex hormones and systemic lupus erythematosus. Rheum Dis Clin North Am 2000;26(4):951—68.
3. McMurray R.W., May W. Sex hormones and systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 2003;48(8):2100—10.
4. Costenbader K.H., Manson J.E. Do female hormones affect the onset or severity of rheumatoid arthritis? Arthritis Rheum 2008;59(3):299—301.
5. Cutolo M., Calva A. Sex steroids and immunity. In: Robert Ader's. Psychoneuroimmunology. Academic press, 2007;1: p. 207—16.
6. Van V.R., McGuire J.L. Estrogen, progesteron, and testosterone: Can they be used to treat autoimmune diseases? Cleve Clin J Med 1994;61:276—84.

Резюме

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ

Ауанасова А.Т.- магистрант 2- года, научно-педагогического направления, по специальности "Медицина" (6М110100), E-mail: erkasha_med@mail.ru

Ужно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

В данной статье автором рассмотрены особенности гормонального фона женщин с системной склеродермией. Согласно современным концепциям, одним из патогенических факторов модуляции аутоиммунных реакций является эндокринная система. В ходе изучения гормонального фона у женщин с системной склеродермией в зависимости от активности отмечалось достоверное снижение репродуктивной функции.

Ключевые слова: системная склеродермия, гормональный фон, репродуктивная функция, лютеинизирующий гормон, прогестерон, эстрадиол.

Summary

HORMONAL STATUS OF PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS DEPENDING ON THE ACTIVITY
Auanassova A.T., 2-year undergraduate, scientific - pedagogical direction, Specialty "Medicine"

South- Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent, The Republic of Kazakhstan

In this article, the author describes the features of hormonal status of women with systemic sclerosis. According to modern concepts, one of the pathogenic factors in modulation of autoimmune reactions is the endocrine system. During the study the hormonal status of women with systemic sclerosis depending on the activity, noted a significant decrease of reproductive function.

Key words: systemic sclerosis, gormonal status, reproductive function, luteinizing hormone, progesterone, estradiol.

Ахметова Г.Ш – резидент 2-го курса по специальности педиатрия

Абдукаримова Ф.Б – резидент 2-го курса по специальности педиатрия

Научный руководитель: **Нарходжаев Н.С.**, докторант PhD, ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии ЮКГФА, narhodjaev@mail.ru

Ужно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Введение. Одной из ведущих причин младенческой смертности являются врожденные anomalies развития, в том числе с атрезией пищевода и занимают четвертое место 14,1%.. Частота рождения детей с врожденной кишечной непроходимостью составляет 1:1500 – 1:2000 новорожденных [1]. Внутриутробная постановка диагноза возможна при УЗИ исследовании беременных на 14-ой недели гестации, но убедительные данные обнаруживаются на 25-30 недели беременности. Сочетанная патология встречается в среднем у 30-70% детей с кишечной непроходимостью и в большей степени характерна для пациентов с патологией двенадцатиперстной кишки и аноректальными пороками развития, чаще наблюдаются пороки развития мочевыделительной системы и сердца. Смертность обусловлена сопутствующими патологиями и не превышает 10% в развитых странах (M. Ziegler, 2003). Но в литературе описаны, что путем улучшения принципов диагностики, терапии и выхаживания новорожденных с врожденной кишечной непроходимости снижена летальность до 5,4%, а осложнения до 7,9% [2].

Следует подчеркнуть, что изучение этой сложной проблемы далеко выходит за рамки одной какой-либо клинической и теоретической дисциплины. Улучшение результатов лечения этих контингентов детей может быть достигнуто только при четком взаимодействии детских хирургов неонатологов, анестезиологов и специалистов первичного звена здравоохранения.

В последние годы в связи с появлением новых ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью, а также с введением скрининговой системы обследования беременных возросло количество выявленных пороков, что позволяет своевременно оказывать необходимую помощь, родившимся детям и снизить перинатальную смертность.

Цель работы: анализ заболеваемости и хирургическое лечение атрезии пищевода у новорожденных.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2015 год в нашу больницу с атрезией пищевода поступили - 41 новорожденных ребенка: с нижним трахеопищеводным свищом - 38 (92,7%), 3 (7,3%) – без свища. Вес новорожденных при поступлении составлял до 1500 г – 11 (26,7%); от 1500 г до 2500 г – 12 (29,2%); свыше 2500г – 18 (54,1%).

Из анамнеза беременности выявлено, что многоводие обнаружено у - 44% беременных; тяжелая анемия у – 30%; преэклампсия – в 26%; внутриутробные инфекции – в 13% случаях; угроза выкидыша в I триместре – 9%; токсикоз в I триместре – 9%; ОРВИ в I триместре - 9%; обвитие пуповины – у 9%. Сочетанные аномалии, как дефект межпредсердной перегородки, малые аномалии развития сердца, дефект межжелудочковой перегородки, атрезия ануса с ректовестибулярным свищом, атрезия прямой кишки, двухсторонний мегауретер, гипоплазия почек и врожденный кардит у новорожденных с атрезией пищевода наблюдались в 55% случаев.

Результаты. Все дети доставлены из родильных домов в сопровождении реаниматолога. Впервые 12 часов от рождения поступило – 24 новорожденных, от 12 до 24 часов – 11, более 24 часов поступило – 6 новорожденных детей. В родильном доме проводили предтранспортировку, которая заключалась в тепловом режиме, постоянной санации ротоглотки, интубация трахеи на спонтанном дыхании, при необходимости дыхательная поддержка и обезболивание. Предоперационная подготовка длилась от нескольких часов до 1-2 суток в зависимости от наличия аспирационной пневмонии и другой сопутствующей патологии. При поступлении новорожденным детям ставили катетер в периферические вены и бедренную вену. Катетеризацию центральных вен не предпочитательно из-за возможных осложнений, как гематома средостения.

Новорожденных детей оперировали под эндотрахеальным наркозом. Устранение нижнего трахеопищеводного свища с наложением эзофаго-эзофаго анастомоза выполнена в 34-х случаях. Устранение нижнего трахеопищеводного свища с выведением шейной эзофагостомии и гастростомии выполнена – 4 новорожденным, из-за диастаза проксимального и дистального концов пищевода более 3,0 см. В 3-х случаях при без свищевой форме только гастростомия. В послеоперационном периоде дети находились на ИВЛ от 3 до 5 суток на полном парэнтеральном питании, энтеральное питание начинали с 5-6 суток. Дренаж по Бюлау удаляли на 4-5 сутки, после рентгенографии органов грудной полости. Желудочный зонд находился до 12-14 суток.

Выводы. Из 41 оперированных детей, летальный исход в 20 случаях, что составило 48,7%. Послеоперационные осложнения, как несостоятельность анастомоза и с развитием медиостенита наблюдался у 2 (4,8%) детей, гемоторакс и пневмоторакс также в 2(4,8%) случаях, в остальных случаях причинами летального исхода были сочетанные аномалии и недоношенность.

Список литературы

1. К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер «Детская хирургия» Том I, С.-Петербург 1999г
2. Ю.И. Кучеров, Е.И. Дорофеева //Опыт лечения пациентов с врожденной кишечной непроходимостью в условиях перинатального центра// Детская хирургия №5 2009 М., С. 11.

Аширбекова Ж.Ж. – студент-интерн 6 курса, факультет общей медицины и стоматологии,
zhadyra_ashirbekova93@mail.ru

Научный руководитель: **Тулетаева С.Т.**, к.м.н. доцент, tuleutaeva@kgmu.kz
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Республика Казахстан

ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА ПОЛОСТИ РТА

Имеется большое разнообразие терапевтических средств и способов лечения герпеса полости рта [1,2]. Широкое применение нашли противогерпетические препараты местного и общего назначения. Они подавляют вирусную популяцию, репродукцию вирусных частиц[3,4]. Однако, ряд препаратов, обладая выраженным терапевтическим эффектом, практически не влияют на частоту рецидивов, не предотвращают и не устраняют латенцию вируса, не обладают профилактическим действием. Появившиеся данные об участии иммунологических нарушений в патогенезе РГ обусловили интерес к применению препаратов, воздействующих на иммуногенез[5].

Цель работы: совершенствование способов лечения рецидивирующего герпеса полости рта с применением препаратов, обладающих противовирусными и иммуномодулирующими свойствами.

Задачи: 1.Изучить функциональное состояние местного иммунитета у больных рецидивирующим герпесом полости рта. 2. Изучить терапевтические и иммуномодулирующие свойства метронидазола в сочетании с местным применением 1% раствора дибазола у больных с рецидивирующим герпесом полости рта.

Материалы и методы: Было проведено обследование 60 больных с рецидивирующим герпесом полости рта.

Всех больных с РГ полости рта до начала лечения разделили на 2 основные группы в зависимости от метода лечения. Первая группа из 30 человек получала традиционное лечение. Вторая группа в количестве 30 человек получала лечение метронидазолом и 1% раствором дибазола. Оценку состояния неспецифической резистентности организма проводили по активности лизоцима смешанной слюны по К.А.Каграмановой З.В. Ермольевой (1966), уровень секреторного иммуноглобулина А в смешанной слюне определяли методом Mancini (1965).

Результаты и обсуждения: По характеру клинического течения заболевания больные с РГ были распределены на три группы. Легкая степень заболевания наблюдалась у 23,3% больных и характеризовалась 1-2 рецидивами в год. Средняя степень тяжести встречалась у 50% больных и характеризовалась 3-5 рецидивами в год. Тяжелая степень заболевания встречалась у 26,7% больных, характеризовалась 6 и более рецидивами в год, включая перманентное течение.

Таблица 1- Результаты лечения

Степень тяжести	Сроки рецидива (дн.)		Сроки ремиссии (мес)	
	Первая группа	Вторая группа	Первая группа	Вторая группа
Легкая	10,0±1,5	5,5±0,7	3,2±0,2	17,5±0,8
Средняя	14,5±,3	9,3±0,8	1,2±0,3	5,3±0,6
Тяжелая	18,0±0,7	12,5±0,6	0,2±0,1	1,6±0,4

p<0,05

Таблица 2 - Показатели местного иммунитета в динамике лечения

Иммунологические показатели	До лечения	После лечения	
		1 группа	2 группа
S Ig A (г/л)	4,68±1,26	4,95±0,90	5,05±0,34
Лизоцим (г/л)	5,95±0,23	6,76±0,98	7,48±0,73

p<0,05

Таким образом, применение с лечебной целью указанных препаратов привело к нормализации клинической картины и показателей местного иммунитета.

Выводы:

- 1.Сокращение сроков рецидивирования у больных с легкой формой в 1,8 раз, со средней -1,5, с тяжелой – 1,4 раза и увеличение ремиссии от 2,7 до 4 раз.
- 2.У больных с РГ отмечается статистически значимое уменьшение уровня секреторного иммуноглобулина А и лизоцима в слюне.
- 3.Использование метронидазола в сочетании с местным применением 1 % дибазола у больных с РГ полости рта увеличивает содержания в слюне секреторного иммуноглобулина А и лизоцима.

Список литературы

1. Kuzushima K., Kimura H., Kino Y. et al. Clinical manifestations of primary herpes simplex virus type 1 infection in a closed community.
2. Suga, S., Asano, Y. Clinical manifestations of the subfamily alpha-herpesvirinae in childhood.
3. Englund, J. A.; Zimmerman, M. E.; Swierkosz, E. M.; Goodman, J. L.; Scholl, D. R., and Balfour, H. H. Jr. Herpes simplex virus resistant to acyclovir. A study in a tertiary care center.
4. Arvin A.M. Humoral and cell-mediated immunity in neonates with herpes simplex virus infection.
5. Yamamoto T., Osaki T., Yoneda K., Ueta E. Immunological investigation of adult patients with primary herpes simplex virus-1 infection.

Байдалиева М.Ғ., «Мейіргер ісі» мамандығының бірінші курс магистранты, mira-7755@mail.ru
Ғылыми жетекші: **М.Ғ.К.**, доцент **Сейдахметова Айзат Ашимхановна**, aizat-seidahmetova@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

МЕЙІРГЕР ІСІ БАКАЛАВРЛАРЫН ДАЙЫНДАУДА ЕНГІЗІЛГЕН ОЗЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН БАҒАЛАУ

Кіріспе. Қазақстан Республикасының білім беру саласындағы мемлекеттік саясаттың стратегиялық мақсаты-экономиканың инновациялы дамуының талаптарына, қоғамның және әрбір азаматтың заманауи қажеттіліктеріне сай сапалы білімнің қолжетімділігін арттыру. Сондықтан білім беру саласының сапасын арттыру бүгінгі күннің өзекті түйткілі болып отыр [1].

Бүгінгі күні инновация-білім берудің мақсатына, мазмұнына, оқу-тәрбие түрлері мен әдістеріне, оқытушы мен студенттің бірлескен іс-әрекетін ұйымдастыруға жаңалықтар енгізіп, кәсіби педогогикалық ойлау стилін өзгертуде. Инновациялық білім беру технологиялары студенттердің шығармашылық ойлау жүйесін қалыптастыруға, олардың оқу, тәжірибелік немесе шығармашылық тапсымаларды орындау қабілеттерін, болашақ мамандардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыруға бағытталған [2].

Жоғары білім берудегі құзыреттілік тәсілі-кәсіби міндетті сапалы шешуге және жоғары оқу орындарының білім беру жүйесіндегі болатын қабілетті мамандар мен сұранысты қамтамасыз ететін жұмыс берушілердің арасындағы қарама-қайшылықты болдырмауға арналған. Ол қазіргі уақыттағы мемлекеттік білім беру стандарттарының алдында тұрған білім беру компоненттерінің мазмұнының басымдылығын және қазіргі таңдағы білім беру мазмұнына жаңаша көзқараспен қарау, оқу үдерісінің тәжірибелік, қызметтік компоненттерін қайтадан құрастыру және олардың пайдасын арттыруға мүмкіндік береді [3].

Зерттеудің мақсаты. Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының «Мейіргер ісі» мамандығының 2016 жылғы оқу бағдарламасына енгізілген элективті клиникалық пәндердің бастапқы нәтижелерін бағалау.

Зерттеу материалы мен әдістері. Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, 6М110300 «Мейіргер ісі» мамандығы бакалавриатының білім беру бағдарламасы бойынша білім алушы студенттердің негізгі клиникалық құзыреттіліктерін қалыптастыру мақсатында 2016 жылы «Мейіргер ісі» мамандығына бірнеше элективті клиникалық пәндер енгізілген болатын: науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім, мейірбике ісіндегі зерттеу негіздері, мамандандырылған мейірбикелік көмек, бастапқы медико-санитарлық көмек, үй жағдайындағы мейіргерлік күтім. Осы енгізілген элективті клиникалық пәндердің бастапқы нәтижелерін, студенттердің оқу, тәжірибелік қабілеттерінің қаншалықты өзгергендігін бағалау мақсатында екі топ құрып, 2016 жылы «Мейіргер ісі» мамандығында оқитын 402 «а, б» және 403 «а» тобы студенттерін бірінші топ, жалпы 30 студент, 2014-2015жж. «Мейіргер ісі» мамандығында оқыған студенттерді екінші топ етіп алып, жалпы 30 студент, сауалнама жүргіздік. Сауалнамада студенттердің клиникалық базаларда жұмыс жасау дағдылары мен науқастарға дұрыс мейіргерлік күтім көрсете білулерін, база қызметкерлерімен қарым-қатынастары барысында кәсіби этика ережелерін сақтау дәрежесін анықтайтын сұрақтар қойылып, олардың білім дәрежелерін, кәсіби құзыреттіліктерін салыстырдық.

Зерттеулердің нәтижелері. 2016 жылы «Мейіргер ісі» мамандығында оқитын студенттерді осы жылға дейінгі оқыған студенттермен салыстырғанда, олардың өзіндік ерекшеліктері байқалды. 2014-2015жж. оқуды бітірген студенттердің оқу бағдарламасындағы элективті пәндер менеджмент және әкімшілік үрдістерін оқыту бағытында болғандықтан, оларға клиникалық базаларда болуға мүмкіндік бермеді. Биылғы оқу бағдарламасына енгізілен элективті пәндер клиникалық бағыт алып және бұл пәндер студенттердің семинар сабақтарында өтілген мәліметтерді тәжірибе жүзінде көруге мүмкіндіктерін арттырғандығын жүргізілген сауалнама нәтижелерінен байқауға болады. Нәтижелер 2016 жылы оқитын студенттердің 85% тәжірибелік дағдыларының жоғарылағанын, құзыреттіліктерінің артқанын, ал 15% орташа көрсеткіш көрсеткен болса, 2014-2015жж. оқуды бітірген студенттердің 63% кәсіби құзыреттіліктерінің төмен екендігін көрсетті. Жүргізілген бұл зерттеулерден енгізілген клиникалық пәндердің өзіндік артықшылықтары мен кемшіліктерінің бар екендігін көреміз. Артықшылықтары: мейірбикелердің құзыреттіліктерін арттырып, олардың қоғамда алатын орнының маңыздылығын үйретеді, студенттердің клиникалық базада көп уақыт болуларын қамтамасыз етіп қана қоймай, олардың дәрігерлермен тікелей қарым-қатынас орнатуларын, аурухана жұмыстарын толықтай үйреніп,

келешекте белсенді жұмыс жасап кетулеріне зор мүмкіндік береді. Кемшіліктері: Пәндердің жаңа бағытта болғандығы үшін керекті әдебиеттердің орыс және ағылшын тілінде болуы.

Қорытынды. Оқу бағдарламасына енгізілген элективті клиникалық пәндердің бастапқы нәтижелерін бағалау барысында студенттердің тәжірибелік қабілеттерінің 50%-дан жоғарылағанын, құзыреттіліктерінің артқанын, коммуникативті дағдыларының едәуір жетілгендігін байқаймыз.

Әдебиеттер

- 1.Қазақстан Республикасының «Білім туралы» Заңы, 27 шілде 2007 жыл, №319.
- 2.Методология и опыт инновационной деятельности в системе профессионального образования: Коллективная монография / Г. В. Мухаметзянова, Н. Б. Пугачева, Г. А. Шайхутдинова. – Казань : Медицина, 2011. – 406с.
- 3.С.Ә.Исаев–ф.-м.ғ.к., профессор Жоғары білім беру жүйесіндегі құзыреттілік тәсілі. Вестник КазМҚПУ.

Байжаханова Д.Б.- магистрант кафедры Радиологии имени академика Ж.Х.Хамзабаева АО «МУА», Dika86@inbox.ru

Кожаметова Ж.Ж. доцент кафедры Радиологии имени академика Ж.Х.ХамзабаеваАО «МУА»

Рыскулова Г.О.- зав отделом радиоизотопной диагностики РДЦ г.Астана
Научный руководитель: **Рахимжанова Р.И.** – д.м.н., профессор, зав кафедрой радиологии имени академика Ж.Х.Хамзабаева, АО «МУА», г.Астана
Республиканский диагностический центр,г. Астана, ул.Сыганак 2, Республика Казахстан

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНГИОСЦИНТИГРАФИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель исследования: Улучшение диагностики окклюзионно- стенотического поражения артериального русла нижних конечностей с помощью ангиосцинтиграфии у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы: Исследование проводилось в период с сентября 2015 по июль 2016 года, были обследованы 11 пациентов с сахарным диабетом, с подозрением на окклюзионно-стенотическое поражение артерий нижних конечностей. Возраст больных составил от 39 до 71 года, у 10 из которых СД 2 типа и у одного 1 типа, у всех наблюдались клинические признаки, характерные для ишемии нижних конечностей (боль, отёчность, перемежающаяся хромота, снижение чувствительности, гипотермия поражённой конечности). Исследования выполнялись на аппарате ОФЭКТ- СПЕКТ (Philips) “Forte”, эффективная доза облучения 2.4 мЗв.

Всем больным внутривенно в предплечье вводился радиофармпрепарат 400 МБк 99mTc-макротех (альбумин). На уровне верхней трети обеих голени накладывали манжету сфигмоманометра и поднимали давление в них до 300 мм рт ст.Через 3 мин, в течение которых происходило равномерное распределение РФП, постепенно давление в манжетах снимали. Регист-рацию динамическойангиосцинтиграфии начинали за 3-5 сек до восстановления кровотока. Из конечностиконтрлатеральной месту инъекции, брали пробу венозной крови и определяли в ней удельную радиоактивность путём радиометрии на гамма-камере. На кривых «активность-время», полученных с каждой исследуемой конечности, выделяли сегменты линейного повышения радиоактивности, по которым рассчитывали прирост скорости счёта за секунду.

Кровоток конечности рассчитывали по формуле: $F = G/Cx$ 60мл/мин, где F- кровоток в конечности в мл/мин/100мл; C – удельная радиоактивность крови в имп/сек/мл; G – градиент линейного кровотока в имп/сек/сек. С целью коррекции поглощения радиоактивности тканями полученную величину умножали на 1,3. После проведения сканирования давались рекомендации пациенту по обильному питью (1,5-2 л жидкости) и ограничение контакта в течение 16-18 часов с беременными и детьми, согласно требованиям радиационной безопасности [1], [2], [3].

Результаты исследования:Нами были проанализированы результаты обследования 11 пациентов сахарным диабетом с окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей. Равномерное распределение РФП в правой НК было диагностировано у 5 пациентов,

а неравномерное также у 5 пациентов. Равномерное распределение РФП в левой НК было диагностировано у 4х пациентов, а неравномерное у 6 пациентов. При этом равномерное и симметричное распределение РФП в обеих НК было выявлено у 4х пациентов, и неравномерное, несимметричное распределение РФП в обеих НК у 5 пациентов. По скоростным показателям кровотока полученные данные были разделены на 2 группы: больше 10 мл/мин/100мл или менее 10 мл/мин/100мл. Менее 10 мл/мин/100мл справа было выявлено у 4х пациентов, слева у 6 пациентов, что свидетельствовало о стенозе артерий голени. Более 10 мл/мин/100мл было выявлено справа у 6х пациентов, слева у 4х пациентов, что свидетельствовало об удовлетворительном артериальном кровотоке.

Выводы: Ангиосцинтиграфия является высокоинформативным и малоинвазивным методом диагностики окклюзионно-стенотического поражения артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом.

Список литературы

1. Приказ и.о. Министра национальной экономики Республики Казахстан № 260 от 27 марта 2015 года. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности»;
2. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан № 155 от 27 февраля 2015 года. «Гигиенические нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности»;
3. Приказ и.о. Министра национальной экономики Республики Казахстан № 260 от 27 марта 2015 года. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам».

Батырханова С.Т.— магистрант 2-го курса, saltanat.batirhanova@mail.ru

Научный руководитель: **Абуова Г.Н.**, к.м.н., и.о. проф. dr.abuova@gmail.com. Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. Бруцеллез – инфекционно - аллергический зооноз, относящийся к особо –опасным инфекциям. Проблема бруцеллеза остается одной из острых, в связи с высокой заболеваемостью людей, склонностью к хроническому рецидивирующему течению, а также приводящей к длительной нетрудоспособности и инвалидности. В большинстве случаев люди заражаются от домашних животных при употреблении мясомолочных продуктов или при контакте с ними (уход, кормление)[1].

Цель исследования. Изучить особенности эпидемиологических проявлений бруцеллеза в Южно-Казахстанской области.

Материалы и методы. Был проведен анализ заболеваемости по бруцеллезу в Южно-Казахстанской области.

Результаты и обсуждения. Нами было проанализированы статистические данные ДГСЭН по Южно-Казахстанской области за период 2011- 9 месяцев 2016гг. В городской инфекционной больнице г. Шымкента абсолютный показатель заболеваемости бруцеллезом составил в 2011 году 463больных в 2012 году - 425 больных, в 2013 году показатель составил - 436 больных в 2014 году - 394 больных, в 2015 году - 382 больных, с января по сентябрь 2016 года -210 больных.

Изучен относительный показатель заболеваемости бруцеллезом за период 2011- 9 месяцев 2016гг. Пик заболеваемости в 2011 году составил 17,56 на 100 тыс населения, в 2012 году показатель заболеваемости составил 15,83 на 100 тыс. населения, в 2013 году 16,12 на 100 тыс населения, в 2014 году 17,27 на 100 тыс. населения, в 2015 году составил 13,64 на 100 тыс. населения, с января по сентябрь 2016 года -7,50на 100 тыс населения.

Выводы. Из нашего исследования следует, что отмечается улучшение эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Южно-Казахстанской области. Следует продолжить комплекс эффективных противоэпидемиологических мероприятий по борьбе с бруцеллезом, а также повысить качество санитарно-просветительной работы среди населения.

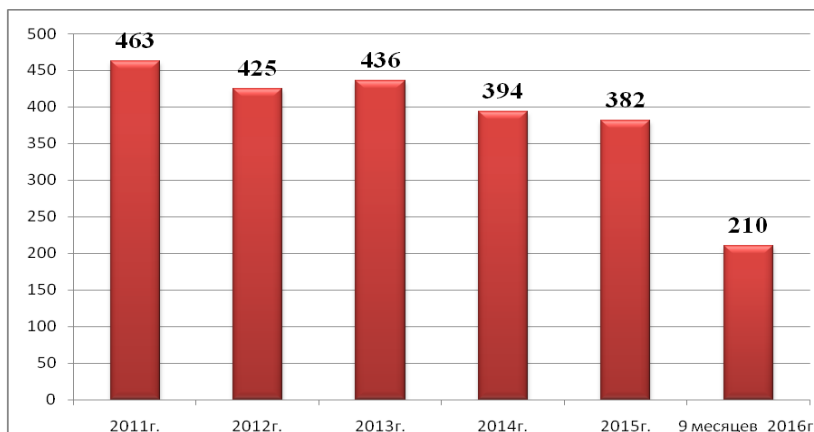


Рисунок 1 - Динамика регистрации бруцеллеза в ЮКО

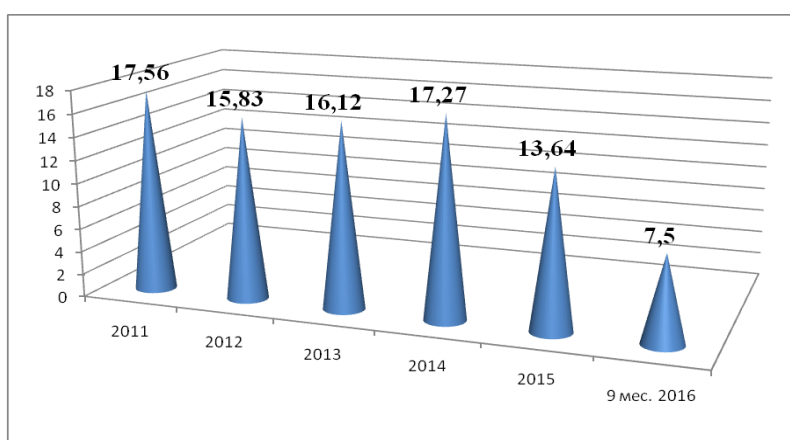


Рисунок 2 - Динамика регистрации бруцеллеза на 100 тыс. населения в ЮКО

Список литературы

1. Бруцеллез краевая патология Казахстана Ким А.А., Колмогорова Е.Л., Рахимбекова Д.К., Лукьянченко Н.Г., Каратаева Л.С. International journal of applied and fundamental research №5 2013г.
2. «Санитарно-эпидемиологическая ситуация в республике Казахстан», сборники материалов комитета госсанэпиднадзора МЗ РК, Казахской республиканской санитарно-эпидемиологической станции МЗ РК, Астана

Беседин Б.В., аспирант 2-го года обучения ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Научные руководители: д.м.н., профессор **Ганцев К.Ш.** E-mail: kafonco@mail.ru

к.м.н., доцент **Арыбжанов Д.Т.**, E-mail: davran_a@mail.ru

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Лечение злокачественных опухолей печени является одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии. По данным ВОЗ, первичный рак печени входит в десятку наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей [1].

Единственным методом, позволяющим добиться длительной выживаемости при злокачественном новообразовании печени, является хирургическая резекция. Рецидив опухоли в течение 3-5 лет после резекции печени наблюдается у 70-90% больных [1, 3, 4].

К сожалению, такие традиционные методы, как системная химиотерапия и облучение, при новообразованиях печени малоэффективны. Попытки найти более действенные, малоинвазивные и вместе с тем эффективные способы терапии явились стимулом к разработке и применению в клинической практике методов химиоинфузии в печеночную артерию (ХИПА) и химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА) [2, 5, 6, 7].

Целью нашей работы явилось изучить непосредственные результаты ХИПА и ХЭПА при опухолевых поражениях печени выполненных за период 2004-2008гг. по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

Материал и методы. За указанный период в ООД ЮКО получили лечение 70 больных с опухолевыми поражениями печени, мужчин 47 (67,1%), женщин 23 (32,9%), из них: первичный рак печени 42 (60%) случаев, метастатические поражения печени 28 (40%) - среди которых метастазы печени были отмечены при раке желудка 16 (22,8%) случаев, при колоректальном раке 10 (14,3%), при раке молочной железы 2 (2,9%) случая. Все больные были в возрасте от 25 до 70 лет. ХИПА выполнена у 50 больных, из них при первичном раке печени у 32 (45,7%) больных, при метастатических поражениях печени у 18 (25,7%) больных. У 20 больных проведена ХЭПА, из них при первичном раке печени 10 (17,1%) больным, при метастатических поражениях печени 8 (11,4%) больным.

У всех больных диагноз установлен на УЗИ и КТ печени, лапароскопически и морфологически верифицирован путем пункционной биопсии. У пациентов с первичным раком печени III стадия процесса отмечена в 26 (61,9%) случаях, IV стадия в 16 (38,1%) случаях. В группе пациентов получивших ХИПА проведено от 4 до 6 курсов внутриартериальной, регионарной химиотерапии. У больных первичным раком печени применили схему химиотерапии FАCE (Фторурацил 1000мг/м², Адриобластин 40 мг/м², Цисплатин 60 мг/м², Этопозид 100 мг/м²) – 16 (38%) больных, схема GF (Гемзар 1000 мг/м², Фторурацил 750мг/м² 1 и 8 день) – 16 больных. При метастатических поражениях печени при раке желудка и молочной железы применили схему химиотерапии TP (Таксотер 75 мг/м², Цисплатин 75 мг/м²), при метастазах колоректального рака схему FOLFOX (Фторурацил 500мг/м², Оксалиплатин 100мг/м²), лейковорин вводили внутривенно перед ХИПА.

ХЭПА проводили путем селективной катетеризации собственно печеночной артерии катетером Кобра 5F (Cordis), для ХЭПА использовали 50мг доксорубина с липидолом.

Результаты. У больных первичным раком печени значительная регрессия отмечена у 2 (4,76%), частичная регрессия отмечена у 6 (14,3%) больных, стабилизация процесса у 16 (38%) и прогрессирование процесса отмечено у 8 (19%) больных. После лечения до года со стабилизацией процесса живут 14 (33,3%) больных, 1,5 года живут 3 (7,14%) больных. Из 42 больных первичным раком печени в сроки от 4 до 8 месяцев после лечения умерло 13 (30,9%) больных. После ХЭПА у 8 из 10 больных отмечена частичная регрессия процесса, которая наблюдается в течении 3-5 месяцев.

При наблюдении за больными с метастатическим поражением печени после ХИПА у всех 18 (25,7%) больных отмечена стабилизация процесса, которая наблюдается 6-8 месяцев, после чего более чем у 80% больных отмечалось прогрессирование процесса в печени с развитием печеночной недостаточности эти больные не прожили 1 года.

После ХЭПА у 1 больной с метастазами рака молочной железы отмечена полная регрессия метастатических очагов. В остальных 19 случаях отмечена стабилизация процесса, которая наблюдается в течение 2-3 месяцев и этой группе пациентов в настоящее время проводится 2-й цикл ХЭПА.

Анализ осложнений показал, что после ХИПА осложнения в основном были отмечены: тошнота у 60% больных, рвота у 52% больных и лейкопении 1-2 степени у 23% больных, которые корректировались соответствующими, общепринятыми методами и купировались в течении 3-5 суток.

После ХЭПА у больных в основном (90%) отмечался постэмболизационный синдром, который проявлялся повышением температуры тела до 38С, болевым синдромом в эпигастрии средней интенсивности и интоксикацией, эти явления купировались коррекцией лечения антипиретиками, анальгетиками, инфузионной и дезинтоксикационной терапией на 5-7 сутки.

Выводы. Таким образом, ХЭПА при первичном раке печени является основным методом лечения у не операбельных больных. Кратность процедуры 1 раз в 2 месяца, что позволяет

сокращают сроки пребывания больных в стационаре, экономически выгодно. Не требует больших затрат на дорогостоящие химиопрепараты. Применение ХИПА несколько улучшает качество жизни пациентов. Однако, не позволяет добиться длительной стабилизации процесса, пациенты не выживают более одного года.

Литература

1. Давыдов М.И., Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. и др. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии). СПб: Фолиант; 2007. 344.
2. Гранов Д. А., Таразов П. Г. Рентгеноэндovasкулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени. СПб: Фолиант; 2002. 231.
3. Таразов П. Г. Артериальная химиоинфузия в лечении нерезектабельных злокачественных опухолей печени (обзор литературы). Вопросы онкологии. 2000; 5 (46). 521-528.
4. Таразов П. Г. Роль методов интервенционной радиологии в лечении больных с метастазами колоректального рака в печень. Практическая онкология. 2005; 2 (6). 119-126.
5. Bierman H. R., Miller E. R., Byron R. L. et al. Intra-arterial catheterization of viscera in man. American Journal Roentgenology. 1951; 4 (66). 555-568.
6. Chiba T., Tokuyue K., Matsuzaki Y. et al. Proton beam therapy for hepatocellular carcinoma: A retrospective review of 162 patients. Clinical cancer response. 2005; 10 (11). 3799-3805.
7. Gianturco C, Anderson J. H., Wallace S. Mechanical devices for arterial occlusion. American Journal Roentgenology. 1975. 3 (124). 428-435.

Босынбек Г.Қ., Биматова А.Е., - 5 курс, факультет «Общая медицина», guly_angel.94@mail.ru
Ғылыми жетекшісі: м.ғ.к. **Серікбай М.Қ.,** [Патологиялық анатомия кафедрасы](mailto:Mereili.serikbay@mail.ru)
Mereili.serikbay@mail.ru

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

ТУА ПАЙДА БОЛҒАН ЖҮРЕК АҚАУЫ

Мәселенің өзектілігі. Туа пайда болған жүрек ақауы – нәрестелердің кең таралған туа біткен ақауларының бірі, барлық туа біткен ақаулардың 30% құрайды. Жиілігі бойынша ОЖЖ мен тірек – қимыл жүйесінің туа пайда болған патологияларынан кейінгі үшінші орынды алады. ЖТБА жаңа туған балаларда 0,7-1,7% кездеседі. Әр елдің медицинасының деңгейіне қарамастан ДДҰ деректері бойынша ЖТБА 1% жаңа туған нәрестелерде кездеседі. Отандық және шетелдік көптеген авторлардың зерттеулері бойынша жаңа туылған 1000 баланың 4-17-сі ЖТБА-мен туылады.[1.2.] Медицина саласы жоғары дамыған елдерде нәресте өлім көрсеткіші төмен дәрежеде(6,7-8,5%). ЖТБА және тұқымқуалайтын аурулар нәрестелер өлімі көрсеткіші бойынша бірінші орынды алады, бұл оның жоғары жиілікте кездесетіндігінен емес, керісінше басқа патологиялар себебінен өлім саны төмендеуіне байланысты.[3]Қазақстанда нәресте өлім көрсеткіші бойынша ЖТБА бірінші орынды алады. Жыл сайын осы патологиямен туылатын балалардың пайызы көбейіп келеді. Республикамызда жылына ЖТБА – мен 3000ға жуық нәресте туылады, оның өмірінің алғашқы жылы – 80% , алғашқы аптасында – 20% , алғашқы айында – 27% қайтыс болады. Магистральды тамырлар мен жүректің туа біткен ақаулары 91% жағдайда нәрестелердің бір жылға жетпей өлімшілдігіне әкеледі, олардың ішінде жартысынан астамы неонатальді кезеңдегі нәрестелер(яғни өмірінің 28 кунге дейін). Ұрықтың ЖТБА перинатологияның өзекті мәселелердің бірі, ол перинаталдық және нәрестелік өлім себебі бойынша екінші орынды алады. Неонаталдық аурулар себептері арасында 30% жуық бөлігін хромосомдық ақаулар мен ЖТБА құрайды.[4]

Зерттеу мақсаты. Туа пайда болған жүрек ақауы анықталып, қайтыс болған нәресте жүрегінің морфологиялық ерекшеліктерін зерттеу.

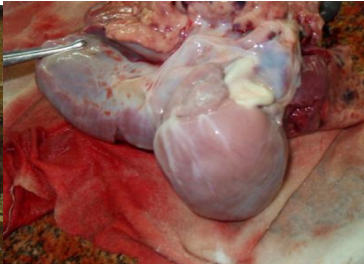
Зерттеу материалы. Алматы қаласының №1-ші балалар жұқпалы аурулар ауруханасынан ЖРВИ, кардиомиопатия- сол жақ қарынша эндокардының фиброэластозы диагнозынан қайтыс болған нәрестенің сырқатнамасы мен секциялық материалдары №5-ші патологиялық анатомия бөлімінде сарапталып, (ашудан) кейін алынған мәліметтер хаттамаға енгізілді.

Макроскопиялық зерттеу кезінде дене бітімі дұрыс дамыған, тері жабындысы анемиялық бозғылт, көзге көрінетін шырышты қабаттары бозғылт көкшіл түсті. Ішкі ағзалардың кеуде және құрсақ қуыстарында анатомиялық орналасуы дұрыс. Кеуде қуысының басым бөлігінде жүрек

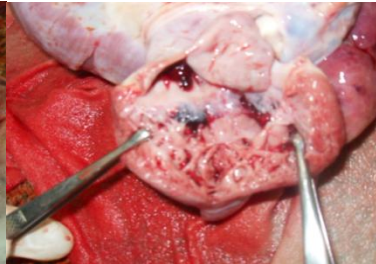
орналасқан. Жүрек домалақ пішінді, ұзындығы 4,0 см (қалыпта-3,2см), ені- 5,0(қалыпта-4,2см), қалыңдығы 3,0см(қалыпта-2,3), оң жақ қарыншаның қабырғасы-0,8см(қалыпта-0,25), сол жақ қарыншаның қабырғасы-1,0см (қалыпта-0,65см) перикард қуысында аз мөлшерде мөлдір сұйықтық бар. Жүрек салмағы 45гр(қалыпта салмағы-26гр). Қарынша аралық перденің жоғарғы бөлігінде диаметрі-0,5см туа пайда болған ақау анықталады. Ірі қан тамырлары дұрыс таралған. Өкпе артериясының ені 2,5см(қалыпта -2,5см) қуысында қан ұйындысы бар, үш жармалы қақпақшалар мөлдір емес, майда түйіршікті, дұрыс орналасқан, қолканың ені 2,3см(қалыпта-2,2см), митральді қақпақшалар жұқа, беті тегіс. Эпикард жылтыр, майда нүктелі қан құйылулар бар.



Сурет 1.Тері жабындысы мен жүрек көрінісі.



Сурет 2.Жүрек пішіні



Сурет3.Оңжаққарынша қабырғасы



Сурет 4. Сол жақ қарынша қабырғасы



Сурет5.Қарынша аралық перденің жоғарғы дефектісі



Сурет6.Солжаққарыншаэндок ардының фиброэластозы

Қорытынды. Сонымен, нәресте жүрегінде морфологиялық тұрғыдан макроскопиялық туа пайда болған жүрек ақауы- қарынша аралық перденің жоғарғы дефектісі(диаметрі-0,5см) мен кардиомегалия- яғни жүректің оң жақ қарыншаның қабырғасы 0,8см, ал сол жақ қарыншаның қабырғасы 1,0см қалыңдап, қарыншалардың гипертрофияланғаны анықталды.

Әдебиеттер

1. Angeli E., Raisky O., Bonnet D. Late reoperations after neonatal arterial switch operation for transposition of the great arteries // Eur J Cardio-thoracic Sur. 2008. №34. P.32-36.
2. Egbe A., Lee S., Ho D., Uppu S., Srivastava S., Prevalence of congenital anomalies in newborns with congenital heart disease diagnosis // Ann Pediatr Cardiol. 2014. №7(2). P.86-91.
3. Минков И.П. Эпидемиологические и социальные аспекты врожденных пороков развития у детей. // Педиатрия.-М., 1995. №5. С.54-57.
4. Здоровье населения РК. Статистический сборник. Астана. 2012г. с. 110

Вивсянник В.В., к.мед.н., ассистент кафедры внутренней медицины, dr.vivsyannuk@yandex.ua

Кушнир Л.Д., к.мед.н., доцент кафедры внутренней медицины, ld_kushnir@mail.ru

ВГНУУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ ПОЧЕК II-III СТАДИИ

У пациентов с наличием хронической почечной недостаточности поражения испытывают практически все органы и системы. Чаще всего в таких больных страдают органы пищеварения [1,2,3].

Цель исследования: Изучить некоторые патогенетические особенности возникновения эрозивно-язвенных поражений желудка (ЕЯПЖ) у больных хронической болезнью почек II-III стадии, обусловленную длительным течением хронического рецидивирующего пиелонефрита на основании исследования протеолитической активности плазмы крови.

Материалы и методы исследования: Обследовано 65 больных ХБП II-III стадии (хронический пиелонефрит), которые находились на стационарном лечении в нефрологическом и гастроэнтерологическом отделениях. Распределении больных ХБП II-III стадии (хронический пиелонефрит) в зависимости от наличия ЕЯПЖ. Средний возраст больных составил 48,6 года (от 27 до 58 лет). Среди пациентов было 43 мужчины (67,3%) и 22 женщины (32,7%).

Контрольную группу для сравнения исследований составили 19 практически здоровых лиц соответствующего возраста, среди которых мужчин было 12, а женщин - 7. Эзофагогастродуоденоскопия и ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнено у 100% больных.

Диагноз ХБП установлен на основании наличия поражения почек со снижением скорости клубочковой фильтрации более 3 месяцев.

Состояние неограниченного протеолиза оценивали по лизисом азоальбумину (распад низкомолекулярных белков), азоказеину (деградация высокомолекулярных белков) и азоколу (лизис коллагена).

Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA for Windows 6.0. Для данных, отвечающих нормальному распределению, определяли среднюю арифметическую выборки (M) величину стандартного отклонения (s) и стандартной погрешности (m), максимальное и минимальное значение.

Результаты. Оценивая процессы неограниченного протеолиза в крови больных ХБП II-III стадии следует отметить, что при отсутствии ЕЯПЖ происходит повышение протеолиза мелкодисперсных белков на 24,7% ($p > 0,05$) в I группе и на 45,4% ($p > 0,05$) в III группе; крупнодисперсных белков - на 35,2% ($p > 0,001$) в I группе и на 50,2% ($p > 0,05$) в III группе; коллагена - на 20,3% ($p > 0,05$) в I группе и на 38,40,05); азоказеину - на 69% ($p > 0,05$), азоколу - на 48,6% ($p > 0,001$). При этом у больных хронической болезнью почек III стадии с ЕЯПЖ по сравнению с пациентами без них происходит увеличение протеолитической активности крови в низкомолекулярных белков - на 21,5% ($p > 0,05$) в III группе. У пациентов 4-й группы лизис азоальбумину увеличился на 51,5% ($p > 0,05$), крупномолекулярных белков - на 25% ($p > 0,05$), коллагена - на 23,6% ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, полученные данные позволяют доказывают, что возникновение эрозивно-язвенных поражений желудка при хронической болезни почек II-III стадии (хроническом пиелонефрите) сопровождается выраженным повышением лизиса низко-и высокомолекулярных белков.

Литература

1. Авраменко А. А., Гоженко А. И. Хеликобактериоз / Авраменко А. А., Гоженко А. И. – Одесса : Фотосинтетика, 2004. – 326 с.
2. Алексеев В. А. Клиническое значение состояния метаболизма соединительной ткани, клеточного и гуморального факторов при хроническом пиелонефрите / В. А. Алексеев // Терап. архив. – 2005. – № 6. – С. 46-48.
3. Аль-Шукри С. Х. Иммунное состояние у больных первичным и вторичным хроническим пиелонефритом / С. Х. Аль-Шукри, А. Г. Горбачев, А. С. Смирнов, И. В. Кузьмин // Урология и нефрология. – 2006. – № 3. – С. 17-20.

Ержан С.Б.- студент 3-го курса, медицинского факультета, e-mail: sabina_erzhan@mail.ru
Научный руководитель **Кауызбай Ж.А.**, Ph.D., профессоре-mail: zhumaly@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗРЕНИЯ , С ПОМОЩЬЮ БИОНИЧЕСКОГО ГЛАЗА

Актуальность. На сегодняшний день зарождающаяся бионическая революция становится одним из актуальных и успешных проектов в современной медицине. Миллионы

слепых по всему миру получили шанс на прозрение: впервые в мире совершена успешная пересадка «бионического глаза» — электронного имплантата сетчатки.[1]

Цель: Изучение инновации – «бионический глаз» и применение его в медицине.

Материалы и методы:

Искусственный глаз состоит из двух главных элементов — имплантата сетчатки, который необходимо вживить пациенту, а также внешней системы, представляющей собой миниатюрную камеру с процессором, которая вмонтирована в обыкновенные на первый взгляд очки.

Камера записывает происходящие в реальном времени события от первого лица, затем полученные изображения обрабатывает процессор, который передает по беспроводной сети в имплантат. Тот, в свою очередь, использует электроды для стимуляции оставшихся здоровых клеток сетчатки. В результате этого визуальная информация отправляет в зрительный нерв и наступает «прозрение»: пациент получает способность различать формы, движущиеся предметы и свет.[2]

Результаты и обсуждения: В Великобритании «прозрел» полностью слепой человек. Пациенту в возрасте 76 лет по имени Рон, который ослеп 30 лет тому назад из-за наследственной болезни, удалось пересадить так называемый бионический глаз. 51-летнему Питеру Лэйну в Великобритании одному из первых в мире в декабре 2009 года имплантировали в глаз электронные фотодатчики, посылающие в мозг сигналы, собираемые специальными очками. Эта технология позволила англичанину впервые за 30 лет увидеть очертания объектов, например, дверь, шкаф, а также даже распознавать буквы.

Уникальную операцию 18 июня провели специалисты из Манчестерского королевского глазного госпиталя, основанного в 1814 году и являющегося одним из ведущих офтальмологических центров мира. Операция длилась на протяжении четырех часов, а включить «бионический глаз» офтальмологи решились лишь 1 июля. Рой Флинн сразу смог увидеть людей и предметы, которые его окружали. В том числе и когда его глаза были закрыты.

На территории Европы и США данное новшество используют около 50 человек. Девять пациентов уже были оснащены протезами, восемь операций были успешными. Отзывы испытуемых обнадеживают. Пациенты смогли на крупных планах различать движения рта, например, улыбку, определять наличие очков на лице прохожих, а также распознавать столовые приборы, телефоны и мелкие детали вещей.

Новый бионический глаз позволяет людям с врожденным дефектом генетического кода вновь различать светлое и темное, объекты малого и крупного размеров, движения людей. Таким образом, обладающий искусственной сетчаткой человек самостоятельно сможет перейти дорогу, ведь пешеходный переход будет различим, а буквы станут читабельны при условии, что они будут размером не менее десяти сантиметров.[3]

Выводы: Необходимо дальше разрабатывать различные типы бионических глаз, ориентированных как на пациентов с различными дегенеративными заболеваниями глаз, приводящим к слепоте – такими как, катаракта, глаукома - так и для пациентов слепых с рождения.

Бионический электронный глаз – это технология будущего, доступная лишь единицам. Для того, чтобы никогда не претендовать попасть в их число, нужно уделять максимум внимания проблемам зрения, здоровья глаз и защиты их от ультрафиолетового излучения солнца. Для того, чтобы обеспечить эту защиту, необходимо использовать правильно подобранные очки. [4]

Список литературы

1. https://www.gazeta.ru/science/2015/07/22_a_7652017.shtml
2. <http://builduptoday.com/science/369-elektronnyy-bionicheskiy-glaz.html>
3. <http://www.newsland.ru/News/Detail/id/438678/cat/51/>
4. <http://www.medicina99.ru/bionicheskie-glaza-novaya-nadezhda-dlya-nezryachikh-pacientov.html>

Ерназарова Ш.С., магистр медицинских наук, ernazarova_sh@mail.ru
Казбекова К.С., кардиолог высшей категории, к.м.н, доцент кафедры «Общая врачебная практика», k_kazbekova@mail.ru
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, Шымкентский медицинский институт, Казахстан, г. Шымкент

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНЗИОННОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСЫ МАССЫ ТЕЛА

Целью нашего исследования является определение распространенности гипертензионного расстройства среди беременных женщин по городу Шымкенту в зависимости от индексы массы тела (ИМТ).

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 1100 беременных женщин в возрасте от 16 до 49 лет (средний возраст 26,67±5,45). В ходе исследования были взяты следующие показатели: возраст, вес, рост, индекс массы тела (ИМТ) до беременности, количество родов, виды родов, уровень артериального давления, показатели крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты и др.), сопутствующие экстрагенитальные заболевания (степень тяжести, течение, осложнения), показатели новорожденного (рост, вес, состояние по шкале Апгар) и осложнения беременности. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы «SPSS Statistics 17.0».

Результаты. По данным нашего исследования у 13,3% беременных женщин выявлены гипертензионные расстройства, из них гестационная гипертензия (ГГ) - 5,3%, хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) - 2,1%, преэклампсия-7,3%. Распространенность гипертензионного расстройства была различной в зависимости от ИМТ. Гипертензионные расстройства встречались чаще у женщин с ИМТ более 25. Далее мы сравнили распространенность гипертензионного расстройства у женщин с нормальной массой тела (ИМТ до 25) и с избыточной массой тела (ИМТ более 25). Гипертензионные расстройства встречались чаще у женщин с избыточной массы тела-36% (у женщин нормальной массы тела-10%). Для определения взаимосвязи между ИМТ и артериального давления (АД) мы провели корреляционный анализ между переменными «ИМТ-АД». Проведенный анализ показал не сильную прямую корреляционную связь между переменными: $r=0,123$; $p<0,001$; $n=1100$.

Вывод. Проведенные нами исследования показали: распространенность гипертензионного расстройства была зависима от ИМТ. Таким образом, у беременных женщин с ожирением отмечается предрасположенность к гипертензионным расстройствам и их осложнениям.

Список литературы

1. Bellver J, Melo, MA, Bosch, E. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium. *Fertil Steril* 2007; 88:446.
2. Chen A, Feresu SA, Fernandez C. Maternal obesity and the risk of infant death in the United States. *Epidemiology* 2009; 20:74.
3. Dashe JS, McIntire DD, Twickler DM. Effect of maternal obesity on the ultrasound detection of anomalous fetuses. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1001.
4. Маркин Б.Л. Ожирение как фактор риска материнской и перинатальной патологии. *Репродуктивная эндокринология*. №2.2011.С.6-8.
5. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, et al. (2010) SOGC Clinical Practice Guidelines: Obesity in pregnancy. *Int J Gyn O* 110: 167–173. [PubMed]
6. Геворкян М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины // *Ожирение и метаболизм*. - 2008. - № 3. - С. 12-14.
7. Дедов И.И. Патогенетические аспекты ожирения // *Ожирение и Метаболизм*-2004. - № 1.- С. 3-9.
8. Серов В.Н. Метаболический синдром: гинекологические проблемы // *Акушерство и гинекология* - приложение. - 2006. - С. 9 -10.
9. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*2004;103(2):219-224

10. Perlow, JH, Morgan MA. Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. *Am J Obstet Gynecol*1994;170(2):560-565

Есмагамбетова А.М., Сауыт Г.Е., Шакирова Ш.Д., 6 курс, факультет интернатуры, aigul-kst94@mail.ru

Научный руководитель: **Гусейнова З.К.**, к.м.н., доцент, guseinova72@mail.ru
Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Республика Казахстан

СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTERPYLORI, С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМХОЛЕЦИСТИТОМ

Актуальность. Эпидемиологические исследования показывают, что язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения и является одной из распространенных форм гастроэнтерологической патологии во врачебной практике[1,2]. При язвенной болезни характер и степень выраженности нарушений патогенетических звеньев заболевания у больных могут быть самые различные, что обуславливает особенности клинических проявлений болезни[3]. В связи с этим были естественны попытки клиницистов выделить определенные варианты, типы течения заболевания, требующие различные подходы к лечению и профилактике язвенной болезни[4].

Цель исследования. При сочетанных поражениях желудка, двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *HelicobacterPylori* (H.p.), и желчного пузыря теряется классический характер клинических проявлений, наблюдающихся при их изолированном поражении, что часто становится причиной диагностических ошибок. В связи с этим, большое значение имеет изучение особенностей клинического течения сочетаемой патологии, язвенной болезни и хроническим холециститом.

Методы и материалы исследования. В клинических условиях было обследовано 80 больных с язвенной болезнью в сочетании с хроническим холециститом. Возраст обследованных лиц составил от 20 до 70 лет. Среди обследованных пациентов лица мужского пола составили 40 больных и женского пола – 40 пациентов. При обращении к врачу в амбулаторных условиях у всех пациентов основными субъективными жалобами были: боли в эпигастральной области и в правом подреберье, диспепсические расстройства (тошнота, изжога, горечь во рту, вздутие живота, запоры). Все обследованные больные были разделены на 2 группы. I группа – 40 больных с первичной язвенной болезнью, II группа – 40 пациентов с хроническим некалькулезным холециститом. В I группе с болевым синдромом было 10 пациентов (25%), с диспепсическим синдромом – 32 больных (80%). Во II группе болевой синдром встречался у 20 пациентов (50%), диспепсический синдром – у 38 больных (95%). Всем обследованным пациентам проводились клиничко-лабораторные, биохимические и инструментальные исследования: рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) с уреазным тестом, УЗИ органов брюшной полости, дуоденальное фракционное зондирование. I группа больных с антиэрадикационной целью получала Амоксициллин 500мг по 2т*2р/день, Метронидазол 500мг по 2т*2р/день, с антисекреторной целью назначено Омепразол 20мг по 1т*2р/ день в течение 10 дней. Во II группе больным был назначен Пилобактнео, в состав которого входит амоксициллин 500мг по 2т*2р/день, кларитромицин 500мг по 2т*2р/день, омепразол 20мг по 2т*2р/ день, а также были назначены пробиотик Ферталь по 1к*1/день в течение 10 дней.

Результаты и обсуждения. На фоне проводимого обследования у пациентов в I группе больных язвенная болезнь желудка, ассоциированная с H.p. инфекцией с легкой степенью обсемененности была выявлена у 10 пациентов (25%), у 30 больных (75%) обнаружена язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки (ЛДПК) с умеренной степенью обсемененности в сочетании с некалькулезным холециститом. Во II группе больных на ЭГДС язвенная болезнь желудка, ассоциированная с H.p. умеренной степени активности, выявлена у 5 пациентов (12,5%), язвенная болезнь ЛДПК, ассоциированная с H.p. с высокой степенью обсемененности, в сочетании с некалькулезным холециститом – у 35 больных (87,5%).

На УЗИ у всех обследованных были выявлены признаки уплотнения стенки желчного пузыря и сладж синдрома. На дуоденальном зондировании в обеих группах больных выявлен гипомоторный тип дискинезии желчевыводящих путей.

Ошибка в постановке диагноза направивших учреждений в I группе составила 78%, во II группе – 90%. На фоне проводимой терапии в I группе пациентов болевой синдром был купирован на 5-е сутки, диспепсический синдром – на 7-е сутки от начала лечения. Во II-группе пациентов болевой синдром регрессировал на 3-е сутки, диспепсический синдром купирован на 5-е сутки проводимой терапии.

Выводы. Таким образом, правильно собранный анамнез и своевременная диагностика увеличивают приверженность пациентов к лечению и сокращают риск осложнений и длительность лечения в амбулаторных условиях.

Список литературы

1. Cryer B., Mahaffey K.W. Gastrointestinal ulcers, role of aspirin, and clinical outcomes: pathobiology, diagnosis, and treatment. J. Multidiscip. Healthc. 2014. Vol. 7. P. 137-146.
2. Sinha M. et al. Current perspectives in NSAID-induced gastropathy. Mediators Inflamm. 2013. Vol. 2013. P. 209-258.
3. Ступин В.А., Силуянов С.В., Афанасьев В.В., Баглаенко М.В., Сабиров М.А., Смирнова Г.О. Особенности консервативной терапии пациентов с кровотокающими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Фарматека. – 2011. – № 2(215). – С. 58–63.
4. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения. Клиническая медицина. 2012.- № 8.- С. 11-18.

Ешметов Р.Х., Пирматов Р.И., резиденты 1 го года обучения, mosi93@mail.ru
Научный руководитель: **Душанова Г.А.,** д.м.н., профессор, duchshanova_g_a@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Республика Казахстан

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Введение. Распространенность невралгии тройничного нерва достаточно велика и составляет до 30 - 50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2 - 4 человек на 100 000 населения. Развитию заболевания способствуют различные сосудистые, эндокринно-обменные, аллергические расстройства, а также психогенные факторы.

Существуют периферические и центральные механизмы невралгии тройничного нерва. В настоящее время можно считать общепризнанным представление о первично периферическом генезе заболевания [1]. Среди периферических этиологических факторов выделяют факторы, воздействующие проксимально, т.е. на корешок тройничного нерва и дистально. Наиболее вероятная причина заключается в компрессии тройничного нерва на интра - или экстракраниальном уровне. Компрессия нарушает обменные процессы, способствует активации аутоиммунных процессов и обуславливает очаговую демиелинизацию. Импульсы от триггерных точек поступают к ведущим нейронам генератора и вызывают его облегченную активацию. активируют ретикулярные, мезенцефальные образования, ядра таламуса, кору головного мозга, вовлекают лимбическую систему, формируя, таким образом, патологическую аллогенную систему [1,2]. Основным препаратом для лечения невралгии тройничного нерва является анти-эпилептический препарат карбамазепин, который блокирует прохождение болевых импульсов на уровне тригеминального ядра спинального тракта и таламических ядер. По структуре карбамазепин близок к трициклическим антидепрессантам, а в механизме действия значительную роль играют его ГАМКергические свойства. Применяются и другие антиэпилептические препараты - препараты вальпроевой кислоты (конвулекс, депакин). Немаловажное значение имеет терапия больных антидепрессантами, которые смягчают восприятие боли, уменьшают страх перед наступлением приступа, устраняют депрессию, изменяют функциональное состояние мозга. У

больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в схему лечения включают вазоактивные препараты.

Цель исследования: изучение эффективности патогенетически обоснованной терапии невралгии тройничного нерва

Материалы и методы. На базе кафедры неврологии ЮКГФА проведен анализ лечения 24 больных в возрасте от 22 до 57 лет с невралгическими болями, соответствующим диагностическим критериям невралгии тройничного нерва. Состояние пациента оценивалось по времени нормализации самочувствия и возврата к обычной деятельности и в баллах визуальной аналоговой шкалы (ВАШ - 100 баллов). Пациенты были разделены на 2 группы. В первой (15 человек) диагноз тригеминальной невралгии был очевиден и полностью соответствовал диагностическим критериям с учётом анамнеза, динамического наблюдения и данных стандартных дополнительных методов исследования. Во второй группе (9 пациентов) несмотря на схожее описание приступов, не исключались лицевые боли смешанного характера или обусловленные другими заболеваниями, но без структурных поражений нервной системы. Все пациенты получали карбамазепин в дозе 200 мг два раза в сутки.

Результаты и обсуждения. В первой группе эффект был получен у всех пациентов и наступал независимо от времени приёма препарата в интервале от 30 мин до 1 часа и выражался в нормализации самочувствия и возможности возвращения к обычной деятельности. Интенсивность боли по ВАШ изменилась, в среднем, с 95,6 до 3,7 баллов. В другой группе эффективность лечения была значительно ниже. Через 4 часа после приёма препарата самочувствие улучшилось только у 30% пациентов. Интенсивность болевого ощущения уменьшилась, в среднем, с 85,6 до 60,3 баллов. Пациенты вынуждены были принимать другие анальгетики. У 6 из 9 пациентов второй группы отмечались неприятные ощущения различной степени интенсивности: тяжесть в руках и ногах, давящие боли в груди и области сердца, тошнота, шум в голове, боль в горле при глотании, что явилось основанием для дополнительного обследования, при этом были обнаружены соответствующие заболевания.

Вывод. Таким образом, применение антиэпилептических средств отличается высокой эффективностью у лиц, страдающих тригеминальными болями невралгического характера. Его использование быстро нормализует самочувствие и восстанавливает способность к повседневной деятельности, что значительно повышает качество жизни пациентов. Знание врачами особенностей формирования звеньев патогенеза заболевания позволит значительно повысить эффективность медикаментозной терапии и улучшить качество жизни больных с невралгией тройничного нерва.

Список литературы

1. А.М. Вейн., А. Данилов. Болевые синдромы в неврологической практике.//М., МЕД. пресс, 2001. 368 С.
2. А.Степанченко. Невралгия тройничного нерва. «ВРАЧ», № 4, 2002
3. В.А.Карлов Неврология (руководство для врачей). Москва, 2002. 628 С.

ӘӨЖ: 616.12-005.4-08-039.7-036.838-08:613.287.6:599.723. 2

Әбдіқариев А.Е.- медицина факультетінің 1 курс магистранты, E-mail: abdikariev@bk.ru,
Серикбаева М.Т. – магистр медицинских наук, кафедра «Терапия бакалавриат», E-mail:
semira70@mail.ru

Ғылыми жетекші: **Бекмурзаева Э.К.**, м.ғ.д., профессор, E-mail: Elmira-bek@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы.

ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ОҢАЛТУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ

Өзектілігі: Қазіргі уақытта психосоматикалық емдеу тәсілін қолданылу жүрек-қантамыр ауруларында өзекті болып табылғанымен, бірақ денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыру және оны жүзеге асыру өте маңызды орнын сақтап отыр [1].

Артериялық гипертензиямен (АГ) есепте тұратын науқастарды кешенді түрде емдеу және салауатты өмір салтын ұстану миокард инфарктісін 10-25% -ға, ал инсультті 40-70% -ға төмендетіні дәлелденген [2].

Көптеген зерттеу деректеріне сай [3,4,5], әрбір жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) бар науқастарда кем дегенде депрессияның белгілері анықталса, әрбір АГ сырқаттанатын науқаста психопатологиялық құбылыстардың белгісі айқын көрінеді. Осы жағдайлар аурудың барысына белсенді жұмыс істеу қабілетін төмендетуге, емдеу және оңалту үшін теріс әсер етіп, түрлі тәсілді талап етеді.

Зерттеу мақсаты: Жүрек-қантамыр ауруларымен есепте тұратын науқастардың оңалту іс-шараларын ақпараттану үлесін талдау.

Зерттеу деректері мен әдісі. Зерттеуге Сарыағыш аудандық емханасында диспансерлік есепте тұратын 58 науқас алынды: 12 жүректің ишемиялық ауруы, миокард инфарктсы бар науқастар (9 ер адам 52,5±5,6 жаста және 3 әйел адам 52±5,2 жаста) және 46 науқас АГ 3 (27 ер адам 45±8,4 жас және 19 әйел адам 47±8,1 жас) сырқатымен. Науқастардың реабилитациялық көмек алуы талданып, әлеуметтік (сауалнама) жолмен зерттелінді.

Зерттеу нәтижелері мен талдау. Зерттеуге алынған науқастармен жүргізілген сауалнамалық сұрақта науқастар көп қосымша ауруы ретінде қант диабетін көрсетіп отыр (76%). Зерттеу барысында қант диабетінің 2 –ші типінің анықталуы 10 жылға дейінгі науқастар категориясының басымдылығы көңіл аудартады (70,6 %). Оны қант диабетінің диабет алды жағдайда анықталуының қиындығы мен қант диабетінің қосарлануы 10 жылдан жоғары науқастар категориясында өлімшілдіктің жоғары болуымен байланыстыруға болады. Қант диабетінің компенсация жағдайының мәліметтеріне сараптама берсек компенсация жағдайы «жалған» болуы мүмкін. Ол қант диабетімен науқастардағы қосымша нефропатияның және соған байланысты қант төмен-детуші препараттардың, инсулиннің кумуляциясымен байланысты болуы керек. Науқастардың 89,6% жүрек-қантамыр ауруларымен оңалту жұмыстары жүргізетінін хабардар болса, қалған па-циенттер 11,4% оңалту жұмыстарының білмейтін және жауап беруге қиналатын-дығын көрсеткен.

Барлық науқастардың 23% денсаулық мектептері туралы білетіндігін және сабақтарына қатысатынын белгілесе, 77% денсаулық сабақтарына келмейтін атап өткен.

Қорытынды: Біріншілік алдын алу кезінде гипертензивтік дәрімен емдеуден бұрын, кешенді түрде емдік-оңалту шараларының қолдануының әсерлілігі мен қауіпсіздігінің ара қатынасы көрсеткіші, препаратты біріншілік алдын алу ретінде қолданумен салыстырғанда, жоғары болып келеді. Осыған байланысты, науқастарды тек қана тегін дәрімен қамтамасыз етпей, оңалту жұмыстарымен белсенді айналысқан жөн.

Әдебиеттер

1. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. . М.: Медицина, 1986. . с. 384.
2. Лобунова Е.А. Организация обучения больных артериальной гипертензией элементам здорового образа жизни. // Здоровоохранение. . 2000. - № 4. . С. 52-54.
3. Frassure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995; 91: 999-1005.
4. Хаздегова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П. и др. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода. Кардиология 1997; 1: 37-40.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общеймедицинской практике. М 2000; 160.

Әшеков Е.О - студент 4-го курса, факультет общей медицины, Eroxa_95@mail.ru
Научный руководитель - доц. **Быстревская Л.К.** , преп. **Карипова А.М.** Кафедра патологической физиологии
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Актуальность проблемы. В клинике воспаление относится к числу самых распространенных типовых патологических процессов, с которым неизбежно сталкивается врач любой

специальности. Он играет ведущую роль на всех этапах любого патологического процесса, вызывая появление начальных изменений, сопровождая прогрессирование и способствуя развитию осложнений. Поэтому исследование различных компонентов воспаления представляет большой практический и теоретический интерес.

Цель. Целью данной работы явилось изучение проницаемости сосудистой стенки при действии флогогенных факторов.

Материалы и методы. В эксперименте были использованы 18 белых беспородных крыс массой 200-250г. Были образованы 3 экспериментальные группы по 6 крыс каждой в зависимости от степени термического ожога: А- низкий термический ожог, Б- высокий термический ожог, В- умеренный термический ожог. Под легким эфирным наркозом крыс фиксировали к деревянной дощечке брюшком вверх. При этом внимательно следили за проведением эфирного наркоза, не допуская опасной для жизни крыс передозировки эфира. Тщательно выстригали шерсть на небольшом участке кожи живота площадью 2x2 см. На передней поверхности бедра крысы вскрывали кожу и обнажали бедренную артерию, в которую вводили 1% р-р трипановой сини из расчета 0,2 мл. на 100г. массы животного. Трипановая синь, являясь низкомолекулярным веществом, в крови соединяется с белками и образует крупномолекулярное соединение, которое не проходит через поврежденную сосудистую стенку. В случае повышения сосудистой проницаемости в очаге воспаления крупномолекулярный комплекс трипановая синь + белок выделяется в межклеточное пространство и участок синееет. Затем в А группе к животу крысы было приложено дно пробирки с нагретой водой до 54⁰ С на 5 секунд. Далее в В группе использовали плоский фрагмент железа диаметром 1,5 см, нагревали его на спиртовке около 2-3 минут потом поставили на кожу крысы и буквально через 2 секунды убрали. А в группе В дно пробирки с доведенной до кипения на спиртовке водой прикладывали к коже живота крысы на 7-8 секунд. Далее вели наблюдение за крысами в течении 5 дней.

Обсуждения и результаты: В А группе на периферии ожога кожа стала постепенно синеть, однако посинение исчезло через 25-30 минут. В Б группе на месте ожога появлялось омертвление кожи и пораженном участке также сразу наблюдалось посинение. Посинение нарастало в течении 1-5 часов и исчезло на 2-4 сутки. А В группе на месте ожога появлялось белое пятно омертвления, а через 5-6 минут на его периферии кожа стала постепенно синеть. Держалось 5-6 часов и исчезло. И так у всех крыс на месте ожога через некоторое время в зависимости термического ожога кожа синела. Окраска кожи связана с повышением сосудистой проницаемости, что привело к выходу жидкой части крови из сосудов в ткань и развитию воспалительного отека[4]. В А группе повышение сосудистой проницаемости появилось сразу. Оно связано с высвобождением гистамина, серотонина и брадикинина. Под влиянием гистамина происходят сокращение эндотелиальных клеток и расширение межэндотелиальных щелей в мелких венах. Проницаемость стенок капилляров и артериол при этом практически не изменяется. В Б группе повышение сосудистой проницаемости также появилось сразу. Это связано глубоким повреждением микрососудов. В результате высокого термического ожога гибнут эндотелиальные клетки сосудов всех уровней микроциркуляции. Из за этого повышение сосудистой проницаемости продолжалось несколько дней. Процесс завершился репарацией сосудов. А в В группе изменений сосудистой проницаемости характеризуется сравнительно продолжительным латентным периодом после повреждения с последующим быстрым увеличением проницаемости. Так, через стенку сосуда усиленно выходят фибриноген и эритроциты, в то время как альбумины и глобулины проходят незначительном количестве. В связи с этим выделяют различные формы экссудата и виды воспаления. [6]

Выводы: Результаты выполненных опытов позволили нам убедиться в том, что на ранних этапах острого воспаления повышается проницаемость стенки микрососудов. Полученные данные помогли нам разобраться в ряде важных вопросов патогенеза воспаления, таких как последовательность развития изменений в стенках микрососудов, механизмы возникновения воспалительного отека, гиперемии, процесса экссудации. В проведенном нами эксперименте можем предполагать, что увеличение проницаемости при этом обусловлено прямым действием флогогенного фактора. Полученные нами результаты представляют собой начальный этап дальнейшего исследования данного вопроса.

Список литературы

1. Методические указания для студентов по подготовке к лабораторным занятиям по патологической физиологии. Выпуск 1-6 / Лазарис Я.А., Серебровская И.А., Быстревская

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

- Л.К. с.соавт.//Караганда –1985.
2. Ойвин И.А., Актуальные вопросы патологии и терапии острого воспаления / И.А. Ойвин, П.Я. Гапонюк Л.И. Уклонская // Пат.физиология. — 1973. -№ 2. С.3.
 3. Патопфизиология: учеб. в 2 т. / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Исабаева Г.Ж. - Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының оқытушысы, guldana_isabaeva@mail.ru

Тагабаева Л.М. - Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының оқытушысы, lyazzat-maratovna@mail.ru

Серикова Б.Д. - Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының оқытушысы, bagi_d90@mail.ru

Ғылыми жетекші: **Сейдахметова А.А.**, м.ғ.к., доцент, Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының меңгерушісі, aizat-seidahmetova@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

СТАНДАРТТАЛҒАН НАУҚАС ӘДІСІН ОҚЫТУ ҮРДІСІНЕ ЕНГІЗУ

Кіріспе. Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі стратегиялық даму жоспарында денсаулық сақтау жүйесін медициналық қызметкерлердің қолжетімділігі мен сапасын арттыру міндетті болатыны туралы айтылған. Елімізде медициналық білім беру жүйесінде оқытудың сапасын арттыруға, оқу әдістерін жетілдіруге көп көңіл бөлінуде. Бүгінгі таңда жоғарғы оқу орнын бітірген студенттерге тек теориялық білім беріп қана қоймай, сонымен қатар тәжірбиелік дағдыларды дамыту мақсатында науқастарды емдеуде және күтім көрсетуде студенттердің клиникалық ойлау қабілетін және өз пікірін жеткізуді дамыту болашақ мамандарды даярлауға оқыту үдерісінде көптеген әдістер қолданылуда.

Соның ішінде «Стандартталған науқас» әдісі оқыту барысына кеңінен қолданылса, болашақ маман иесінің тәжірбиелік және коммуникативті дағдылары, интеллектуалды ойлау қабілеті арта түседі. Бұл әдіс клиникалық жағдай бойынша арнайы дайындалған адам науқастың ролін орындауы керек [1]. Бұл әдіспен оқыту студенттердің интеллектуалды ойлау қабілеті және коммуникативті дағдыларын дамытуға үлес қосады. Сонымен қатар, студент науқастан ақпарат жинауды, тексеру өткізуді және де өзінің кемшіліктерімен жұмыс жасап, тәжірбиелік дағдыларын жетілдіреді [2,3].

Зерттеу мақсаты. «Стандартталған науқас» әдісі арқылы студенттердің тәжірбиелік және коммуникативті дағдыларын, дербес ойлау қабілетін жетілдіру және жеке жұмыс істегенде дербес шешім қабылдауда еркін меңгеруін зерттеу.

Материалдары және әдістері. Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясында екі топқа зерттеу жүргізілді. I топта 2016 жылғы түлектер, яғни жас мамандар, ал II топта Техникалық және кәсіби білім беру факультетінің студенттеріне тәжірбиелік және коммуникативті дағдылары бойынша сараптама жасалды. I топтағы жас мамандарға қарапайым оқыту әдістері қолданылған. II топтағы студенттерге «Стандартталған науқас» (СН) әдісі қолданылған.

Стандартталған науқас әдісі бойынша тәжірбиелік сабақ барысында тақырыпқа сай клиникалық жағдай беріліп, бір студент стандартталған науқас болып дайындалды. Стандартталған науқас тақырыпқа сай синдромды және симптомдарды нақты көрсетіп, берілген клиникалық жағдайдан ауытқымай орындап берді. Студенттердің стандартталған науқасқа шынайы адам ретінде қарап, тексерулер және күтім жүргізілді. Науқас тексеру немесе күтім жасау кезінде студентті бөлмеуі тиіс, сонымен қатар өзі сұрақ қоймағанынша, науқас өз бетінше берілген клиникалық жағдайдан ауытқып студентке ақпарат бермейді. СН әдісінде тәжірбиелік сабақтарда «жұмыс уақыты/үзіліс» (the «time in\time out» format) формасы таңдалды.

Нәтижесі және талқылануы. 2 топқа да бір клиникалық жағдай және бір тапсырма берілді: мейіргерлік кезең бойынша науқасқа күтім жүргізу.

Бағалауда рейтингтік жүйе алынды: 100-90 балл – өте жақсы, 89-75 – жақсы, 74-50 – қанағаттанарлық, 50-ден төмен қанағаттанарлықсыз.

№	Берілген тапсырма	1 топ	2 топ
1	Науқаспен танысып, денсаулығы туралы ақпарат жинады. Науқасқа зерттеулер мен тексерулер жүргізді.	90%	95%
2	Науқас мәселесін анықтап, мейіргерлік диагноз қойды.	85%	90%
3	Мейіргерлік күтім мақсатын анықтап, күтім жоспарын құрастырды.	75%	88%
4	Жоспарды жүзеге асырды.	85%	95%
5	Мейіргерлік күтім нәтижесін бағалады.	80%	95%

Қорытынды. Студенттердің пікірі бойынша «Стандартталған науқас» әдісін оқыту процесінде қолданғанда өздерінің тәжірбиелік дағдыларының артқанын және де науқастармен қарым қатынас жасауды үйренгендерін байқады. Студенттердің клиникалық жағдайда СН-пен үйрену болашақта шынайы науқастармен жұмыс істей алатынына сенімділік пайда болды. Қорытындылай келе, берілген тапсырма бойынша орта есеппен алғанда 1 топ 83%, ал 2 топта 93% алды. Білім көрсеткіші бойынша СН әдісімен оқыған студенттер 10%-ға жоғары нәтижені көрсетті.

Әдебиеттер

1. Д.Х. Дошанов.Стандартизированный пациент в системе медицинского образования, Алматы, 2015.
2. С. Санов, Науқас адамдарды жалпы күту, Қарағанды, 2013 ж. 9 – 15 бет.
3. Булатов С.А., Хамитов Р.Ф. Практические умения и навыки. Программа освоения практических умений по методике «Стандартизированный пациент» / Учебно методические пособие. – Казань: Бриг, 2006г.

Ишметова Н.И. - студентка 3-го курса, медицинского факультета.

Научный руководитель: **Кауызбай Ж.А.**, профессор, e-mail: zhumaly@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Актуальность. Ожирение одна из наиболее серьёзных проблем, стоящих перед современной медициной. Избыточный вес зафиксирован у 30% населения нашей планеты, а в экономически развитых странах эта цифра приближается к 50%. [1] Следствием избыточной массы тела являются как многочисленные осложнения со стороны внутренних органов, эндокринной системы, так и усугубление невротических проявлений, социальная дезадаптация. Коррекция веса всегда сопряжена со значительными трудностями. Больные ожирением нередко бросают лечение, не доводя его до конца, но даже у тех, кому удалось сбросить вес, очень высок процент рецидивов. [2,3]

Цель исследования. Сравнительный анализ клинико-психологических и электрофизиологических особенностей при различных формах нарушения пищевого поведения у больных первичным ожирением.

Материалы исследования. Всего было исследовано 36 больных церебральным (первичным) ожирением женщин (ср. ИМТ > 30 кг/м²) и 8 здоровых женщин с нормальной массой тела и отсутствием нарушений пищевого поведения. В исследовании брались только женщины, что было связано с крайне редкой встречаемостью у мужчин отдельных форм нарушений пищевого поведения (в частности, синдрома ночной еды). Всем пациентам и здоровым проводилось:

Клинико-неврологическое обследование, включающее: внешний осмотр с определением черт дизрафического статуса, характера и степени жировых отложений. Степень ожирения определялась путём вычисления индекса массы тела (ИМТ), равного отношению массы тела в килограммах к удвоенному росту в метрах. [4]

Результаты и обсуждения Основными характеристиками личности этих больных является снижение фона настроения в сочетании с наличием труднокорректируемых (высокая б

шкала) и своеобразных (высокая 8 шкала) представлений о течении болезни на фоне, склонности к самобичеванию, неудовлетворённости межличностными контактами. Основными характеристиками личности этих больных является сосредоточенность на своих соматических ощущениях (Т1 шкала) в сочетании с нарушением социальной адаптации (Т4 шкала) и тенденцией к активному поиску причин развития своего заболевания, а также с реакциями конформно выраженной агрессии (склонность к обвинениям врача в неэффективности проводимого лечения, к преувеличению соматических страданий, тенденция к частой смене врачей).

Выводы. При ожирении широко представлены полиморфные нейроэндокринные расстройства. У всех пациентов с эмоциогенным пищевым поведением имеются выраженные особенности депрессии, тревоги, высоким уровнем напряжённости, преобладанием регрессии, чертами психической незрелости и алекситимией. Для больных с синдромом ночной еды характерно использование приёма пищи в качестве основного регулятора уровня бодрствования на фоне выраженных нарушений циклических процессов и склонности к злоупотреблению алкоголем и седативными препаратами.

Список литературы

- 1.Звенигородская Л. А. и др. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом //Экспер. и клин. гастроэнтерология 2007; 1: 24. – 2007. – Т. 7.
- 2.Вознесенская Т. Г. Ожирение //Глава 9. Типология нарушений ПП и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. М. – 2004. – С. 236-56
- 3.Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция //Ожирение и метаболизм. – 2004. – Т. 2. – С. 2-6.
- 4.Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении //Невропат. и психиатр. – 2001. – Т. 12. – С. 19-24.

УДК 616.914:616.31.-08-039.71

Кабираева А.К.- магистрант 1-го курса, медицинского факультета , asel-kabiraeva@mail.ru
Научный руководитель: **Абуова Г.Н.**, к.м.н., и.о профессора, dr.abuova@gmail.com
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность. Вирус ветряной оспы–вызывается вирусом из семейства герпеса. На сегодняшний день официально зарегистрировано 8 типов герпеса, которые исторически принято разделять на 3 категории, по семействам: α , β , γ . Вирус ветряной оспы, или вирус Варицелла–Зостер, относится к семейству α третьего типа. Как и все герпесные инфекции, ветряная оспа является внутриклеточным возбудителем, живущим внутри клетки организма.

Ветряная оспа вследствие широкого распространения и высокой кантагиозности обычно развиваются у детей. Однако нередко эти инфекции встречаются и у взрослых [2] .

Цель исследования. Изучить особенности поражений слизистой оболочки полости рта при ветряной оспе взрослых пациентов, находившихся на лечении в городской инфекционной больницы города Шымкент.

Методы и материалы. Приведено 2 клинических случая с поражениями слизистой оболочки полости рта при ветряной оспе у взрослых пациентов, находившихся на лечении городской инфекционной больницы города Шымкент.

Результаты и обсуждение. Клиническая симптоматика ветряной оспы у взрослых не отличалась от детей, но болезнь протекала значительно тяжелее. С повышения температуры тела от субфебрильных до высоких цифр (39-40°С), заболевшей ветряной оспой. Отличительной особенностью сыпи была быстрая и обильная пустулизация. Экзантема сопровождалась энантемой

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

на слизистой оболочке рта, преимущественно в области небных дужек и мягкого неба, но течение болезни было благоприятным без развития осложнений. Поражение слизистой оболочки полости рта сопровождалась, как правило, болью, жжением и зудом, прием пищи затруднено. При опросе у пациентов в последующие 1-3 дня сыпь начинала распространяться на лицо, шею, туловище, слизистую оболочку полости рта верхние и нижние конечности. На нижних конечностях сыпь была скудной. Мы наблюдали превращение визикул на небных дужках, миндалин после 3-4 дней в эрозию. На 7-12-й день сыпь постепенно начинала подсыхать с образованием корочек, потом полностью отпадала. Лабораторные данные пациентов при ветряной оспе показали следующие результаты: у первого пациента в общей анализе крови: Hb-154г/л, эритроциты $5,05 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты -234×10^9 /л, лейкоциты $-6,4 \times 10^9$ /л, СОЭ-3мм/ час .В общей анализе мочи лейкоцитоз -1-1-0. У второго пациента в общей анализе крови: Hb-110г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л , тромбоциты -231×10^9 /л, лейкоциты $-4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ-5мм/ час. В общей анализе мочи: лейкоцитоз -2-1-1. Следует так же отметить, что период высыпаний у пациентов сопровождался интоксикацией организма: головная боль, недомогание и слабость, повышение температуры тела до 39-40°C, отсутствия аппетита.

Выводы. Таким образом, течение ветряной оспы у взрослых характеризуется более тяжелым течением, с выраженными симптомами поражения слизистой оболочки полости рта, интоксикацией, умеренными но более продолжительными высыпаниями на коже [3].

Считаем необходимым в комплексном лечении ветряной оспы проведение обработки слизистой оболочки полости рта с раствором мирамистина, фурациллина, травяными отварами клевера, ромашки, календулы.

Список литературы

1. Инфекционная заболеваемость в Южно-Казахстанской области на современном этапе / Абуова Г.Н., Айнабек Г.А., Нурмашева А.А., Ережепов Б.А., Мирзалиев Б.И. Журнал инфектологии, Шымкент, Казахстан 2014 г стр.25-26.
2. Особенности течения ветряной оспы у взрослых./Т. Ю. Кузьмина, Ю. С. Тихонова, Е. П. Тихонова, А. О. Бабушкин, Н. В. Андропова/Сибирское медицинское обозрение, 2013, 2, стр 72-76.
3. Ветряная оспа/ Т.К.Кускова, Е.Г.Белова, Т.Э.Мигманов , Лечащий врач 01/04, стр 14-16

Канафина Т.А., 3 курс, общая медицина, alp.tom@mail.ru

Научный руководитель: **Ожмухаметова Э.К.**, PhD-doctorant кафедры фармакологии и доказательной медицины, elvira.sybambaeva@rambler.ru

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ INVIVO ОЦЕНКИ УДЕРЖИВАЕМОСТИ ФЛУОРЕСЦЕИНА ПРИ ДОСТАВКЕ В ГЛАЗА

Актуальность: Лечение глазных болезней часто является малоэффективным из-за низкой биодоступности лекарственных препаратов. Наиболее распространенной лекарственной формой для доставки препаратов в глаз являются капли. Однако, как правило, биодоступность введенной дозы в виде обычных капель составляет лишь 3-5 %. Основными причинами такой низкой биодоступности являются очень малая проницаемость роговицы, частое моргание, а также интенсивное слезоотделение и быстрый смыв препарата через носослезный канал. Кроме того, основная часть вводимого препарата быстро всасывается более проницаемыми мембранами конъюнктивы и глазного века, попадает в кровь и не доставляется внутрь глаза [1-3].

Цель: Разработать методики исследования удерживаемости полимерных глазных лекарственных форм флуоресцеина в эксперименте на кроликах *invivo*.

Материалы и методы исследования: Кролики породы Шиншилла весом 2.5-3.0кг, находящиеся на стандартном питании в условиях вивария. В экспериментальную группу входили 10 кроликов. В качестве контроля использовался правый глаз кроликов. Глазные капли, приготовленные путем растворения PluronicF127 и PluronicF68 в 1мг/мл растворах флуоресцеина натрия, которые закапывались на поверхность роговицы. Наблюдение продолжалось в течении 90 минут и фиксировали с помощью фотоаппарата ISlim 2020AF. Также отбирались пробы слезной жидкости при помощи тампонов (Ola!SilkSense, Российская Федерация) путем легкого касания

предварительно взвешенного тампона нижней части роговицы. Далее взятая проба взвешивалась на аналитических весах, экстрагировалась в 2 мл 90 об % этанола (компания Ромат, Казахстан) в течении 1 часа, центрифугировалась в течении 10 мин при 8000 оборотов/с и анализировалась на спектрофотометре PD-303S (ApeLCoLtd, Japan) при $\lambda=490$ нм. Концентрация флюоресцеина в слезной жидкости определялась при помощи калибрационной кривой. Каждый эксперимент повторялся на 4-5 разных кроликах. Время фотографирования и отбора проб слезной жидкости. Полученные результаты указывают на лучшую удерживаемость флюоресцеина в присутствии гелеобразующего полимера (Pluronic F 127) по сравнению с полимером, который не образует гель (Pluronic F68).

Выводы: В работе разработаны методы исследования удерживания глазных капель с флюоресцеином на глазах кроликов в экспериментах *in vivo*. Глазные капли изготовленные с применением Pluronic F127 проявляют большую способность к удерживанию на глазах по сравнению с Pluronic F68, который не образует геля *in situ*.

Литература

1. Washington N., Washington C., Wilson C.G. Ocular drug delivery. In: Physiological Pharmaceutics: Barriers to Drug Absorption, 2001, 2nd ed. CRC Press, FL, USA, 249–270.
2. Wilson C.G., Zhu Y.P., Kumala P., Rao L.S., Dhillon B. Ophthalmic drug delivery. In: Drug Delivery and Targeting for Pharmacists and Pharmaceutical Scientists. Hillery A.M., Lloyd A.W., Swarbrick J. (Eds). CRS Press, FL, USA, 2001, 329–353.
3. Morrison P.W.J., Khutoryanskiy V.V. Advances in ophthalmic drug delivery, Therapeutic Delivery 2014, 5(12), 1297–1315.

Карамамуд-Оглы Д.Х., врач-интерн, 7 курс, zxz_99@mail.ru
Сейталини И.А., врач-интерн, 7 курс, iskandersia@mail.ru, **Сейталини Т.А.**, врач-интерн, 7 курс.
Научный руководитель: заведующий кафедры патологии человека, к.м.н., доцент

Жуманазаров Н.А.

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Республика Казахстан, город Шымкент.

ВЫБОР МЕТОДА В ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЕСТЕСТВЕННОГО КАЛОВОГО ПАССАЖА В ОБЛАСТИ РЕЗЕЦИРОВАННОГО НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПУТЕМ ИЛЕОТРАНСПОЗИЦИИ

Актуальность. Несмотря на значительные преимущества, операции Гартмана присущи недостатки, связанные с наличием функционирующей колостомы. Одной из самых важных проблем в процессе всей медико-социальной реабилитации стомированных людей является проблема не возможности полноценной жизни и психологической реабилитации.

Пациенты обычно тяжело переживают свое новое состояние особенно после выписки из стационара [1]. Изменение привычного образа тела приводит к ощущению физической и психологической неполноценности, формированию заниженной самооценки и высокой степени неудовлетворенности жизнью [2].

Так как практически все операции, направленные на восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана, помимо несостоятельности анастомозов сталкиваются с проблемой короткой культи, сравнительная оценка в выборе метода наложения анастомозов является наиболее актуальной.

Целью исследования: является выбор метода в формировании илеоректального анастомоза при восстановлении естественного калового пассажа в области резецированного нисходящего отдела толстой кишки путем илеотранспозиции в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Экспериментальная работа выполнена в условиях vivaria на базе МКТУ им. Х.А. Ясави на 24 беспородных собаках обоего пола в возрасте 1-5 лет и массой тела 5-25 кг. В ходе экспериментальной работы выполнены все требования Европейской конвенции о гуманном отношении к лабораторным животным (Страсбург, 1985). Все операции проводились под кетамин-тиопенталовым наркозом. В проксимальном отделе аутоилео-трансп-

лантата накладывался анастомоз по типу «бок в бок». Илеоректальный анастомоз накладывался по типу «бок в бок», «конец в бок» и погружной эндоректальный анастомоз. Соответственно животные были распределены на 3 экспериментальные группы, в каждой группе по 9 собак. Для патоморфологического исследования проводились релaparотомии на 3-и, 7-е, 12-е и 24-е сутки.

Результаты. В ходе эксперимента 3 собаки погибли: две вследствие несостоятельности швов анастомоза по типу «конец в бок», одна от кровотечения в брюшную полость. Макроскопически при релaparотомии на 3-и сутки после операции у животных с анастомозом по типу «бок в бок» и погружным эндоректальным анастомозом в брюшной полости определялось до 20 мл серозно-геморрагического прозрачного выпота без запаха.

Висцеральная и париетальная брюшина была бледно-розового цвета, блестящая без признаков воспаления, однако в области анастомоза и прилежащих к нему петлях кишок, пряди большого сальника отмечается гиперемия, и умеренная отечность брюшины. Участки кишок в области анастомоза незначительно расширены, швы состоятельны. На 7-е сутки после операции выявили, что в брюшной полости практически выпота нет. Висцеральная и париетальная брюшина были без воспаления и спаек. Прилежащие к анастомозу участки тонкой и толстой кишок не расширены, серозная поверхность блестящая. Линия серозно-мышечных швов с элементами фибрина, швы состоятельны. На 12-е и 24-е сутки в брюшной полости практически выпота нет. Висцеральная и париетальная брюшина без признаков воспаления, спаек нет. Прилежащие к анастомозу участки тонкой и толстой кишок не расширены. Швы состоятельны.

Макроскопически у животных с анастомозом по типу «конец в бок» на 3-и сутки участки кишок, прилежащие к анастомозу, расширены. Серозная поверхность тусклая. В зоне анастомоза отмечаются рыхлые сращения большого сальника, швы состоятельны. Слизистые оболочки в области анастомотического кольца отечны, гиперемированы. Некоторые внутренние швы передней стенки анастомоза прорезались. По всему периметру анастомоза имеются очаги точечных кровоизлияний, некроза. На 7-е сутки у животных этой же группы в брюшной полости количество серозного выпота сохранялось (до 30 мл). К области анастомоза подпаяна прядь большого сальника. Участки кишок, прилежащие к анастомозу, умеренно расширены. По линии швов имелся налет фибрина.

На 12-е сутки выпота в брюшной полости нет. Между анастомозом, прилежащими петлями кишок и сальником имеются рыхлые спайки. Швы состоятельны, анастомоз проходим. Слизистые оболочки в зоне анастомотического кольца гиперемированы, отечны, отмечаются участки некроза на уровне внутренних швов. На 24-е сутки после наложения анастомоза по типу «конец в бок» выявлено множество плоскостных спаек между зоной анастомоза, прилежащими петлями тонкой кишки и большого сальника. Приводящий отдел тонкой кишки к анастомозу и отводящий отдел толстой кишки не расширены. Швы состоятельны.

Выводы.

Таким образом, использование погружного эндоректального анастомоза в дистальной части аутоилеотрансплантата, в отличие от анастомозов по типу «бок в бок» и «конец в бок», у больных с колоректальным раком после операции Гартмана обладает рядом преимуществ:

1. Возможность использования короткого аутоилеотрансплантата с целью профилактики синдрома короткой кишки.
2. Уменьшает риск возникновения несостоятельности анастомоза в дистальной части аутоилеотрансплантата.
3. Профилактика калового стога в дистальной части аутоилеотрансплантата ввиду прямолинейности кишечника.
4. Профилактика синдрома отводящей кишки.

Список литературы

1. Александров В.Б., Голубева М.Ю. Реабилитация пациентов с кишечной стомой в Москве: материалы научной конференции «Актуальные проблемы колопроктологии» - М.:2005.- С. 309.
2. Платонова О.В. Психологическая реабилитация стомированных больных: материалы научно-практического семинара. – М.: 2003.

Каримов А.М. – студент 1-го курса, медицинского факультета, arif_99_24@mail.ru
 Научный руководитель: **Сапрыгина М.Б.** – к. ф.-м. н., доцент, marina-iv@mail.ru
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
 Казахстан

СОСТАВЛЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА ОБЪЕМА ПРОДАЖ ДЛЯ СЕТИ АПТЕК ”ЗЕРДЕ”

Актуальность. На сегодняшний день статистические методы играют важную роль в маркетинговых исследованиях, призванных определять потребности в лекарственных препаратах, тенденции замены одних поколений медикаментов другими, оптимальную тактику продвижения препаратов на рынок. Одним из таких статистических методов является прогнозирование. Задача прогноза при проведении маркетинговых исследований достаточно типична. По информации, имеющейся за некоторый период, необходимо предсказать поведение системы в следующий период. Для этого может быть использован регрессионный анализ.

Цель исследования. Целью данного исследования является построение простого краткосрочного линейного прогноза при отсутствии периодической составляющей.

Материалы и методы. В процессе данного исследования была использована информация об объеме продаж лекарственных препаратов за последние 10 лет в сети аптек ТОО “Зерде”, предоставленная отделом маркетинга. В качестве метода исследования был использован регрессионный анализ, реализованный с помощью программы MSExcel.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования по имеющимся данным (табл. 1) был построен график (рис. 1). По графику видно, что вначале объем реализации достаточно быстро увеличивается, затем замедляется. Кривая выглядит так, как будто сектор близок к насыщению.

Таблица 1 - Объем реализации препаратов

	Период времени										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Объем реализации (млн. тг.)	49	81	112	126	170	192	213	225	236	240	248

Для получения уравнения регрессии использовался инструмент MSExcel “Анализ данных – Регрессия”(рис.2).

Для выполнения прогноза по полученным данным была построена формула уравнения регрессии $=\$G\$17+\$G\$18*B2$. Здесь B2 играет роль независимой переменной (времени).

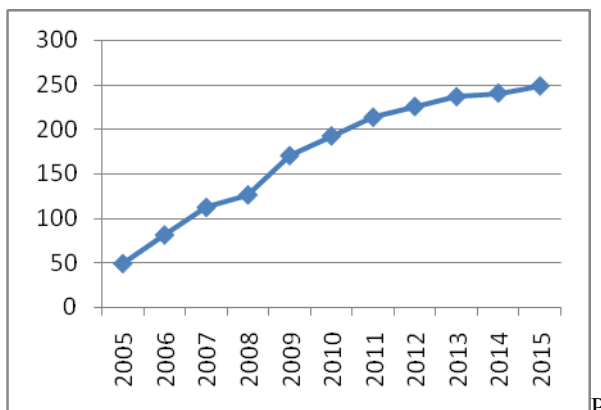


рис.1. – Изменение во времени объема реализации в секторе рынка

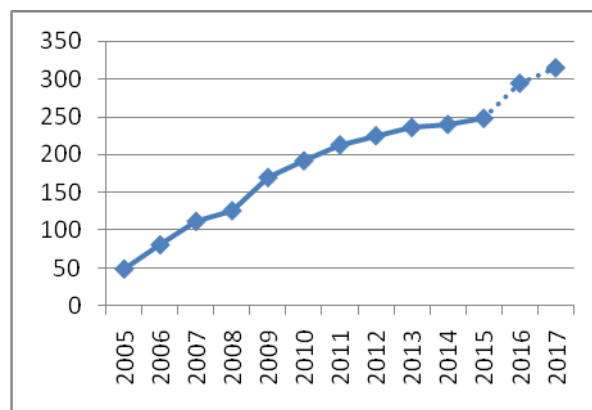


Рис. 3. – Вид кривой с прогнозными значениями

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

Год	t	Объем продаж	Расчетные значения объема продаж	ВЫВОД ИТОГОВ									
2005	1	49	70										
2006	2	81	90,4										
2007	3	112	110,8										
2008	4	126	131,2										
2009	5	170	151,6										
2010	6	192	172										
2011	7	213	192,4										
2012	8	225	212,8										
2013	9	236	233,2										
2014	10	240	253,6										
2015	11	248	274										
2016	12		294,4										
2017	13		314,8										
				Регрессионная статистика									
				Множественный R		0,971368501							
				R-квадрат		0,943556765							
				Нормированный R-квадрат		0,937285294							
				Стандартная ошибка		17,44324129							
				Наблюдения		11							
				Дисперсионный анализ									
						<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>ачимость F</i>			
				Регрессия		1	45777,6	45777,6	150,452	6,4E-07			
				Остаток		9	2738,4	304,266667					
				Итого		10	48516						
						<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>t-статистика</i>	<i>Значение</i>	<i>верхние 95%</i>	<i>нижние 95%</i>		
				Y-пересечение		49,6	11,28001719	4,39715642	0,00173	24,0828	75,1172	24,082	
				t		20,4	1,6631478	12,2658972	6,4E-07	16,6377	24,1623	16,637	

Рис.2. - Итоги регрессионного анализа

В столбце D приведены расчетные (прогнозные) значения на 2016-2017 год. На рис. 3. представлен вид кривой включающей и точки, значение объема реализации для которых спрогнозировано

Вывод. По результатам проведенного анализа были сделаны следующие выводы: полученные прогнозные значения свидетельствуют об увеличении объемов продаж данной организации, а следовательно о ее рентабельности; регрессионный анализ эффективный и достоверный инструмент для построения краткосрочных прогнозов.

Список литературы

1. Уокенбах Дж. Excel 2013. Трюки и советы Джона Уокенбаха. –СПб.: Питер, 2014. – 336 с.
2. Уокенбах Дж. Microsoft Excel 2010. Библия пользователя.:2011. – 912 с.

ӘӨЖ 616. 98

Киргизбаев Р.Б. -Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, 1 курс магистранты xirus_87@mail.ru

Ғылыми жетекші- м.ғ.к . профессордың міндетін атқарушы **Абуова Г.Н.**, dr.abuova@gmail.com
 Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ БОЙЫНША ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИЯҒА ҚАРСЫ ІС-ШАРАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ, ОДАН ӘРІ ЖЕТІЛДІРУ

Өзектілігі: КҚГҚ – трансмиссивті механизм арқылы, контактты және ауа-тамшылы жолмен жұғатын жоғары контагиозды зоонозды табиғи ошақтық арбовирусты аса қауіпті инфекция, ол жалпы интоксикация және вирустың тамырларға әсерінен қанның ұю жүйесінің бұзылуы, тамырдың қабырғасының өткізгіштігінің жоғарлауы мен асқазанның кілегей қабатынан, ішектен көп мөлшерде қан кетумен, бас миы, бүйрек, өкпеден ұсақ қан кетумен өлімге әкелетін аса қауіпті жұқпалы ауру [1]. Конго-Қырым геморагиялық қызбасын эпидемиологиялық жағынан және өзекті ғылыми-зерттеп қарағанда әлеуметтік, экономикалық және экологиялық факторлардың өзгеруінен КҚГҚ-сы эндемикалық аймақтарда көптеп тіркеліп, жаңа мекендейтін жылы жайларға таралуына ықпал жасай алады. Инфекцияның эпидемиялық көріністері көктем-күз айларында сипатталады. Қазақстанда КҚГҚ Жамбыл, Қызылорда, Оңтүстік Қазақстан облыстарында кездеседі. Бұл өлкелер КҚГҚ табиғи ошақтығынан қолайсыз аймақ болып табылады. Индеттің

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

таралуына географиялық ландшафтың ерекшеліктері, жылы климат, мал басының көбеюі, вирусты жұқтырған кененің табиғатта таралуы ерекше себеп болуда [2].

Зерттеудің мақсаты: Оңтүстік Қазақстан облысында КҚГҚ бойынша профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шаралардың тиімділігін бағалау, одан әрі жетілдіру

Әдістер мен материалдар: Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі, Тұтынушылардың құқықтарын қорғау комитетінің ОҚО департаменті, карантинді және аса қауіпті инфекцияларды эпидемиологиялық қадағалау бөлімінің мамандарымен 2016 жылдың 9 айлық есептері талқыланып, осы уақытта тіркелген КҚГҚ күдікті және расталған жағдайлардың нақастардың ауру тарихтары қоса көрілді.

Нәтижелер және талқылау: Оңтүстік Қазақстан облысында соңғы 7 жылда КҚГҚ ауруымен ауырып, тіркелген науқастардың саны : 2009 жылы – 22, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,88, 2010 жылы – 17 (100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,66), 2011 жылы – 10(100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,36), 2012 жылы – 3(100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,11), 2013 жылы – 5(100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,11), 2014 жылы – 8(100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,29), 2015 жылы 6 анықталған жағдай тіркелсе(100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,21) [3], 2016 жылдың 9 айында 15 зертханалық дәлелденген жағдай тіркеліп(100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші –0,53), 2015 жылмен салыстырғанда 9 жағдайға өсіп, яғни өсу деңгейі 60% құрап отыр.

Осы 2016 жылдың 9 айында облыс бойынша КҚГҚ ауруына күдікті 72 жағдай тіркеліп,оның ішінде 15 жағдайда (Сайрам ауданында-1, Отырар ауданында-5, Ордабасыда-1, Сарыағашта-2, Кентау қаласында-1, Түркістанда-1, Түлкібаста-1, Шымкент қаласы Абай ауданында-1, Өл-Фарабиде-1, Бәйдібекте-1) диагноздары зертханалық жолмен расталып, өкінішке орай осылардың ішінде 2 жағдай (Ордабасы және Сарыағаш аудандарында) өліммен аяқталды. Науқастардың ауру тарихтарына шолу жасағанда анамнезінде кене шағу, науқаспен, кенесі бар жануармен қарым-қатынаста болу жағдайлары тіркеледі және инкубациялық кезеңнің сәйкес келуі сол өңірде иксод кенелері КҚГҚ ауруын тудыруға негіз болып табылады.

Оңтүстік Қазақстан облысы көлемінде жыл сайын жоспарлы түрде көктем-күз айларында кенеге қарсы залалсыздандыру іс-шараларының жүргізілуіне қарамастан, облыс бойынша кене шағып, медициналық мекемелерге қаралғандар саны 2016 жылдың 9 айына 5784 жағдай, ал 2015 жылдың осы мерзімінде - 4037 жағдай тіркеліп, былтырғы 2015 жылмен салыстырғанда – 1747 жағдайға өсіп, яғни30,2 пайызға көбейген.

Оңтүстік Қазақстан облысы аумағында КҚГҚауруының қоздырғышын анықтау мақсатында 2016 жылдың 9 айында облыстық аса қауіпті жұқпалы аурулар зертханасында – 51125 дана кенелер зерттеліп, 204 сынамалардан оң нәтиже беріп, яғни 0,4 % құрады. Ал 2015 жылдың осы мерзімінде зерттелген кенелер саны – 53603 болса, оң нәтиже анықталғаны-135 сынама болып, ол 0,26 % құраған. Бұл КҚГҚ ауруының қоздырғыштары анықталып, жұқпалылық пайызы былтырғы жылмен салыстырғанда 30 пайызға өсіп - 2016 жылдың 9 айында 4,5 құраса, былтырғы жылы осы уақытта жұқпалылық пайызы - 3,0 құраған.

Қорытынды: Оңтүстік Қазақстан облысының аумағында КҚГҚ ауруы бойынша жағдайды тұрақтандыру мақсатында эпизоотологиялық-эпидемиологиялық жағдайды және КҚГҚ ауруына қарсы профилактикалық іс-шаралардың, оның ішінде кенеге қарсы залалсыздандыру жұмыстарының жүргізілуіне қарамастан, бүгінгі таңда КҚГҚ ауруына расталған жағдайлардың тіркелуі және кенеден оң нәтижелердің көптеп анықталуын ескерсек, бұл КҚГҚ ауруына қарсы профилактикалық іс-шаралардың өз деңгейінде жүргізілмегенін көрсетіп, одан әрі жетілдіруді талап етеді.

Яғни, барлық мүдделі органдар мен қызметтер: жергілікті атқарушы органдар, денсаулық сақтау, санитарлық-эпидемиологиялық, ветеринарлық қадағалау, обаға қарсы күрес стансасы қызметінің қатысуымен бірлескен кешенді жоспар құрып, жоспар негізінде халыққа КҚГҚ-нан қорғану шараларын, шаққан жағдайда дер кезінде медициналық көмекке жүгінуді, өлкенің барлық елді-мекендерін қамты отырып кенеге қарсы залалсыздандыру жұмыстарын толық қамтылуын және барлығының бір мезетте жүргізілуін ұйымдастырып, халықтың белсенді сіңіру тұрғысынан санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізіп, профилактикалық шаралар кешенін жүзеге асыру кеңінен қолдансақ, тұрғындар арасында КҚГҚ-ның тіркелу жағдайын азайтып, қажетті нәтижеге қол жеткізуге болады.

Әдебиеттер

- 1.Тулемирзаева А.Д., Абуова Г.Н. Табиғи ошақтарда Конго-Қырым қызбасын ерте диагностикалауда жедел жәрдем дәрігерлерінің ролі. / ОҚМФА хабаршысы – 2014. - №4 (69). Б.3.
- 2.Конго-Қырым қанды қызбасын эпидемиологиялық қадағалау жүйесін жетілдіру / Есенбаева А.Н., Алиев Д.С., Акимханов Б.С. Медетов Ж.Б., Абуова Г.Н. / ОҚМФА хабаршысы. – 2013. – №4 (65). – Б.200-201.
- 3.О состоянии заболеваемости Конго Крымской геморрагической лихорадкой в Республике Казахстан в эпидемический сезон 2016 года. / Ж.Ж.Жамалбекова, К.К.Қыраубаев, З.С.Турлиев
4. У.Б.Усенов, К.Р.Рахимов, О.М.Аханов, Т.А.Арынбаев /Қоршаған орта және халық денсаулығы/Окружающая среда и здоровье населения. - 2016. - №2. – С.40-45.

Маметова Д.А., магистрант II- го года обучения, dilyad@mail.ru

Научный руководитель - д.м.н профессор **Дауреханов.А.М.**

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

В настоящее время смертность от различных клинко-морфологических форм атеросклероза среди взрослого населения составляет большую часть от общей смертности. С развитием диагностических возможностей из артериальной гипертензии все чаще стала выделяться реноваскулярная гипертензия.

Материал и методы. Материалом послужили проведенные независимо от причины наступления смерти 160 вскрытие, жителей г.Шымкент, умерших в возрасте 50-79 лет. Материал распределялся по возрасту следующим образом: в группе 50-59 лет-29 случаев, 60-69 лет-71, 70-79 лет-60 случаев. В зависимости от заболеваний, приведших к смерти, выделены следующие группы: атеросклероз с артериальной гипертонией-54 случая; атеросклероз без гипертонии – 30 случаев; опухоли-18 случаев; прочие заболевания (ревматизм, хроническая пневмония, туберкулез, заболевания желудочно-кишечного тракта и т.д) -26 случаев и группа практически здоровых лиц. Из групп опухолей и прочих заболеваний исключены случаи с артериальной гипертонией. Независимо от причин смерти рассмотрены группы с нормальным артериальным давлением (менее 140\90мм рт.ст.) – 82 случая и с артериальной гипертонией (160\95 мм рт.ст. и выше) – 79 наблюдений.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто встречались в основных артериях почек липоидные полосы и фиброзные бляшки. Эти виды изменений чаще обнаруживались в стволах, чем в зонах ветвления. Очаговый кальциноз встречался сравнительно редко, частота его оказалась более высокой для зон ветвления основных артерий почек.

Закключение. В основных почечных артериях в возрасте 50-79 лет наиболее часто обнаруживались липоидные плоски и фиброзные бляшки, площадь кальциноза и, осложненных поражений в почечных артериях была низкой. С возрастом площадь всех видов атеросклеротических изменений возрастала. Наиболее часто атеросклеротические изменения встречались в стволах основных артерий почек. Зоны ветвления поражались реже, распространение атеросклеротических изменений в них было незначительными. В брюшной аорте частота различных видов атеросклеротических изменений и их протяженность были более выраженными, чем в артериях почек. Наибольшие значения частоты и площади липоидных полосок, фиброзных бляшек и кальциноза в основных артериях почек выявлены у лиц, страдавших атеросклерозом в сочетании с артериальной гипертонией и без нее; наименьшие – у практически здоровых лиц.

Список литературы

- 1.Абдуллаходжаева Д.Г. Патогенетические аспекты медикаментозной терапии облитерирующего атеросклероза гипополидемии препаратами: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2003.- 314с

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

2. Алексеев В.П., Аргунов В.А., Жданов В.С. Атеросклероз аорты и коронарных артерий у мужчин, проживающих в Якутии (эпидемиологическое патологоанатомическое исследование) // Арх. пат. – 1989. –Т.51, №4. – С.29-31.
3. Балтаг Р. Анализ смертности от церебральных инсультов в Республике Молдова // Журн. неврол. и психиатр. -2002. –Вып.7. –С. 62-63.
4. «Атеросклероз – результат старения липидов» К.П.Ошакбаев, А.Ш. Сейсенбаев, Л.М. Зинбаева, Б.С. Оскенбаева // CONSILIUM, №1, 2010г
- 4.Reddy K.S., Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation, 1998, 97, 596–601.
5. World health statistics 2010. World Health Organization Press Geneva, 2010.
6. Ross R., Glomset J.A. The pathogenesis of atherosclerosis (first of two parts). N Engl J Med 1976;295:369-377; Item (second of two parts), 420-425.
7. Казаков, А.Ю. Сравнительные результаты реконструктивных операций у больных с атеросклеротическим поражением артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента при критической ишемии нижних конечностей./ Ю.И. Казаков, А.Ю. Казаков, Д.О. Бобылев, Р.С. Аль-хаммад // Тезисы докладов сборника научно-практических работ «Гуманитарные, клинические и морфологические аспекты медицины».– Тверь.– 2003.– С. 275–276.

Сапарбеков С. –ЖТД-610 топтың интерны, ОКМФА, e-mail: s_saparbekov@mail.ru
Ғылыми жетекшісі – м.ғ.к., доц.м.а. **Махатова В.К.**
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент, Қазақстан

**БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ
ЕМДЕУДЕ АЛЬФА-2В ИНТЕРФЕРОННЫҢ ӘСЕРІ**

Тақырыптың өзектілігі: Жедел респираторлы вирусты инфекция ауруларына тұмау және жоғарғы тыныс жолдарын зақымдайтын бірнеше аурулар түрлері жатады. Бұл аурулардың қоздырғыштары әртүрлі вирустар (А,В,С) олар әлемде кең таралған. Әрбір ересек адам кем дегенде жылына 2 рет, балалар арасында одан жиірек кездеседі. Көп жағдайда бір жасқа дейінгі балаларда ЖРВИ ауыр түрде, кейде асқынулармен өтеді.

Зерттеу мақсаты: жедел респираторлы вирусты инфекцияларды емдеуде альфа-2в Интерферонның тиімділігін бағалау.

Зерттеу әдісі: Тәжірибе жұмысы, 2016 жылдың көктем, күз айларынды № 8 қалалық емханада жүргізілді. Тәжірибе барысында, зерттеуге 125 бала алынды. Барлығы ата-анасымен бірге жедел респираторлы вирусты инфекцияға шалдығу белгілерімен емханаға келген. Балалардың жасы 1 - 3 жас аралығында. Зерттеу барысында балалар жалпы қаралып, дене температурасы өлшеніп қажетті зерттеулер тағайындалды. Барлық балаларда ЖРВИ белгілері байқалды. Зерттеуге алынған балалар екі топқа бөлінді, тірінші топта 63, екіншіде 62 бала енді. Осы топтағы балаларға ҚР ДС министірлігінің 30.11.2015 жылғы №18 диагностикалық, емдік хаттамасында берілген препараттар қолданылды.

Бірінші топтағы балаларға: альфа-2в Интерферонның (виферон) суппозитори түрінде 50000 ҚБ тәулігіне 2 рет 5 күнге тағайындалы, 0,25% оксолин жақпа майы мұрын аймағына жағылды және қажетті кеңестер берілді.

Екінші топтағы балаларға клиникалық жағдайына сәйкес вифероннан басқа ЖРВИ емдеудің ҚР ДС министірлігінің диагностикалық, емдік хаттамасында ұсынылған ем-шара тағайындалды. Балалар күнделікті медбикемен бірге хабарласып, немесе қажет болған жағдайда дәрігердің қабылдауына қайта келіп тексеріліп отырды.

Нәтижесінде: зерттеуге алынған екі топтағы балаларды салыстырғанда, бірінші топтағы балаларда дене температурасы 1 күннен қалпына келді, жалпы әлсіздік 2-ші күннен азайды және тәбеті жақсарды. ЖРВИ белгілері 3-4 күні кете бастады.

Екінші топтағы балаларда дене температурасы 2 күннен қалпына келді, жалпы әлсіздік 2 – 3 ші күннен азайды, тамақ ішуі 3 күндері жақсара бастады. ЖРВИ белгілері 4-5 күндері кете бастады.

Бұл топтағы балалардың ішінде 3 жедел бронхитпен асқынды, хаттамаға сәйкес ем тағайындалды, жағдайлары 8-9 күндері жақсарды.

Қорытынды: Жоғарыдағы зерттеу нәтижесіне сүйене отырып, балалар арасындағы ЖРВИ емдеуде альфа-2в Интерферон препаратының тиімділігі анықталды. Осы препаратты тағайындау арқылы, балалар арасындағы мезгілдік респираторлы инфекцияларды емдеуде және асқынудың алдын алдын-алуда, тәжірибе барысында нәтижелі екеніне көз жеткіздік.

Мельник А.Е., Рудницкая Л.Р., Сенив Н.В., 4 курс, медицинский факультет №1
Сицинская И.А., ассистент кафедры внутренней медицины и инфекционных болезней
Высшее государственное учебное заведение «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновы, Украина

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ТЕНЗИОННОГО ТИПА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД СИМПТОМАТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Актуальность темы. Головная боль напряжения (ГБН) – это вид боли, при котором человек испытывает давящие и сжимающие болезненные ощущения. Пациенты по-разному описывают их, называя такую боль монотонной, двусторонней, стягивающей или тупой. ГБН отмечается несколько раз в течение месяца у 24–37% населения, около 10% имеют еженедельные эпизоды, при этом 2–3% в популяции страдают хронической ГБН (ХГБН) [1]. В одном из популяционных исследований установлено, что пациенты с эпизодической ГБН (ХГБН) в среднем 9 дней в году не выходят на работу по причине ГБ и еще в течение 5 дней имеют выраженное снижение работоспособности, в то время как для ХГБН эти показатели достигают: 27 дней пропуска работы и 20 дней со сниженной эффективностью [2].

Цель работы: оценка клинической картины и лечения головной боли напряжения у лиц разного возраста.

Материалы и методы: группу составляют лица разного возраста, лечение которых имеет индивидуальность.

Результаты и их оценка. Основными препаратами симптоматической терапии ГБН являются анальгетики и индивидуальный подбор их эффективной дозировки. В большинстве случаев рекомендуется использование максимальных начальных дозировок с целью предотвращения рецидива болевого синдрома и повторного использования препарата. Высокий уровень эффективности и снижение общих дозировок анальгетиков обеспечивает применение специальных быстродействующих форм (например, быстродействующая форма ибупрофена (Нурофен Экспресс Форте 400 мг). Препаратами первого выбора для купирования эпизода ГБН являются простые анальгетики (парацетамол, ацетилсалициловая кислота), а также НПВП (ибупрофен (Нурофен), кетопрофен, напроксен) [3]. Известно, что эффективность парацетамола, ацетилсалициловой кислоты и ибупрофена однотипны. Однако данные контролируемых исследований указывают на более высокую эффективность ибупрофена при ГБН. В одном из первых рандомизированных исследований был показан высокий анальгетический эффект 400 мг ибупрофена у пациентов с ЭГБН. Данные двойного слепого плацебо-контролируемого исследования убедительно доказывают более выраженный обезболивающий эффект 400 и 800 мг ибупрофена у пациентов с ГБН в сравнении с плацебо [4]. Сравнительные клинические исследования показали, что ибупрофен в дозе 400 мг достоверно эффективнее по отношению к 1000 мг парацетамола и 500 мг ацетилсалициловой кислоты [5, 6]. Значительный прорыв в обезболивании ГБН связан с созданием быстродействующих форм НПВП, в частности ибупрофена. В. Раскман и соавт. установили, что быстродействующий ибупрофен в дозировке 400 мг (Нурофен Экспресс Форте) начинал действовать достоверно раньше парацетамола 1000 мг. В течение 3-х ч после приема быстродействующего ибупрофена у 75% (p<0,001). пациентов (у 32% (p<0,005) – при использовании парацетамола) отмечался полный регресс болевого синдрома [7]. По данным системного обзора, быстродействующие формы ибупрофена (Нурофен Экспресс Форте) действуют достоверно быстрее, имеют более выраженный и пролонгированный

анальгетический эффект [8]. Применение быстродействующих форм препятствует повторному использованию анальгетиков.

Согласно современным рекомендациям Европейской федерации неврологических сообществ (EFNS), ибупрофен (дозировка от 200 до 800 мг в зависимости от формы) входит в число препаратов с наивысшим доказательным уровнем А для купирования ГБН. В данную группу также входят парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кетопрофен, напроксен и диклофенак. Однако с учетом доказательной эффективности ибупрофен относится к препаратам первого выбора. Облегчение ГБН при приеме Нурофен Экспресс Форте начинается уже через 15 мин, обеспечивая быстрое и выраженное обезболивающее действие. К препаратам второго ряда относятся комбинированные кофеинсодержащие анальгетики, что ограничивается повышенным риском развития ЛИГБ. По этой же причине не рекомендовано применять при ГБН лекарственные средства, содержащие кодеин и барбитураты.

Вывод. Лечение и профилактика ГБН – сложная мультидисциплинарная задача, требующая формирования стратегий коррекции повседневной активности, межличностных взаимоотношений, психологической коррекции. Для симптоматической терапии ГБН рекомендован ранний прием анальгетиков, из которых препаратами первого выбора являются ибупрофен и ацетилсалициловая кислота. Оптимально использование быстродействующих форм анальгетиков, в частности ибупрофена (Нурофен Экспресс Форте 400 мг), доказавших свою быструю и высокую эффективность.

Литература

1. Lyngberg A.C., Rasmussen B.K., Jørgensen T., Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey // *Eur. J. Epidemiol.* 2005. Vol. 20. P. 243.
2. Jensen R., Stovner L.J. Epidemiology and comorbidity of headache // *Lancet. Neurol.* 2008. Vol. 7. P. 354.
3. Bendtsen L., Evers S., Linde M. et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force // *Eur. J. Neurol.* 2010. Vol. 17. P. 1318.
4. Diamond S. Ibuprofen versus aspirin and placebo in the treatment of muscle contraction headache // *Headache.* 1983. Vol.23. P. 206–210.
5. Schachtel B.P., Furey S.A., Thoden W.R. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache // *J. Clin. Pharmacol.* 1996. Vol. 36. P. 1120–1125.
6. Nebe J., Heier M., Diener H.C. Low-dose ibuprofen in self-medication of mild to moderate headache: a comparison with acetylsalicylic acid and placebo // *Cephalalgia.* 1995. Vol. 15. P. 531–535.
7. Packman B., Packman E., Doyle G. et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache // *Headache.* 2000. Vol. 40. P. 561–567.
8. Moore R.A., Derry S., Straube S. et al. Faster, higher, stronger? Evidence for formulation and efficacy for ibuprofen in acute pain // *Pain.* 2014. Vol.155(1). P.14–21.

Молдаханов О. - врач-интерн 706 группы, факультета последипломного обучения
Научный руководитель: **Джакипбекова З.К.**, к.м.н
Шымкентский медицинский институт, МКТУ имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.Шымкент,
Республика Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ДЕКСЛАНСОПРАЗОЛА.

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь(ГЭРБ) - это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящему к поражению нижнего отдела пищевода. Новым словом в терапии ГЭРБ стал декслансопразол (Дексилант®), который представляет собой первый и единственный ингибитор протонной помпы (ИПП) с технологией

двойного высвобождения, обеспечивающий длительное подавление секреции соляной кислоты и контроль симптомов ГЭРБ до 24 ч. [1,2,3.] Декслансопразол является R-энантиомером лансопразола. Дексилант® имеет уникальную технологию высвобождения действующего вещества. Препарат содержит 2 типа гранул, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, каждый из которых высвобождает активное вещество при разных значениях pH в тонкой кишке.

Гранулы 1-го типа составляют 25% общей дозы и высвобождаются при pH 5,5 в течение 1–2 ч после приема препарата, гранулы 2-го типа (75% дозы) высвобождаются при pH 6,75 через 4–5 ч после приема. Таким образом, вследствие технологии двойного высвобождения наблюдается длительное поддержание концентрации препарата в плазме, что обеспечивает более надежный контроль над симптомами. [4,5,6,7]

Цель работы: Оптимизировать длительный контроль секреции соляной кислоты в терапии ГЭРБ применением декслансопразола (Дексилант®).

Материал и методы исследования: Обследовано 10 пациентов с эрозивным эзофагитом и 10 пациентов, у которых оценивался эффект препарата в качестве поддерживающей терапии после достижения ремиссии при лечении эрозивного эзофагита, а также 10 пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью. У 10 пациентов с ГЭРБ в течение 2 мес проводилась оценка долгосрочной безопасности декслансопразола. Частота излечения эрозивного эзофагита в группе декслансопразола 60 мг к 8-й неделе терапии достигала 85%. В исследовании по оценке эффективности поддерживающей терапии после достижения ремиссии при лечении эрозивного эзофагита в течение 2 мес пациенты получали декслансопразол 30 мг или 60 мг либо плацебо утром. Эффективность поддерживающей терапии эрозивного эзофагита декслансопразолом 30 мг составила 75% и декслансопразолом 60 мг – 83% в сравнении с группой плацебо (27%). Очень интересны данные по контролю над изжогой на протяжении 24 ч и ночью при 6-месячной терапии декслансопразолом (Дексилант®). Медиана суток без изжоги достигла 96% в группе деклансопразола 30 мг и 91% – в группе деклансопразола 60 мг (в группе плацебо – 29%), медиана ночей без изжоги достигла 99% для дозы деклансопразола 30 мг, 96% – для дозы 60 мг и всего 72% – в группе плацебо.

В ходе исследования, наблюдался благоприятный профиль безопасности и переносимости препарата. У пациентов с нарушениями функции печени легкой степени тяжести не требуется коррекции дозы, у пациентов с нарушениями функции печени средней степени суточная доза деклансопразола не должна превышать 30 мг. Не требуется коррекции дозы у пожилых пациентов и пациентов с нарушением функции почек. Деклансопразол может быть назначен без риска лекарственного взаимодействия пациентам, получающим клопидогрел.

Выводы: 1. Вне зависимости от времени приема препарата pH>4 поддерживался у большинства пациентов на протяжении длительного времени. 2.Особенностью препарата Дексилант® является то, что препарат можно принимать в любое время.

Список литературы:

1. Metz D.C., Vakily M., Dixit T., Mulford D. Review article: dual delayed release formulation of dexlansoprazole MR, a novel approach to overcome the limitations of conventional single release proton pump inhibitor therapy. Aliment. Pharmacol. Ther. 2009;29(9):928–37.
2. Vakily M., Zhang W., Wu J., Atkinson S., Mulford D. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a known active PPI with a novel Dual Delayed Release technology, dexlansoprazole MR: a combined analysis of randomized controlled clinical trials. Curr. Med. Res. Opin. 2009;25:627-8.
3. Kukulka M., Eisenberg C., Nudurupati S. Comparator pH study to evaluate the single-dose pharmacodynamics of dual delayed-release dexlansoprazole 60 mg and delayed-release esomeprazole 40 mg. Clin. Exp. Gastroenterol. 2011;4:213–20.
4. Lee R.D., Vakily M., Mulford D., Wu J., Atkinson S.N. Clinical trial: the effect and timing of food on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of dexlansoprazole MR, a novel Dual Delayed Release formulation of a proton pump inhibitor – evidence for dosing flexibility. Aliment. Pharmacol. Ther. 2009;29(8):824–33.
5. Behm B.W., Peura D.A. Dexlansoprazole MR for the management of gastroesophageal reflux disease. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2011;5(4):439–45.

6. Sharma P., Shaheen N.J., Perez M.C., Pilmer B.L., Lee M., Atkinson S.N., Peura D. Clinical trials: healing of erosive oesophagitis with dexlansoprazole MR, a proton pump inhibitor with a novel dual delayed-release formulation – results from two randomized controlled studies. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2009;29:731–41.
7. Peura D.A., Pilmer B., Hunt B., Mody R., Perez M.C. The effects of increasing body mass index on heartburn severity, frequency and response to treatment with dexlansoprazole or lansoprazole. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2013;37(8):810–18.

А.И. Мукушев, Р.И. Мельников, Г.Т. Атамбузов, У. Орынказы, Ж.Е. Тусупбаева, студенты 5 курса факультета «Общая медицина», aidosmukushev@gmail.com Научный руководитель: к.м.н., доцент **Х.Б. Бисмильдин**, ohrzdrav@bk.ru, Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Казахстан

НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДИНАМИКЕ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Актуальность. Лечение детей с атрезией пищевода является одной из сложнейших задач в области хирургии новорожденных. На базе КГП «Областная детская клиническая больница» были пролечены 76 детей с атрезией пищевода, у 11 из них (15%) диагностирована неполная VACTERL-ассоциация.

Все дети были оперированы в первые сутки: в 84% случаев наложен анастомоз пищевода, а в 16% произведена эзофагостомия с гастростомией и последующей заградительной пластикой толстой кишки.

Чаще всего (75–83%) выявляли атрезию пищевода с нижним трахеопищеводным свищом.

Цель исследования. Изучить возможности динамического диспансерного наблюдения с использованием фиброэзофагогастроскопии в диагностике гастроэзофагеального рефлюкса и его осложнений у детей раннего возраста, оперированных по поводу атрезии пищевода.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано с применением эндоскопического оборудования фирмы «Karl Storz» 30 детей с атрезией пищевода, получавших лечение в стационаре в период с 2000 по 2016 год. Соотношение девочек и мальчиков - 5:7. Средняя масса тела составила $2098 \pm 82,9$ грамма. Гестационный возраст к моменту рождения - 34 недели (от 28 до 37 недель).

Все новорожденные в этой группе имели один и тот же анатомический вариант атрезии пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом - тип С по классификации Gross. Диастаз между проксимальным и дистальным сегментами составил в среднем 2 см, с диапазоном от 1,5 до 3 см. У 23% детей интраоперационная дистанция между немобилизованными проксимальным и дистальным сегментами пищевода составляла более 20 мм.

В этом случае диастаз считается большим. Сочетанные аномалии развития диагностированы у 5 пациентов: VACTER-ассоциация - в 4 случаях, болезнь Дауна - у 1 ребенка.

Результаты исследования и их обсуждение. При рождении у 15 (50%) наблюдаемых детей отмечали периодические срыгивания, при этом у 8 детей объем срыгиваний не превышал 5 мл, самочувствие их не страдало. У 3 детей возникали эпизоды поперхивания и кратковременного апноэ во время кормления.

У 24 детей (80%) в зоне анастомоза воспалительных явлений выявлено не было. У 2 (6%) детей была выявлена стриктура анастомоза диаметром 0,3–0,5 см с выраженными признаками воспаления (гиперемия, налеты фибрина), а у 14% детей сужение просвета пищевода от 0,5 до 0,6 см не сопровождалось выраженными воспалительными изменениями.

Муталиева К.А.- студентка 3-го курса, медицинского факультета, mutalieveva.karina@mail.ru
Научный руководитель: Сапрыгина М.Б., к.ф.-м.н., доцент, marina-iv@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан

ПРИМЕР ПРИМЕНЕНИЯ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Введение. В медицине и фармации в научных и практических целях часто проводят корреляционный анализ для определения тесноты и направления связи между различными признаками (между ростом и массой тела человека, между употреблением препарата тотема и содержания уровня гемоглобина в крови и др.).

При анализе клинических и фармацевтических явлений используются как параметрические методы оценки связи (коэффициент Пирсона), так и непараметрические (ранговый коэффициент Спирмена и др.).

Коэффициент ранговой корреляции целесообразно применять при наличии небольшого количества наблюдений. Данный метод используется для количественно выраженных данных, и в случаях, когда регистрируемые значения определяются описательными признаками различной интенсивности.

В современной диагностике измерение числа лейкоцитов в крови считается одним из важнейших исследований в области иммунологии.

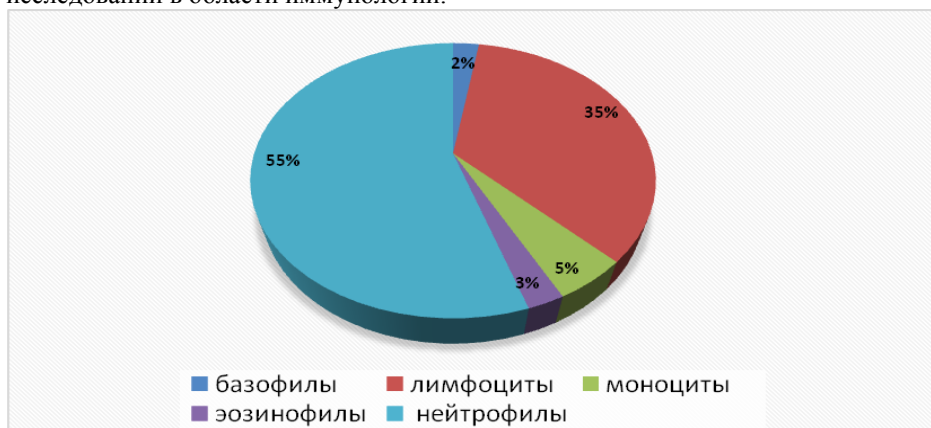


Рисунок 1- Лейкоцитарная формула

Моноциты – это самый крупный вид [лейкоцитов](#), отвечающие за специфическую защиту организма: очистку крови от физических агентов и инородных клеток.

Цель исследования. С помощью корреляционного анализа определить тесноту и направление связи между абсолютным числом лейкоцитов (L) и моноцитов (M) в крови здоровых людей после баночной пробы.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали результаты анализов, полученных из лаборатории городской поликлиники №1 города Шымкента. Было обследовано 12 мужчин примерно одного возраста, без хронических заболеваний, т.е. в процессе исследования условие однородности выборки было соблюдено.

В качестве метода исследования был выбран непараметрический коэффициент корреляции Спирмена, реализованный с помощью ППП STATISTICA 10. Выбор данного метода обусловлен сравнительно небольшим объемом рассматриваемой выборки.

Ниже приведены результаты анализа.

Результаты и обсуждения. На рисунке 2 представлены исходные данные.

	1 L	2 M
1	6,8	0,52
2	9,1	1,09
3	9,6	0,67
4	10,1	2,83
5	10,5	1,37
6	13	1,95
7	17,1	4,1
8	19,1	3,82
9	22,7	1,59
10	27,4	1,64
11	29,6	2,09
12	32,9	2,96

Рисунок 2 - Результаты баночной пробы абсолютное число лейкоцитов (L) и моноцитов (M) в крови здоровых людей

На рисунке 3 представлены результаты анализа.

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet1)		
MD pairwise deleted		
Marked correlations are significant at p <,05000		
Variable	L	M
L	1,000000	0,622378
M	0,622378	1,000000

Рисунок 3 - Результаты анализа

На рисунке 4 представлен график.

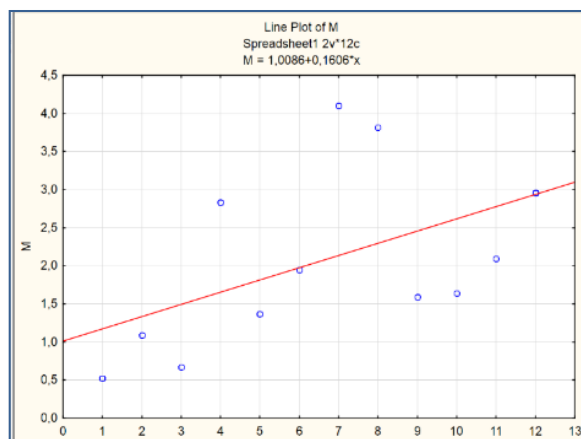


Рисунок 4 - График рассеивания

Вывод. Полученный коэффициент корреляции рангов Спирмена (0,62) является достоверным и свидетельствует о наличии достаточно тесной положительной связи между количеством лейкоцитов и моноцитов в крови обследованных людей после баночной пробы.

Список литературы:

1. Жижин К.С. Медицинская статистика: Учебное пособие / Ростов н/д: Феникс, 2007. - 160 с.
2. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика/ пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. 2-е изд., перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 168 с.

3. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы. - М.: Издательство РАМН, 2000. - 52 с.
4. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах/ Под ред. Ю.М. Комарова. Т. 1. Теоретическая статистика. - М.: Медицина, 2000. - 412 с.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение ППП STATISTICA. - М.: Медиасфера, 2002. - 312с.
6. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник - М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. - 512 с.

Муталиева К.А.- студент 3-го курса, медицинского факультета , mutalieva.karina@mail.ru
Научный руководитель: **Кауызбай Ж.А.**, к.м.н., и.о. профессор, zhumaly@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ИСКУССТВЕННАЯ КРОВЬ – КАК РЕШЕНИЕ НЕХВАТКИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ

Введение. Нехватка донорской крови является важным вопросом в области гематологии. В связи с этим актуальной становится проблема создания искусственной крови [1].

В настоящее время многие ученые мира проводят экспериментальные работы по созданию искусственной крови [2]. Если работы британских и румынских ученых будут успешными и можно будет изготовить искусственную кровь в промышленных масштабах, как в случае с инсулином, то это будет огромный прорыв в медицине [3].

Цель исследования. Выявление готовности студентов к инновационному методу решения проблемы нехватки донорской крови.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали результаты опросов студентов ЮКГФА всех факультетов и курсов в социальной сети Вконтакте, в котором участвовало 70 студентов от 18 до 22 лет.

Результаты и обсуждения. 54% опрошенных отнесли отрицательно, и считают, что для переливания пригодна лишь донорская кровь. 46% опрошенных отнесли положительно, считая, что данный метод станет решением проблемы нехватки крови, и при экстренных ситуациях, когда нет подходящей крови, например, не подходит резус фактор или группа крови, данный метод эффективен.

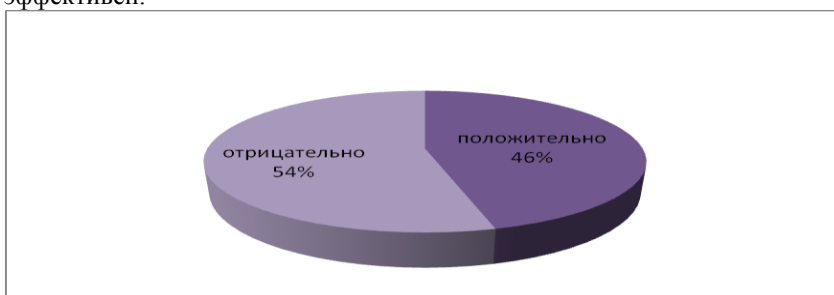


Рисунок 1 - Результаты опроса

Вывод. Таким образом, отрицательно относящихся опрошенных студентов к данному инновационному к методу составило больший процент, в связи с тем, что студенты были плохо проинформированы на счет эффективности искусственной крови.

Список литературы

1. [Берсенёв, А. В. Крупномасштабное получение эритроцитов из гемопоэтических стволовых клеток человека // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. — 2005.](#)

2. Browne, S. M. Blood Cell Bioprocessing: The Haematopoietic System and Current Status of In-Vitro Production of Red Blood Cells // [Stem Cells and Cell Therapy](#) : [англ.] / Browne, S. M., Al-Rubeai, M.. — Springer Netherlands, 2014.
3. <http://medfors.ru/medicina-budushhego/iskusstvennaya-krov-revolyucionnyj-proryv-v-medicine.html>

Нарходжаев Н.С. - докторант PhD МКТУ им. Х.А. Яссави, ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии ЮКГФА, narhodjaev@mail.ru
Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Яссави, г.Туркестан, Республика Казахстан
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия г.Шымкент, Республика Казахстан

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ТОРАКОМЕТРИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Для диагностики врожденных деформаций грудной клетки в настоящее время предложены разнообразные методы, приспособления и устройства. Наибольшее практическое значение имеют рентгенография грудной клетки в двух проекциях, компьютерная томография, магниторезонансная томография, позволяющие установить степень и характер изменений деформаций грудной клетки.

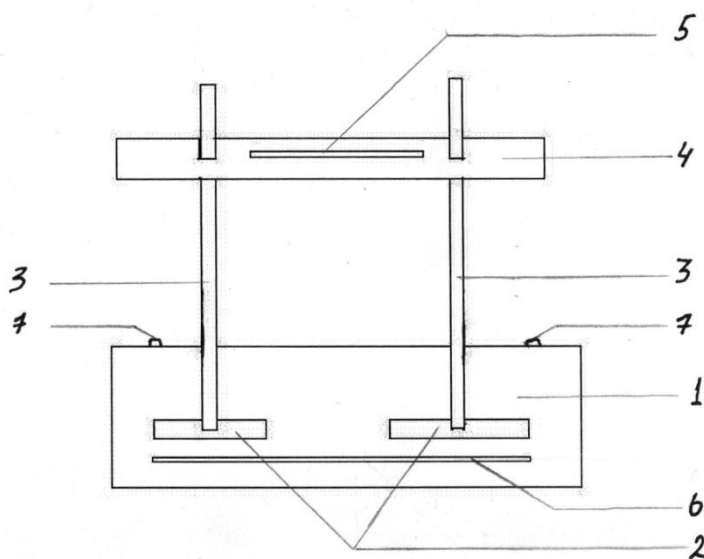


Рисунок 1 - Устройство для торакометрии (описание в тексте)

Рентгенография грудной клетки в двух проекциях широко используемая и является доступным методом обследования детей и подростков с деформациями грудной клетки, но детального анализа изменений в деформированных хрящевых проходах провести не удастся, поэтому ее используют для определения ретростернального пространства и диагностики сопутствующей костной патологии. Компьютерная и МР-томографии наиболее информативные и достоверные для определения формы, объема западения или выпячивания грудной клетки, для расчета оптимального объема торакопластики и резекции деформированных ребер, а также для оценки формы грудной клетки после оперативного лечения. Однако, КТ и МРТ обследования еще недоступны для широкого круга населения в виду их дороговизны.

Существующие методы торакометрии с применением свинцовой проволоки, полоски поливика или гипса [1], торакометры, предложенные Przybylski (1965) [2], Г.И. Чепурным [3] в клинической практике практически не применяются.

С целью определения параметров грудной клетки в возрастном аспекте в норме и патологии, а также оценки коррекции грудино-реберного комплекса после оперативного лечения, нами предложено устройство для торакометрии (рисунок 1).

Устройство состоит из листа фанеры (оргстекла) толщиной 7 мм, шириной 25 см, длиной 50 см (1), в котором имеются два продольных паза по краям фанеры (оргстекла) (2) с двух сторон для установки двух градуированных металлических стержней (3). На стержни насаживается прозрачная градуированная планка из оргстекла (пластмассы) (4). Для определения степени западения грудной клетки в планке в средней ее части вырезается паз для установки градуированного стержня (5).

Предложенное устройство позволяет измерять размеры грудной клетки в сагиттальной плоскости (глубину), а также во фронтальной плоскости (ширину) для этого на фанере и в планке в направлении от центра к периферии наклеена сантиметровая лента (6). Исследования можно проводить как лежа, так и стоя, устройство фиксируется на стене при помощи петель (7).

Список литературы

- 1.Баиров Г.А. Врождённые деформации грудной клетки и позвоночника // Костно-пластические операции у детей. Киев, 1974.-С.216-246
2. Дольницкий О.В., //Врожденные деформации грудной клетки у детей// Киев, 1978г С.90-100
3. Чепурной Г.И., Шамик В.Б. // Оптимизация торакометрии и контроля косметических результатов торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки// Детская хирургия Москва, 2002, №1-С.8-10.

ӘӨЖ 616. 9: 616.31

Кабираева А.К. –Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, 1 курс магистранты
asel-kabiraeva@mail.ru

Ғылыми жетекші- м.ғ.к . профессордың міндетін атқарушы **Абуова Г.Н.**,dr.abuova@gmail.com
Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы

ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР КЕЗІНДЕГІ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫ

Өзектілігі: Оңтүстік Қазақстан облысы өзінің табиғи-климаттық, әлеуметтік-экономикалық жағдайларына байланыстыҚазақстандағы жұқпалы аурулар жиі кездесетін өңірлердің бірі болып есептеледі.Оларды атап өтетін болсақ: энтеровирусты инфекция, цитомегаловирустық инфекция жел шешек, қарапайым герпес вирусы, АИТВ инфекциясы, Эпштейн - барр вирустық инфекциясы[1]. Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша 2015-2016 жылдар аралығында келесі инфекциялық аурулардың өсуі байқалады: қызылша 0,20 -4,72дейін 100000 адамға шаққанда (3-4 есе өсуі),тұмау - 2,75 - 5,07 дейін 100000адамға шаққанда (3-4есе өсуі),паротит инфекциясы - 0,07-0,14 дейін 100000 адамға шаққанда, АИТВ инфекция - 0,19 көрсеткіші 100000 адамға шаққанда,ротавирусты энтерит -0,04-0,7 -100000 адамға шаққанда.

Көптеген жұқпалы аурулар кезінде ауыз қуысының шырышты қабатының зақымдануы байқалады , көп жағдайда диагноз дер кезінде және дұрыс қойыла бермейді. Дұрыс диагностика жасау- бұл науқастың ауыз қуысының шырышты қабатының мұқият клиникалық тексеруге негізделу барысында, аурудың сатысын анықтау, патологиялық процестің және оның таралуы, ағзаның қабынуына әсер ететін жалпы реакциясын анықтауға мүмкіндік береді. Аурудың нақты себебінанықтауөте маңызды болып саналады

Әдістер мен материалдар: Бізбен жұқпалы аурулар кезіндегі ауыз қуысы шырышты қабатының зақымдануы бойынша соңғы 15 жыл ішінде бірнеше әдебиетке шолу барысында анализ жасалды.

Нәтижелер және талқылау:

Жұқпалы аурулар кезінде, жиі ағзаның және ағза жүйелерінің жұмысының бұзылуы салдарынан ауыз қуысы шырышты қабатында патологиялық өзгерістер жүреді (аллергиялық реакция, жүрек қан тамыр жүйесінің функцияларының, асқазан ішек жолдарының бұзылуы, эндокринді бұзылыстар, дәнекер тіннің жүйелік аурулары, қан аурулары, дерматоздар, ЖҚТБ және басқа да жағдайлармен) [3].

Жұқпалы аурулар кезінде ауыз қуысының шырышты қабатында пайда болатын өзгерістер ол ошақты қызару, көпіршіктер, эрозия немесе афта, көмкерілген ақжабындыанықталады. Бұл өзгерістер ауыз қуысының шырышты қабатында, ұртта, қатты таңдайда, тілде көрініс береді. Эрозия және жара орналасқан жерінде ауырсынудың байқалады, жанында орналасқан лимфа түйіндері ұлғаяды және дене қызуы көтеріледі.

Ауыз қуысы зақымданулары жиі мынандай аурулардан болады: герпангина, тұмау, капоши саркомасы, желшешек.

Герпангина - А, В Коксаки вирусымен шақырылатын жедел инфекциялық ауру. Ауыз қуысы мен жұтқыншақтың серозды қабынуын туындатады. Коксаки А ол энтеровирусқа жатады. Мектепке дейінгі кіші мектеп жасындағы балаларда жиі кездеседі. Ерте жаста герпангина ауыр түрде өтеді. Бұл ауру кезінде жұмсақ таңдай, жұтқыншақ қабырғасы, бадамша бездер, тілшік және тіл түбірінде зақымданулар байқалады [2].

Тұмау - ауа тамшы жолмен таралатын вирусты ауру. Ауру жіті басталумен сипатталады. Науқаста дене қызуы жоғарлайды 38-40°C, қалтырау, бұлшықеттердің ауыруы, бастың ауырсынуы, тыныс алу жолдарының бұзылыстарымен (жөтел, мұрынның бітелуі, тамақтың қышынуы). Ауыз қуысында гиперемия, лимфа түйіндерінің және бадамша бездердің ісінуі, таңдай доғаларында бөртпе пайда болуы, тілдің ақ жабындымен жабылуы, қызыл иек ісінген және қызарғаны байқалады [3].

Капоши саркомасы. Бұл ауру негізінен АИТВ жұққан адамдарда кездесетін жаңа құрылымдардың ішінде бірінші орын алады. Ал екіншілік аурулардың ішінде бұл көрсеткіш 30-50% жағдайда кездеседі. Бұл құрылым негізінен ретикулоангиоматозға немесе қантамырларынан дамыған қатерлі ісіктер қатарына жатады. Ауыз қуысындағы көрінісі: ұртта, тілде, қызыл иекте, бадамша бездерде, көмейде орналасады. Дақтың бетінде және төңірегінде телеангиэктазиялар орын алып, жиектері қан құйылуынан пайда болған сары-асылтүсті жолақпен қоршалғанын көруге болады. [3].

Желшешек- тері қабатында көпіршікті бөртпелер пайда болуымен сипатталатын балалардың аса жұқпалы ауруы. Желшешекпен ауырып жазылған адамда күшті иммунитет қалыптасады. Желшешектің таралуы жолы негізінен ауа арқылы. Ауру басталған кезде температураның 38-39°C ге дейін көтерілуі байқалып, адамның тері қабатында жәнешырышты қабығында қышыма бөртпелер пайда болғаны көрініс береді. 3-5 күн өту барысынан кейін бөртпенің көбеюі тоқтап, дене температурасы төмендейді қалпына келуі байқалады. Желшешектің ауыз қуысындағы көрінісі: бөртпелер қатты таңдайға, таңдай доғасына, бадамша бездерге, қызыл иекке, тілге шығуы мүмкін [3].

Қорытынды: Осылайша жұқпалы аурулар әсерінен ауыз қуысының шырышты қабатының зақымдануы- актуальді мәселелердің бірі болып есептеледі. Ауыз қуысы шырышты қабатының дифференциальді диагностика жасау үшін науқасты мұқият тексеріп, ауруды дұрыс бағалауымыз қажет.

Әдебиеттер

1. Инфекционная заболеваемость в Южно-Казахстанской области на современном этапе / Абуова Г.Н., Айнабек Г.А., Нурмашева А.А., Ережепов Б.А., Мирзалиев Б.И. Журнал инфектологии, Шымкент, Казахстан 2014-С.5-26
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Л.А. Цветкова, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров. М.: МЕДпресс-информ, 2006. стр 59-85
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта/ Н.Ф. Данилевский «Стоматология» 2001- С.4-86

Оразбаева Э.А., магистр медицинских наук, o_elya111@mail.ru, **Қауызбай Ж.Ә.**,
Султанова Ж.С., **Ходжакулова У.А.**

Научный руководитель: к.м.н., доцент, **Сейдахметова А.А.**, aizat-seidahmetova@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент,
Республика Казахстан

РАЗРАБОТКА МАТРИЦЫ ОЦЕНКА ВКЛАДА ДИСЦИПЛИН В ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Введение. Сегодня существует реальная потребность в медработниках, имеющих высокий уровень компетенций, которые обуславливают формирование у них профессиональной компетентности. В настоящее время, в условиях вступления Казахстана в Болонский процесс, необходимо дальнейшее развитие компетентностно - ориентированного подхода в обучении [1]. Организация практического обучения студентов сестринского дела максимально способствующего развитию компетенций студентов является актуальной проблемой [2]. Одной из тенденций развития современного профессионального образования является его стандартизация. В качестве требований к его результату выступают компетенции. Особенности компетентностного подхода: новая оценочная культура, переход от оценки знаний к оцениванию компетенций, возможность академической свободы для студента и формирования индивидуальной учебной траектории, направленность на повышение качества обучения, адаптированность к потребностям практического здравоохранения, возможность подготовки бакалавров с узкой специализацией в определенной области, дополнительные методы обучения и оценки [3]. Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования.

Уровень профессиональной компетентности преподавателя вуза является одним из главных условий обеспечения конкурентоспособности высшего учебного заведения, определяющий качество подготовки будущих специалистов, формирование и реализацию национальной модели непрерывного образования [4]. Специфика профессиональной работы преподавателя определяется, прежде всего, спецификой образовательного учреждения, в котором он работает. Профессиональная компетентность преподавателя определяет его способность наиболее эффективно решать профессиональные проблемы, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности с использованием не только теоретических знаний, практических умений, но и личностных ценностей.

Коммуникативный компонент профессиональной педагогической компетенции – интегративная категория, включающая умение устанавливать психологический контакт с аудиторией, управлять процессом общения, подбирать методы взаимодействия, речевые умения, владение культурой общения, осуществление рефлексии своего участия в коммуникации, владение педагогической ситуацией и прогнозирование изменений, организация и поддержание прямой и обратной связи[5].

Цель исследования. Совершенствование внедрения компетентностного подхода в обучении специалистов сестринского дела в ЮКГФА.

Материалы и методы. При формировании матрицы компетенций по траекториям учитывались следующие факторы: образовательные программы определяют компоненты компетенций по каждой дисциплине и по каждому курсу, распределение компетенций по дисциплинам и по уровням обучения позволяют формировать образовательную траекторию специальности, образовательные программы строятся для достижения определенных компетенций на каждом этапе обучения, каждая дисциплина участвует в формировании компетенции на определенном уровне, т.е. за компетентность выпускника в равной степени отвечают как специальные, так и базовые дисциплины, образовательная программа заданного направления подготовки по потребности практического здравоохранения выстраивается через выбор элективных дисциплин, элективные дисциплины выбираются по принципу обеспечения получения специалистом необходимых компетенций. При разработке матрицы оценка вклада дисциплин в формирование компетенций по

специальности «Сестринское дело» были проведены 4 семинара для профессорско-преподавательского состава дисциплин, преподаваемых на специальности сестринское дело. Для заполнения матрицы применяли разработанные 20 ключевых компетенций.

Результаты и обсуждения. Разработана матрица компетенций по специальности «Сестринское дело» по ГОСО 2012 года. Такие компетенции как: особенности социальной работы в сфере здравоохранения, владеть навыками эффективных поведенческих стратегий на индивидуальном уровне для улучшения здоровья, основ исследовательской деятельности в Сестринском деле преподаваемыми дисциплинами не охватываются.

Вывод. Определена оценка вклада дисциплин в освоение компетенций по специальности «Сестринское дело» и внедрена в рабочий учебный план на 2016-2017 учебный год. Для освоения ключевых компетенций введены следующие дисциплины: пациент - центрированный сестринский уход, основы исследований в сестринском деле, специализированная сестринская помощь, сестринский процесс в общей сестринской практике, сестринский уход на дому.

Список литературы

1. Зимняя, И.А. Ключевые компетенции - новая парадигма результата образования / И.А. Зимняя // Эйдос : Интернет-журнал.2006. (Электронный ресурс).
2. Хуторской А.В. Метапредметное содержание образования с позиций человекообразности. [Электронный ресурс] // Вестник Института образования человека; 02.03.2012г
3. Зеер, Э.Ф. Практика формирования компетенций: методологический аспект/Э. Ф. Зеер, Д. П. Заводчиков // Сборник статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции. Екатеринбург – Березовский, 2011. - 266 с.
4. Гильмеева, Р.Х. Формирование ключевых профессиональных компетенций студентов в учреждениях среднего профессионального образования в процессе преподавания гуманитарных дисциплин / Р.Х. Гильмеева и др.– 2009. - № 3. 111-124 с.
5. Методология и опыт инновационной деятельности в системепрофессионального образования: Коллективная монография / Г. В. Мухаметзянова, Н. Б. Пугачева, Г. А. Шайхутдинова. – Казань : Медицина, 2011. – 406с.

¹**Пальчик С.М.**, кафедра рентгенологии и детской рентгенологии, e-mail: palchik_s_m@ukr.net
Научный руководитель: **Вороньжев И.А.**, д.м.н., профессор

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

²**Грузкова М.Б.**, Харьковский межобластной специализированный медико-генетический центр - центр редких (орфанных) заболеваний, психо-неврологическое отделение, г. Харьков, Украина

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С ПОМОЩЬЮ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Введение. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) у детей является актуальной проблемой современной медицины [5]. Нарушение развития соединительной ткани в значительной мере предрасполагает к развитию бронхолёгочной патологии [1, 4]. Одним из наиболее частых вариантов респираторной патологии, ассоциированной с ДСТ, является пневмония, которая по данным ВОЗ (2015) относится к одной из наиболее частых причин детской смертности [2, 3].

Цель исследования – определение степени тяжести пневмонии у детей с ДСТ по данным лучевых методов исследования.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных рентгенологического исследования органов грудной клетки (ОГК) 52 детей с диагнозом «пневмония» в возрасте от 5 до 15 лет с ДСТ. Диагноз был верифицирован полным клинико-лабораторным обследованием.

Результаты и обсуждения. Поставленная цель решалась в разработке способа определения степени тяжести пневмоний у детей с ДСТ (патент Украины на полезную модель № 109586 от 25.08.2016 Бюл. №16). Суть изобретения заключается в детальном анализе выявленных рентгенологических изменений и выполнению рентенограмметричных расчетов. Согласно разработанным критериям, течение пневмонии у детей, больных ДСТ, бывает трех степеней тяжести. Первая степень была диагностирована у 32,8% больных и характеризовалась наличием на рентгенограмме усиленного легочного рисунка, преимущественно, в базально-медиальных отделах, расширением и повышением интенсивности корней с обязательным развитием воспалительного процесса в соединительной ткани, в лимфатических сосудах. Вторая степень - вовлечение в воспалительный процесс альвеол, бронхиол, накопление экссудата в альвеолах (II а - с преобладанием интерстициальных изменений, II б - с преобладанием паренхиматозных изменений, II в - смешанная). Для объективизации выявленных изменений, мы предлагаем применять рентенограмметрию. С этой целью рентгенограмма ОГК делится горизонтальными линиями на 3 этажа: верхний, средний и нижний и вертикальными на 3 отдела: медиальный, средний и внешний. В результате разделения в каждом легком образуется 9 секторов. По распространенности поражения мы выделяем 3 степени тяжести: А - начальной инфильтрации до 25% (до 1-2 секторов); Б - средней тяжести 25-50% (от 3 до 5 секторов); В - тяжелое с поражением более 50% поверхности (более 6 секторов). Данная степень наблюдалась в 55,7%. Третья степень тяжести (осложнений) отмечалась у 11,5% больных и характеризовалась образованием воздушных кист, бронхоэктазов, появлением эмфиземы, рецидивирующего пневмоторакса.

Выводы. Наличие у пациентов дисплазии соединительной ткани в значительной степени отягощает клиническую картину и тяжесть течения воспалительных заболеваний респираторной системы. Предложенные методики позволяют объективно оценить тяжесть течения пневмонии у детей с дисплазией соединительной ткани, что повышает точность диагностики и позволяет избежать осложнений.

Список литературы

1. Конюшевская А.А. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Пульмонологические аспекты / А.А. Конюшевская, М.А. Франчук // Здоровье ребёнка. – 2012. - № 7. – с. 147 – 154.
2. Нестеренко З.В. Дисплазия соединительной ткани и современное течение пневмоний у детей / З.В. Нестеренко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 6. – с. 62 – 64.
4. Нестеренко З.В. Особенности болезней органов дыхания у детей с дисплазией соединительной ткани / З.В. Нестеренко, А.А. Грицай. – Х: Вид-во ТОВ «Щедра садиба плюс», 2014. – 206с.
5. Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы / Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, А.Н. Семячкиной. — Москва — Тверь — Санкт Петербург, 2010. — 482 с.
6. Lunardi F. Undifferentiated connective tissue disease presenting with prevalent interstitial lung disease: case report and review of literature / F. Lunardi , E. Balestro , B. Nordio et al. // Diagn Pathol. – 2011. – Vol. 6. – P. 50

Исакулова А.Е.- студент 3-го курса, медицинского факультета, e-mail: aliya_38_96@mail.ru
Научный руководитель: **Кауызбай Жумалы Арипбаевич**, Ph.D. профессор, e-mail: zhumaly@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

КИБЕР-НОЖ

Введение. В программе «Денсаулық» было сказано что будет обеспечено долгосрочное развитие инновационного потенциала биомедицинской отрасли и медицинской науки в Республике Казахстан на основе стратегических целей социально-экономического развития государства,

глобальных и региональных факторов и разработанного долгосрочного плана научно-технического развития отрасли “Innovative Health: Vision – 2030.

Кибер-нож – это одна из новейших разработок, предназначенная для борьбы с онкологическими заболеваниями. Эта система является альтернативой хирургическому вмешательству и открывает новые возможности лечения для пациентов со сложными новообразованиями

Цель: Сравнительная оценка применения инновационного кибер-ножа с традиционными методами лечения.

Материалы и методы. Произведен анализ сравнительной оценки применениями кибер-ножа и традиционными методами лечения по данным американской компании-производителя «Кибер-ножа» Accusary. В мире на июнь 2009 года более 70 000 пациентов прошли лечение «Кибер-ножом. Половина из них лечилось по поводу опухолей с локализацией «голова и шея». Пагубное влияние на здоровые участки сводится к минимуму.

С помощью камер сканирования отслеживает направление движения опухоли и позволяет врачу воздействовать на самые труднодоступные участки, когда традиционная хирургия бессильна.

Очень важный момент - пациент находится в комфортной позе, его тело не нуждается в жесткой фиксации. Такой метод почти на порядок эффективнее традиционных хирургических операций и длительных курсов химиотерапии, когда страдают все органы. Он подходит в начальных стадиях заболевания и успешно воздействует на метастазы.

Пациентам не требуется длительный восстановительный период после процедуры. Такой метод предполагает обычный режим жизни для больного практически с первых дней после проведения операции. Лечение проходит безболезненно, нет необходимости делать анестезию, как правило не имеет побочных эффектов

Результаты и обсуждения. Обычно курс лучевой терапии Кибер-ножом занимает от 1 до 5 сеансов, каждый из которых длится в среднем от 30 до 120 минут. Лечение на подобном оборудовании стоит на порядок дешевле нейрохирургической операции за счёт того, что не приходится привлекать большого числа специалистов в области нейрохирургии. Цена диагностики и лечения стереотаксической системой Кибер-Нож составляет от €12.000 до €15.000 - при лечении интракраниальных образований.

В случае лечения экстракраниальных образований стоимость составляет от €15.000 до €18.000. В некоторых странах базовая цена операции превышает 20-25.000\$. Процедура лечения исключает любое хирургическое вмешательство и является безболезненной альтернативной процедурой для пациентов, особенно для тех, кто столкнулся с неоперабельной или хирургически сложной опухолью.

Пациенты, проходящие терапию с использованием системы кибер-ножа указывают на наличие минимальных побочных эффектов, связанных с лечением, или на их полное отсутствие. Кроме того, в большинстве случаев пациенты могут вернуться к нормальной повседневной жизни сразу по завершении терапии.

Выводы: По сравнению с традиционными методами использование кибер-ножа является более эффективными в плане излеченности, материальных затрат, возврате трудоспособности и осложнения.

Список литературы

1. Inoue M., Sato K., Koike I. 2722 // International Journal of Radiation Oncology*Biolog*Physics. — 2006. — Vol. 66. — P. S611. — ISSN 03603016
2. Schweikard, A., Glosser, G., Bodduluri, M., Murphy, M. J., & Adler, J. R. (2000). Robotic motion compensation for respiratory movement during radiosurgery. Computer Aided Surgery, 5(4), 263—277

Полукчи Т.В. – магистрант 2-го курса, tatyana_polukchi@mail.ru.

Научный руководитель: **Абуова Г.Н.**, к.м.н., и.о. проф. dr.abuova@gmail.com. Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

ОЦЕНКА ФИБРОЗА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Хронические диффузные заболевания печени характеризуются длительным прогрессирующим течением, приводящим со временем к формированию фиброза, цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы, что обуславливает высокий процент инвалидизации и смертности [1]. На данный момент существуют различные методы диагностики фиброза печени. «Золотым» стандартом выявления фиброза в наши дни является пункционная биопсия печени. При этом методе диагностики сведения о тяжести фиброза получают путем изучения морфологических изменений ткани печени. Эта методика является инвазивной и приводит к ряду серьезных осложнений. В последние годы информацию о степени выраженности фиброза можно получить и неинвазивными методами диагностики. Одним из них является непрямая ультразвуковая эластометрия. Уникальность этого метода заключается в безопасности его применения, в высокой чувствительности и специфичности, а также в высокой значимости в выявлении хронических диффузных заболеваний печени [2]. При данном исследовании степень выраженности фиброза определяется путем измерения эластичности ткани печени.

Цель исследования. Изучение соответствия клинических проявлений, лабораторно-инструментальных показателей, данных непрямой ультразвуковой эластометрии у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 27 историй болезней пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени, находившихся на лечении в различных стационарах Южно-Казахстанской области в 2015 году (мужчины-12(44%), женщины -15(56%). Средний возраст больных составил 52 года (30-74 лет). Больные находились на лечении в различных стационарах Южно-Казахстанской области в 2015 году. Поражение печени у больных было следствием хронического вирусного гепатита В, хронического вирусного гепатита С, стеатоза печени, цирроза печени. Стадию фиброза определяли методом непрямой ультразвуковой эластометрии по шкале METAVIR. Класс тяжести ЦП диагностировали и оценивали согласно классификации Чайлд-Пью.

Результаты и обсуждения. Причиной поражения печени у исследованных больных были: хронический гепатит смешанной этиологии у 3-х больных (11,1%), стеатоз у 2-х больных (7,4%), хронический вирусный гепатит С -2-х больных (7,4%), цирроз печени смешанной этиологии у 7-ми (26%), хронический вирусный гепатит В у 1-го больного (3,7%), хронический вирусный гепатит В+ D у 2-х человек (7,4%), цирроз печени HCV-этиологии у 10-ти больных (37%). Все больные были распределены по данным непрямой эластометрии на три группы следующим образом: 1 группа больные с легким фиброзом (стадии F0-F1), 2 группа больные с умеренным и тяжелым фиброзом (стадии F2-F3), 3 группа больные с циррозом печени (стадия F4). В первую группу вошли 5 пациентов (18,5%) с хроническим гепатитом смешанной этиологии, хроническим вирусным гепатитом С, стеатозом печени со стадиями фиброза F0 и F1. Во вторую группу вошли 10 пациентов (37%) с хроническим гепатитом смешанной этиологии, хроническим вирусным гепатитом С, хроническим вирусным гепатитом В, хроническим вирусным гепатитом В+ D со стадиями фиброза F2 и F3. В третью группу вошли 12 пациентов (44,5%) с циррозом печени смешанной этиологии, циррозом печени HCV-этиологии со стадиями фиброза F4. Основными клиническими проявлениями у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени на всех стадиях фиброза являются астеновегетативный и диспепсический синдромы. Дискомфорт и тяжесть в правом подреберье регистрируются в 80% случаев на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 100% случаев на стадии F4. Синдром желтухи отмечается у 40% больных на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 83% случаев на стадии F4. Гиперферментемия отмечается у 40% на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 50% случаев на стадии F4. Гипербилирубинемия выявляется у 40% пациентов на стадиях F0-F1, у 60%

пациентов на стадиях F2-F3, на стадии F4 у 50% . Гепатомегалия диагностируется у 60% больных на стадиях F0-F1 и F2-F3, на стадии F4 в 42% случаев.

Вывод. Таким образом, клинические проявления и лабораторно-инструментальные сдвиги не всегда соответствуют значимым изменениям по данным непрямой ультразвуковой эластометрии и не отражают степень выраженности фиброза у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени. Следовательно, считаем необходимым ввести метод непрямой ультразвуковой эластометрии в разряд обязательных методов исследований больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Список литературы

1. Аришева О.С., Гармаш И.В., Кобалова Ж.Д., Моисеев В.С. Методы диагностики фиброза печени. Клиническая фармакология. 2013. №7. С. 49–55.
2. Патлусов Е.П., Борзун В.М., Чернов В.С. Использование ультразвуковой эластографии в оценке стадии фиброза печени у пациентов инфекционного отделения военного клинического госпиталя. Уральский медицинский журнал. №03(108) апрель 2013. С. 125-128.

Ракович Д.Ю., Сытая К.О., Сытый А.А. - студенты 5 курса лечебного факультета, e-mail – balonka2802@gmail.com

Научный руководитель – асс. **Онощенко А.И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно Беларусь

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГЕНИКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

Актуальность. В последние годы возросло сочетание заболеваний общехирургического и гинекологического профиля. Встречаемость данного сочетания находится в пределах от 2 до 10%. Наиболее часто гинекологические патологии сопровождается острым аппендицит (около 4%), острым холецистит (2%), варикозное расширение вен нижних конечностей (1,5%), паховые и бедренные грыжи (около 2%). В связи с этим возрастает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, снижается точность диагностики заболеваний. Наиболее опасные такие осложнения как перитонит, сепсис, тромбоэмболия легочной артерии, ущемленная грыжа, разрыв кисты яичника. Риск возникновения данных осложнений у женщин с сочетанной патологией в 4 раза выше, чем без сочетания. Это объясняется сложностью в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний, а, следовательно, и несвоевременным оказанием оперативной помощи.

Для снижения риска выше описанных осложнений в настоящее время применяются симультанные операции. Несмотря на сложность выполнения данных оперативных вмешательств, риск развития послеоперационных осложнений снижается в 2 раза, чем при проведении изолированной хирургической и гинекологической операции.

Цель исследования. Проанализировать преимущества и недостатки симультанных операций в гинекологии и хирургии.

Материалы и методы. Материалом для исследования стал анализ 27 историй болезни пациенток в период с 2014-2015 гг., которым были выполнены симультанные операции по гинекологическому и хирургическому профилю. В контрольную группы было включено 25 историй болезни с изолированной хирургической патологией.

Показанием для госпитализации послужило сочетание следующих патологий: острый аппендицит и миома матки – 16 пациенток (51,9%), острый аппендицит и киста яичников – 8 (29,6%), острый холецистит и миома матки – 2 женщины (7,4%), паховая грыжа и миома матки – 3 пациентки (11,1%).

Контрольную группу составили: острый аппендицит – 16 пациенток (64%), острый холецистит – 6 женщин (24%), паховая грыжа – 3 (12%).

Средний возраст женщин опытной группы составил 55,7±7.4 года. В контрольной группе средний возраст был 53±4,3 года.

Большинству пациенток (85,2%) выполнялись лапароскопические операции. Если изначально невозможно было, по каким либо показаниям, произвести лапароскопическое вмешательство, то выполнялись полостные операции и хирургами и гинекологами (14,8%). Всем пациенткам контрольной группы было выполнена лапароскопическая операция.

Оценку симультанных операций проводили по следующим критериям: продолжительность госпитализации и наличие осложнений в интра- и послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Средняя продолжительность госпитализации в группе пациенток после симультанных операций составила $11 \pm 3,2$ дня. В контрольной группе данный показатель был $12 \pm 2,6$ дня. Данный показатель больше зависел от вида патологий, от возраста пациенток и от оперативного доступа. Наиболее длительной пребывание в стационаре было у пациентки 63 лет, с сочетанием холецистэктомии и миомэктомии, через полостные разрезы, и составило 15 дней. Меньше всего дней была госпитализирована пациентка 47 лет, в сочетании аппендэктомии и удалении кисты яичников, операция была проведена лапароскопически. Данный показатель оставил 9 дней. При анализе осложнений, у всех пациенток как опытной так и контрольной группы не было выявлено интраоперационных осложнений. В послеоперационном периоде, осложнения наблюдались у 6 (22,2%) пациенток после симультанных операций и у 3 (12%) пациенток из контрольной группы. У 2 (7,4%) женщин опытной группы после холецистэктомии наблюдалось желчеистечение из ложа желчного пузыря. У остальных пациенток из двух групп наблюдалось повышение температуры до 38-39, боли внизу живота и послеоперационной раны, несильные нелокализованные головные боли, тошнота, бессонница.

Выводы. Исходя из вышеописанных данных, мы можем сделать вывод о том, что симультанные операции не влияют на продолжительность госпитализации и развитие интра- и послеоперационных осложнений. Большую роль в возникновении данных осложнений играет возраст пациентов, какие патологии сочетаются, каким доступом и методом произведена операция, опытность хирурга и анестезиолога.

Список литературы

1. Ищенко А.И. Симультанные операции в гинекологии: оценка эффективности / Ищенко А.И., Александров Л.С., Шулуто А.М. [и др.] // Ж. акуш. жен. болезн. — 2005. — Вып. 4. — С. 11–16.
2. Никитенко А. И. Результаты лапароскопической аппендэк- томии / Никитенко А. И., Никитенко Е. Г., Майорова А. Р., Желаннов А. М. // Эндохирургия для России. — 1993. — № 2. — С. 24–26
3. Curet M. J. Laparoscopy during pregnancy / Curet M. J., Allen D., Josloff R. K., Pitcher D. E. // Arch. Surg. — 1996. — Vol. 131. — P. 546
4. Lewis F. R. Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1,000 cases / Lewis F. R., Holcroft J. W., Boey J., Dunphy J. E. // Arch. Surg. — 2004. — Vol. 110, N 6. — P. 677–684.

Сабуров А.Р., аспирант 2-го года обучения ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Научные руководители: д.м.н., профессор Ганцев К.Ш. **E-mail:** kafonco@mail.ru, к.м.н., доцент Арыбжанов Д.Т., **E-mail:** davran_a@mail.ru

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

Несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, рак желудка сохраняет одно из ведущих мест. В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 20 на 100000 населения, в структуре онкопатологии рак желудка занимает третье место и составляет 10,3%. Основным и, как правило, единственным, вариантом лечения рака желудка является хирургический метод. Пути улучшения отдаленных результатов лечения рака желудка многие авторы связывают с разработкой комбинированных методов лечения [1, 3].

Выбор клинической стратегии в терапии запущенного рака желудка зависит от общего состояния больного и его иммунной системы, от биологических особенностей самой опухоли и степени ее инвазии, от имеющихся в наличии активных противоопухолевых препаратов и иммуномодуляторов [2, 5].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных раком желудка путем проведения анализа лечебной эффективности различных видов циторедуктивных операций при раке желудка IV стадии по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

Материал и методы. В период 2003-2007г.г. в отделении торако-абдоминальной хирургии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера оперированы 100 больных по поводу рака желудка IV стадии. У всех больных (100%) на момент операции отмечены единичные метастазы в печени.

Из 100 больных 49 (49%) больным была произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, 31 (31%) циторедуктивная гастрэктомия и 20 (20%) больным произведена циторедуктивная проксимальная резекция желудка. Общая послеоперационная летальность составила 13%. Летальность после дистальной резекции составила 6,1%, после гастрэктомии 19,3% и после проксимальной субтотальной резекции 20%. При сравнении послеоперационная летальность после гастрэктомии и проксимальной резекции оказалась в 3 раза выше, чем при дистальной субтотальной резекции желудка. Это объясняется различием объема операции при дистальных резекциях желудка и гастрэктомии, а также сложностью хирургической тактики при местнораспространенном проксимальном раке желудка с поражением смежных органов.

В наших наблюдениях из 100 оперированных больных у 38 (38 %) была экзофитная форма опухоли, у 36 (36%) эндофитная форма и у 26 (26%) больных смешанная форма роста опухоли (таблица 1). При этом у 18 (18%) отмечено прорастание опухоли в тело и хвост поджелудочной железы, у 11 (11%) прорастание в поперечно-ободочную кишку, у 4 (4%) прорастание левой доли печени, у 7 (7%) прорастание в ножки диафрагмы, у 13 (13%) больных прорастание опухоли в ворота селезенки. Летальность в целом при экзофитных опухолях составила 8%, при эндофитных формах 16,4%, при смешанной 17,6%. Эндофитная и смешанная формы рака в прогностическом отношении оказались неблагоприятными факторами. Высокая летальность при этих формах опухоли объясняется тем, что происходит прорастание опухоли в смежные органы, а также процесс носит более распространенный характер, чем при экзофитном росте опухоли. Анализ послеоперационной летальности показал, что основной причиной смерти в послеоперационном периоде явились сердечно-легочная недостаточность (у 38,5% больных из 13) и послеоперационный панкреатит с переходом в панкреанекроз (у 38,5% из 13 больных), затем послеоперационное кровотечение с развитием ДВС (15,3% больных из 13) и один больной умер от недостаточности швов анастомоза с последующим развитием разлитого гнойного перитонита.

Результаты и их обсуждение. Результаты изучения годовой летальности показали, что летальность больных в течение 1 года (включая и послеоперационную летальность) составила 17% (умерло 17 больных). Наибольшая летальность отмечалась на втором году после операции - 26% (умерло 26 больных из них 7 после дистальной субтотальной резекции, 10 после гастрэктомии и 9 после проксимальной резекции). Летальность на 3 году после операции составила 15% (умерло 15 больных).

После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции более 3-х лет прожили 48,3% больных, а после гастрэктомии и проксимальной резекции ни один больной не прожил более 3-х лет. После циторедуктивной резекции трехлетняя выживаемость составила 48,3%, после гастрэктомии - 14,3%, после проксимальной резекции - 12,5% (P<0,05).

Трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии и проксимальной резекции. Отмечено, что паллиативные операции у больных раком желудка с последующей химиотерапией 5-фторурацилом, улучшают непосредственные результаты по сравнению с группой больных, которым выполнялась только паллиативная операция.

В наших наблюдениях из 100 больных в послеоперационном периоде 61 (61%) больному проведена системная полихимиотерапия препаратами 5-фторурацил 750мг/м², суммарно 3-5гр и цисплатин 80мг/м², суммарно 100-120мг. Причем 1 курс проведен 5 (8,2 %) больным, 2 курса - 17

ОҢТУСТИК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ

№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

(27,9%) больным, 3 курса - 20 (32,8%) больным, 4 курса химиотерапии проведено у 19 (31,2%) больных. Как мы отмечали выше, ни один больной после циторедуктивной гастрэктомии и проксимальной резекции не пережил 3-летний срок. Все больные после этих операций умерли в течение 3 лет. Поэтому мы ограничились приведением результатов трехлетней выживаемости. После операции циторедуктивной дистальной субтотальной резекции, трехлетний срок выжили 48,8% больных. Пятилетняя выживаемость после паллиативной дистальной субтотальной резекции составила 13,8%.

После паллиативной резекции рецидивы возникли у 15,6 % больных, из них у 9,3% больных после паллиативной дистальной резекции, у 6,2 % больных после проксимальной резекции желудка. Метастазы в забрюшинной клетчатке возникли у 20,3% больных после дистальной субтотальной резекции желудка, 10,9% после гастрэктомии и 9,3% после проксимальной резекции.

Выводы. Таким образом, трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии в 3,3 раза и проксимальной резекции в 3,8 раз. Необходимо отметить, что все больные, которые пережили трехлетний срок, получали в послеоперационном периоде 3-4 курсов системной полихимиотерапии. Трехлетнюю выживаемость после паллиативной резекции желудка мы рассматриваем как результат комбинированной терапии. После дистальной субтотальной резекции желудка 6,1% больных прожили пятилетний срок, они получали до 4 курсов системной химиотерапии.

Литература

1. Давыдов М.И. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения. Практическая онкология. 3(7). 2001. 18-24.
2. Diagnosis and Treatment of Gastric Cancer. 8th General Meeting of the WHO CC for primary prevention. New York, USA. 2001.
3. Inada T. Long-term postoperative survival of a gastric cancer patient with numerous para-aortic lymph node metastases. Gastric Cancer. 1999; 2. 235–239.
4. Macdonald J.S. Postoperative combined radiation and chemotherapy improves disease free survival and overall survival in resected adenocarcinoma of the stomach and gastro-esophageal junction . Results of intergroup study INT 0116 (SWOG 9008). IV th International Gastric Cancer Congress. 2001. Abstr.; 661.
5. Yonemura Y. Postoperative results of left upper abdominal evisceration for advanced gastric cancer. Hepatogastroenterology. 2000; 47(32). 571–574.

²Сагымбаева А.А. – резидент второго года обучения по специальности «Детская хирургия», e-mail: sagymbaeva.assel@gmail.com,

¹Сагымбаева А.А. – 7 курс факультета «Общая медицина»

Научный руководитель: ¹Турсунов К.Т., к.м.н., профессор

¹Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

²Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика Казахстан

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Введение. Дивертикул Меккеля (ДМ) является самым частым пороком развития желточного протока. По данным некоторых авторов, ДМ составляет 88% от всей патологии желточного протока [1,2]. Расстояние дивертикул от илеоцекального угла 20-100см [3]. Диагностика ДМ

осложняется отсутствием патогномичных или характерных признаков, позволяющих вовремя поставить диагноз [4,5].

Цель исследования. Ретроспективный анализ диагностики и лечения детей с патологией ДМ.

Материалы и методы исследования. В «Центре детской неотложной медицинской помощи» в период 2013-2016гг. на стационарном лечении по поводу ДМ находились 18 детей в возрасте от 1 года до 14 лет.

Результаты и обсуждения. На основании жалоб, так как они схожи с острым аппендицитом (ОА) предворительно диагноз «Дивертикул Меккеля» выставлен только одному (5,6%) ребенку, у остальных 17 (94,4%) детей диагноз «Дивертикул Меккеля» выставлен интраоперационно.

Из 17 детей, 14 (77,7%) пациентов оперированы с предворительным диагнозом острый аппендицит, 3 (16,7%) подготовлены на операцию по поводу кишечной непроходимости.

Были произведены следующие операции: из 18 детей, 5-м (27,7%) в связи с обнаружением флегмонозно-гангренозной формы ДМ, произведена лапароскопическая дивертикулэктомия.

В 3 (16,7%) наблюдениях операция начата разрезом Волковича-Дьяконова. При ревизии подвздошной кишки обнаружена флегмонозная форма ДМ и вторично-катарально измененный червеобразный отросток, в связи с чем были произведены дивертикулэктомия и попутная аппендэктомия.

У 3-х (16,7%) пациентов, в связи с клиническими проявлениями кишечной непроходимости произведена срединная лапаротомия, при котором у одного (5,6%) ребенка обнаружена инвагинация, в остальных двух (11,1%) случаях стангуляционная непроходимость кишечника.

Из 18 детей, в 3 (16,7%) случаях при диагностической лапароскопии, у 2-х (11,1%) обнаружена гангренозно-перфоративная форма ДМ на узком основании, операция завершена лапароскопической дивертикулэктомией, у 1 (5,6%) ребенка были выявлены разлитой перитонит и парез кишечника II-III степени, в связи с чем произведена лапаротомия.

В 4-х (22,2%) случаях при диагностической лапароскопии обнаружен короткий дивертикул с широким основанием. Для выполнения клиновидной резекции решено было перейти на конверсию. У всех детей исход лечения был благоприятным.

Таким образом, интраоперационно было обнаружено: дивертикулит флегмонозной формы установлен у 9 (50%) детей, у 5 (27,7%) пациентов флегмонозно-гангренозный дивертикулит, при этом аппендикс не был изменен, в 1 (5,6%) случае осложнение ДМ гангренозно-перфоративной формы разлитым перитонитом в сочетании парезом кишечника II-III степени, в 3-х (16,7%) случаях осложнение ДМ непроходимостью кишечника. Исход хирургического лечения у всех детей благоприятный.

Вывод. Следует отметить что, диагностика дивертикула Меккеля, ввиду схожести клинических проявления с воспалением червеобразного отростка представляет трудности. При таких случаях для уточнения диагноза, следует выполнять диагностическую лапароскопию. По нашим данным, в 94,4% случаях диагноз дивертикул Меккеля является интраоперационной находкой.

При дивертикуле на узком основании, следует произвести лапароскопическую дивертикулэктомию. В случае, когда дивертикул имеет широкое основание, при осложнении ДМ кишечной непроходимостью, разлитым перитонитом в сочетании с парезом кишечника, следует выполнить срединную лапаротомию, хотя при дивертикуле на широком основании, считаем целесообразным выполнить лапароскопически-ассистированный метод операции.

Список литературы

1. Ковальов В.Ф., Залоин К.А., Галоев В.М. и др. Диагностика и лечение дивертикула Меккеля у детей // Вестник хирургии им. Грекова. 1994. – №3–4. – С.44–47.
2. Ю.В.Филиппов, В.Б.Турковский, С.А.Карпов, В.Г.Масевкин, А.В.Николаев, В.Е.Юлаев Патология желточного протока у детей: Вопросы диагностики и лечения.// Саратовский научно-медицинский журнал №2 (16) 2007.

3. Chiarugi,-M; Buccianti,-P; Decanini,-L; Balestri,-R; Lorenzetti,-L; Frances chi,-M; Cavina,-E "What you see is not what you get". A plea to remove a 'normal' appendix during diagnostic laparoscopy. Acta-Chir-Belg, 2001 Sep-Oct; 101(5): 243-5.
4. Gayer G., Zissin R., Apter S., Shemesh E., Heldenberg E. Acute diverticulitis of small bowel: CT findings. Abdomin- Imaging. 1999 Sep-Oct; 24(5): 452-5.
5. Lin P.H., Koffron A.J., Heilizer T.J., Theodoropoulos P. et al. Gastric adenocarcinoma of Meckel's diverticulum as a case of colonic odstruction. Am. Surg. 2000 Jul; 66(7): 627-30.

¹Сагымбаева А.А. – интерн второго года обучения, факультета «Общая медицина», e-mail: anelya_sagymbaeva@mail.ru.

²Сагымбаева А.А. – резидент второго года обучения по специальности «Детская хирургия»,
Научный руководитель: ¹Баймухамбетов Ж.Ж., д.м.н., профессор

¹Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы,
Республика Казахстан,

²Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика
Казахстан

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА – КАК ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Введение. Термином «билиарный сладж» (от англ. sludge — грязь, тина, ил), который впервые появился в 1970-х годах в англоязычной литературе, обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании. Согласно последней классификации ЖКБ (желчно-каменной болезни), утвержденной на 3-м съезде Научного общества гастроэнтерологов России в 2002 году, БС (билиарный сладж) отнесен к начальной, предкаменной стадии ЖКБ. Причины, обуславливающие образование той или иной формы билиарного сладжа, на сегодняшний день неизвестны [1,2,3].

Цель исследования. Провести эффективную профилактику формирования БС у больных с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели настоящей работы нами проанализированы истории болезни 30 пациентов и результаты ЖКБ, в частности БС, за 2016 год в 7-ой Городской клинической больнице г.Алматы. Средний возраст обследуемых составил 45 лет. Среди них 20 женского пола, 10 мужского пола. Анализ клинических результатов производился с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и Statistica 7.0.

Результаты и обсуждения. Из клинических признаков чаще всего при БС проявлялись симптомы билиарной диспепсии, прежде всего – были боли в правом подреберье, горечь во рту.

При помощи УЗИ изучалось состояние стенки желчного пузыря – наличие воспаления или холестероза, что говорит о формировании БС. При этом эхографическую картину при УЗИ принято делить на 3 варианта. И согласно этому УЗИ 30 пациентов распределились следующим образом:

1.Микролитиаз – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени, выявляемых после изменения положения тела пациента (у 5 пациентов – 17%).

2.Эхонеоднородная желчь с наличием различной плотности сгустков, смещаемых, не дающих акустической тени, или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком (16 человек – 53%).

3.Сочетание замазкообразной желчи с микролитами. При этом микролиты могут быть одновременно как в составе сгустка замазкообразной желчи, так и в полости желчного пузыря (у 9 обследуемых – 30%).

Основой лечения пациентов с БС является урсодезоксихолевая кислота (УДХК «Урсосан»), которая обеспечивает улучшение реологических свойств желчи [4].

В материалах Римского консенсуса III, касающихся лечения дисфункций желчного пузыря, сфинктера Одди, показана потенциальная профилактическая роль УДХК в отношении развития ЖКБ и лечения ее начальной стадии [5]. Кроме того данная гидрофильная кислота не только

уменьшает избыток холестерина в мышечных клетках желчного пузыря с литогенной желчью, но и нормализует проявления окислительного стресса, а также тормозит всасывание холестерина в кишечнике, образует жидкие, растворимые кристаллы с холестерином. Урсосан назначали в виде постепенного повышения дозы до эффективной – 15 мг на 1 кг массы тела, 1 раз в сутки на ночь, через 1 час после ужина. Продолжительность лечения от 1 до 6-8 мес. в зависимости от выраженности клинической картины и данных УЗИ. В результате лечения у 90% больных отмечалось купирование симптомов билиарной диспепсии, уменьшились или исчезли боли в правом подреберье, а биохимические показатели крови нормализовались.

УЗИ картина содержимого желчного пузыря также показала, что на фоне лечения урсосаном быстрее исчезают явления БС и восстанавливается эвакуаторная функция желчного пузыря. Побочного действия «Урсосана» не наблюдалось ни в одном случае.

Вывод. Для выявления данной патологии, своевременного назначения курса лечения и ранней профилактики осложнений, пациенты гастроэнтерологического профиля, а также лица с факторами риска БС непременно должны быть обследованы. Также следует активно внедрить УЗИ на начальной стадии ЖКБ, до формирования желчных камней.

Список литературы

1. Мехтиев С.Н., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Богданов Р.Н. Билиарный сладж: нерешенные вопросы // Лечащий врач. – 2007. – № 6. – С. 24–28.
2. Вихрова Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение: Автореф.дис... к.м.н. М., 2003.
3. Чубенко С.С. Микрохолелитиаз // Doctor. – 2004. – № 3. – С. 23–24
4. Буеверов А.О. Возможности клинического применения урсодезоксихолевой кислоты. Consilium medicum. Том 07/№6/2005. Стр.44-46.
5. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии: Пособие для врачей. Витебск, 2006.

Сайтмуратова С.Ш., «Мейіргер ісі» мамандығының бірінші курс магистранты, siva.044@mail.ru
Ғылыми жетекші: м.ғ.к., доцент **Сейдахметова Айзат Ашимхановна**, aizat-seidahmetova@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ОҢ ЖАҚ ЖАРТЫ ШАРДЫҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТЫНАН КЕЙІНГІ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМ

Кіріспе. Жыл сайын Қазақстан Республикасында, 50 - мыңнан аса инсульт орын алады. Бұл ауру бүкіл дүние жүзі бойынша тұрғындардың өлім жітімнің басты себепшісінің бірі болып отыр. Инсультке ұшыраған науқастардың 80% айықпас мүгедек болып қалады [1]. Ертеректе инсульт 45 жастан асқан тұрғындарға үлкен қауіптілік туғызса, ал бүгінде ауру барынша жасарған [2]. Инсульттің ауыр неврологиялық салдарына-мүгедектікке әкелетін және тіршілік сапасын нашарлататын қимыл-қозғалыстық және когнитивтік бұзылыстар жатады [3]. Сөйлеу қабілетінің бұзылысы науқастың жеке отбасылық және әлеуметтік қарым-қатынасын қиындатып, әлеуметтік және психикалық бейімсіздігін туғызады. Сауықтырудың нәтижелілігі қалыпқа келтіру емінің басталу уақытымен, науқастың жасымен, жынысымен, қосымша ауруларының болуы және неврологиялық бұзылыстардың ауырлығымен анықталады [4].

Зерттеудің мақсаты. Оң жақ жарты шардың ишемиялық инсультіне шалдыққан науқастардың қимыл қозғалысын қалыптастыруда медбикелік көмектің тиімділігін зерттеу.

Зерттеу материалдары және әдістері. Зерттеуді Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік фармацевтика академиясының «Анестезиология және реаниматология курсы мен Мейірбике ісі кафедрасында» және Шымкент қаласындағы Т.О.Орынбаев атындағы жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығының «Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім» бөлімшесінде жүргізілдік. Зерттеу жұмысында қойылған міндеттерге байланысты ішкі күретамыр артериясы бассейніндегі ишемиялық оң жарты шар инсультіне шалдыққан 42 жастан 74 жасқа дейінгі екі жыныстағы науқастарға (олардың 15 әйелдер, 21 ер кісілер), жалпы 36 науқас, мейіргерлік күтім жасадық.

Күтімді ұйымдастыру арқылы науқастардың оң жақ жарты шардың ишемиялық инсультына шалдығу себептерін анықтадық.

Зерттеулердің нәтижелері. Ми инсультінің дамуының негізгі себепшісі-оның факторларының қатарындағы ертеден ықпал ететін макро және микроангиопатиялық үрдістердің басталуымен, психо-эмоциональды салмақтардың шамадан тыс түсуімен, стрессті жағдайлардың көбеюімен байланысты екендігін анықтадық. Зерттелген науқастардың 70%-ында инсультке дейін омыртқаның ауқымды остеохондроз белгілері болғандығы анықталды.

Мидың ишемиялық инсультіне шалдыққан 31 (86%) науқастың ауруының келіп шығу себебі артық салмақ, жиі орын алған психо-эмоциональді салмақтардың болуы және дұрыс тамақтанбау, физикалық салмақтың түсуі, демалу режимдерін сақтамау, шылым тарту, жүрек қантамыр жүйесінің ақаулары болса, оң жақ жарты шар инсультінің неврологиялық көріністері құрылымын зерттеу науқастардың (83,3%) дақимыл-қозғалыс бұзылыстарын анықталды, сөйлеу қабілетінің жетімсіздігі 30 науқаста байқалды (83,3%); 6 науқаста (16,6%) экспрессивті сөйлеу қабілетінің бұзылыстары байқалмаған.

Науқастарды екі топқа бөліп медбикелік күтімнің тиімділігіне зерттеу жүргізу бірінші топтағы 16 науқасқа жалпы жеке басының тазалығын сақтау төсек жаймаларының таза және науқасқа ыңғайлы екенін тексеру уақытылы тамақтану режимін дәрілерін ішуін қадағалап АҚҚ, пульсі, температурасы уақытымен өлшеп отырылды. Науқаспен әңгімелесіп сырқатын жеңдету барысында психологиялық қолдау көрсетілді. Қимыл-қозғалысын қалпына келтіру арнайы тренажерлардың көмегімен физиотерапиялық емдеу, емдік физкультура, массаж, гипербариялық оксигенация көмегімен науқастарға күтім жасалынды. Екінші топтағы 15 науқасқа зәр шығаруын өз бетімен басқара алмайтын науқастарға катетер қолданылды Науқастың гемодинамикасын АҚҚ, есін, пульс, температурасын, диурезі тыныс алу өткізгіштігін бақылау және қажетті күтім жасалды.

Қорытынды. Екі топтағы науқастарды стационарлық емдеу барысында күнделікті тексеруден өткізіп отырылды: шағымдары, ауырсыну сипаты, сезіну жағдайы (ентігу, жүрек соғуы, ұйқы бұзылысы, көңілкүй, сауықтыру шараларының процедураларын). Екі топтағы науқастарға жасалған күтімді салыстыра келе бірінші топ науқастың (73%); да жағдайы едәуір жақсарғаны байқалды. Екінші топтағы науқастардың (53,3%); жағдайы бірқалыпты екендігі байқалды. Қол жеткізілген нәтижелер, өмір сапасын жақсартуға септігін тигізеді және стационардан тыс қалыпқа келтіру іс-шараларының келесі кезеңіне дайындықты жеңілдетеді.

Әдебиеттер

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. -М.: Медицина, 2001 - 328 с.
2. Основы сестринского дела. Широкова Н.В. «ГЭОТАР-Медиа», 2009-144с
3. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта // Инсульт. Приложение к журналу неврологии к психиатрии. - 2003.-Вып 8.-С. 10-23.4.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 560 с.

Сейталиев И.А., врач-интерн, 7 курс, iskandersia@mail.ru, **Сейталиев Т.А.**, врач-интерн, 7 курс.
Научный руководитель: зав.кафедрой патологии человека, к.м.н., доцент **Жуманазаров Н.А.**
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Республика Казахстан, город Шымкент.

ДЛИНА ОКРУЖНОСТИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВОЗРАСТА ТРУПА НЕОПОЗНАННОГО ЧЕЛОВЕКА

Актуальность. При обнаружении тела умершего, неопознанного человека, одним из множества вопросов, подлежащих разрешению, становится вопрос о возрасте умершего. В современных условиях актуальность проблемы идентификации личности не потеряла своего значения. Судебно-медицинскому эксперту, в обязательном порядке, необходимо на него отве-

тись[1,2]. Существующие методики определения возраста позволяют с той или иной точностью отвечать на подобные вопросы.

До последнего времени судебно-медицинская экспертиза возраста основывалась лишь на показателях инволюции скелета (Пашкова В.И., 1962, 1969; Звягин В.Н., 1972; Неклюдов Ю.А., 1984, 1992 и др.), в то время как нередко возникает необходимость определить возраст и по иным, иногда мелким частям расчлененного трупа. Такое положение создается в результате авиационных катастроф, действия противопехотных мин, применение которых участилось в регионах локальных военных конфликтов. При этом на исследование часто доставляют лишь части трупа с сильным разрушением костей или только мягкие ткани, что делает невозможным определение возраста по скелету. Эти обстоятельства обосновывают необходимость разработки иных методов установления личности, в частности возраста[3].

Цель исследования. Выявление корреляционной зависимости между длиной окружности брюшного отдела аорты и возрастом трупа неопознанного человека.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе танатологических отделений Южно-Казахстанского филиала ЦСМ МЗ РК г.Шымкент, г.Туркестан и г.Кентау в периоде 2014-2016гг. Проводились измерения окружности аорты у умерших в грудном отделе аорты (ГА), в брюшном отделе аорты (БА) и на уровне диафрагмы (Д). Всего были проведены такие замеры у 86 трупов. Из них 49 трупов мужского пола и 37 трупов женского пола. Все они были разбиты на 6 групп, соответственно возрасту. Первая группа включала умерших в возрасте 0-18 лет, вторая группа: 18-30 лет, третья группа: 30-40 лет, четвертая группа: 40-50 лет, пятая группа: 50-60 лет, шестая группа: 60-70 лет.

Результаты. В первой группе при среднем возрасте 6,4 лет средние арифметические показатели составили: ГА-19,7мм, БА-17,1мм, Д-18мм Во второй группе при среднем возрасте 27,6 лет средние арифметические показатели составили: ГА-28мм, БА-25мм Д-26,8мм; В третьей группе при среднем возрасте 35.2 лет: ГА-37,2мм, БА-33,1мм, Д- 35 мм; В четвертой группе при среднем возрасте 46,1 лет: ГА-47,6мм, БА-44,2мм, Д-46,5 мм; В пятой группе при среднем возрасте 54,4 лет: ГА-57,2мм, БА-53,1мм, Д-55 мм; В шестой группе при среднем возрасте 64.7 лет: ГА-67,4мм, БА-64,5мм, Д-66,2 мм.

Выводы. Таким образом, проведенный математический анализ с вычислением средних величин и их достоверности по каждому изученному параметру аорты позволяет выделить показатели, значимые для экспертной оценки возраста. Приведенные данные о величине окружности брюшного отдела аорты очень близко совпадают с возрастом трупа и могут служить дополнительным и очень простым критерием для определения возраста трупа неопознанного человека.

Список литературы

1. Титаренко Е. Н. и соавт. Структурный анализ трупов неизвестных лиц, поступивших в городской танатологический отдел ГУЗ «бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Хабаровска за период 2003-2004 гг. Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Вып. - №7. Хабаровск. - 2005
2. Гужеедов В.Н., Воронцов В.С. Использование стоматологического статуса при проведении идентификационных исследований // Судебно-медицинская экспертиза. 1994. - Т. 27 - №1. - С. 27-29.
3. Пашинян Г.А., Жаров В.В. Современные возможности идентификации личности при крупномасштабных катастрофах // Медицина катастроф: матер. междунар. конф. -М.,1990 С. 270-271.

Сейткарим А. А.- студент 3-го курса, медицинского факультета, e-mail: ayazhan.as@bk.ru
Научный руководитель: **Кауызбай Жумалы Арипбаевич**, Ph.D. профессор, zhumaly@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан

3D-РЕВОЛЮЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

Введение. В настоящее время широко известны применения технологии 3D печати в таких областях медицины, как протезирование или стоматология.

В апреле 2016 года южнокорейские хирурги смогли напечатать на 3D-принтере модель черепа и использовать его на живом человеке. Операция прошла успешно и помогла спасти человеческую жизнь.

Цель: рассмотрение одной из революционных инноваций в медицине – “3D печать в медицине”

Материалы и методы. В больницу при университете Чунан (Chung-Ang University) в Южной Корее поступила 60-летняя пациентка с жалобой на внезапную головную боль. У нее диагностировали субарахноидальное кровоизлияние. После тщетных попыток остановить смертельное кровотечение врачи приняли решение удалить часть черепа, чтобы уменьшить давление на мозг, вызванное его отеком.

Во время операции в месте удаленной части черепа возникла недостаточность кровоснабжения мозга, в результате чего потребовалась пересадка черепа. В итоге было принято решение об имплантации трехмерной модели черепной коробки.

Доктора больницы привлекли специалистов Корейского института промышленных технологий. Они сканировали черепную коробку пациентки при помощи компьютерной томографии и создали точную трехмерную копию органа. При помощи специального оборудования модель была распечатана. Ее изготовили из чистого титана.

Результаты и обсуждения. Развивая эту технологию, появится возможность печатать живые органы для пересадки, используя клетки пациента. Помимо металлов и пластика, наполняя, 3D принтеры человеческими клетками и печатают из них живые ткани – данный процесс называют биопечатью.

Биомедицинские инженеры используют несколько методов печати органов. Принтер создает пластиковую модель органа, которая затем покрывается человеческими клетками. Или же принтер может выпускать клетки в специальный гель на основе коллагена, которые скрепляет все воедино. В течение нескольких недель клетки вырастают в пластиковых или Коллагеновых формах прежде, чем получить из них функциональный орган. После внедрения в тело, формы разрушаются, оставляя после себя лишь человеческую ткань. В случае с детьми это означает, что ткани могут расти вместе с ними, исключая необходимость последующих операций, связанных с ростом организма.

Это произойдет уже через несколько десятилетий и принесет революцию в сферу трансплантации органов. Пациенты не будут умирать в ожидании органов, а их иммунная система не станет отвергать донорские органы. Также можно использовать живую печатную печеночную ткань в испытании новых лекарственных препаратов на токсичность. Такой метод обеспечит более точные результаты, нежели традиционные испытания на животных.

Вывод. Многие лаборатории во всем мире уже используют печатные ткани при испытании новых исходных более совершенных материалов. Разработки подобных инновационных технологий помогут существенно улучшить качество и увеличить продолжительность жизни.

Список литературы

[3D-printed heart-on-a-chip with integrated sensors](#)
[Dubai hospitals to implement 3D printing before surgery](#)
[A 3D PRINTED SKULL SAVES THE LIFE OF SOUTH KOREAN WOMAN](#)
<http://medconfer.com/node/5908>

Серикова Б.Д. - Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының оқытушысы, bagi_d90@mail.ru

Исабаева Г.Ж. - Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының оқытушысы, guldana-isabaeva@mail.ru

Тагабаева Л.М. - Анестезиология және реаниматология курсы мен мейірбике ісі кафедрасының оқытушысы, lazzat-maratovna@mail.ru

Сейдахметова А.А. - м.ғ.к., доцент, aizat-seidahmetova@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯДА ВЕНАНЫ КАТЕТЕРЛЕУДЕ ДАМИТЫН АСҚЫНУЛАР

Кіріспе. Заманауи интенсивті терапия бөлімшесінде инфузиялық -трансфузиялық тәсіл кеңінен қолданылады. Оның ішінде инфузия жүргізуде орталық және перифериялық веналарды катетерлеу ерекше орын алады. Шет ел ғалымдары мәліметтерінде интенсивті терапия алып жатқан науқастың 48% -да тамыр ішілік дәрі –дәрмек енгізу құрайды және де ол венаны катетерлеу арқылы жүргізіледі [1]. Интенсивті терапияда венаны катетерлеудің тиімділігімен қатар, өзіне тән асқынуларды ескерген жөн. Күнделікті интенсивті терапияда жүргізілетін тамырішілік катетерлер тері және шырышты қабаттың бүтіндігін бұзып, шартты-патогенді микроорганизмдердің ішкі ортаға енуіне жағдай жасайды [2]. Венаны катетерлеумен байланысты инфекциялар, ангиогенді инфекциялар тобына жатады, және қазіргі заманғы медицинаның өзекті мәселесі болып табылады. Венаны катетерлеуде дамиды инфекция кезіндегі өлім – жітімнің статистикалық мәліметі Қазақстанда жоқ, ал Еуропа және АҚШ елдерінде ол 12-25 % құрайды [3].

Зерттеу мақсаты. Интенсивті терапияда венаны катетерлеудегі әрекеттер санының асқынуға ықпалдық ету үлесін анықтау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Жалпы зерттеулер Шымкент қаласының жедел медициналық жәрдем ауруханасы реанимация және интенсивті терапия бөлімшесінде 01.01.2015 - 01.01.2016 уақыт аралығында 52 науқаста жүргізілген венаны катетерлеудің нәтижелері сарапталды. Науқастардың жас құрамы орташа 59 ± 17 жас, ерлер 33, әйелдер 19 құрады. Тамырішілік катетерлеу түріне сәйкес 3 топқа бөлінді. I. Бұғана асты венасына – 16 (30%). II. Білектік (кубитальдық) венасына – 24 (47%). III. Қол сырты венасына – 12 (23%).

Бұғана асты венасына диаметрі № 14G полиуретан катетері, білектік (кубитальдық) венасына диаметрі - №№18, 20G, тефлон катетері, алақан сырты венасына диаметрі №22G, тефлон катетері қолданылды.

Нәтижелер. Көптеген асқынулар венаны катетерлеу кезіндегі техникалық қателіктерден дамыды.

Бақылау барысында 1 – ші топта бұғана асты венаны катетерлеу барысында 2 – 3 әрекет, 3 науқаста орын алды. Нәтижесінде 1 - науқаста қабыну белгілерсіз ауыру сезімі, 2 - науқаста катетер айналасында тері гиперемиясы байқалды. Венаны сәтсіз катетерлеуге дәрігердің тәжірибесі және жедел орнату сияқты факторлар әсер етті.

2-ші топта білек веналарын сәтті катетерлеу 79,1% -да техникалық қиындықтарсыз, бірінші әрекеттен іске асырылды, 2-3 әрекет 5 -науқаста орын алды, нәтижесінде венаның жарылуы -1, қабыну белгілерсіз ауыру сезімі -2, флебит – 2 науқаста орын алды. Оларда перифериялық венаның нашар, май қабатымен терең орналасқандықтан себепті.

3- ші топтағы науқастарда асқынулар 1, 2- топқа қарағанда жиі кездесуі анықталды. Алақан сырты веналарын катетерлеу 7-де техникалық қиындықтарсыз, бірінші әрекеттен іске асырылды, 2-3 әрекет 5 науқаста орын алды. Нәтижесінде гематома - 1, венаның жарылуы - 2, флебиттік көрініс -2 науқаста байқалды. Оларда перифериялық венаның нашар және тарамдық орналасуы себеп болды. Көрсетілген асқынуларда дер кезінде тиісті дәрігерлік шаралар қолданылды.

Қорытынды. Интенсивті терапия бөлімшесінде жасалынатын венаны катетерлеу манипуляцияларында механикалық, инфекциялық асқынулардың алдын алу мәселесінде қол гигиена ережесі, асептикалық күтім қатаң сақталуы және венаны катетерлеуді механикалық зақымданусыз орындау практикада асқынулардың алдын алады.

Әдебиеттер

1. Обеспечение безопасности больного при установке центрального венозного катетера - роль гигиены рук. Фаршатов Р.С., Сурков А.И., Здорик Н.А., Кандалов А.В., Гильмиярова Э.Р., Наука и мир.-2014.-Т. 2.-№ 12
2. Пункция и катетеризация вен. В.П. Сухоруков, А.С. Бердикян, С.Л. Эпштейн. «Санкт-Петербургское медицинское издательство». 2001. — 56 с.
3. Инфекционные осложнения катетеризации центральных вен. Е. Ю. Матвеева, А. В. Власенко, В. Н. Яковлев, В. Г. Алексеев. Общая реаниматология.-2011.- Т. 7.- № 5

Сицинская И.А., ассистент, Волошина Л.А., к.мед.н, доцент
кафедра внутренней медицины и инфекционных болезней, sithinska@mail.ru
ВГНУ «Буковинский государственный медицинский университет»,
г. Черновцы, Украина.

**РОЛЬ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ sVCAM-1 У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С УЧЕТОМ ТОКСИГЕННОСТИ
ШТАММОВ H. PYLORI**

Актуальность. sVCAM 1 является маркером раннего атеросклероза, отражает его тяжесть и тесно коррелирует с толщиной комплекса интима-медиа каротидных артерий. Результаты многих исследований свидетельствуют о повышении уровня sVCAM 1 с атеросклеротическим поражением сосудов при артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезни сердца, сахарным диабетом типа 2 (СД2), атеросклерозе церебральных и периферических сосудов [1]

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пептической язвы желудка (ПЯЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), сочетанной с АГ и СД2 с учетом токсигенности штаммов в антихеликобактерных схемах терапии и комбинированного пробиотика «Лациум».

Материалы и методы исследования. Исследования проведены у 138 больных ПЯЖ и ДПК, среди них 50 больных с CagA+VacA+ H. Pylori, 58 больных с CagA+VacA-/CagA-VacA+ H. Pylori. У 67 пациентов заболевание сочеталось с АГ и СД2. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (ПЗЛ).

Результаты исследования и их оценка. Оценивая содержание молекулы адгезии (sVCAM-1) (рис.1) у больных без сопутствующей патологии установлено, что у больных ПЯЖ и ДПК CagA VacA показатель составлял в 3,83 раза выше чем в группе ПЗЛ, а у больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA-/CagA-VacA+ - в 3,05 раза повышен в сравнении с группой ПЗЛ.

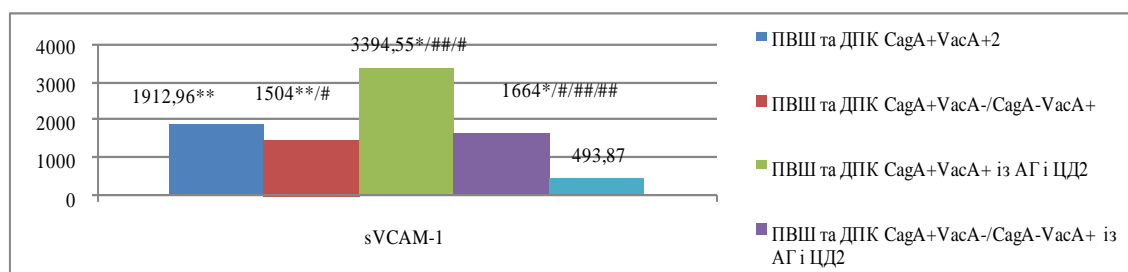


Рисунок 1 - Содержание sVCAM-1 в крови при пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2.

Однако, уровень данного показателя у больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA+ в 1,27 раза выше по сравнению с группой больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA-/CagA-VacA+. При наличии сопутствующей патологии уровень sVCAM-1 у больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA+ в 6,87 раз повышен в сравнении с группой ПЗЛ, а у больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA-/CagA-VacA+ - в 3,37 раза соответственно. Однако, оценивая влияние токсигенных штаммов, АГ и СД2 на ПЯЖ и ДПК установлено, что данный показатель в 2,04 раза повышен в группе больных с CagA+VacA+ ПЯЖ и ДПК в сочетании с АГ и СД2 в сравнении с группой больных ПЯЖ и ДПК CagA+VacA-/CagA-VacA+ в сочетании с АГ и СД2.

После предложенного антихеликобактерного лечения данный показатель достоверно снизился (рис.2).

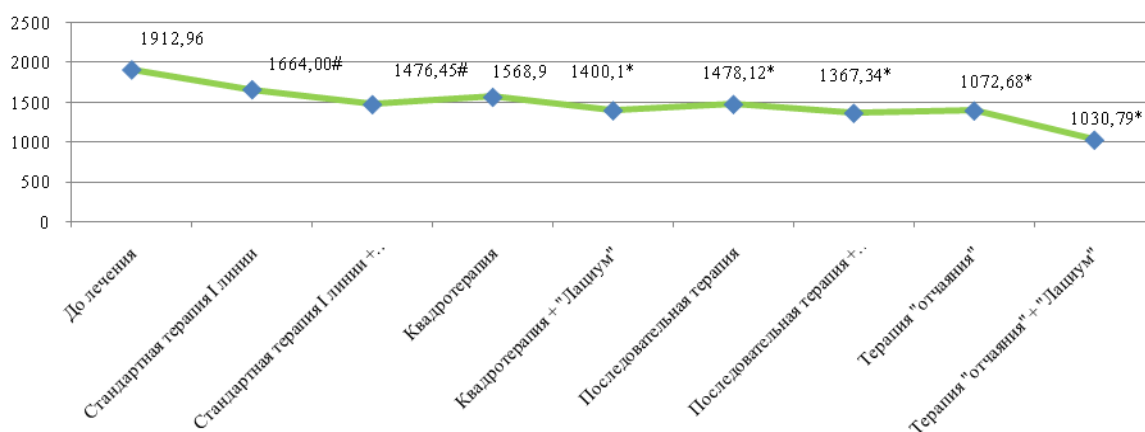


Рисунок 2 - Содержание sVCAM-1 в крови при пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2 после лечения.

Выводы. 1. У больных с пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом типа 2 sVCAM-1 достоверно повышается, что свидетельствует о нарушении стенки эндотелия.

При наличии одного токсигенного штамма *H. pylori* данный показатель достоверно увеличивается, а наличие обоих токсигенных штаммов *H. pylori* приводит к существенному нарушению функции сосудистой стенки.

2. Учитывая токсигенность штаммов, а именно наличие обоих токсигенных штаммов, наиболее эффективной эрадикационной терапией является «терапия отчаяния» с использованием препаратов фуразолидона и «Лациум», что в 2 раза снижает sVCAM-1 та свидетельствует об улучшении функции эндотелия.

Литература

1. Черкас П.В. Вияви окисного стресу в слизовій оболонці шлунка хворих із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки після успішної ерадикації *H.P.* / А.П. Черкас, Х.О. Семен, О.П. Єлісеєва, Д.В. Камінський, М.М. Лазуренко, О.Я. Яцкевич, О.О. Абрагамович // Сучасна гастроентерологія. – 2007. - № 5 (37). – С. 13-16.

Назарбаев Н.Н., магистрант 1-го курса, факультет «общая медицина», **Аманов С.А.**, интерн-хирург 7курса, **Коньсбекулы Б.**, интерн-хирург 7курса, **Усманов Б.М.**, интерн-хирург 7курса, факультет «общая медицина», **Сагындыков Е.Н** асс. МКТУ им.Х.А.Яссави.

Науч рук: **Сексенбаев Д.С.**, д.м.н., проф.(loli-8383@mail.ruFRVFK-10)

Конс: **Тажимурадов Р.Т.**, д.м.н., проф.(tazhimuradov@mail.ru)

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент. Кафедра хирургических дисциплин.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА.

Введение: Основным принципом диагностики предраковых заболеваний желудка является комплексное обследование больных, страдающих данным заболеванием, которое основано на рациональном сочетании клинико-лабораторного исследования с рентгено-гастроскопическими методами. При этом гастроскопия непременно должна включать в себя прицельную биопсию с последующим гистологическим исследованием и взятием материала для его цитологического изучения[2,4,5,7]. Клинические проявления предраковых заболеваний желудка разнообразны и зависят они, прежде всего от длительности заболевания, локализации патологического процесса от характера изменений слизистой оболочки желудка, наличия или отсутствия осложнений.[1,3,5,6]

Цель исследования: Выявить и оценить взаимосвязь между клиническими симптомами предраковых заболеваний желудка и характером распространения патологического процесса, а также определить критерии эффективной диагностики данных заболеваний желудка.

Материалы и методы исследования: Нами проводилось динамическое наблюдение за гистологической структурой слизистой оболочки желудка у 112 больных, оперированных по поводу предраковых заболеваний желудка. Исследования проводились в различные сроки до и после хирургических операций путем взятия биопсий слизистой из различных отделов желудка. При этом установлено, что степень выраженности перехода в рак атрофического гастрита зависит локализации и длительности анамнеза заболевания.

Комплексное рентгено-эндоскопическое обследование было произведено у всех больных предраковыми заболеваниями желудка. Рентгенологически язвы и полипы были выявлены только у 97 (86,8%) больных, а у 15 (13,21%) – диагноз был установлен лишь при гастроскопии. Из каждого патологического процесса обнаруженного прицельно забиралось 2-3 кусочка ткани из верхушки и основания, а также из окружающей слизистой оболочки желудка на расстоянии 2-3, 4-5см. Всего у 100 больных выполнено 132 биопсионных фрагментов тканей, взятых из участков и из окружающей слизистой оболочки желудка. При изучении 132 биоптатов было констатировано наличие атрофии слизистой оболочки желудка выявилась кишечная метаплазия, очаговая гиперплазия поверхностного эпителия, отмечалась перестройка железистого эпителия. Эти признаки указывают на предраковое изменение слизистой оболочки, которое было обнаружено в 46 случаях. В дальнейшем, в 6 из них при морфологическом исследовании был выявлен рак на фоне полипа. Цитологическое исследование мазков-отпечатков констатировано наличие атипичных клеток, расцененные как аденома, с подозрением на злокачественную. Таким образом, из общего числа биопсионного материала, совпадение диагноза отмечено у 92 из 132 биоптатов.

Результаты и её обсуждения: Нами проведен анализ характера и частоты жалоб в зависимости от длительности и локализации процессов. Так, боли в эпигастрии наблюдались у 90 (80%). Похудание было зафиксировано у 42 больных (37,5%). Отрыжка и икота регистрировалась у 28 (25%) больных. Особенно тяжесть в подложечной области и чувство переполнения желудка отмечалось у 36 (32%) больных с каллезными язвами перехода в рак, тогда как при полипах только у 12 (10%). Неустойчивый стул наблюдался у 23 больных (20%) атрофическими гастритом на фоне рака, в виде склонности к поносам (у 46 больных) полипами. Боли в эпигастрии чаще всего отмечались по локализации процесса в пилороантальной зоне желудка – у 66 (60,88%), наименее часто – при кардио-субкардиальной локализации их у 21 (18,7%) больных. У наших больных, обращающихся в общую лечебную сеть, синдром малых признаков рака отмечается в 5-

10 случаев, тогда как при раке желудка он наблюдается у 78-86% больных. Выявление синдрома малых признаков рака проводится путем тщательного изучения истории развития заболевания, жалоб больных. В первую очередь, необходимо установить в анамнезе тот момент, с которого клиническая картина банального гастрита начинает приобретать новый характер, обусловленный началом перехода в рак.

Выводы

В настоящее время комплексное рентгено-гастроскопический метод исследования остается наиболее распространенным и доступным в диагностике предраковых заболеваний желудка, при помощи которого может осуществляться также динамическое наблюдение за больными данной категории. Комплексное клинико-рентгено-эндоскопическое исследование желудка позволяет не только визуально выявить патологические изменения на ранних стадиях, но и оценить состояние слизистой оболочки в зоне патологического процесса и вдали от него. Подводя итог к вышесказанному, можно отметить, что существующие методы объективного исследования и лабораторно-инструментальное обследование пациента достаточно способствуют распознаванию патологического процесса желудка, особенно на ранних стадиях заболевания. Клиническая картина состояния предрака желудка может быть весьма разнообразной, что требует более тщательного и всестороннего подхода к тактике ведения больных с данной патологией. Таким образом, ранее диагностика заболевания желудка должна быть комплексной, включающей детальный сбор анамнеза, рентгено-гастроскопию и гистологическими с цитологическими исследованиями.

Список литературы

1. В.Н. Ляпунова. Полипы желудка: динамика развития и результаты эндоскопической полипэктомии. Дисс... к.м.н.-М., 2014, 127 с.
2. И.Л. Меньшикова. Эндо.в век тех.инн. Здр. Казах. - 2015, №35, стр.3-7
3. В.Н. Сотников, Т.К. Дубинская, А.В. Волова, Д.Ю. Есенин. Значение макроскопических признаков в диагностике и прогнозе морфологического типа полипа. Клиническая медицина.-2011, №2, с.21-24.
4. В.И. Юхтин. Полипы желудочно-кишечного тракта. -М., 2008, 83 с.
5. Gregor O. The timely diagnosis of Cancer Stomach. Praha, 1998 (translation)
6. C. Laxen F. Gastric polyps and gast Carcinoma. Ann.Clin.Res.2004,13,3, p 154

УДК: 616.98-08:614.4

Д.А.Маметова У.Е.Байшора, А.М.Утенова, II курс магистранттары Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

КОНГО-ҚЫРЫМ ҚАНДЫ ҚЫЗБАСЫ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЫНАН 2015 ЖЫЛДЫҢ 6 АЙЫНДАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙҒА ТАЛДАУ

Кілт сөздер: Конго-Қырым қанды қызбасы, залалсыздандыру, кене шағу, мониторинг, кенені зерттеу.

Оңтүстік Қазақстан облысында Конго-Қырым қанды қызбасы (бұдан әрі КҚКК) ауруынан 2015 жылдың 6 айында күдікті болып 31 жағдай тіркеліп, оның 6-ы (Мақтаарал ауданында-2, Отырарда -2, Ордабасыда-1, Түркістанда-1) зертханалық расталған.

Кенеге қарсы залалсыздандыру жұмыстарының 1-ші науқанында 1 094 382 бас ірі қара мал, түйе, жылқы бүркіліп, 4 152 423 бас уақ малдар тоғытылды, 28,7 шаршы шақырым қора жайлар көлемі және жапсарлас аумақтар залалсыздандырылды.

Санитарлық қорғау аймағын құру мақсатында залалсыздандыру 17 ауданның 79 елді мекенінде 1 рет 27,39 шаршы шақырым жер көлемінде залалсыздандыру жүргізілді.

Кенеге қарсы залалсыздандырудың 1 науқаны жүргізілгеніне қарамастан кене шағу жағдайлары төмендемей отыр, атап айтсақ, облыс бойынша 6 айда 2822 адамды кене шағып (100

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

мың халыққа шаққандағы көрсеткіш-100,2) медициналық көмекке қаралды (2014 жылы – 2437 жағдай тіркелген, көрсеткіш-88,60), өткен жылдың осындай кезеңімен салыстырғанда кенеге шағылу жағдайы 13,6 пайызға өскен.

Кесте 1 - Кене шаққандардың 2014-2015 ж.ж. салыстырмалы көрсеткіші

№	Аудан, қала атаулары	2014		2015ж.		Өсуі,кемуі %
		Абс. саны	Көрсеткіш	Абс. саны	көрсеткіш	
1.	Арыс	41	58,05	49	68,05	+8ж.
2.	Бәйдібек	102	193,15	60	109,16	-41,2
3.	Қазығұрт	131	116,03	148	132,70	+11,5
4.	Мақтаарал	153	51,05	127	42,25	-16,9
5.	Отырар	93	187,41	123	22820	+24,4
6.	Ордабасы	175	150,19	253	215,81	+30,8
7.	Сайрам	243	78,54	257	126,5	+5,4
8.	Сарыағаш	125	40,82	116	37,12	-9ж.
9.	Созақ	53	91,46	43	74,47	-18,9
10.	Төлеби	77	57,76	85	72,88	+8ж.
11.	Түлкібас	58	54,74	39	36,10	-32,7
12.	Шардара	86	108,51	93	117,03	+7ж.
13.	Кентау	76	83,94	90	108,32	+15,5
14.	Түркістан	347	142,16	373	149,05	+6,9
15.	Абай	277	95,10	403	123,80	+31,3
16.	Әл-Фараби	137	63,12	180	78,07	+23,9
17.	Еңбекші	263	123,23	384	116,19	+31,5
Облыс бойынша		2437	88,60	2822	100,2	+13,6

Кенелердің жұқпалылығын анықтау мақсатында 34 824 кене зерттеліп, 92 сынамадан 15 аудан, қалалардан оң нәтиже анықталды. Кене зерттеу облыстағы 898 елді мекеннің 327 елді мекенін қамтыған.

ҚР Бас санитарлық дәрігерінің 2005 жылғы 11 ақпандағы №3 «ҚР Конго-Қырым қанды қызбасы табиғи ошақтарында санитарлық эпидемияға қарсы іс-шаралар және эпизоотологиялық эпидемиологиялық ахуалға мониторинг жүргізу туралы» қаулысына сәйкес облыс бойынша Конго-Қырым қанды қызбасы ауруына мониторинг жүргізіліп отыр.

РЕЗЮМЕ

Д.А.Маметова, У.Е.Байшора, А.М.Утенова – магистранты І курса Южно-Казахстанской Государственной Фармацевтической Академии. Шымкент.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2015 ГОДА

В статье проведен анализ эпидемиологической ситуации по ККГЛ, описаны мероприятия направленные на исследование клещей в целях совершенствования системы эпидемиологического надзора и профилактики Конго–Крымской геморрагической лихорадки в Южно-Казахстанской области.

Ключевые слова: Конго-Крымская геморрагическая лихорадка, дезинфекция, укусы клещей, мониторинг, исследования клещей.

SUMMARY

D.A.Mametova, U.E.Bayshora, A.M.Utenova, - magistrants of 1st course of Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

AN ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON CRIMEAN-CONGO HAEMORRHAGIC FEVER FOR 6 MONTHS OF 2015

The article analyzes the epidemiology of CCHF, described the event aimed at the study of ticks in order to improve the surveillance and prevention of -Krymskoy Congo haemorrhagic fever in South Kazakhstan region.

Назарбаев Н.Н., магистрант 1-го года обуч. факультет «общая медицина»

Руководитель: **Сексенбаев Д.С.**, д.м.н. профессор(loli-8383@mail.ru)FRVFK-10)

Консультант: **Тажимурадов Р.Т.**, д.м.н. проф. (tazhimuradov@mail.ru)

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан. Кафедра хирургических дисциплин

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Введение: Симптомология предрака желудка разнообразна и трудна, также как при гастрите и раке. Попытки некоторых исследователей [4,5,6] найти симптомы, характерные для предрака не увенчались успехом [1] – «особых клинических проявлении в желудочных жалобах характерных только для предраковых заболеваний не существует».

Цель исследования: Изучить особенности различных клинических симптомов в зависимости течения предраковых заболеваний, частоту факторов влияющих на лечение и оценить результаты полученных данных овыборерадикальных операции в лечении больных.

Материалы и методы исследования: Последнее обстоятельство и послужило причиной тому, что мы кратко охарактеризовали прошедших 78 больных предраковыми заболеваниями желудка через хирургическую отделении «ООД» г. Шымкент за 20 лет (1994- 2014г.). Из 78 больных 16 были каллезными язвами желудка переходящая в рак, у 22 атрофическим гастритом на фоне рака и у 40 малигнизироваанными полипами желудка.

На фоне обычных жалоб больного страдающих анацидным гастритом появляются изменение в самочувствии больного, выражающиеся в слабости «быстрой утомляемости», такие симптомы были отмечены у – 5 (7%, 5%) больных с каллезными язвами желудка у – 9 (47,5%) малигнизироваанными полипами. Такое значительное преобладание этого признака в группе больных с малигнизироваанными полипами подтверждает нам, что ценность его в диагностике предраковых заболеваний желудка. По мнению некоторых авторов [2,3,7] и другие похудание наиболее отчетливо выражено при малигнизироваанных полипах. По нашим наблюдениям похудание отмечено у – 13 (32,5%), больных малигнизироваанными и у – 10% больных каллезными язвами. Раздражительность, нервные расстройства, бессонница, частая смена настроения отмечалось у – 12 (30%) больных гастритом на фоне рака, когда у – 4 (10%) больных малигнизироваанными полипами.

На нашем материале малигнизироваанные полипы чаще встречались в возрасте старше 50 лет, но в то же время мы имели предраковые заболевание у 6 больных до 50 летнего возраста. Поэтому мы считаем, что не надо ждать, когда предраковые заболевание превратились в злокачественные и увеличились, иноперабельности и смертность от рака желудка у людей среднего и преклонного возраста, что касается пола больных страдающих анацидным гастритом и язвой желудка, то наши данные совпадают с литературными данными о преимущественном среди мужчин, у наших больных 55,6% составляли мужчин и 44,4% женщин. По злокачественности полипы, а также чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Одним из наиболее частных симптомов при язвах и гастритах желудка является боли в подложечной области, причем для этого заболевания характерными являются тупые ноющие боли. Тупые, ноющего характера боли по данным [3,5,6] – у – 82,7% больных, [6] у – 75% и [4]- у 83% больных. При язвах желудка, допускают возможность рвоты в результате явления пилоростеноза на почве гипертрофии мышц антрального отдела желудка. Анализ наших наблюдений показал, что рвота при язвах желудка является нередким симптомом. Мы наблюдали её у – 11 (81,2%) больных. У – 8 из 22 больных гастритом на фоне рака, возникало систематически, у – 3 (из 40 больного) рвота отмечалась изредка, у больных полипами. Кровавая рвота при гастритах на фоне встречается относительно редко, но кровотечения чаще бывает из изъязвленных поверхностей язвы и полипов. Среди наших

наблюдений кровавая рвота была у – 2 (2,5%) больных с язвой. У этих больных, кровавая рвота была однократной и не очень обильной, кровотечение остановлен консервативным путем. Изжога наблюдалась нами у–21 (13,2%) больных, причем из них имело мест у–5,2% больных с каллезными язвами переходе в рак желудка. [3,4] указывают, что при язве желудка у большинства больных аппетит сохраняется.

Наши данные показали, что значительное снижение аппетита наблюдалась у-43% среди всех больных. Здесь интересно отметить, что при малигнизированных полипах снижение аппетита отмечено только у – 20 (50%) больных, у этих больных похудание было значительно чаще, чем у больных анацидными гастритами на фоне рака, хотя у последних групп в начале понижение аппетита встречалось чаще. У наших больных слюнотечение наблюдалось у – 12 (18,7%) предраковых заболеваний. Этот симптом встречаются почти одинаково часто, как среди больных с язвами желудка, так и малигнизированными полипами. Чувство тяжести и перенаполнения желудка после приема пищи небольшого количества пищи встречается при язве желудка довольно часто [1,2,5,6,7]. В наших наблюдениях этот симптом встречался в 45,7%. Необходимо отметить, что тот симптом наиболее часто встречается при всех предраковых заболеваниях желудка.

В группе наших больных с анацидным гастритом с превращением в рак и сочетанием полипов, более чем половины больных наблюдался – этот симптом. У–18 из 22 них он появился лишь в последнее время и возможно связан с процессом ракового превращения. Поэтому при оценке хроническим анацидном гастрите, возможно, этот симптом должен быть учтен врачом в число прочих других симптомов предрака желудка.

Отрыжка наблюдалась у (31,9%) больных. Появление её зависит в основном от тех же причин, что и тошнота. Как показывают наши данные, что чаще наблюдается отрыжка воздухом у-10 (12,8%) больных каллезными язвами желудка, чаще тухлым яйцом или кислым встречался при малигнизированных полипах у–7 (42,5%) больных. Следует отметить, что расстройства кишечника чаще наблюдались при язвах и гастритах (у–20 из 52 больных). Среди больных с язвами скрытая кровь была обнаружена у–8(50%) больных. Из 78% больных с предраковыми заболеваниями желудка реакция Грегерсена оказалось положительной у 47(61%).

Пальпаторные данные при гастритах и полипах желудка весьма скудно. Зависит это от того, что полипы редко достигает значительных размеров и часто бывают мягкими по консистенции [5,6,7,8] из 38 больных смогли прощупывать полипы через брюшную стенку у – 8 больных. [3] Нам отчетливо пальпаторно определить полип желудка удалось только у – 2-х больных малигнизированными полипами с инфильтрацией на передней стенке желудка. Температурная реакция организма была отмечена у – 7 (10,9%) малигнизированными полипами. Температура была субфебрильной до 37,4t. [1,2,3,4] считают, что повышенная температура при язве желудка переход в рак зависит от обострения на воспалительного процесса вокруг язва, который может протекать по типу ограниченной флегмоны желудка, осложненной тромбозом. Тошнота при полипах желудка встречаются нередко. У наших больных отмечено у – 23 (29,8%) с язвами и у – 9 (47,3%) больных малигнизированными полипами. Тошнота при язвах и полипах желудка нам кажется, зависит от понижения кислотности, плохой усвояемости пищи и нарушения моторной эвакуаторной функции желудка.

Выводы. С увеличением длительности заболевание приводит к раковой трансформации и возрастает опасность к увеличению числа летальных исходов. При каллезных язвах и полипах переход в рак происходит чаще локализовавшихся в антральном отделах. Основные структурные изменения профиля слизистой оболочки желудка при предраковых состояниях развиваются по типу атрофических и гиперпластических процессов, с замещением слизистой оболочки кишечным эпителием с очаговой гиперплазии, в дальнейшем превращении их в рак.

Список литературы

- А.К. Лукиных в книге: Науч. тр. Рязан. мед. ин-та. 2000; том 11. стр. 79-85
Д.В. Мыш Вест. хир. им. Грекова 2008, том 55, №1 стр. 25-30
С.А. Рейнберг и Р. Ротермель с соавтр. – Вест. хир; 2003, №7, стр. 7-10
А.Д. Рыбинский с соавтор. клин. мед. 2001, №1, стр. 14-17
Eliasona E.L. Wright V.M. 1995; Surg. Cyn. and. obst. 1995, 41, p. 461.

Masson P. Tumeuzhumaines. Paris, 1996, library maloine.

Miller L.K. Gastroenterology, 2003, 64, p. 254-267

Konjenzny C.E. Der Magenkeza 1998

Степановичус Е.Н., к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1
Одесского национального медицинского университета, E-mail – Angelovamed82@mail.ru
г.Одесса, Украина

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ.

Введение. В условиях сложной демографической ситуации в Украине женское бесплодие является актуальной проблемой репродуктивной медицины. Одной из причин неэффективного лечения женского бесплодия – неполная диагностика и коррекция многочисленных факторов бесплодия при наружном генитальном эндометриозе (НГЭ).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения бесплодных больных с наружным генитальным эндометриозом путем усовершенствования диагностики и комбинированной коррекции факторов бесплодия.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 120 бесплодных пациенток с верифицированным НГЭ.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток составил $27,7 \pm 1,6$ лет, средняя продолжительность заболевания – $6,3 \pm 1,7$ лет. Установлено, что бесплодие у женщин с наружным генитальным эндометриозом характеризуется патологическими изменениями в эндометрии и перитонеальной жидкости, требующих оптимизации методов диагностики и лечения. Дополнительные факторы бесплодия при наружном генитальном эндометриозе встречаются в 80% случаев. Среди дополнительных факторов бесплодия наибольшее значение имеет спаечный процесс органов малого таза (60,8%), недостаточность лютеиновой фазы (50%), патологические изменения маточных труб после перенесенных воспалительных заболеваний (39,2%), миома матки (20%), нарушение состава перитонеальной жидкости и функционального состояния эндометрия. При исследовании перитонеальной жидкости на содержание маркеров функционального состояния иммунокомпетентных клеток установлено, что у здоровых женщин перитонеальная жидкость содержала в 3-15 мл от 7 до 12 млн. лейкоцитов, представленных преимущественно макрофагами (90%), лимфоцитами (5-10%) и полиморфно-ядерными лейкоцитами (до 5%), в то время как у женщин, больных с наружным генитальным эндометриозом, количество макрофагов возрастало до 95% за счет относительного уменьшения популяции полиморфно-ядерных лейкоцитов. При этом общее количество клеток в перитонеальной жидкости возрастало до 18-20 млн в 1 мл.

Для пациенток с наружным генитальным эндометриозом характерно снижение в эндометрии активности зрелых дендритных клеток (до $5,2 \pm 0,5$ кл./мм² CD23 в функциональном слое и до $6,0 \pm 0,5$ кл./мм² в базальном слое) и повышение активности незрелых дендритных клеток в базальном слое (CD1a до $34,2 \pm 1,2$ кл./мм²). При эндохирургическом лечении у бесплодных женщин с эндометриозом наилучшие результаты получены при удалении всех очагов эндометриоза и адекватной коррекции сопутствующих факторов бесплодия. Установлено, что вероятность восстановления репродуктивной функции у женщин с наружным генитальным эндометриозом при применении комплекса интраоперационной противовоспалительной профилактики, послеоперационной гормональной терапии и иммунокоррекции увеличивается (ОШ=1,8 ДИ 95%: 7,2; 19,3) при снижении относительного риска сохранения болевого синдрома и рецидивирования заболевания (СОР=0,22 при ДИ 95%: 0,18; 0,25).

Вывод. Разработанный лечебно – диагностический алгоритм ведения бесплодных больных с наружным генитальным эндометриозом предусматривает применение лечебно-диагностической лапароскопии с последующим назначением в послеоперационном периоде низкодозированного монофазного комбинированного эстроген-гестагенного препарата, содержащего диеногест и иммуномодулятора аминоксидрофталиндион натрия с последующим активным ведением и

контролируемой овариальной стимуляцией, что способствовало улучшению репродуктивных результатов в 1,7 раза.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, диагностика, лечение, иммунитет.

Список литературы

1. Mitchell L.A. Endometriosis: Symptoms, Diagnosis & Treatments / L.A. Mitchell NY, Nova Science Publishers Inc - 2010 - 272 p.
2. de Ziegler D. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. / D. de Ziegler, B. Borghese, C. Chapron // Lancet. - 2010 – Vol. 376(9742) – P. 730-738
3. Демографічна ситуація в Україні усічні 2012 року. Електронний ресурс. Режим доступу: http://data-base.ukrcensus.gov.ua/Pxweb2007/ukr/press/2012/p2012_01.asp
4. Патент № 62189, Україна, МПК А61М 35/00, А61К 9/06. Спосіб профілактики злуку утворення в післяопераційному періоді у безплідних жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом / В.М. Запорожан, І.З. Гладчук, Н.М. Рожковська, А.Г. Волянська, О.М. Степановичус; заявник і патентовласник Одес.нац. мед. унів. - № у 2011 05133, заявл. 22.04.2011; опубл. 10.08.2011, Бюл. № 15.

Султанова. Д.- врач-интерн 702 группы, факультета последипломного обучения
Научный руководитель: **Сахова Б.О.**, магистр медицины
Шымкентский медицинский институт, МКТУ имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.Шымкент,
Республика Казахстан

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДЖЕКТА В ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЕ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.ШЫМКЕНТ

Введение. В последнее десятилетие произошел прорыв в лечении ревматоидного артрита, во многом связанный с разработкой нового класса лекарственных средств - так называемых генно-инженерных биологических препаратов, таких как этанерцепт, инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, и др. Однако совершенствование стратегии лечения РА с использованием не только биологических препаратов, но и стандартных базисных противовоспалительных препаратов, в первую очередь метотрексата, остается в центре внимания современной ревматологии. [1,2,3].

В многочисленных исследованиях последних лет было установлено, что при использовании метотрексата клиническое улучшение наступает значительно быстрее, чем при лечении другими базисными препаратами. Также определено, что монотерапия метотрексатом при раннем (<3 лет) тяжелом РА не уступает по эффективности монотерапии инфликсимабом и ассоциируется со снижением риска летальности [4,5,6].

Цель исследования: сравнительная оценка клинической эффективности и переносимости таблетированной и инъекционной форм метотрексата у больных с ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования: Данное исследование проводилось в условиях отделения ревматологии клиники МКТУ им.Х.А.Ясави в течение 2-х лет. В исследование включены 54 женщины, с подтвержденными серологическими и рентгенологическими исследованиями суставной формой ревматоидного артрита, в возрасте от 30 до 52 лет.

Больные были разделены на 2 группы: I группу (27 больных) составили больные принимающие метотрексат в таблетках в дозе 15 мг в неделю (по 7,5 мг с интервалом в 12 ч), II группу (27 больных) составили больные принимающие базисную терапию в виде методжекта 15 мг подкожно (п/к) однократно в неделю (производства компании «MEDAC», Германия, для подкожного введения, в дозе 15 мг в 1,5 мл).

Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вычисления критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Через 12 недель лечения в обеих группах наблюдалась статистически достоверная положительная динамика клинических показателей суставного синдрома и основных лабораторных показателей активности РА. Следует отметить, что тенденция к регрессии выраженности основных клинических показателей активности заболевания в группе

получавших методжект п/к была замечена уже спустя 2 недели против 4 недель МТ в таблетках. Пациенты с длительностью заболевания ≥ 1 года давали более раннюю ответную реакцию на п/к введение МТ, чем при приеме внутрь. Позднее наблюдалась дальнейшая положительная динамика до окончания исследования.

После 12 недель лечения метотрексатом нами было зафиксировано достоверное ($p < 0.001$) снижение основных лабораторных показателей активности РА. Оценка активности РА в динамике по индексу DAS28 показала, что к концу исследования пациенты «перешли» из категорий с более высокой активностью в категории с меньшей активностью. В целом индекс DAS28 у обследованных больных после 12-недельного курса лечения снизился с исходного уровня 6.04 ± 1.12 до $3,3 \pm 0,08$ $p < 0,01$.

Через 3 мес от начала терапии метотрексатом у больных уменьшились длительность и выраженность утренней скованности, экссудативные изменения в коленных суставах, выраженность сгибательной контрактуры, купировались артралгии, снизились лабораторные показатели активности заболевания - СОЭ, сывороточное содержание С-реактивного белка.

Выводы: МТ при подкожном введении значительно более эффективен (DAS28) по сравнению с МТ, принимаемым внутрь в аналогичной дозировке.

- Пациенты с длительностью заболевания ≥ 1 года дают более раннюю ответную реакцию на п/к введение МТ, чем при приеме МТ внутрь.
- Методжект п/к лучше переносится и меньше дает побочные эффекты со стороны желудочно – кишечного тракта, в виде тошноты, рвоты, боли в эпигастрии и диареи;
- Раннее введение МТ п/к позволяет повысить эффективность терапии РА;
- П/к введение методжекта эффективнее при более низкой дозировке, чем МТ в таблетированной форме;
- У пациентов с высокой активностью болезни целесообразно начинать терапию с п/к введения методжекта.

Список литературы

- Насонов Е.Л. Лечение ревматоидного артрита (Клинические рекомендации). - М., 2006, 118 с.
Насонов Е.Л. - Терапевтический архив, 2004, № 5, с.5-7.
Мазуров В.И. Клиническая ревматология (Руководство для врачей). - СПб., 2005, 515 с.
Насонов Е.Л. - Клиническая медицина, 2005, № 6, с.8-12.
Насонов Е.Л. - Русский медицинский журнал, 2006, № 14 (8), с.573-577.
Насонов Е.Л. Метотрексат. Перспективы применения в ревматологии. - М., 2005, 196 с.

Сытый А.А., Ракович Д.Ю., Сытая К.О. – студенты 5 курса, лечебного факультета, e-mail –
balonka2802@gmail.com

Научный руководитель – асс. **Онощенко А.И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно, Беларусь

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМОВ ОСТРОГО АППЕНДЕЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Актуальность. В настоящее время, лидирующую позицию среди всех патологий, которые требуют срочного оперативного вмешательства у беременных, занимает острый аппендицит (ОА). Его частота возникновения у женщин во время беременности составляет по различным данным от 0,5% до 5% [1]. При этом летальность, при данном заболевании, стабильно держится на уровне 0,2-0,6% от всех случаев ОА у беременных. Следует заметить, что вероятность диагностической ошибки при ОА составляет 10-40%. Вопрос о диагностики ОА у беременных является весьма сложным и неоднозначным, т.к во время беременности наблюдается нетипичная клиническая картина и, следовательно, изменения клинических симптомов [2,3].

Изменения клинической картины со сроком гестации, снижение диагностической ценности симптомов ОА во время беременности, определяют необходимость поиска новых информативных методов для диагностики данной острой патологии.

Цель исследования. Определить значение клинических симптомов в диагностике острого аппендицита, в зависимости от срока беременности.

Материалы и методы. Материалом для нашего исследования явились 37 историй болезни беременных женщин с диагнозом острый аппендицит за период 2015-2016 гг. У 27 пациенток (72,9%) были выработаны показания к аппендэктомии. Средний возраст составил $24,5 \pm 0,4$ года. Самой молодой пациентке было 19 лет, самой старшей – 37 лет. Беременность в I триместре – 12 женщин (32,4%), во II-ом – 17 пациенток (46%), в III-ем – 8 пациенток (12,6%). В качестве основных диагностических признаков мы использовали следующие: болевой синдром (характер боли, ее локализация), симптомы Кохера-Волковича, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Ровзинга, Брендо, Михельсона.

Результаты исследования. При поступлении в стационар все женщины жаловались на сильные ноющие боли различной локализации. В зависимости от триместра беременности боль локализовалась в различных областях. В I-ом триместре беременности наиболее частой локализацией боли были правая подвздошная область (у 9 пациенток (75%)), эпигастральная область (8 (67%) пациенток), пупочная область (1 пациентка (8,3%)). Боль не имела четкой локализации у 1 женщины (8,3%). Следует отметить, что локализация боли не ограничивалась одной областью. В 50% случаев болевой синдром захватывал как правую подвздошную, так и эпигастральную область. Во II-ом триместре также боль наиболее часто локализовалась в правой подвздошной области у 15 пациенток (88,2%). В III-ем триместре 6 женщин (75%) отмечали боль в правом подреберье, 1 - в эпигастральной области (12,5%), 1 пациентка - в правой подвздошной (12,5%). После установления локализации боли у всех пациенток были проверены симптомы острого аппендицита. Симптом Кохера – Волковича был положительным у 8 женщин (66,7%) в I-ом триместре, у 8 (47,1%) – во II-ом триместре и у 2 пациенток (25%) в III-ем триместре. Положительный симптом Бартомье-Михельсона был диагностирован в I-ом триместре у 9 (75%), во II-ом триместре у 14 женщин (82,4%), в III-ем триместре – у 5 пациенток (62,5%). Симптомы Брендо и Михельсона наиболее часто выявлялись у женщин во II-ом триместре – 14 (82,3%) и 13 (76,5%) соответственно. Проявления симптомом Ровзинга и Ситковского снижались в зависимости от сроков гестации. Так симптом Ситковского в I-ом триместре был отмечен у 83,3%, во II-ом – у 70,6%, в III-ем – у 37,5% поступивших пациенток.

Выводы. Анализ полученных данных показывает, что главным симптомом при ОА у беременных является боль. Локализация боли измнялась в зависимости от сроков беременности. В I-ом и во II-ом триместрах боль локализовалась в правой подвздошной и эпигастральной области, в то время как в III-ем триместре – в правом подреберье. Наиболее важными диагностическими признаками ОА в I-ом триместре являлись симптомы Кохера-Волкович, Ситковского, Ровзинга, которые теряли свое диагностическое значение с увеличением сроков гестации. При этом к III-ему триместру беременности набирали свою значимости такие симптомы как Брендо, Бартомье-Михельсона.

Заключение. Проанализировав данную проблему, мы пришли к заключению, что ни один из вышеописанных симптомов не является универсальным для диагностики ОА у беременных. Поэтому на практике каждому оперирующему хирургу и акушеру-гинекологу необходимо использовать сочетание нескольких диагностических симптомов, с последующей верификацией диагноза с помощью лапароскопии.

Список литературы

1. Шаймарданов Р.Ш. Острый аппендицит у беременных / Р.Ш Шаймарданов, Р.Ф. Гумаров // Практическая медицина. – 2011. – № 6. – С. 53-57.
2. Хасанов А.Г. Клинико-морфологические особенности острого аппендицита у беременных / А.Г. Хасанов, Э.В. Янбарисова, Ф.Ф. Бадретдинова // Мед. вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 5. – С. 55-58.
3. Korndorffer J.R. Differential diagnosis of right abdominal pain / J.R.Jr. Korndorffer, E. Fellingner, // MMW Fortschr Med. – 2009. – Vol. 151, N 10. – P. 38-41.

Таджибаев К.А. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Сарыбай С.М. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Тулкибаев А.Б. - детский хирург второй категории, шымкентской городской детской больницы №1

Абдуллаев Т.О. - детский хирург второй категории, шымкентской городской детской больницы №1

Курманалиев А.А. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Научный руководитель: Нарходжаев Н.С., докторант PhD, ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии ЮКГФА, narhodjaev@mail.ru

Шымкентская городская детская больница №1, Шымкент, Казахстан

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В г. ШЫМКЕНТ

В настоящее время Шымкентская городская детская больница №1 является многопрофильным детским стационаром, где оказывается квалифицированная медицинская помощь детскому населению г. Шымкент. Работают сертифицированные специалисты - неврологи, неонатологи, гастроэнтерологи, пульмонологи, кардиологи, нефролог, аллерголог, хирурги, травматологи, реабилитологи, педиатры. Оказываются диагностические услуги – рентгенологическая (рентгенография, рентгеноскопия, контрастная рентгенография и рентгеноскопия), функциональная (РЭГ, ЭЭГ, ЭКГ, холтер по АД и ЭКГ, ЭМГ), ультразвуковая (УЗИ ОБП, поверхностных органов, НСГ, ЭхоКГ с ЦДК), эндоскопическая (ЭФГДС, ЭФГС, ЭФС с диагностической и лечебной целью, бронхоскопия), лабораторная (общеклинические, биохимические и бактериальные исследования).

Отделение детской хирургии Шымкентской городской детской больницы №1 рассчитано на 30 коек состоит из 21 палат с отдельными сан. узлами, ординаторскую, процедурный кабинет, перевязочный кабинет и отдельный операционный блок с 3 операционными залами, где оказывается специализированная помощь детям с врожденными патологиями, хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, грудной клетки и мочеполовой системы. Оснащено необходимыми специальными оборудованими, включающее: коагуляционные аппараты которые выполняют 3 функций (монокоагулятор, бикоагулятор и аргоновый коагулятор). В операционном блоке имеется 2 эндовидеостойки германского производства (Richard wolf и Karl storz).

Проведена подготовка кадров по анестезиологии-реаниматологии, проктологии, урологии, детской хирургии, травматологии ортопедии, неонатальной хирургии и эндовидеохирургии. Благодаря проведенной работе появилась возможность на уровне областной детской больницы оказывать специализированную хирургическую помощь в ургентном и плановом порядке по единой тактике. Плановые больные поступают на операцию после полного обследования в поликлиниках, а в стационаре проводятся лишь специальные исследования. В отделении все работающие хирурги дежурят в стационаре, ведут больных, участвуют в операциях, обеспечивают взаимозаменяемость. При оперативных вмешательствах большее предпочтение отдается эндовидеохирургическим операциям, что снижает послеоперационные осложнения и сокращает сроки госпитализации.

Так, анализируя работу детского хирургического отделения за 2015-2016 годы выяснилось, что в результате проведенных работ по подготовке кадров среднее пребывание больного на хирургической койке сократилось с 6,34 до 6,19 дней, оборот коек увеличился с 20,76 до 25,37. Хирургическая активность возросла с 71% до 83,1%. Частота послеоперационных осложнений снизилась с 7,7 до 2,5%. За 2 лет при плановых оперативных вмешательствах летальных исходов не наблюдалось. Послеоперационная летальность при экстренных операциях составила 0,4%. Круглосуточно специалистами хирургического отделения ведется лечебная и консультативная помощь детскому населению в экстренном и плановом порядке. Налаживается связь с лечебно-профилактическими учреждениями города, оказываем консультативную помощь.

Таджибаев К.А. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Сарыбай С.М. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Тулкибаев А.Б. - детский хирург второй категории, шымкентской городской детской больницы №1

Абдуллаев Т.О. - детский хирург второй категории, шымкентской городской детской больницы №1

Курманалиев А.А. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Научный руководитель: **Нарходжаев Н.С.**, докторант PhD, ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии ЮКГФА, narhodjaev@mail.ru
Шымкентская городская детская больница №1

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Актуальность. В последние годы отмечается активное внедрение эндовидеохирургических операций в плановую и экстренную хирургию детского возраста, что обусловлено стремлением к снижению травматичности хирургического вмешательства и послеоперационных осложнений [1,2,3]. Малая травматичность эндовидеохирургических операций сокращает сроки выздоровления детей и обеспечивает значительно лучший косметический эффект [4,5].

Цель работы: улучшить результаты лечения аппендикулярного перитонита у детей.

Материалы и методы. В отделении детской хирургии в городской детской больницы г. Шымкент за 2015-2016годы выполнено 123 эндовидеохирургических аппендэктомий на аппарате «Karl Storz». Из 123 по поводу острого осложненного аппендицита было – 21(17%), (местный ограниченный и неограниченный перитонит – 20, диффузный – 1) у детей в возрасте от 4 до 15 лет.

Результаты и обсуждения. Вмешательство выполняли в положении Тренделенбурга при повороте операционного стола на левый бок, а при ретроцекальном или подпеченочном расположении отростка использовали положение Фовлера. Первичная санация при осложненном аппендиците заключалась в аспирации гнойного экссудата и промывании брюшной полости небольшим объемом жидкости. При типичной локализации червеобразного отростка его захватывали зажимом типа Элиса и вытягивали

кверху, биполярным электродом производили коагуляцию брыжейки отростка от верхушки к основанию с последующим ее пересечением ножницами. Следующим этапом на основании скелетированного отростка накладывали одну или две петли Редера, то есть выполняли перевязку отростка от его основания. Затем на расстоянии 5-6 мм от лигатуры производили биполярную коагуляцию отростка и после этого его пересекали по нижней границе зоны коагуляции. Культю отростка обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. После обработки культи червеобразный отросток удаляли из брюшной полости. Для экстракции макропрепарата 5,5-мм троакар, находящийся в левой подвздошной области, заменяли на 11-мм и через него выполняли тракцию под контролем видеокамеры. На завершающем этапе для окончательной санации брюшной полости, при местном ограниченном и неограниченном перитоните производили прицельное промывание стерильным раствором фурацилина или метрогила, до макроскопически чистых вод, промывные растворы отсасывали специальным аквапуратором.

При диффузном и разлитом перитоните объем необходимой промывной жидкости варьировал от 2 до 4 литров. Дренажирование брюшной полости производили с помощью силиконовой трубки диаметром до 14 мм с боковыми отверстиями, её кончик устанавливали в полость малого таза.

Вывод. Применение эндовидеохирургии у детей при осложненных формах острого аппендицита позволило произвести лапароскопическое удаление червеобразного отростка и санацию брюшной полости наиболее безопасно и с наименьшей травмой при всех вариантах его

расположения. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Постельный режим у больных продолжался в течение 24-48 часов, после этого больные вставали самостоятельно, ходили и принимали жидкую пищу. Больные с диффузным и разлитым перитонитом начали ходить к концу 2-3 суток. Продолжительность госпитализации больных составила от 5 до 8 суток.

Список литературы

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости. Новые медицинские технологии. М 1996; 2: 26.
2. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия у детей. Новые медицинские технологии. М 1996; 1: 52.
3. Поддубный И.В., Даренков И.А., Блинников О.И., Дронов А.Ф., Корзникова И.Н., Коварский С.Л. Лапароскопическая окклюзия яичковых вен при варикоцеле у детей. Педиатрия 1995; 4: 161-163.
4. Загудаев С.А., Донской Д.В., Тимощенко В.А. Место лапароскопии в диагностике и лечении закрытой травмы печени и селезенки у детей. Материалы симпозиума "Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии". М 1994; 27-28.
5. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. и др. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей. Анналы хир 1996; 1: 77-81.

Таджибаев К.А. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Сарыбай С.М. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Тулкибаев А.Б. - детский хирург второй категории, шымкентской городской детской больницы №1

Абдуллаев Т.О. - детский хирург второй категории, шымкентской городской детской больницы №1

Курманалиев А.А. - детский хирург высшей категории, шымкентской городской детской больницы №1

Научный руководитель: Нарходжаев Н.С., докторант PhD, ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии ЮКГФА, narhodjaev@mail.ru
Шымкентская городская детская больница №1

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ДИВЕРТИКУЛИТОМ МЕККЕЛЯ

Введение. Несмотря на то, что дивертикул Меккеля был описан в 1809 г. до сих пор диагноз данного порока, как правило, ставится на операционном столе. Само по себе наличие дивертикула Меккеля не может причинить каких-либо беспокойств, однако хирургические осложнения (дивертикулит, кровотечения, кишечная непроходимость) встречаются в 20-25% случаев и в 50% осложнении это перитонит [1,2,3].

Сочетание воспаления дивертикула Меккеля с острым аппендицитом у детей встречается редко. По данным Г.И. Чепурной и соавт. (2002), дивертикул Меккеля встречается с частотой приблизительно 2%. Обычно в большинстве случаев дивертикул Меккеля не проявляется в течение всей жизни и обнаруживается лишь на аутопсии. Из-за трудности диагностики сочетание воспаления дивертикула Меккеля с острым аппендицитом нередко приводит к неправильной тактике, запоздалой операции и неправильному выбору операционного доступа. В настоящее время для диагностики острого процесса брюшной полости используют малоинвазивный эндовидеохирургический метод с последующим удалением дивертикула Меккеля [4].

Цель работы: изучить случаи сочетания дивертикулита Меккеля с острым аппендицитом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за 2 года (2015-2016 гг.) на лечении находилось 4 больных: 2 мальчика и 2 девочки, у которых острый аппендицит сочетался с дивертикулом Меккеля, в возрасте от 10 до 14 лет. Все больные были подвергнуты оперативному лечению, у двух выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия и аппендэктомия и два раза дивертикулэктомии выполняли с помощью видеоассистирования у этих больных развился местный перитонит.

Результаты и обсуждения. Клиническая картина заболевания у большинства детей начиналась с острых внезапных болей в эпигастральной области, вокруг пупка, в правой подвздошной области, реже внизу живота. Часто отмечались тошнота и рвота, изредка понос или ложные позывы к дефекации. Объективно отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки и правой подвздошной области. Также отмечалась высокая температура (37,7-38,2°C). Среди поступивших в стационар у всех первично был установлен диагноз острый аппендицит, а дивертикул Меккеля была интраоперационной находкой, который был обнаружен при лапароскопической ревизии брюшной полости. До операции ни у одного больного не установлено сочетание острого аппендицита с дивертикулитом Меккеля. У всех больных во время аппендэктомии макроскопические изменения червеобразного отростка не соответствовали клинической картине заболевания. Учитывая данный факт, после аппендэктомии выполнялась ревизия дистальной части подвздошной кишки, начиная от илеоцекального угла на расстоянии до 100 см, при которой обнаружен дивертикул Меккеля без признаков некроза. Произведена дивертикулэктомия. Из всех 4 больных с дивертикулитом в связи с широким основанием дивертикула, занимающего весь периметр, вне брыжеечного отдела тонкой кишки произведено клиновидное иссечение дивертикула с ушиванием дефекта двухрядным швом. Проходимость просвета тонкого кишечника во всех случаях не была нарушена.

Вывод. Сочетание дивертикулита Меккеля с острым аппендицитом обнаруживается в 2,4% случаев и не зависит от патологического изменения червеобразного отростка. Во всех случаях дивертикул Меккеля в сочетании с острым аппендицитом диагностируется на операции. Выполнение клиновидного иссечения дивертикула Меккеля, резекция у основания с ушиванием дефекта и погружением в кисетный шов зависит от диаметра основания дивертикула.

Список литературы

1. Исаков, Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей / Ю.Ф. Исаков, З.А. Степанов, Т.В. Красовская. - Москва 1988. - 166с. - ISBN 5-225-00060-6
2. Ашкрафт, К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. Санкт-Петербург, 1997. том II. -112с. - ISBN 5-90131-10-30
3. Исаков, Ю.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 310-311с. - ISBN 978-5-9704-0679-3
4. Дронов, А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котловский. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 116с. - ISBN 5-9231-0222-6

Тайгашева Н.М. - магистрант 2-го года обучения, nurgul_taigashev@mail.ru, **Турарбекова Т.Г.** - магистрант 2-го года обучения, tansholpan.turarbekova@mail.ru, **Султанова Ж.С.** – ассистент, zanat.sultanova.2016@mail.ru

Научный руководитель: **Ж.Ә.Қауызбай** – к.м.н., и.о.профессора, zhumaly@mail.ru.

Научный консультант: **А.А. Сейдахметова** – к.м.н., доцент, aizat-seidahmetova@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Введение. Одной из приоритетных задач в области медицины на сегодняшний день является решение проблем возрастающего числа больных, нуждающихся в паллиативном лечении. Это обусловлено изменением демографической ситуации в сторону старения населения, структуры заболеваемости и ростом уровня смертности, в том числе, от онкологических заболеваний. Согласно демографической статистике в Казахстане на онкологическом

диспансерном учете состоит порядка 145 тысяч онкологических больных. За прошлый год было выявлено 32 тысячи заболевших. Заболеваемость постоянно растет ежегодный рост от 700 до 1200 человек [1]. Смертность от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. Раньше чаще всего встречался рак легкого, сейчас рак молочной железы. Статистика за прошлый год: рак молочной железы (11,6%), рак легкого (11,4%), рак кожи (10,7%), далее рак желудка (8,8%), рак шейки матки (4,8%), рак пищевода (4,4%), гемобластозы (4,4%), рак ободочной (4,4%) и прямой кишки (4,4%) [2]. Особая роль сестринского процесса в оказании первичной медико-санитарной помощи с акцентом на инкурабельных больных заключается в пользовании современных технологий, в том числе по формированию медицинской активности населения. Возрастает роль сестринского персонала в санитарном просвещении населения по таким его важнейшим направлениям, как формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний [3].

Цель исследования - научно обосновать эффективную систему сестринского ухода и внедрение сестринского процесса.

Материалы и методы исследования. Работа по внедрению сестринского процесса в практику работы медсестер в отделении паллиативной помощи и сестринского ухода началась в августе 2015 года. Была разработана модель внедрения технологии «сестринский процесс» в практическую деятельность в отделение паллиативной помощи и сестринского ухода. Для этого была создана инициативная рабочая группа, в состав которой вошли: сестринский коллектив отделения во главе со старшей медицинской сестрой, старшая медицинская сестра отделения и преподаватели кафедры, которые взяли на себя роль методического руководителя. Целями эксперимента были: улучшение качества сестринской помощи в отделении, создание системы профессионального ухода за пациентами в отделении, улучшение условий пребывания пациентов в стационаре. Были сформированы бригады медсестер, осуществляющие сестринский процесс при уходе за пациентами. В дневное время в состав бригады входили старшая медицинская сестра по смене, две медицинские сестры палатные, процедурная медсестра, сестра информатор. В ночное время в отделении работали три медицинские сестры палатные, которые помимо наблюдения и ухода за пациентами, распределили между собой обязанности в процедурном кабинете и на посту. На этом же этапе были разработаны должностные инструкции на вновь введенные должности, пересмотрены уже имеющиеся инструкции на медицинских сестер с учетом ведения сестринского процесса. С целью разработки научных основ по планированию численности медицинского персонала и рационального использования кадров проводился хронометраж. Хронометраж осуществлялся круглосуточно у медицинских сестер, работающих в процедурном кабинете, у палатной сестры и сестры-информатора. Хронометрировались основные виды деятельности медицинских сестер, согласно квалификационной характеристике специалиста, функциональным обязанностям в соответствии с эталоном сестринского процесса.

Результаты и обсуждение. С помощью хронометража было рассчитано среднее нормативное время по видам и отдельным элементам деятельности медицинской сестры. Определялся удельный вес каждого элемента выполненной работы в затраченном рабочем времени и затраты времени на отдельные виды работ с изучением их структуры рабочего времени. В отделении проводилась апробация, в дальнейшем коррекция сестринской документации; отработка и утверждение стандартных планов сестринского ухода при наиболее часто встречающихся проблемах пациентов паллиативной помощи и сестринского ухода отделения.

Вывод. Результаты хронометража рабочего времени медицинской сестры отделения паллиативной помощи и сестринского ухода показали, что, оказывая сестринскую помощь по современным технологиям, медсестра должна работать 32 часа 37 минут, что означает, настало время пересмотра нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинской сестры. Основное время медицинских сестер уходит на материальное стимулирование труда (76,2%), техническую оснащенность (67,3%), уровень внедрения новых медицинских технологий (стандартов) деятельности (62,4%), организацию труда (52,7%), систему контроля качества сестринской помощи (47,1%).

Список литературы

1. Шахурова, Н. И. Организация медицинской помощи в стационаре сестринского ухода: изучение депрессивных расстройств у геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми

- ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ**
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2
заболеваниями / Н. П. Гарганеева, Н. И. Шахурова, Е. Д. Счастныи // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2008. - X» 7 (6). - Пр. 1. - С. 85.
2. Гнездилов, А. В. Путь на Голгофу: очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А. В. Гнездилов. СПб. : «Клинт», 1995. - 136 с.
3. Воронова, Е.А, Усенко О.И, Антюшко Т.Д, Бялик М.А, Технологии сестринского ухода в паллиативной помощи

Бидан Әсел – студентка 3 курса медицинского факультета, E-mail – asel210197@inbox.ru
Научный руководитель: **Сметова Р.А.**, магистр медицинских наук, E-mail – dusya-adlet@mail.ru, **Бекмурзаева Э.К.**, д.м.н., профессор, elmira-bek@mail.ru, **Корганбаева Х.Т.**, ассистент, hilala_77@mail.ru, **Азизова А.А.**, azizova1309@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА SF-36 ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТНОЙ АБЛАЦИИ.

Введение. Нарушения ритма и проводимости сердца является одной из наиболее важных проблем кардиологии ввиду их широкого распространения и неблагоприятного влияния на течение и прогноз многих сердечно-сосудистых заболеваний (1,3,5). По данным Американской ассоциации кардиологов они уносят от 300 до 600 тыс. жизней, что составляет одну смерть в минуту.

В последние годы одним из наиболее эффективных способов рационального устранения нарушений сердечного ритма и профилактики внезапной аритмической смерти является методы интервенционной кардиологии: радиочастотная катетерная абляция (РЧА) аритмогенных зон и имплантация антиаритмических устройств (2,3,4). На сегодняшний день многие виды аритмий успешно вылечиваются с помощью радиочастотной абляции (РЧА), её эффективность составляет 90-100% (3,6), при антиаритмической фармакотерапии этот показатель не превышает 50-60% при этом у 50-70% пациентов развивается толерантность к препарату (3).

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с суправентрикулярными тахикардиями после радиочастотной абляции.

Материалы и методы. Было обследовано 87 пациента с суправентрикулярными тахикардиями, которым провели радиочастотную абляцию: 48 пациентов с пароксизмальной атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) (I группа), 39 больных с синдромом WPW (II группа). III группу сравнения составили 20 здоровых лиц. Изучение качества жизни больных проводилось до и после РЧА. Было проведено анкетирование на русском и казахском языках с использованием опросника для оценки качества жизни (КЖ) у больных с нарушениями ритма по методике Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36), состоящий из 36 вопросов и 8 шкал, характеризует физические и психические компоненты здоровья, оцениваемых в баллах от 0 до 100.

Результаты и обсуждения. У больных с суправентрикулярными тахикардиями: АВУРТ и синдромом WPW до оперативного вмешательства РЧА параметры качества жизни сопоставлялись с аналогичными показателями в группе клинического сравнения – здоровых добровольцев. Оценка качества жизни у пациентов с пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями: АВ-узловой реципрокной тахикардией и WPW-синдромом были установлены достоверно низкие показатели по пунктам, оценивающим физическое и психологическое благополучие по сравнению со здоровыми лицами. Нужно полагать, что на физическое состояние пациентов значительно влияние оказывают приступы пароксизмальной тахикардии с нарушениями гемодинамики, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружением вплоть до потери сознания. Ухудшение психологического состояния больных связано с чувством страха, возбуждения, нейро-вегетативными нарушениями в период приступов. У пациентов с пароксизмальными тахикардиями нередко развивается тревожно-депрессивный синдром, связанный со страхом ожидания новых

повторных приступов. Хотя следует отметить, что на эти показатели значительное влияние оказывают также частота, продолжительность приступов тахикардии.

После инвазивного метода лечения – РЧА в течение 2-6 месяцев в обследуемых группах больных было проведено повторное анкетирование по всем 8 параметрам качества жизни. То есть, по абсолютным значениям всех критериев КЖ выявлено значительное улучшение по физическому и эмоциональному здоровью. Среди показателей физического состояния в 2 из 4 параметров получены достоверные различия: роль физических проблем ($78,4 \pm 6,7$ и $58,7 \pm 7,2$), и по у критерию – общего здоровья ($78,6 \pm 7,2$ и $57,9 \pm 7,8$).

Таким образом, оценка параметров КЖ у пациентов с суправентрикулярными тахиаритмиями: АВУРТ и синдромом WPW после РЧА установила восстановление физической и психоэмоциональной жизнедеятельности и демонстрирует высокую эффективность хирургического метода лечения – РЧА при этих видах тахиаритмий.

Список литературы

1. Бокерия Л.А., Голухова Е.З. «Лекции по кардиологии», 2002,
2. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Иваницкий А.В. Функциональная диагностика в кардиологии. Том 1 2005 г. с. 228-242.
3. Ардашев В.Н., Ардашев А.В. и др. Лечение нарушений сердечного ритма. –М.: Медпрактика-М, 2005 с 228
4. Мандела А. «Аритмии сердца», 2000, т. 3, с. 96-100.
5. Cowan J.C., Bourke J., Campbell R.W.F. Arrhythmogenic effects of antiarrhythmic drugs // Eur. Heart J. 1987. - № 8. -P. 133-136;
6. Lown B., Wolf M. Approaches to sudden death from coronary heart disease//Circulation. 1971.-Vol. 44. -P. 130-142.

Аннаоразов Ы.А., интерн 706 группы, ykham.annaorazov@mail.ru

Научный руководитель: профессор **Сатханбаев А.З.**

Международный казахско - турецкий университет имени Х.А. Яссави, г.Шымкент,
Республика Казахстан

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО ГЕЛЯ ПЕЧАТУЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ 3Д ПРИНТЕРА(ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ)

Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости, на сегодняшний день общепризнанно является отдельной нозологической формой. Заболевание характеризуется наличием внутрибрюшных сращений, образовавшихся в результате перенесенной ранее полостной операции или травмы, воспаления органов брюшной полости и малого таза. Из числа больных спаечной болезнью в течение года только 22,1% мужчин и 17,1% женщин полностью сохраняют работоспособность, а более 30% повторно обращаются за медицинской помощью. Внутрибрюшные спайки, приводящие к развитию СБ, значительно ухудшают качество жизни миллионов людей во всем мире, приводя к развитию вплоть до нарушения работоспособности

Цель работы: Совершенствование используемых и разработка новых, патогенетически обоснованных способов профилактики развития брюшинного фиброза и лечения спаечной болезни и доклад результатов экспериментального применения противоспаечного, 3Д распечатываемого геля на лабораторных кроликах.

Материал и методы исследования: данная работа основана на экспериментальном исследовании 86 лабораторных кроликов и статистические данные результатов исследования.

Результаты: в результате исследования достигнута цель данной исследовательской работы по применению противоспаечного геля печатываемый с помощью 3д принтера на лабораторных кроликах. Были выявлены результаты и эффективность геля при лечении спаечной болезни брюшной полости. В ходе эксперимента была выявлена локальная классификация спаечной болезни по тяжести спаечного процесса.

Выводы: Для предупреждения развития брюшинного фиброза у больных, необходима ранняя ликвидация воспалительного процесса. С этой целью в объем лечебных мероприятий должен быть включен метод использования сверхтонкой противоспаечной мембраны. После применения сверхтонкой противоспаечной мембраны ожидается значительное снижение образования спаек, снижение васкуляризации существующих спаек которая приведет к улучшению работоспособности пациентов страдающих спаечной болезнью. На основании ожидаемых результатов сделан вывод о необходимости дальнейших исследований изучения процесса спайкообразования и создания средств, разграничивающих раневые поверхности.

Список литературы

1. Ковальчук В.И., Мотус О.Я. Энтеротомия при острой кишечной непроходимости (Актуальные вопросы абдоминальной хирургии) – СПб, 1992. – С. 29-33.
2. Ковальчук В.И., Деркачева Л.В. Гнойно-септические осложнения у больных спаечной кишечной непроходимостью и пути снижения летальности при них. Городская научно-практическая конференция (Актуальные вопросы гнойно-септических инфекций): Тезисы докладов. – СПб, 1994. – С. 27-28.
3. Ковальчук В.И., Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Гольман Ю.Н. Послеоперационные осложнения у больных острой кишечной непроходимостью и методы их профилактики (Вестн. хир.) – 1995. – № 4-6. - С.
4. . Орешко Л.С., Абдель Халег. Спаечная кишечная непроходимость как хирургическая проблема. Городская научная конференция (Актуальные вопросы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний): Тезисы докладов. - СПб, 1997. – С. 187-188.
5. Сазонов К.Н., Гамзатов Х.А., Борсак И.И. Высокочастотная инсuffляция лекарственных аэрозолей в комплексном лечении острого перитонита. Городская научная конференция (Резервы здоровья человека и эффективность лечения): Тезисы докладов. – СПб, 1998. – С. 145.

У.Е. Байшора, магистрант 2 го года обучения <ubaishora76@mail.ru>

Научный руководитель: к.м.н., и. о. доцента **А.Е.Кушекбаева**

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ И ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «С»

Исследование биоптатов печени у больных с патологией гепатобилиарной системы указывали на наличие ДНК различных видов *Helicobacter*. Частота выявления этой инфекции у данной категории больных наводила на мысль о возможном участии *Helicobacter* в ускорении перехода гепатита С в цирроз печени или перерождение в онкопатологию. «Внежелудочные» виды *Helicobacter* могут вырабатывать токсины, вызывающие гепатоцелюлярные повреждения. *H.hepaticus* вырабатывает цитолетальный расширяющий токсин, состоящий из трех компонентов, один из которых имеет ДНК-азную активность, способную запустить каскад фибро- и онкогенеза. Другие виды энтеральных *Helicobacter* могут также вырабатывать цитолетальный расширяющий токсин. При хроническом вирусном гепатите включается процесс, характеризующийся повышением уровня про воспалительных цитотоксинов, а присутствие *Helicobacter* может усиливать воспалительный ответ, вызывая более интенсивное поражение клеток печени.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 243 пациента с хроническим вирусным гепатитом С. Пациентам в динамике проведены биохимические исследования: АСТ, АЛТ, билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, альбумин, дыхательный уреазный тест в контроле после проведения эрадикационной терапии.

Результаты и обсуждения:

Положительный результат на Hp выявлен у 92 больных (47 мужчин и 45 женщин, средний возраст 31,8 лет). Диагноз ХГС верифицирован у 68 пациентов (средний возраст 38 лет),

цирроз печени установлен у 23 пациентов (средний возраст 40). На основе данных обследований пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа-пациенты, с ХВГ "С" и положительными показателями на Нр. Группы сравнения составили пациенты в количестве 28 человек с гепатитом С и 19 человек с циррозом печени, неинфицированных *Helicobacter pylori*. **Выводы:** Инфицированность *Helicobacter pylori* у пациентов с ХВГ "С" сочетающаяся с значительным повышением биохимических маркёров (АСТ, АЛТ), указывает на влияние двух инфекционных агентов при хронических заболеваниях печени. Данные указывают на необходимость дальнейшего, более детального изучения значения сочетанного воздействия факторов агрессии HCV и *H. Pylori*-инфекции на гепатоциты, оценки влияния на степени фиброза, значимости эрадикационной терапии на течение заболевания, разработки комплексного подхода в терапевтической тактике для снижения рисков неблагоприятных исходов у данной группы пациентов.

Байшора У.Е – магистрант 2 года обучения.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА.

Введение: Эрадикация *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью проводится с 1996 года и является в настоящее время основным стандартом лечения язвенной болезни.

В пользу проведения эрадикационной терапии является резкое падение частоты рецидивов заболевания после элиминации бактерий [1,2,3]. По данным ряда исследователей, успешная эрадикационная терапия дает лучший клинический эффект.

Цель: Оценить результаты эрадикационной терапии при язвенной болезни желудка.

Материалы и методы: Нами было обследованно 30 больных с язвенной болезнью желудка, из них мужчин-15, женщин-15; в возрасте от 20 до 70 лет. Всем больным были проведены цитологическое исследование, гастродуоденоскопия, дыхательный уреазный тест на *Helicobacter pylori* до и после лечения. Все больные прошли успешную эрадикационную терапию по Маастрихт – 4 (2010г). Динамическое наблюдение было проведено через 1 месяц после эрадикационной терапии.

Результаты и обсуждения: Результаты проведенного исследования показали, что на фоне проведенной эрадикационной терапии отмечены достоверное снижение болей в эпигастральной области (p больше 0,05); интенсивности боли (p больше 0,05); натошачковых болей (p больше 0,02); диспептических проявлений (изжога, отрыжка, дискомфорт в эпигастральной области) (p больше 0,05); астеноневротических реакций (0,05). Результаты эндоскопического исследования показали также достоверное уменьшение размеров язвы (p больше 0,02). При цитологическом исследовании установлено достоверное снижение обсемененности слизистой оболочки желудка *H.pylori* (p больше 0,02).

Выводы: Таким образом, приведенные данные позволяют считать, что эрадикационное лечение эффективно.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Положенцев С.Д., Султанов В.К., с соавт. « О патологической роли *H.pylori* // Терапевтический архив- 2003.-№ 2-С.11-13.
2. Ивашкин В.Т. « Эрадикация инфекции *H.pylori* ремиссия язвенной болезни: однозначны ли эти состояния?» В книге «*Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии» (под редакцией Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапиной В.Л., - «Триада-Х», М.,2009г. с.81-87.
3. Минушкин О.Н., « Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori*» // Кремлевская медицина. Клинический вестник.-2008г. № 2-с.7-9.

Беседин Б.В., аспирант 2-го года обучения ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет»

Научные руководители: д.м.н., профессор Ганцев К.Ш. **E-mail:** kafonco@mail.ru

к.м.н., доцент Арыбжанов Д.Т., **E-mail:** davran_a@mail.ru

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Диагностика и лечение рака печени остается сложной и актуальной проблемой для большинства стран мира, особенно для среднеазиатских республик СНГ в связи с высокой заболеваемостью населения вирусными гепатитами В и С. Заболеваемость раком печени в Южно-Казахстанской области составляет 6,7-7,0 на 100000 населения и занимает 6-7е место среди злокачественных заболеваний (за 1 год выявляется более 80-90 больных). В I-II стадии выявляются 15,1% больных, в III стадии 46,1%, в IV стадии 38,8% больных [2,4]. До 90% больных составляют мужчины. Одногодичная летальность составляет до 75-80% больных. С внедрением эндоваскулярных вмешательств в повседневную практику Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера отмечено развитие чрескатетерной химиоэмболизации в комбинированном лечении больных раком печени [1,3,5].

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты чрескатетерной химиоэмболизации у больных раком печени.

Материалы и методы. Мы имеем опыт чрескатетерной химиоэмболизации 250 больных гепатоцеллюлярным раком печени за период 2008-2013гг. У всех больных диагноз установлен на УЗИ и КТ печени, лапароскопически и морфологически верифицирован. У 206 (82,4%) больных была III стадия процесса, у 44 (17,6%) IV стадия. Все больные получили по 4-6 курсов чрескатетерной химиоэмболизации печеночной артерии. Всем больным производили порционную масляную химиоэмболизацию опухоли (Липиодол + Доксорубин 25мг/м²), а затем доэмболизировали гемостатическо губкой до редукции кровотока. Вторую процедуру повторяли через 1,5 – 2 месяца.

Результаты. При динамическом наблюдении за больными значительная регрессия отмечена у 3 (1,2%) больных, частичная регрессия у 108 (43,2%) больных, стабилизация процесса у 87 (34,8%) и прогрессирование процесса отмечено у 52 (20,8%) больных. Из 250 больных в сроки от 4 до 8 месяцев после лечения умерло 79 (31,6%) больных.

Выводы. Полученные нами данные показали эффективность чрескатетерной химиоэмболизации у 68,4% больных раком печени с хорошим качеством жизни. При динамическом наблюдении после лечения медиана общей выживаемости составила 21±3 мес., 3 и более года со стабилизацией процесса живут 36,5% больных.

Литература

1. Давыдов М.И., Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. и др. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии) - СПб: Фолиант, – 2007 -344с.
2. Гранов Д.А., Таразов П.Г. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени. - СПб: Фолиант, – 2002 – 284с.
3. Таразов П.Г. Роль методов интервенционной радиологии в лечении больных с метастазами колоректального рака в печень //Практическая онкология. -2005. - Т. 6, № 2. - С. 119-126
4. Garcia M., et al. American Cancer Society, 2007. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf>. Accessed January 2011- P. 233-341.
5. Chiba T., Tokuyue K., Matsuzaki Y. et al. Proton beam therapy for hepatocellular carcinoma: A retrospective review of 162 patients//Clin. Cane. Res. - 2005.- Vol. 11, N 10.- P. 3799-3805.

Даутова М.Б., Журунова М.С.– преподаватели кафедры нормальной физиологии с курсом
валеологии, E-mail:mira06_85@mail.ru

Научный руководитель: Абишева З.С., к.м.н., профессор, E-mail:abisheva42@mail.ru
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

РОЛЬ БЕЛКА GDF11 В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Введение. Состояние крови человека – показатель его здоровья. Изменения состояния организма при различных заболеваниях, в том числе сердечно-сосудистой системы (ССС), отражаются на показателях крови.

Методов диагностики сердечно-сосудистой патологии существует большое количество. В их число входят и группа лабораторных тестов, которые проводят с целью определения состояния миокарда и оценки факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Эти лабораторные исследования по своему содержанию достаточно разнородны, однако, общая цель их назначения – определение кардиомаркеров и биохимических свойств крови [1,2].

Цель исследования. Целью нашего экспериментального исследования являлось изучение влияния белка GDF11 на биохимические свойства крови и кардиомаркеры, в условиях эксперимента для предупреждения болезней органов кровообращения.

Материалы и методы. В качестве экспериментальных животных использованы – 60 беспородных белых крыс (преимущественно самцы): молодые особи 1,5 месячного и взрослые особи 15 месячного возраста. Метод обезболевания и эвтаназии – наркотизирование эфиром.

Предварительно была смоделирована патология сердечно-сосудистой системы, путем создания стрессогенной ситуации, гиподинамии и ИМТ для крыс экспериментальной группы. Далее была создана парабиотическая модель с целью изучения влияния белка GDF11 в крови молодой особи на возникшие изменения показателей крови у взрослых особей с патологией ССС [3,4].

Все животные были разделены на пять групп: 1- контрольная (взрослые особи), 2- контрольная (молодые особи), 3- взрослые особи с патологией ССС, 4- после парабиоза (взрослые особи), 5- после парабиоза (молодые особи).

Результаты и обсуждения. Определялись следующие показатели крови: величины общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов, лактатдегидрогеназы, креатинкиназы, а также тропонин I и миоглобина.

Таблица 1- Влияние белка GDF11 на биохимические свойства крови и кардиомаркеры.

Показатели	N	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Тропонин I	0,04±0,001	0,013	0,012	0,033	0,027	0,105
Миоглобин	0,175±0,005	0,201	0,117	0,784	0,513	0,221
Креатинкиназа	191±29	143	127	675	327	290
Холестерин	1,8±0,03	0,83	0,67	2	1,14	0,96
ХЛВП	0,74±0,02	0,61	0,81	0,56	0,77	0,79
ХЛНП	0,52±0,04	0,08	0,15	0,2	0,24	0,19
Триглицериды	1±0,02	0,55	0,61	0,32	0,96	0,81
Лактатдеги Дрогеназа	435±102	335	276	673	482	369

У 3 группы с патологией ССС отмечается повышение миоглобина, креатинкиназы и лактатдегидрогеназы, что говорит о наличии повреждения мышечной ткани, в том числе и миокарда, а значит риск возникновения инфаркта миокарда очень высок. Также выявлено повышение уровня тропонина до верхних границ нормы. В 4 группе (взрослые крысы после парабиоза) наблюдается снижение уровня миоглобина на 34,5%, креатинкиназы на 51,5%, лактатдегидрогеназы на 28,3%, уровень тропонина снижен на 18%, а также незначительное

снижение общего холестерина с повышением уровня ЛПВП, что свидетельствует о снижении риска возникновения патологии ССС. В 5 группе (молодые крысы после парабиоза) отмечается повышение уровней тропонина, миоглобина и креатинкиназы, что свидетельствует о снижении функции сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Из проведенного нашего исследования можно сделать вывод, что белок GDF11 снижает показатели крови миоглобина, креатинкиназы, лактатдегидрогеназы у взрослых особей крыс с патологией ССС. Следовательно, белок GDF11 снижает риск возникновения заболеваний ССС и может быть использован для профилактики патологии ССС.

Список литературы

1. Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун, «Клиническая оценка результатов лабораторных исследований», г. Москва, 2005 г.
2. Хавинсон В.Х., Кузник Б.И., Тарновская С.И. Геропротекторные свойства белка GDF11. Журнал «Успехи современной биологии», 2015. Т. 135 №4, стр. 370-379.
3. Loffredo F.S., Steinhauser M.L., Jay S.M. et al. Growth differentiation factor 11 is a circulating factor that reverses age-related cardiac hypertrophy // Cell. 2013. V.153. № 4. P. 828–839.
4. Laviano A. Young blood // N. Engl. J. Med. 2014. V. 371. P. 573–575.

Гайнисламова Л. Р., 6 курс, лечебный факультет, **Раевский П.И.**, 6 курс, лечебный факультет,
Косарев Е.А., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: д. м. н., профессор **Григоричева Е.А.**
ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный университет, город Челябинск, Российская Федерация

ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРОАТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Актуальность исследования: Хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) сохраняет за собой лидирующую позицию в структуре смертности. Оценка риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с ХИБС остается сложной клинической проблемой. Наиболее доступный подход - проба с дозированной физической нагрузкой (ПДФН), в первую очередь, тредмил-тест (ТТ). Среди ряда интегральных нагрузочных индексов, учитывающих различные параметры ТТ, наиболее известен индекс Дюка, который позволяет стратифицировать пациентов на группы риска смерти от ССО.

Цель исследования: Выявить связь риска развития ССО с использованием индекса Дюка с факторами риска ССО и параметрами ремоделирования сердца и сосудов у пациентов с коронароатеросклерозом.

Материалы и методы: В обследование включено 50 пациентов (25 мужчин и 25 женщин от 45 до 70 лет, без инфаркта миокарда) с клиникой стабильной стенокардии напряжения и доказанным на коронароангиографии атеросклерозом коронарных артерий. Определялись стандартные факторы риска. Проводилась эхокардиография с определением гипертрофии левого желудочка, фракции выброса, а также тканевой доплер. При УЗДГ сонных артерий измеряли толщину интима-меди общей сонной артерии (ТИМ). ТТ проводили по протоколу Bruce с расчетом индекса Дюка.

Результаты: Факторный анализ показал высокий вклад показателей ремоделирования левого желудочка и низкой пороговой ЧСС в повышение риска ССО у пациентов с ИБС и независимость риска развития ССО от показателей «традиционных» факторов риска и ТИМ.

Выводы: Риск ССО у пациентов ИБС увеличивается по мере формирования систолической дисфункции и определяется поражением коронарных артерий и пороговой ЧСС при проведении нагрузочного теста.

Список литературы

1. Новая шкала стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с хронической ишемической болезнью сердца
Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Деев А.Д. CardioСоматика. 2015. № S1. С. 89-90.

2. Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2014
Российский кардиологический журнал. 2015. Т. 2. № 118. С. 5-77.
3. Роль отдельных показателей и интегральных индексов пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле в оценке осложнений у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца Марцевич С. Ю., Толпыгина С. Н., Мальшева А. М., Полянская Ю. Н., Гофман Е. А., Лерман О. В., Мазаев В. П., Деев А. Д. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. Т. 11. № 2. С. 44-52.
4. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2013. — 172 с.
5. Внутренние болезни. В 2 т.: учеб. с компакт-диском / Под ред. Н.А.Мухина, В.С.Моисеева, А.И.Мартынова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, Изд-во Моск. ун-та, 2005.
6. Кардиология. В 2т.: рук. для врачей / под ред. Н.Б.Перепеча, С.И.Рябова. - СПб. : СпецЛит. Т.1. - 2008. - 607 с.
7. Кардиология: национальное руководство: производственно-практическое издание / под ред. Ю.Н.Беленкова, Р.Г.Оганова. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 1232 с.
8. Электrokардиографические методы выявления факторов риска жизнеопасных аритмий и внезапной сердечной смерти при ИБС. Данные доказательной медицины: учеб. пособие для врачей / В.В.Попов, А.Э.Радзевич, М.Ю.Князева и др. - М. : ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2007. - 180 с.
9. Medline (PubMed, USA) [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27804072> [01.11.2016]

Ерназарова Ш.С., магистр медицинских наук, ernazarova_sh@mail.ru

Казбекова К.С., кардиолог высшей категории, к.м.н, доцент кафедры «Общая врачебная практика», k_kazbekova@mail.ru

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, Шымкентский медицинский институт, Казахстан, г. Шымкент

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНЗИОННОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСЫ МАССЫ ТЕЛА

Целью нашего исследования является определение распространенности гипертензионного расстройства среди беременных женщин по городу Шымкенту в зависимости от индексы массы тела (ИМТ).

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 1100 беременных женщин в возрасте от 16 до 49 лет (средний возраст 26,67±5,45). В ходе исследования были взяты следующие показатели: возраст, вес, рост, индекс массы тела (ИМТ) до беременности, количество родов, виды родов, уровень артериального давления, показатели крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты и др.), сопутствующие экстрагенитальные заболевания (степень тяжести, течение, осложнения), показатели новорожденного (рост, вес, состояние по шкале Апгар) и осложнения беременности. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы «SPSS Statistics 17.0».

Результаты. По данным нашего исследования у 13,3% беременных женщин выявлены гипертензионные расстройства, из них гестационная гипертензия (ГГ) - 5,3%, хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) - 2,1%, преэклампсия-7,3%. Распространенность гипертензионного расстройства была различной в зависимости от ИМТ. Гипертензионные расстройства встречались чаще у женщин с ИМТ более 25. Далее мы сравнили распространенность гипертензионного расстройства у женщин с нормальной массой тела (ИМТ до 25) и с избыточной массой тела (ИМТ более 25). Гипертензионные расстройства встречались чаще у женщин с избыточной массы тела-36% (у женщин нормальной массы тела-10%). Для определения взаимосвязи между ИМТ и артериального давления (АД) мы провели корреляционный анализ между переменными «ИМТ-АД». Проведенный анализ показал не сильную прямую корреляционную связь между переменными: $r=0,123$; $p<0,001$; $n=1100$.

Вывод. Проведенные нами исследования показали: распространенность гипертензионного расстройства была зависима от ИМТ. Таким образом, у беременных женщин с ожирением отмечается предрасположенность к гипертензионным расстройствам и их осложнениям.

Список литературы

1. Bellver J, Melo, MA, Bosch, E. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium. *Fertil Steril* 2007; 88:446.
2. Chen A, Feresu SA, Fernandez C. Maternal obesity and the risk of infant death in the United States. *Epidemiology* 2009; 20:74.
3. Dashe JS, McIntire DD, Twickler DM. Effect of maternal obesity on the ultrasound detection of anomalous fetuses. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1001.
4. Маркин Б.Л. Ожирение как фактор риска материнской и перинатальной патологии. *Репродуктивная эндоринология.* №2.2011.С.6-8.
5. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, et al. (2010) SOGC Clinical Practice Guidelines: Obesity in pregnancy. *Int J Gyn O* 110: 167–173. [PubMed]
6. Геворкян М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины // *Ожирение и метаболизм.* - 2008. - № 3. - С. 12-14.
7. Дедов И.И. Патогенетические аспекты ожирения // *Ожирение и Метаболизм-2004.* - № 1.- С. 3-9.
8. Серов В.Н. Метаболический синдром: гинекологические проблемы // *Акушерство и гинекология - приложение.* - 2006. - С. 9 -10.
9. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004;103(2):219-224
10. Perlow, JH, Morgan MA. Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(2):560-565

Ирисметов С.Х., 4-006 группа, специальность «Стоматология», Факультет Общей медицины и стоматологии, e-mail:irismetov_surazh@mail.ru

Научный руководитель – **Тусбаев М.Г.**, ассистенткафедры терапевтической и ортопедической стоматологии, врач стоматолог высшей категории, e-mail:Tusbaev@kgmu.kz

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ

Актуальность проблемы. Повышенная чувствительность зубов часто встречается в повседневной стоматологической практике и обусловлена сложными патофизиологическими изменениями. Причиной сверхчувствительности зубов обычно является обнажение дентинных канальцев, которое может быть обусловлено препарированием зубов перед протезированием, послеоперационной чувствительностью зубов, при восстановлении композитными материалами, при сколе эмали, эксцессивной чистке зубов или при заболеваниях пародонта и т.д. Данная патология до сих пор относится к заболеваниям, наименее успешно поддающимся лечению. Согласно статистике 10-15% пациентов в клинике терапевтической стоматологии лечатся по поводу гиперчувствительности зубов, причем в последние годы наблюдается тенденция к росту[1,2].

Цель исследования. Оценка эффективности применения “Флюокаль” для лечения гиперестезии твердых тканей зубов, возникшей в результате стоматологических вмешательств.

В соответствии с целью работы определена следующая задача - провести сравнительный анализ эффективности применения “Флюокаль” в сравнении с традиционными методами лечения гиперестезии.

Материал и методы исследования. Нами обследовались 34 больных с гиперестезией твердых тканей зубов, возникшей в результате стоматологических вмешательств. Для проведения сравнительной оценки эффективности методов лечения больные были распределены на три группы. Первую группу составили 9 пациентов. Для лечения гиперестезии твердых тканей у больных этой группы использовали электрофорез 2 % водного раствора фторида натрия,

продолжительностью 15 минут в течение 10 дней. Вторая группа состояла из 11 человек. В этой группе для лечения осуществляли покрытие зубов пихтовым фторлаком (5 сеансов через день). Третья группа состояла из 14 человек. Для лечения повышенной чувствительности твердых тканей зубов у больных этой группы применяли «Флюокаль».

Результаты и обсуждение. Все обратившиеся (34 пациента) в начале лечения отмечали интенсивную, но быстро проходящую боль в области отдельных групп зубов. В зависимости от характеристики раздражителя пациенты разделились следующим образом: 16 пациентов отмечали боли от температурных, химических, механических раздражителей, 18 – боли только от температурных и химических раздражителей. В 82% случаев гиперестезия была связана с убылью твердых тканей на вестибулярной поверхности, и 18% с убылью твердых тканей у режущего края. После окончания проведенного нами исследования жалобы на гиперестезию при некариозных поражениях твердых тканей зуба отсутствовали у 44,4 % больных первой группы, у 63,6 % больных второй группы и у 85,7 % больных третьей группы.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что для лечения гиперестезии наиболее эффективным является метод с использованием препарата «Флюокаль», что позволяет рекомендовать его для более широкого применения в клинике терапевтической стоматологии.

Список использованной литературы: 1. Абитова И.М. Применение реминерализации при лечении кариеса и некариозных поражений зубов. // 2015.-С.34-36. 2. Аврамова О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта. // «Труды V Всероссийского съезда стоматологов».- М., 2013.- С.39

Тузельбаев Н.К. - д.м.н., профессор кафедры «Общая врачебная практика», vor_13@mail.ru
Ермаханова Ж.А. - докторант кафедры «Общая врачебная практика», j-jangirkhan@mail.ru
Шымкентский медицинский институт Международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Ясави, г. Шымкент, Республика Казахстан

ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Введение. Старение населения затрагивает все страны мира. Это связано с длительным спадом рождаемости, и, следовательно, старения населения, это приведет к сокращению естественного прироста населения [1,2]. Сейчас в большинстве развитых стран возраст выхода на пенсию составляет «65» лет. В Казахстане в возрастную группу «65 лет и старше» вступает поколение родившихся после 1951 года.

В настоящее время система организации оказания медико-социальной помощи недостаточно учитывает особенности, которые характерны для граждан старше трудоспособного возраста: множественные хронические болезни и т.д. Поэтому исследование демографических показателей старения является весьма актуальным.

Цель исследования. Изучение состояния медико-социальной помощи лицам старше трудоспособного возраста в ЮКО.

Материал и методы: исследование проведено методом анкетного опроса у 2481 лиц пожилого и старческого возраста проживающих в различных районах ЮКО. Для интегральной оценки лица старше трудоспособного возраста группы использовались данные свидетельствующие о способности к самообслуживанию, социальной активности, состояния здоровья по данным заболеваемости.

Результаты и обсуждения. В результате исследования заболеваемости у лиц пожилого возраста выявлено, что наиболее часто обнаруживаются болезни сердечно-сосудистой системы выявленные у 67% респондентов. При изучении показателей социального положения отмечено, что 65% респондентов проживает с супругом и детьми, 4 % – проживает с супругом, 29 % – проживает только с детьми, без супруга, 2 % – проживает один в связи со смертью супруга, 0,5 % – разведены, 0,5 % – не создавал семью. Полученная в ходе выполнения исследования оценка

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

респондентами способности к самообслуживанию выглядит следующим образом: хорошо – 20%; удовлетворительно – 59%; плохое – 21%; социально активными себя считают всего 7% респондентов, удовлетворены своей социальной активностью 67% исследуемых, а 26% респондентов не удовлетворены своей активностью в обществе (рисунок 1).

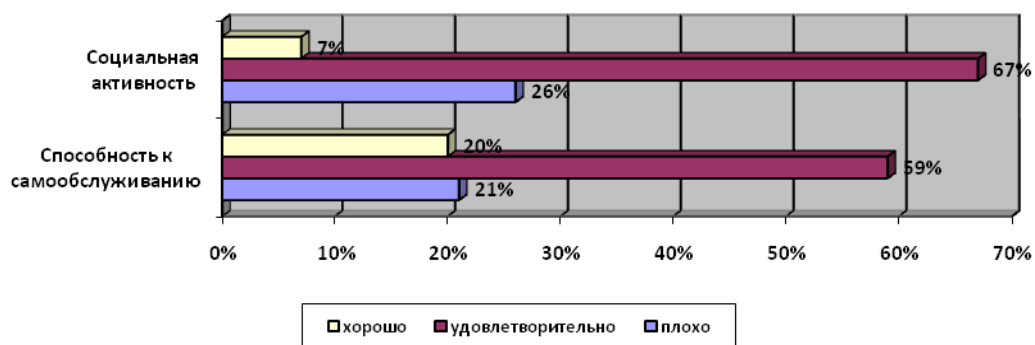


Рисунок 1 - Социальная активность и способность к самообслуживанию респондентов

Оценка респондентами состояния своего здоровья показала, что с увеличением возраста статистически достоверно увеличивается доля лиц, оценивших свое здоровье, как плохое и уменьшается удельный вес положительных оценок состояния здоровья.

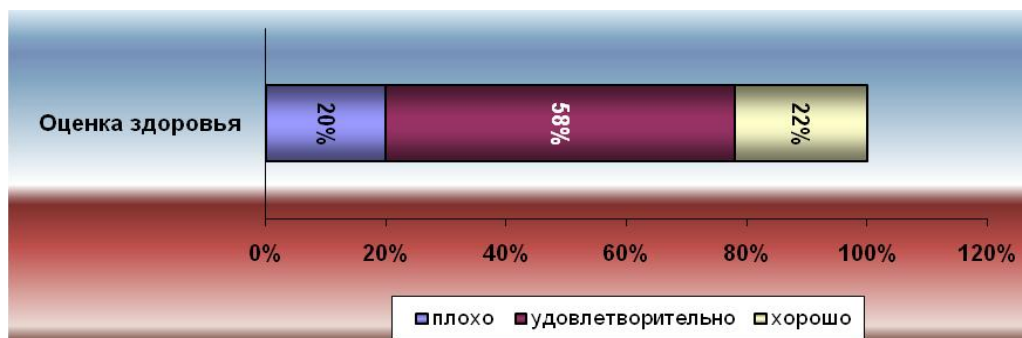


Рисунок 2 – Оценка здоровья респондентов

Выводы: Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста, состояние здоровья которых характеризуется высоким уровнем заболеваемости болезнями системы кровообращения, что обуславливает более высокую потребность в медицинской помощи.

Полученные результаты предполагают формирование долгосрочных региональных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения старших возрастных групп с учетом ведущей патологии.

Список литературы

1. Титов Д.С. Социальная геронтология: учебное пособие. Томск: Томский филиал Академии права и управления ФСИН России, 2006 – 106 с. 73-77 стр.
2. Практическая гериатрия: Руководство для врачей/ Под ред. проф. Г.П. Котельникова, О.В.Яковлева. – Самара: Самарский Дом печати, 1995.

Арыбжанов Д.Т., к.м.н., докторант кафедры онкологии с курсами ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». **Научный руководитель:** фессор Ганцев Ш.Х. **E-mail:** kafonco@mail.ru

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан

РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ СКЕЛЕТА

Костные метастазы остаются основной причиной смертности у онкологических больных, и являются одним из значимых проявлением болезни. Они встречаются у 65-75% больных раком молочной железы и раком простаты, у 30-40% больных раком легких и у значительного числа пациентов с раком щитовидной железы, раком мочевого пузыря и раком почек. При раке желудка и опухолях желудочно-кишечного тракта метастазы в кости могут встречаться у 1-5% больных [2]. Болевой синдром вследствие костного метастазирования встречается у 70% больных [5,6]. От 60% до 84% из всех случаев метастазирования, поражается костная ткань, у 70% из которых приводит к болевому синдрому[3].

При этом, среди всех опухолей, в том числе и при раке желудка в 30% - 70% случаев чаще всего костные метастазы поражают позвоночник[1,4].

Предлагаемый комплексный подход к лечению пациентов с множественными костными метастазами, включающий радионуклидную терапию и вертебропластику может позволить повысить эффективность паллиативной терапии этой категории больных.

Цель и задачи исследования: Мы имеем небольшой опыт лечения больных раком желудка с метастазами в кости. Нами было обследовано и пролечено 14 больных, 6 женщин и 8 мужчин, в возрасте от 32 до 62 лет, средний возраст составлял $53,8 \pm 2,7$ лет. Все больные имели ранее установленный диагноз рака желудка, по поводу которого получили комбинированное лечение – радикальная операция + адъювантные курсы химиотерапии. При контрольном обследовании через 2-2,5 года у пациентов был установлен распространенный метастатический процесс в костях. Все больные взяты на лечение в связи с прогрессирующим на фоне ранее проводимого лечения болевым синдромом. Оценка интенсивности болевого синдрома осуществлялась согласно 10 бальной шкале, где 0 – нет боли и 9 – нетерпимая боль. Среднее значение интенсивности боли до лечения составляло $8,6 \pm 0,1$ (от 8 до 9). Данная оценка производилась до лечения, после вертебропластики и после радионуклидной терапии Самарием-153 оксабифором с определением времени до максимального снижения/купирования болевого синдрома и его интенсивности.

Для подтверждения количества уровней с переломами и угрозой компрессии спинного мозга, а также для определения анатомических особенностей пораженных позвонков всем больным проводилась компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Среднее количество уровней с угрозой компрессии спинного мозга и переломами было $2,6 \pm 0,3$ (от 1 до 4).

Всем пациентам провели последовательное комбинированное лечение, на первом этапе с целью системного воздействия на очаги костного метастазирования больным назначили Золендроновую кислоту внутривенно, капельно, 1 раз в 28 дней, далее для стабилизации метастазов в позвонки, где имелась угроза перелома со сдавлением спинного мозга произвели вертебропластику с последующей системной радионуклидной терапией Самарием – 153 оксабифором. В дальнейшем пациенты продолжали амбулаторно получать Золендроновую кислоту в сочетании с препаратами кальция – таблетки Кальций – Д3 форте, внутрь по 2 таблетки в сутки.

Материал и методы исследования. Вертебропластика (ВП) выполнялась в асептических условиях рентгеноперационной (универсальная ангиографическая установка Philips Allura Xper FD 20) под местной анестезией в положении больных лежа на животе. Введение игл для вертебропластики в тело позвонка осуществлялось транспедикулярным доступом под постоянным флюороскопическим контролем. В тело пораженного позвонка вводился костный цемент в различном объеме. После удаления игл выполнялась рентгенография легких в прямой и боковой

проекциях, накладывалась асептическая наклейка. В раннем послеоперационном периоде назначались антибиотики широкого спектра действия и при необходимости нестероидные противовоспалительные препараты. Перед системной радионуклидной терапией всем больным оценивали гематологические показатели, критерии отбора включали следующие гематологические критерии: уровень гемоглобина выше 90 гр/л, лейкоцитов выше 4×10^9 /л, тромбоцитов выше 100×10^9 /л. Системную радионуклидную терапию Самарием-153 оксабиформом больные получали через 3-7 дней после вертебропластики. РФП вводился внутривенно в паллиативной дозе из расчета 37 МВq/кг веса больного. Контрольное сканирование осуществлялось непосредственно в день проводимой терапии. Сканирование всего тела с РФП Tc99m технефор, КТ и МРТ исследования повторялись через 4-8 месяцев после терапии.

По данным нашего исследования, снижение болевого синдрома в результате стабилизации позвонков после проведения вертебропластики наступало за период от 30 минут до 12 часов после проведенной процедуры в среднем составило $4,8 \pm 1,2$ часа. Однако, вследствие того, что у пациентов был распространенный метастатический процесс, болевой синдром после вертебропластики полностью не купировался. Среднее значение интенсивности боли по 10 бальной шкале снижалось до $4,5 \pm 0,6$ (от 2 до 6). После проведенной радионуклидной терапии Самарием-153 оксабиформом, дальнейшее снижение болевого синдрома наступило через $3,9 \pm 0,3$ дня (от 2 до 6 дней), практически у всех больных болевой синдром практически полностью купировался и в среднем составлял $0,9 \pm 0,5$ (от 0 до 2). Интенсивность болевого синдрома до лечения, после вертебропластики и после проведенной радионуклидной терапии, а также введения Золендроновой кислоты статистически достоверно снизилась $P \leq 0,0001$. Больные, после проведенного комбинированного лечения в последующие 4-8 месяцев не нуждались в анальгетиках. В последующем согласно данным сцинтиграфии костей скелета, дальнейшего прогрессирования костных метастазов не наблюдалось. У 9 больных при повторном исследовании значительно снизилось количество и интенсивность метастатических очагов.

Выводы. Таким образом, комбинация вертебропластики, радионуклидной терапии самарием-153 оксабиформом и системная терапия бисфосфонатами (Золендроновой кислотой) у больных раком желудка с метастазами в кости позволяет проводить комбинированное лечение, что дает возможность расширить показания для паллиативной радионуклидной терапии и повысить эффективность лечения этой тяжелой категории больных. Предложенный подход позволяет быстро достичь стойкого и выраженного снижения интенсивности болевого синдрома, существенно снизить потребность в анальгетиках и улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Boland PJ, Lane JM, Sundaresan N. Metastatic disease of the spine. Clin Orthop Relat Res. 1982;169:95-102.
2. Coleman RE. Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies. Cancer Treat Rev 2001; 27: 165–176.
3. Harrington KD. Metastatic disease of the spine. J Bone Joint Surg Am. 1986;68:1110-1115.
4. Houfu Deng et al. Radiopharmaceutical (Sm-153-EDTMP) therapy of skeletal metastases: clinical application in 350 patients. The Journal of Radiology. August 2002, www.jradiology.org
5. Kanis JA. Bone and cancer: pathophysiology and treatment of metastases. Bone 1995; 17: 101S–105S.
6. Kosteva J, Langer C. Skeletal metastases of non-small cell lung cancer: advances in diagnosis and treatment. In Carbone D (ed): Lung Cancer Principles and Practices. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Williams 2003; 1–14.

Ботабекова А.К. – магистрант 2-го года обучения, факультет «Медицина», aliyapusel@mail.ru,
Абдукаримова Ж.М. – магистр медицинских наук, кафедра Терапии бакалавриат,
zhanara.0905@mail.ru

Научный руководитель **Кауызбай Ж.А.** - к.м.н., ассоц. профессор, zhumaly@mail.ru, научный
консультант **Бекмурзаева Э.К.** - д.м.н., профессор, elmira-bek@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан

МЕТЕОУСЛОВИЯ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ У НИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Введение. Метеоусловия являются основной составляющей и неотъемлемой частью природного комплекса, отражающего среду обитания людей. Они определяют физическое и психическое состояние человека, комфортные условия проживания и, в конечном счете, обеспечивают тот или иной уровень здоровья и благополучие населения [1].

Метеорологические условия характеризуют состояние атмосферы и происходящие в ней процессы. К таким условиям относятся температура, давление, влажность воздуха, направление и скорость ветра, облачность, осадки, туманы, грозы, продолжительность солнечного сияния, температура и состояние почвы, высота снежного покрова и др. Метеоусловия могут быть длительно влияющими, как, например, отрицательная температура и снежный покров в зимнее время, и кратковременно проявляющимися осадки, туман и гололед [2].

Множество исследований свидетельствуют, что к особенно чувствительным заболеваниям болезней системы кровообращения по воздействию погодных условий и их аномалий, являются ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия (АГ) [3,4,5]. Оказалось, что по клинической значимости приоритетными являются АГ с кризами как осложненными, так и неосложненными. Причем частота обращаемости имеет четкую сезонную градиацию, и маркерами здесь служат биоклиматические индексы [6].

Следовательно, врач в практической медицине с целью рационального и эффективного применения антигипертензивных средств, должен учитывать возможность патогенного влияния метеорологических факторов (МФ) на развитие гипертонических кризов (ГК) у больных артериальной гипертензией по сезонам года и времени суток.

Цель исследования. Определить связь возникновения гипертонических кризов у больных с АГ, проживающих в городе Шымкент, от влияния метеорологических условий их среды проживания.

Материалы и методы. Для изучения связи возникновения ГК от метеоусловий проживания больных с АГ были взяты данные с отдела статистики ГССМП города Шымкента (количество вызовов СМП по поводу обострения АГ за 2015 год - 59477 пациентов). Показатели МФ по городу Шымкент взяты с сайта <http://meteoblue.com>. Для изучения связи между влиянием фактора и количеством вызовов к больным АГ, использовались методы корреляционного анализа. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета программ Statistica (StatSoft, США) версии 10.0.

Результаты и обсуждение. Анализ среднемесячных показателей годовой динамики обращаемости населения по поводу АГ показал, что месяцы, в которых регистрируется подъем количества вызовов, соответствует месяцам сменяющим сезоны года. Месяцы, приходящиеся на зимний промежуток времени, соответствуют большему количеству вызовов. Месяцы, относящиеся к летнему сезону, соответствуют меньшему количеству вызовов. По силе влияния МФ на обращаемость больных АГ за СМП в городе Шымкенте по сезонным показателям обращаемости конкурировали средняя температура воздуха и атмосферное давление. При оценке влияния средней температуры воздуха в течение 2015 года установлена средняя обратная корреляционная связь $r = -0,666$ с достоверностью $p < 0,01$. Влияние атмосферного давления на течение АГ, методом корреляционного анализа, показал сильную прямую связь $r = 0,710$ с высокой достоверностью $p < 0,0091$.

Выводы. Было установлено, что наибольшее влияние на обострение АГ оказывают температура воздуха и атмосферное давление. Незначительно влияет на показатели гемодинамики направление ветра. При снижении температуры атмосферного воздуха и увеличении атмосферного давления риск развития обострений АГ повышается.

Список литературы

1. Салихов Р.Е. Метеоусловия среды обитания как фактор риска заболеваемости населения / Р.Е. Салихов// Материалы II всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека». -2015. -№4. - 125с
2. Никберг И.И. Гелиометеотропные реакции человека / И.И. Никберг, Е.Л. Ревуцкий, Л.И. Сакали. - К.: Здоровья, 1986. - 144 с.
3. Karaslavova, E., Dimitrova, T., Donchev, N., Teneva, B. Influence of some meteorological factors on mortality from cardio-vascular diseases in the city and in the region of Plovdiv // Journal of environmental protection and ecology. 2013. – V. 14(1). - P. 323-334.
4. Пизова Н.В., Прозоровская С.Д., Пизов А.В. Метеорологические факторы риска инсульта в центральном регионе России // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.2012. №1. С.63-67.
5. Thompson, D.R. Meteorological factors and the time of onset of chest pain in acute myocardial infarction / D.R. Thompson, J.E. Pohl, Y.Y. Tse, R.W. Hioms // Int. J. Biometeorology. - 2005. - V. 39 (3). - P. 116-120.
6. Масуева А.М. Гендерные особенности обращаемости населения Махачкалы за скорой медицинской помощью в связи с сердечно -сосудистыми заболеваниями / А.М.// Медицинский вестник Северного Кавказа. –2011. – С. 23.

Исаметов Д.Р., врач химиотерапевт ГККП «Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер»

Научные руководители: д.м.н., профессор Кулакеев О.К. **E-mail:** onlasK@yandex.kz
к.м.н., доцент Арыбжанов Д.Т., **E-mail:** davran_a@mail.ru

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В БРОНХИАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак легкого (РЛ) в Мире занимает 1-е место. Ежегодно в мире регистрируется 1,5-1,6 млн. новых случаев рака легкого [1, 3, 5, 12]. Мужчины заболевают в 5-8 раз чаще женщин. Наиболее часто заболевание регистрируется в возрасте 50 лет и старше. Летальность больных в течение первого года с момента установления диагноза составляет в разных странах от 55,3% до 80% [2, 6, 8, 9].

Мета-анализ индивидуальных данных 11 рандомизированных исследований показал, что использование платиносодержащих комбинаций в сочетании с лучевой на 10% снижает риск смерти у больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) по сравнению с одной лучевой терапией [4, 7,10, 13].

Исходя из вышеизложенного нами предпринята попытка применения предоперационной химиотерапии у больных раком легкого III-а- III-б стадии с применением регионарного введения цитостатиков в бронхиальную артерию.

Целью нашей работы является изучение непосредственных результатов комбинированного лечения больных НМРЛ с применением неoadъювантной химиотерапии за 12 (2004-2015гг.) лет.

Материал и методы. Начиная с июня 2004 года мы имеем практический опыт лечения 50 больных с местно распространенным, центральным раком легкого (Т3N1-2M0) в возрасте 42-65 лет. У 11 (22%) больных при первичном обращении имел место ателектаз пораженной доли или всего легкого. Морфологически в 36 (72%) случаях был плоскоклеточный рак легкого, в 14 (28%)

случаях аденокарцинома. Всем больным из-за сомнений операбельности процесса было проведено по два цикла неoadъювантной полихимиотерапии. У 4 (8%) больных по схеме EP: Этопозид 120мг/м², Цисплатин 80мг/м² с дополнением длительной инфузией 5-фторурацила 5000мг в течении 120 часов, у 24 (48%) больных по схеме TP: Таксотер 75мг/м², Цисплатин 75мг/м², у 22 (44%) больных по схеме EP: Вепезид 120мг/м², Цисплатин 80мг/м². При этом у 20 (40%) больных было произведено внутриартериальное, регионарное введение препаратов с селективной катетеризацией бронхиальной артерии.

Результаты. При контрольном осмотре после одного курса химиотерапии у 21 (42%) больных рентгенологически отмечена частичная регрессия процесса, в том числе у 3 (6%) больных восстановление дыхательной функции легких в ранее ателектазированных участках, у 29 (58%) больных стабилизация процесса. После 2х курсов химиотерапии у 38 (76%) больных отмечена частичная регрессия процесса, эндоскопически у 14 (28%) проходимость бронхов восстановлена до сегментарных бронхов. Рентгенологически отмечена возможность операбельности процесса во всех 38 случаях. Из 50 больных подвергнуты хирургическому лечению 35 (70%) больных (у 3-х больных отмечено противопоказание к хирургическому вмешательству в связи с присоединением сопутствующей сердечно-сосудистой патологии). Из 35 оперированных больных в 25 случаях произведена расширенная пульмонэктомия, а 10 случаях комбинированно-расширенная пульмонэктомия с резекцией перикарда с интраперикардиальной, раздельной обработкой сосудов корня легкого. Послеоперационный период во всех случаях протекал без особенностей. Послеоперационный результат гистологического исследования во всех случаях показал лекарственный патоморфоз III-IV степени. 3 больных в послеоперационном периоде получили лучевую терапию по радикальной программе. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная из-за нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. После хирургического этапа все больные получили лучевую терапию на область средостения РОД 2Грей, СОД 45-50 Грей. Затем еще по 2-4 консолидирующих курсов химиотерапии по той же схеме, то и до операции.

Нами проанализированы 5-летняя, 7-летняя и 10-летняя общая выживаемость больных получивших лечение по выше описанному способу. Показатели 5-летней выживаемости больных составили 13,5% (p<0,05). Показатели 7-летней выживаемости больных составили 4% (p<0,05), 10-летняя выживаемость составила 2,8% (p<0,05).

В целом выполненное нами исследование показало, что возможность выполнения радикальной операции достигнуто у 70%, завершение дистанционной лучевой терапии у 20% (p<0,05).

Выводы. Таким образом, использование новых противоопухолевых препаратов - ингибиторов топоизомеразы-1 и таксанов в сочетании с производными платины позволило повысить операбельность больных с распространенным НМРЛ. Производные платины пока остаются основой современной комбинированной химиотерапии НМРЛ. Однако предоперационная неoadъювантная химиотерапия и химиолучевая терапия с последующей операцией могут считаться апробированным методом и рассматриваться как один из вариантов лечения при III стадии НМРЛ. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения может улучшить непосредственные результаты лечения на 10-15%, что даст возможность эффективно закончить лечение по выбранной программе.

Литература

1. Абисатов Х.А. – Клиническая онкология (руководство), Алматы, изд. «Арыс», 2007 с.1240 с.
2. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. – Рак легкого. М. «Радикс», 1994, с.210
3. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Юсупов А.М. и др. Эффективность неoadъювантной химиотерапии немелкоклеточного рака легкого// В Сб. Республ. Научно-практич. Конференции «Актуальные проблемы клинической онкологии», Семей, 2007, С 150-151
4. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Султанов Р.Р. Результаты лечения рака легкого// Вестник хирургии Казахстана, №3, Алматы, -2005, -С. 113.
5. Онкология. Клинические рекомендации. Под редакцией В.И.Чиссова и С.Л.Дарьяловой, Москва. ГЭОТАР - «Медиа», 2006.с. 193-230.
6. Орлова Р.В. Современное стандартное лечение больных немелкоклеточным раком легкого с учетом стадии заболевания // Практическая онкология. – 2000, №3. – С. 17-20.

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ

№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

7. Переводчикова Н.И. Химиотерапия немелкоклеточного рака легкого – состояние проблемы в 2000г. // Практическая онкология. - 2000, №3. – С. 29-37.
8. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онко-пульмонология. Москва. ГЭОТАР «Медицина», 2000 – 600 с.
9. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. М, 2Медицина», 1994 с.480.
10. Burkhart N.M., Allen M.S., Nichols F.C., et. al. Results of en bloc resection for bronchogenic carcinoma with chest wall invasion. //J. Thorac. Cardiovasc. Surg, 2002, vol.123. p.670-675
11. Curan W.J. Issues in the nonoperative management of patients with locally advanced non-small cell lung cancer// Proc. ASCO. - 1999. - Educational book/Ed. M.C. Perry; ASCO. -1999. -P.370-373.
12. Garcia M, et al. American Cancer Society, 2007. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf>. Accessed January 2011.
13. Holmes A.C. Surgical adjuvant therapy for stage II and stage III adenocarcinoma and large cell undifferentiated carcinoma// Chest. -1994. -Vol. 106 (6 suppl). -P. 293-296 .

Ж.Е. Тусупбаева, 1А.И. Мукушев 1, Р.И. Мельников 1, Г.Т. Атамбузов 1, У. Орынказы 1.

Студенты 5 курса¹ факультета «Общая медицина и стоматология», zhanara.11.94@mail.ru
aidosmukushev@gmail.com rystam2008@list.ru gabit94-at@mail.ru Uljanai95@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н., доцент Х.Б. Бисмильдин ohrzdrav@list.ru

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Республика Казахстан

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Введение. Врожденная диафрагмальная грыжа является опасной для жизни врожденной аномалией, которая происходит приблизительно 1 в 2500-4000 живорожденных [1]. Хирургическое лечение с помощью лапаротомии или торакотомии является традиционным методом лечения пациентов с врожденной диафрагмальной грыжей. Тем не менее, эта новая методика не получила широкое признание среди хирургов в основном из-за спора с участием его безопасности и эффективности, такие как смертность, рецидивов и частота осложнений.

Цель исследования. Сравнить безопасность и эффективность минимально инвазивной хирургии с традиционным открытым хирургическим подходом при врожденной диафрагмальной грыжи.

Материал и методы исследования. Поиск литературы проведен с использованием базы данных PubMed, EMBASE, SPRINGER, а также центральный регистр Cochrane контролируемых испытаний с использованием определенного набора критериев. Результаты, которые включают послеоперационную смертность, частоту рецидивов грыж, показатели использования патча и осложнений, были проанализированы.

Результаты и обсуждения. Были проведены девять исследований, которые включали 507 пациентов. Все исследования были рандомизированными испытаниями контроля. Группа минимально инвазивной хирургии имела значительно более низкий уровень послеоперационной смерти при соотношении риска 0,26 [95% доверительный интервал (ДИ) 0.10-0.68; $p = 0,006$], но с большей частотой грыж рецидива при соотношении риска 3,42 (95 % ДИ 1.98-5.88; $p < 0,00001$). Нормы протезного использования пластыря были похожи между этими двумя группами. Меньшее количество случаев хирургических осложнений были обнаружены в группе минимально инвазивной хирургии с отношением риска 0,66 (95% ДИ 0.47-0.94; $p = 0,02$) [2-10].

Выводы. Минимальная инвазивная хирургия для лечения ВДГ связана с более низкой послеоперационной смертностью и заболеваемости по сравнению с традиционным открытым способом. Тщательный статистический анализ продемонстрировал, что минимально агрессивный подход имеет определенные преимущества перед открытой хирургией, такие как более быстрое послеоперационное восстановление пациентов, улучшение отдаленных результатов лечения и непревзойденная косметичность. [11-12]

Список литературы

1. Langham MR Jr, Kays DW, Ledbetter DJ, Frentzen B, Sanford LL, Richards DS (1996) Congenital diaphragmatic hernia. Epidemiology and outcome. Clin Perinatol 23:671–688
2. Cho SD, Krishnaswami S, Mckee JC, Zallen G, Silen ML, Bliss DW (2009) Analysis of 29 consecutive thoracoscopic repairs of congenital diaphragmatic hernia in neonates compared to historical controls. J Pediatr Surg 44:80–86
3. Gourlay DM, Cassidy LD, Sato TT, Lal DR, Arca MJ (2009) Beyond feasibility: a comparison of newborns undergoing thoracoscopic and open repair of congenital diaphragmatic hernias. J Pediatr Surg 44:1702–1707
4. Lao OB, Crouthamel MR, Goldin AB, Sawin RS, Waldhausen JH, Kim SS (2010) Thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in infancy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 20:271–276
5. Keijzer R, van de Ven C, Vlot J, Sloots C, Madern G, Tibboel D, Bax K (2010) Thoracoscopic repair in congenital diaphragmatic hernia: patching is safe and reduces the recurrence rate. J Pediatr Surg 45:953–957
6. McHoney M, Giacomello L, Nah SA, De Coppi P, Kiely EM, Curry JI, Drake DP, Eaton S, Pierro A (2010) Thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia: intraoperative ventilation and recurrence. J Pediatr Surg 45:355–359
7. Gander JW, Fisher JC, Gross ER, Reichstein AR, Cowles RA, Aspelund G, Stolar CJ, Kuenzler KA (2011) Early recurrence of congenital diaphragmatic hernia is higher after thoracoscopic than open repair: a single institutional study. J Pediatr Surg 46:1303–1308
8. Szavay PO, Obermayr F, Maas C, Luenig H, Blumenstock G, Fuchs J (2012) Perioperative outcome of patients with congenital diaphragmatic hernia undergoing open versus minimally invasive surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 22:285–289
9. Jancelewicz T, Langer JC, Chiang M, Bonnard A, Zamakhshary M, Chiu PP (2013) Thoracoscopic repair of neonatal congenital diaphragmatic hernia (CDH): outcomes after a systematic quality improvement process. J Pediatr Surg 48:321–325
10. Nam SH, Cho MJ, Kim DY, Kim SC (2013) Shifting from laparotomy to thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in neonates: early experience. World J Surg 37:2711–2716
11. Ponsky TA, Rothenberg SS (2008) Minimally invasive surgery in infants less than 5 kg: experience of 649 cases. Surg Endosc 22:2214–2219
12. Silen ML, Canvasser DA, Kurkchubasche AG, Andrus CH, Naunheim KS (1995) Video-assisted thoracic surgical repair of a foramen of Bochdalek hernia. Ann Thorac Surg 60:448–450 Yang EY, Allmendinger N, Johnson SM, Chen C, Wilson JM, Fishman SJ (2005) Neonatal thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia: selection criteria for successful outcome. J Pediatr Surg 40:1369–1375

Асқарбаева.Ж.Б., 1-курс студенті, фармация факультеті,

Ғылыми жетекші: **Әшірбек.Р.А.**, Ashirbek.raichan@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

**ҚАЗАҚСТАН РЕПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ЭЛЕКТРОНДЫҚ
ҚЫЗМЕТТЕР**

Еліміздегі IT саласы қарқынды даму үстінде. Бұл саланың дамуына өскелең жас ұрпақтың үлесі зор болмақ. Елбасымыз Н.Ә. Назарбаев айтқандай қазіргі заманда жастарға ақпараттық технологиямен байланысты әлемдік стандартқа сай мүдделі жаңа білім беру өте қажет.[1] Мына мақалада қарастырылған мәселелердің барлығы ақпараттық технологияға байланысты болғандықтан, жастарды осы салаға көптеп тартып, ақпараттық технология саласын тез меңгеру мақсатында ақпараттық технологиямен көп жұмыс жасау керек. Электронды үкіметті әлдеде жетілдіре түсу қажет.

Қазақстанды әлемдегі дамыған 30 мемлекеттің қатарына енгізудің негізгі тұжырымы ретінде ұсынылған «Қазақстан-2050» Стратегиясының бірінші кезектегі міндеттерінің бірі – қазіргі заманғы және тиімділігі жоғары денсаулық сақтау жүйесін қалыптастыру болып табылады.[2]



Ал егер тұтынушыларға көрсетілген қызметтер орындалмаған жағдайда шағымдануға болады[2].(2сурет) Ол үшін:



Мұнда денсаулық сақтау саласында бәсекеге қабілеттілікке қол жеткізу үшін қоғамдық денсаулық сақтаудың барлық деңгейіне тиімді менеджмент енгізу, соның ішінде жаңа медициналық техно-логияларды жасау мен практикаға ендіру талап етіледі. Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымының кепілдемесіне сәйкес, денсаулық сақтау саласына тап осындай жоғары сапалы ғылыми-зерттеулер мен инновацияларды енгізу тұрғындардың ұлттық деңгейдегі де, ғаламдық ауқымдағы да денсаулық жағдайларын жақсартуға бағытталуы тиіс.

Мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесіне сондай-ақ мемлекет меншігіндегі және мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінің басқару органдарына бағынышты амбулаториялық-емхана, аурухана ұйымдары, медициналық-санитариялық бөлімдер, ана мен баланы қорғау, медициналық жедел жәрдем, сот-медициналық сараптама ұйымдары, диспансерлер, оқу орындары, ғылыми-зерттеу, санитариялық-эпидемиологиялық, санаторий-курорттық, фармацевти-калық ұйымдар, материалдық-техникалық қамтамасыз ету қызметтері және өзге де ұйымдар жатады.[3]

Электрондық қызметтер. 1.Дәрігердің қабылдауына жазылу. 2.Дәрігерді үйге шақыру. 3. Композиттік қызмет.4.Алғашқы медициналық санитариялық көмек көрсететін ұйымдарға тіркелу. 5.Психоневрологиялық ұйымнан анықтама беру. 6.Мүгедектерге кресло-арбаларды беру үшін оларға құжаттарды рәсімдеу. 7.Наркологиялық ұйымнан анықтама беру. 8.Қозғауға қиындығы бар бірінші топтағы мүгедектерге жеке көмекшінің және есту бойынша мүгедектерге қолмен көрсететін тіл маманының өзметтерін ұсыну үшін мүгедектерге құжаттарды рәсімдеу.9.Мүмкіндіктері шектеулі балаларды психологиялық-медициналық-педагогикалық тексеру және оларға консультацималық көмек көрсету.10.Мүгедектерге протездік-ортопедиялық көмек ұсыну үшін оларға құжаттарды рәсімдеу.[3]

Елбасы Жолдауында мемлекеттік қызметтерді автоматтандыру бойынша берілген тапсырмаларды орындау мақсатында, бүгінгі таңда әділет органдарымен көрсетілетін қызметтердің басым бөлігі онлайндық жүйеге көшті. Онлайндық жүйе, яғни электронды тіркеудің тиімділігі— біріншіден ашықтық, қоғамдағы әкімшілік кедергілер, сөзбұйдалылық, сыбайлас жемқорлық сияқты келеңсіз жағдайларды болдырмау, (1 сурет) Халыққа қызмет көрсету орталықтарына барып кезек күтпей, еліміздің кез-келген аумағында интернетке қолжетімді жерден өтініш бере алуы және ең бастысы тіркеу мерзімінің қысқаруы.[1]

Кез-келген мемлекет үшін денсаулық сақтау мәселесі әрқашан өзекті болып табылады.[4] Электронды денсаулық сақтау аралас және денсаулық сақтау облыстарын дамыту, сондай-ақ мемлекет азаматтарының (пациент) қажеттіліктерін, денсаулық сақтау саласын және медициналық қызметкерлердің өздерін қанағаттандыру үшін заманауи ақпараттық және коммуникациялық технологияларды (АКТ) пайдалануды білдіреді. Электронды денсаулық сақтау деректерді беру кезінде азаматтар, пациенттер және медициналық мекемелер арасында өзара әрекетті қамтамасыз етеді.[5]

Қазіргі дамыған заманда АКТ-ны денсаулық сақтау саласына енгізу медициналық жәрдем көрсетудің сапасын жаңа бір деңгейге көтереуге мүмкіндік береді. АКТ дәрігерлік санитария көмек көрсетуіне қамтамасыз етуге маңызды рөлге ие болды. Электрондық денсаулық сақтау технологиялары емдеушілерді қашықтықтан мнриторингілеуді жүргізу,емдеушілер арасында ақпаратты жақсы тарату, әсіресе алыс жерлерде,мүгедектер мен егде тартқан адамдар үшін мүмкіндік береді.

Секция «ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО И
ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ»

Bektimirova A.A. - studens 5 course, medical faculty, Bekalina@mail.ru

Scientific director: **Ziyayeva Sh.T.** с.м.с., docent, Shahida63@inbox.ru

Tashkent Pediatric Medicine Institute, Tashkent, Uzbekistan

INVESTIGATIONS ON EVALUATION THE ANTIMICROBIC ACTION OF TABLETED
MEDICINES "ANGISEPT" AND "LORINGOSEPT" IN EXPERIMENTS IN VITRO

Introduction: Medicines with antimicrobial effects and preservatives that are part of some non-sterile drugs can inhibit the growth of certain types of microorganisms.[1,2] There are some test strains of microorganisms from different groups that are used to register this action like Gram-positive cocci, gram-positive, spore-forming bacillus, Gram-negative enterobacteria, Pseudomonas, yeastlike fungi genus Candida [3,4,5].

Aim: Laboratory research of medicines "Angisept" and "Loringosept" antimicrobial activity in vitro in respect of specially selected strains of microorganism cultures.

Angisept (Loringosept) – complex antiseptic medicine for use in case of infectious and inflammatory diseases of the oral cavity and pharynx. It has antibacterial and anti-inflammatory action. Indications: acute and chronic upper respiratory tract infections (acute respiratory infections, bronchitis, tonsillitis, gingivitis, stomatitis); inflammatory diseases of the mouth and throat; ulcers and sores in the mouth; unpleasant sensations in the mouth and throat (dry and scratchy); bad breath.

Materials and methods. Commercial products "D.Angisept" (HC «Dentafill Plys» production, composition: propolis tincture - 0.06 g, ascorbic acid - 0.02 g) and "Loringosept" («Radiks» PShK production, composition: propolis tincture - 0.06 g, ascorbic acid - 0.02 g) were selected for investigation.

Studies were carried out according to the requirements of "Methods of microbiological control of medicines" (XI release 2 edition, pp. 187-225. М .; Health -1990) and "Guidelines for quality control of laboratory tests" (Tashkent, 2000). For the cultivation of microorganisms and testing of medicine samples methods given in SP XI were used.

Antimicrobial activity of the medicines was determined by the test cultures of microorganisms sensitivity by serial dilutions in a dense medium ("Determination of the sensitivity of microorganisms to antibacterial agents" MUK 4.2. RF 1890-04). The sensitivity of the test cultures was quantified by largest MIC (minimum inhibitory concentration), expressed in micrograms / ml.

The work involved 7 strains of microorganisms: S.aureus 004 134 \ ATCC 25923; E.faecalis 003 460 \ "CB"; E.faecium 002 768 \ 119; Bacillus subtilis 003 591 \ B-1; E.coli 004 136 \ ATCC 25922; Ps.aeruginosa 004 135 \ ATCC 27853; Candida albicans 003 848 \ 10.

Results. On the first step, comparative study of drugs was carried out by direct putting some tablets on the surface of a nutrient dense with the sowing of the test strains (semi-quantitative quality method). For further investigation microbial strains were selected by the serial dilution method (quantitative method), on which were rendered pronounced effect of the study drug. Studied series of drugs have a pronounced antimicrobial activity (MIC = 2,0-16 ug \ ml) on the test strains of Gram-positive bacteria (S.aureus; E.faecalis; E.faecium; Bacillus subtilis vegetative form). On gram-negative bacteria (E.coli, Ps.aeruginosa) and yeast-like fungi of the genus Candida effect is negligible (MIC > 32.0 mg \ ml). MIC values of "Angisept" and "Loringosept" are not statistically different (p > 0.05). "D.Angisept" is comparable to the drug "Loringosept" according to its antimicrobial action.

Conclusion: Thus, studies found that gram-positive cocci are sensible to "Angisept" and "Loringosept" (composition: propolis tincture - 0.06 g ascorbic acid - 0.02 g). In respect to Gram-negative microorganisms and fungi Candida effects in vitro have not been identified.

Bibliography

1. Malhotra N, Rao SP, Acharya S, Vasudev B. Comparative in vitro evaluation of efficacy of mouthrinses against Streptococcus mutans, Lactobacilli and Candida albicans. Oral health & preventive dentistry 2011;9(3):261-8.
2. De Francisco L, Costa Y, Outuki PM, Souza RP, Bonfim-Mendonça PS, Novello CR, Consolaro M, Bruschi ML. Nanoparticles of waste material of propolis and gelatin as a novel system for delivery of L-ascorbic acid. Curr Drug Deliv. 2016 Mar 22. [Epub ahead of print]
3. Raphael Richard Ciuman. Phytotherapeutic and naturopathic adjuvant therapies in otorhinolaryngology. Eur Arch Otorhinolaryngol (2012) 269:389–397
4. Sforcin JM, Bankova V. Propolis: is there a potential for the development of new drugs? J Ethnopharmacol. 2011; 133: 253–260.
5. Demirkol G. Research of antimicrobial effects of propolis from province of Ordu. Sci Works Ser C VetMed. 2013; 1: 14–17.

Прилипко В.А. - студентка 6-го курса, специальности фармацевтическая биотехнология
Wikysik20@gmail.com

Куйбида М.А. - студентка 6-го курса, специальности фармацевтическая биотехнология
kuibidamaria20@gmail.com

Национальный авиационный университет, г. Киев, Украина.;

Солдаткин А.А. - ст. науч. сотр., к.б.н. лаборатории биомолекулярной электроники
alex_sold@yahoo.com

Дзядевич С.В. - главн. науч. сотр., д.б.н., профессор лаборатории биомолекулярной электроники
dzyad@yahoo.com

Институт молекулярной биологии и генетики м. Киев, Украина

**КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКИЙ БИОСЕНСОР НА ОСНОВЕ УРЕАЗЫ И АРГИНАЗЫ ДЛЯ
КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРГИНИНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ
ЖИДКОСТЯХ**

Введение. L-аргинин (2-амино-5-гуанидинвалериановая кислота) - частично-заменимая аминокислота, которая является активным регулятором многочисленных жизненно важных функций организма.

L-аргинин является субстратом для фермента оксид азота синтазы, который отвечает за производство окиси азота (NO) [1], который играет критически важную роль в различных физиологических процессах в организме человека [2]. Определение концентрации L-аргинина в сыворотке крови позволяет диагностировать и изучать особенности течения таких сложных заболеваний, как гепатокарцинома [3], меланома кожи и колоректальный рак [4]. Измерение и контроль концентрации L-аргинина в моче позволяет диагностировать гомозиготную цистинурию [5].

На сегодня определение концентрации L-аргинина в растворах проводят следующими методами: ионообменной хроматографии, флуориметрии, спектрофотометрии, капиллярного, зонного электрофореза, полярографии, проточно-инжекционного анализа, высокоэффективной жидкостной хроматографии [4]. Предложенные методы являются достаточно сложными, дорогостоящими и требуют сложной предварительной подготовки проб. На данный момент, актуальна разработка биосенсоров для определения концентрации аргинина в лекарственных препаратах, для проверки их качества и соответствия требованиям производства.

Цель исследования. Разработка кондуктометрического биосенсора на основе уреазы и аргиназы для количественного определения аргинина в биологических жидкостях.

Материалы и методы. В работе использовали кондуктометрический метод анализа. Для разработки аргининовых биосенсоров были использованы кондуктометрические преобразователи

на основе двух пар золотых или платиновых электродов. Имобилизация ферментов и бычьего сывороточного альбумина на поверхности кондуктометрического преобразователя осуществлялась методом сшивания глутаровым альдегидом (ГА). Измерения проводились в дифференциальном режиме, сигналы с ферментной мембраны сравнивались с сигналами полученными из мембраны сравнения, которая содержит только БСА.

Результаты и обсуждение. Для создания аргининовых биосенсоров было проверено несколько типов иммобилизации ферментов: в парах глутарового альдегида, в капли ГА, адсорбция на нитроцеллюлозе, адсорбция на силикалите и фотополимеризация в PVA-SbQ. Оптимальным оказался метод иммобилизации ферментов в капли ГА. Далее была проведена оптимизация выбранного метода, а именно подобраны оптимальные концентрации уреазы, аргиназы, ГА и определена эффективная продолжительность иммобилизации. Для работы со сложными биологическими жидкостями было исследовано влияние параметров раствора (рН буфера, буферная емкость и ионная сила) на работу биосенсора. Кроме того, было показано, что разработанный биосенсор характеризовался хорошей воспроизводимостью сигналов и операционной стабильностью в течение 5 дней. Биосенсорным методом была проведена проверка концентрации аргинина, в лекарственных препаратах, содержащих аргинин в качестве действующего вещества.

Вывод. Разработанный биосенсор для определения концентрации аргинина в лекарственных препаратах. Подобраны оптимальные условия иммобилизации ферментов во время приготовления биосенсоров. Доказана возможность стабильной и воспроизводимой работы предложенного биосенсора со сложными многокомпонентными растворами. Осуществлена проверка лекарственных средств, содержащих аргинин на концентрацию этой аминокислоты. Полученные результаты хорошо коррелируют с заявленными производителями концентрациями аргинина. Соответственно разработан биосенсор для определения аргинина может с успехом использоваться для контроля качества лекарственных средств.

Список літератури

1. *Marc P. McRae. Therapeutic Benefits of L-Arginine: An Umbrella Review of Meta-analyses. [J Chiropr Med.](#) 2016; 15(3):184-9.*
2. *Gad MZ. Anti-aging effects of l-arginine. [JARE.](#) 2010; 1 : 169-177*
3. *Lam T. L., Wong G. K., Chong H. C. Recombinant human arginase inhibits proliferation of human hepatocellular carcinoma by inducing cell cycle arrest. [Cancer Lett.](#) 2009, 277(1)*
4. *Г. З. Гайда , Н. С. Стасюк , М. В. Гончар. Методи аналізу l-аргініну. [Biotechnologia Acta.](#) - 2014. - Т. 7, № 1.*
5. *Morales S. M. Cystinuria: diagnosis and therapeutic approach. [An Sist. Sanit. Navar.](#) 2011, 34(3)*

Даулетбаева Л.Д. - 4 курс студенті, фармация факультеті, lazzat_95_12@mail.ru,

Ғылыми жетекшісі: PhD, **Сарсенбекова А.Ж.**, chem_akmaral@mail.ru

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қаласы, Гоголя к-сі 40, Қазақстан Республикасы

В ТОБЫ ДӘРУМЕНДЕРІНІҢ (В₁ ЖӘНЕ В₂) ТЕРМИЯЛЫҚ ҒЫДЫРАУЫ

Дәрумендердің ыдырауы тағамдық немесе фармакологиялық өңдеу кезінде немесе тағам дайындау үрдісінде, сонымен қатар дұрыс сақталмаған жағдайда болуы мүмкін. Ақпараттарға жүгіне келе, біздің мақсатымыз В тобының дәрумендерін, нақтырақ айтқанда В₁ және В₂ дәрумендерінің термиялық қасиетін және бөлінуінің кинетикалық талдау процесін зерттеу.

Фармацевтикалық тұрғыдан қарағанда, белсенді заттардың термиялық қасиетін зерттеу қатты заттардың дозаланған дәрілік түрлерінде кездесетін мүмкін болатын әрекеттесулерді бағалауда маңызды орын алады [1, 2].

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

Бұл бағалаулар әр түрлі әдістердің қолданылуы қатысында алынуы мүмкін, бірақ изотермиялық емес жағдайда қолданылған әдістерді де қоса алғандағы кинетикалық қасиеттеріне негізделген әдістердің анағұрлым жоғары мағынасы бар және нәтижелердің жақсы сәйкестігіне ие.

Дәрумендер коммерциялық өнімдер болып табылады, және оларды алған соң әрі қарай тазартуынсыз бірден қолдануға болады. Дәрумен В₁ (тазалығы > 99%) және В₅ (тазалығы > 99%) Across organics, geel, Belgium реагенттерінен алынған және дәрумен В₂ (тазалығы > 99%) Fisher Bioreagents, geel, Belgium реагенттерінен алынған. Үлгілер зерттеу кезінде ылғал сіңіп кетпеуі үшін эксикаторда, хлорлы кальцийдің астында сақталды.

TG/DTG/HF өлшеулері дифференциалды сканирлеуші DTA/DSC «Setaram» фирмасының калориметрінде жүргізілді.

В₁ және В₂ дәрумендерінің кинетикалық параметрлерін анықтау мақсатында кинетикалық талдау жүргізілді. Активтену энергиясының есептеулері 30-500⁰С температура аралығында Фримен-Кэрролл [3], Шарп-Уэнтворт [4] және Ахар [5] әдістерімен анықталды.

Үш әдіс үшін стандартты ауытқу 5%-дан аспайды, сонымен қатар осы сияқты жағдайлар бір сатылы процестің пайда болуын көрсетеді (1-кесте). Ауытқудың аса үлкен емес көлемі өлшеу әдісінің дұрыстығын ғана емес, термодинамикалық параметрлерді анықтауда жоғарғы дәлділікті көрсетеді.

1-кесте - В₁ және В₂ дәрумендерінің термиялық ыдырауының термоди-намикалық параметрлері

Әдістер	В ₁		В ₂	
	Е, кДж/моль	$\delta_{(E)}$	Е, кДж/моль	$\delta_{(E)}$
Фримен-Кэрролл	91,62	1,24	68,76	1,25
Шарп-Уэнтворт	117,32	1,28	77,67	1,29
Ахар	105,44	1,24	72,89	1,27

Талдауға қандай кинетикалық әдіс қолданғанына қарамастан, активтену энергиясының көрсеткіштері В₂ дәрумендерінің В₁ дәруменімен салыстырғанда қыздыруға тұрақты екендігін көрсетті.

Жылу тұрақтылығын бағалау үшін активтену энергиясын анықтауда нақты бір мәнді қолдану қателік туғызуы мүмкін. Берілген әдістер арқылы есептеліп алынған активтену энергиясының стандартты ауытқу мәні ($\delta_{(E)}$) әр қосылыс үшін орташа мәні 5%-дан аспайды.

В₁ және В₂ дәрумендерінің термиялық қасиеттерін зерттеуде қорытынды жасалды. Екі қосылыс та қыздыруға жоғарғы дәрежеде тұрақты келеді, оларды салыстырғанда В₂ дәрумені анағұрлым тұрақтырақ.

Үш әдіске негізделген кинетикалық талдау В₂ дәруменінің жоғары тұрақтылығын анықтады. Изоконверциялық әдіспен алынған активтену энергиясының жеке мәні 10% диапазонда ажыратылады. Осылайша, бір әдіспен бағалау қателік туғызуы мүмкін, әсіресе молекулалық құрылысы әр түрлі қосылыстарда.

Әдебиеттер

1. Fattal-Valevski A. Thiamine. // J Evid Based Complement Altern Med. 2011. V. 16. P. 12–20.
2. Rucker RB, Suttie JW, McCormick DB, Machlin LJ. Handbook of vitamins. 3rd ed. New York: Marcel Dekker Inc. 2001. 124 p.
3. Freeman E.S., Carroll B. // J. Phys. Chem. 1958. V.62. P. 394
4. Sharp J.H., Wentworth S.A. // Anal. Chem. 1969. V.41. №14. P. 2060
5. Achar, B.N., Brindley G.W., Sharp J.H. // Proc. Int. Clay. Conf. 1966. P. 67-73.

Донченко А.А. – аспирант кафедры аналитической химии, anastasia2013@inbox.ru
Научный руководитель: Васюк С.А., д.фарм.н., профессор vasyuk1@mail.ru
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КСИЛОМЕТАЗОЛИНА ГИДРОХЛОРИДА

Введение. Контроль качества и разработка современных и объективных методов химического анализа лекарственных веществ является одним из базовых этапов обеспечения населения качественными лекарственными препаратами. В фармацевтической промышленности с целью обеспечения эффективности и безопасности продукции активно внедряются современные инструментальные методы анализа [1]. Одним из таких методов является спектрофотометрия в видимой области спектра.

Цель исследования. Ксилометазолина гидрохлорид — производное имидазолина, стимулятор α -адренорецепторов. Восстанавливает проходимость носовых ходов при воспалительном, аллергическом рините и синусите [2]. Широкий спектр лекарственных средств на основе ксилометазолина на фармацевтическом рынке приводит к необходимости разработки современных методов анализа препаратов. Поэтому целью исследования стала разработка спектрофотометрической методики количественного определения ксилометазолина гидрохлорида по реакции с ализариновым красным.

Материалы и методы. Для проведения эксперимента использовали субстанцию ксилометазолина гидрохлорида, ализариновый красный, воду очищенную.

Аналитическое оборудование: спектрофотометр Spescord 200, весы электронные АВТ-120-5DM, мерная посуда класса А.

Результаты и обсуждения. Экспериментально установлено, что ксилометазолина гидрохлорид реагирует с ализариновым красным с образованием окрашенного продукта реакции с максимумом абсорбции при 527 нм. Исследовано влияние на ход реакции таких факторов как растворитель, температура, время и количество добавленного реагента.

Подчинение закону Бера находится в пределах концентраций 3,20-4,80 мг/100 мл. Значение предела обнаружения составляет 1.81 мкг/мл, что указывает на достаточную чувствительность реакции.

Исходя из полученных результатов, разработана методика количественного определения ксилометазолина гидрохлорида, которая в дальнейшем будет использована для анализа лекарственных форм.

Список литературы

1. Державна фармакопея України. – 2-е вид. – Харків: Державне підприємство «Науково-експертний фармакопейний центр», 2016.
2. Компендиум онлайн[Электронный ресурс].–Режим доступа:<http://compendium.com.ua>

Нгуен Конг Банг - аспирант первого года обучения, nguyencongbang.ru@gmail.com
Научный руководитель: Абышев А.З., Засл. деятель науки РФ, доктор хим.наук, профессор,
azabyshev@mail.ru
Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, Санкт- Петербург,
Российская Федерация

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ВАРФАРИНА

Варфарин является одним из известных антикоагулянтов непрямого действия, применяемый в медицинской практике на протяжении более 60 лет. Однако использование

варфарина для профилактики и лечения тромбозов ограничено ввиду его тяжелыми побочными эффектами [1].

В связи с этим целенаправленный поиск и синтез новых модифицированных эффективных лекарственных средств на основе молекулы варфарина и изучение их биологической активности является весьма актуальным научным направлением.

Целью данной работы является синтез и изучение физико-химических и фармакологических свойств некоторых комбинированных производных варфарина (см. рис.1 и табл. 1 и 2).

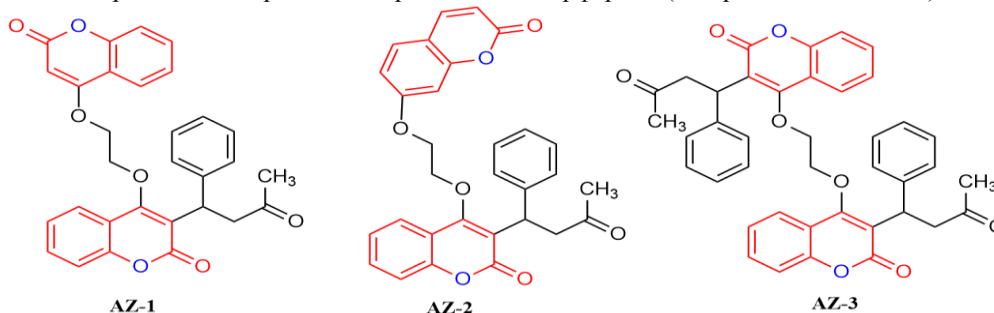


Рис.1– Структура комбинированных производных варфарина.

AZ-1- 4-кумаринил-этокси-варфарин; **AZ-2**- 7-кумаринил-этокси-варфарин; **AZ-3**- Димер-варфарина.

Таблица 1 - Физико-химические свойства синтезированных соединений

Соединения	Молекулярная Формула	Выход, %	Температура плавления, °С
AZ-1	$C_{30}H_{24}O_7$	42%	198-200
AZ-2	$C_{30}H_{24}O_7$	38%	210-212
AZ-3	$C_{40}H_{34}O_8$	28%	192-195

Таблица 2 - Некоторые данные ИК- и 1H -ЯМР – спектров синтезированных соединений

Соединени я	ИК-спектр, cm^{-1}	1H -ЯМР (δ , м.д.)
AZ-1	1622 (оч.с.), 1710 (с.), 1454-1564 (ср.)	2,1 (с, 3H), 4,62-4,71 (д, 4H), 3,5 (д., 2H), 4,98 (т, 1H), 7,2-7,7 (м-комплекс).
AZ-2	1700, 1730 (C=O в циклах), 1650 (C=O в алифатической цепочке), 1600 (-CH=CH-)1280, 1285(-O-CH ₂ -)	2,20 (с, -COCH ₃), 2,90 и 3,20 (д и дд, J=29,09 Гц, J ₁ =5,4 и 18,3 Гц, 2-CH), 4,0 (дд, J=9,6 и 18,3 Гц, 3-CH),4,70 (д, J=5,7 Гц, 13- CH ₂), 5,0 (д, J=5,4 Гц, 14-CH ₂),6,30 (д, J=9,48 Гц, 18-CH), 6,9 (м, 15-CH, 19-CH), 7,3 (м, 16-, 11-, 10-, 9-, 4-, 5-, 6-, 7-, 8-CH), 7,70 (д, J=9,49 Гц, 17-CH), 7,9 (д, J=7,85 Гц, 12-CH)
AZ-3	1624 (C=O в алифатической цепочке),1722 (C=O в бензопирановом цикле), 2926, 3101 (- CH ₂ -CH ₂ -)	2.19 (д, J = 7.01 Гц, 1H), 3.08 (дд, J = 18.32,4-83 Гц, 1H), 4.15 (тд, J = 21.78, 10.90 Гц, 1H), 4.69- 4.57 (м, 1H), 4.93-4.84 (м, 1H), 5.12 (дд, J = 10.32, 10.32 Гц, 1H), 7.39- 7.14 (м, 1H), 7.58-7.47 (м, 1H), 7.93 (дд, J = 7.91, 1.09 Гц, 1H)

Антикоагулянтную активность устанавливали путем определения протромбинового времени. Анализируемые вещества вводили (перорально) группе белых беспородных крыс-самцов массой 180-200 грамм (10 особей) в течение недели, предварительно суспензивав их в растворе диметил-сульфоксида; контрольной группе крыс вводили тот же объём диметил-сульфоксида, препаратом сравнения являлся варфарин (0,43 мг/кг, пересчитанное с человека средняя суточная терапевтическая доза).

По результатам исследований было установлено, что протромбиновое время вещества AZ-3 (димер варфарина) оказалось на уровне контрольного опыта, а AZ-1 меньше протромбинового времени препарата сравнения – варфарина (см. табл. 3).

Таблица 3 - Результаты определения протромбинового времени.

Препарат	Протромбиновое время, сек.
Диметилсульфоксид (группа контроля)	17,8±1,7
Варфарин (группа препарата сравнения)	37,4±2,8
AZ-1	21,8±1,3
AZ-2	41,2±2,3
AZ-3	11,4±0,9

Это свидетельствует о том, что димер варфарина не обладает антикоагулянтной активностью, а соединение AZ-1 проявляет слабое антикоагулянтное свойство. Протромбиновое время веществ AZ-2 оказалось больше протромбинового времени препарата сравнения. Из этого можно сделать вывод, что вещество AZ-2 обладает более высокой антикоагулянтной активностью по сравнению с варфарином. Таким образом, антикоагулянтная активность возрастает в ряду AZ-3 < AZ-1 < варфарин < AZ-2 (см. табл. 1).

В связи с тем, что вещества AZ-2, проявил самую высокую активность, для него по ГОСТу-32296-2013 [2] была определена острая токсичность (LD₅₀), которая превышала 2000 мг/кг, что позволяет отнести данное вещество к малотоксичным.

Таким образом, в процессе проведенных химико-фармакологических исследований установлено, что из числа синтезированных комбинированных соединений некоторые обладают антикоагуляционной активностью. Наиболее выраженной активностью обладает вещество AZ-2. Следовательно, данное соединение рекомендуется для более глубоких доклинических и клинических фармакологических исследований с целью внедрения его AZ-2 в медицинскую практику в качестве непрямого антикоагулянта.

Список литературы

1. Абышев А.З. Природные и синтетические кумарины и флавоноиды / А.З. Абышев, Э.М. Агаев, Р.А. Абышев (Монография) // Баку – «Наука и образование», - 2014, 482 с.
2. ГОСТ 32296-2013 Методы испытаний по воздействию химической продукции на организм человека. Основные требования к проведению испытаний по оценке острой токсичности при внутрижелудочном поступлении методом фиксированной дозы [Текст]. – Введ. 01.08.2014. – М. : Стандартинформ, 2014. – 12 с.

Крысько М.В.- аспирант 1-го года обучения, krysko.marina@pharminnotech.com
Научный руководитель: **Стрелова О.Ю.**, к.х.н., доцент, olga.strelova@pharminnotech.com
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия
Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕЛЫХ И ПРИРОДНО ОКРАШЕННЫХ ВОЛОС ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Введение. В современном мире волосы ежедневно подвергаются различным механическим, термическим и химическим воздействиям, что может сказаться на их структуре. Они повреждаются даже после однократного окрашивания стойкой краской для волос, содержащей обесцвечивающие вещества. Сейчас около 75% женщин красят свои волосы постоянно. Среди молодежи изменение цвета - один из основных способов создать модную причёску и, таким образом, само выразиться. Также окрашивание волос используется, чтобы закрасить седину. При окраске получение желаемого цвета волос происходит путем окисления цветообразующих компонентов. При этом происходит частичное или полное разрушение естественного пигмента волос. В процессе окрашивания поверхность волоса становится открытой, и естественные пигменты удаляются в зависимости от природного цвета в большей или меньшей степени, а место, где находился пигмент волоса, занимает частица краски. Оттуда она уже не смывается, так как закрепляется достаточно глубоко [1].

В наших ранее опубликованных работах была показана эффективность методики ферментативного гидролиза для изолирования некоторых лекарственных веществ (фенобарбитал, димедрол) из природно неокрашенных волос для целей диагностики употребления их, в том числе и с немедикаментозной целью [2, 3].

Цель исследования. Разработка методики изолирования и определения лекарственных веществ в окрашенных волосах.

Материалы и методы. Эксперименты проводились с использованием следующих реактивов: трипсин (ООО «Самсон-Мед»), химотрипсин (ООО «Самсон-Мед»), химопсин (ООО «Самсон-Мед»). Выполнение настоящего исследования осуществлялось с применением аппаратуры: хроматограф с масс-селективным детектором Agilent 7890 A/5977 MSD на колонке HP – 5ms (30 м × 0.25 мм × 0.25 мкм), управление с помощью программы MassHunter GC MS, обработка полученных данных в программах MassHunter Qualitative Analysis и MassHunter Quantitative Analysis. В эксперименте были использованы лабораторные животные: белые, рыжие и черные морские свинки. Содержание и исследование животных осуществляли в соответствии с действующими принципами Хельсинской декларации по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и научных целей. Перед началом и в ходе эксперимента животных содержали в стандартных условиях вивария на сбалансированной диете. Определялся влияние природной матрицы на возможность обнаружения лекарственных веществ в природно окрашенных волосах.

Ферментативный гидролиз химопсином, трипсином и химотрипсином выполняли в следующих условиях: раствор фермента готовили в соотношении фермент:субстрат 1:50. Навеску фермента растворяли в фосфатном буфере с pH 7,4 среды, затем термостатировали при 37 °С в течение 3 ч. Полученные пробы центрифугировали при 4600 об/мин в течение 10 мин. Затем отбирали центрифугат. К осадку добавляли вторую порцию раствора фермента в равном объеме, перемешивали и термостатировали следующие 3 ч в аналогичных условиях. После чего данную операцию повторяли с третьей порцией фермента. Общее время гидролиза составило 9 ч. К центрифугату добавляли 20% раствор серной кислоты до pH 2-3 среды. Либо 25% раствор аммиака до pH 9-10 среды. Далее добавляли 3 мл хлороформа и перемешивали в течение 10 мин. Экстракцию хлороформом повторяли 3 раза порциями по 3 мл. Полученные вытяжки объединяли и выпаривали досуха. Сухой остаток растворяли в 500 мкл комплексного растворителя и исследовали методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием в условиях описанных выше.

Результаты и обсуждения. На хроматограммах наблюдаются пики эндогенных веществ, таких как пропиловый эфир дексагеновой кислоты, фенилэтиловый эфир декановой кислоты,

дециловый эфир декановой кислоты, пропиловый эфир октодекановой кислоты, L-аланин, L-фенилаланин, дипропиловый эфир бутендиоовой, оксодеканы, гексадеканы, октодеканы, олеиновая кислота, холестерин, октодекановая кислота, гексадекановая кислота, которые были идентифицированы с помощью базы данных прибора.

Выводы. Анализ белых и природно окрашенных (черных и рыжих) образцов волос показал, что их состав идентичный, но интенсивность пиков существенно выше у природно окрашенных образцов. В дальнейшем планируется использовать методику для обнаружения димедрола и фенибута в природно и искусственно окрашенных волосах.

Список литературы

1. Плотникова И.Ю. Технология парикмахерских работ: учебное пособие для нач. проф. Образования / И.Ю. Плотникова, Т.А. Черниченко. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 189 с., [24] с. цв. ил.
2. Слустовская Ю. В. Определение производных барбитуровой кислоты в волосах с использованием методики кислотного и ферментативного гидролиза / Ю.В. Слустовская, М.В. Крысько // Молодая фармация – потенциал будущего: материалы научной конференции. Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2016 г.- СПб.: СПХФА, 2016. – С. 704-707.
3. Слустовская Ю.В. Определение димедрола в волосах с использованием щелочного и ферментативного гидролиза / Слустовская Ю.В., Кашеутова В.С., Стрелова О.Ю. IV всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «инновации с здоровье нации» 9-10 ноября 2016 г. – СПб.: СПХФА, 2016 С. 587-590.

Лопухова Ю.А., студентка 4-го курса, Института фармации и трансляционной медицины, ulka-shpulka95@mail.ru

Научный руководитель: **Белова М.В.**, д.б.н., доцент, manibel@gmail.com
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г.Москва, Российская Федерация

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ Г. МОСКВЫ

Введение. Наркомания и токсикомания являются серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Несмотря на меры государственного регулирования, потребление их не снижается [1,2]. Появляются новые виды наркотических и психоактивных веществ (НиПАВ), употребление которых может приводить к тяжелым отравлениям вследствие передозировок, что требует экстренной медицинской помощи. Разработка и внедрение методов аналитической диагностики, обеспечивающих быструю и наиболее полную идентификацию токсикантов, является актуальной задачей токсикологической химии.

Цель исследования: охарактеризовать номенклатуру наркотических и психоактивных веществ, вызывавших острые отравления, на основании результатов клинической и химико-токсикологической диагностики.

Материалы и методы. Анализировали результаты клинко-лабораторного обследования пациентов, поступавших в 2012-2015 годах в отделение лечения острых отравлений (ОЛОО) НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. Химико-токсикологическая диагностика острого отравления осуществлялась в лаборатории ОЛОО с использованием ИХА и ТСХ, как предварительных, и ГХ-МС, как подтверждающего метода анализа [3,4].

Результаты и обсуждения. Всего за 2012-2015 годы в ОЛОО поступило 21065 человек. Из них в среднем у 20 % отравление произошло вследствие приема НиПАВ с целью опьянения. Следует

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

отметить, что доля таких случаев увеличилась с 16% (2012) до 24,9% (2014), но в 2015 г снова составила 16,4%.

Результаты анализа данных химико-токсикологической диагностики больных с острыми отравлениями представлены в табл.1. Они свидетельствуют об изменении долевого соотношения НиПАВ за указанные годы.

Таблица 1 – Структура острых отравлений НиПАВ за 2012 - 2015 годы

Годы	2012	2013	2014	2015
Номенклатура НиПАВ	Доля острых отравлений, %			
Опиаты	75,3	67,2	51,77	51,4
Метадон, в т.ч. совместно с опиатами	6,9	6	2,38	4,5
Психостимуляторы	3,78	2,16	1,8	3,4
Психодислептики	3,5	16,28	40,35	35,3
«Суррогаты наркотиков»	8,14	4,6	1,7	4,1
Галлюциногены	1,3	1,02	1,5	1,3
Другие НиПАВ	1,12	2,74	0,5	

За эти годы случаи отравления опиатами сократились в 1,5 раза. Также снизилась доля отравлений метадоном с 6,9% до 4,5%. Использование таких лекарств, как тропикамид, баклофен, лирика и др., которые мы обозначили «суррогаты наркотиков», уменьшилось вдвое по сравнению с 2012 г. Доля отравлений психостимуляторами (кокаином, производными метамфетамина), галлюциногенами и другими за эти годы существенно не менялась.

В то же время произошел резкий рост отравлений НиПАВ группы психодислептиков–синтетических каннабимиметиков. Если в 2012 г на них приходилось только 3,5% отравлений, то в 2014 г. – 40,35%, а в 2015 г.– 35,3%. Выявленные нами изменения в номенклатуре НиПАВ, явившихся причиной острых отравлений, отражают общую тенденцию наркопотребления во многих регионах нашей страны и мире [1, 2, 3]. Некоторое снижение доли отравлений психодислептиками в 2015 г, по нашему мнению, связано с эффективными государственными мерами по их контролю [6] и внедрением методик их определения [4].

Следует отметить, что с 2015 г. в практику ОЛОО внедрена методика определения НиПАВ методом ГХ-МС, что позволило расширить перечень обнаруживаемых веществ и их метаболитов, выявлять совместное употребление различных НиПАВ, повысило надежность получаемых результатов.

Выводы: 1. Выявленные изменения в структуре отравлений НиПАВ в Москве отражают общемировые тенденции в потреблении и обороте наркотиков. 2. Внедрение в лабораторную практику современных аналитических методов позволяет повысить информативность и надежность химико-токсикологической диагностики, обеспечивает эффективную медицинскую помощь и способствует контролю за потреблением и оборотом НиПАВ.

Список литературы

1. World Drug Report 2015. - Код доступа: http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_R.pdf
2. Е.А Кошкина. Мировые тенденции распространенности наркоманий на современном этапе // Материалы II Научно-практического семинара "Методические и организационно-правовые проблемы деятельности химико-токсикологических лабораторий наркологической службы" Республиканский центр психиатрии и наркологии, 21-22 октября 2014 г., Москва. Код доступа: http://www.narkotiki.ru/5_74742.htm
3. Химико-токсикологическая диагностика острых химических отравлений / М.В.Белова, Ж.А.Лисовик, А.Е.Клюев [и др.] - М.: Графикон Принт, 2007. –120 с.
4. Идентификация наркотических и психоактивных веществ в биологических жидкостях и волосах методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием. Информационное письмо.– М, ФГБУ ННЦ Наркологии МЗ России. – 2014 – 42 с.

5. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы / Г.А. Софронов, А.И.Головко, В.А. Баринов [и др.] Код доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/1055>
Постановление Правительства РФ от 22.02.2012 N 144 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров». — Код доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=126621>

Е.Г. Махова, магистр фармации, старший преподаватель, machova@gmail.com, В.А.Коротков, к.фарм.н., преподаватель, **С.К. Ордабаева**, д.фарм.н., профессор, заведующая кафедры ordabaeva@mail.ru, pharmacevt@gmail.com
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии, фармацевтический факультет, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия (пл. Аль-Фараби 1, Шымкент, Казахстан).

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПЛОДОВ МАКЛЮРЫ ОРАНЖЕВОЙ ПО ЭКСТРАГИРУЕМЫМ ВЕЩЕСТВАМ

Введение. Лекарственные средства растительного происхождения имеют огромный потенциал для развития фармацевтической промышленности и по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) составляют немалую часть объема фарминдустрии [1].

Растительные препараты наиболее полно отвечают современным медико-биологическим требованиям, обладают высокой эффективностью, хорошей переносимостью в терапевтических дозах, большим диапазоном лечебных свойств, что позволяет использовать их для всех возрастных групп в качестве средства для симптоматического и профилактического лечения [2].

Для фармацевтической науки и практики изучение и характеристика биологически активных веществ (БАВ) растительного сырья, получаемых на их основе экстрактов и фитопрепаратов для дальнейшего внедрения в фармацевтическую практику является актуальной задачей.

Маклюра оранжевая (*Maclura pomifera* (Raf.) Schneid.), семейства тутовых (*Moraceae*), рода Маклюра (*Maclura*) - перспективный источник биологически активных веществ. В диком виде растение произрастает в южных штатах США, культивируется в Крыму, на Кавказе и в Средней Азии.

В народной медицине применяются плоды маклюры оранжевой как природный антибиотик, иммуномодулятор, мощный антиоксидант, Р-витаминный, антисклеротический, антиканцерогенный, сердечно-сосудистый препарат в виде спиртовых и масляных извлечений при онкологических, сердечно-сосудистых заболеваниях, артрите, проктите, простатите, кожных и геморрагических заболеваниях [3,4].

В настоящее время маклюра оранжевая является предметом многочисленных научных исследований. Из литературных данных известно, что плоды маклюры богаты биологически активными веществами, такими как флавоноиды, тритерпеноиды, циклические тритерпеновые спирты, стероиды, сапонины, аминокислоты, витамины, сахара, пектиновые вещества, органические и жирные кислоты [5].

Исследования Короткова В.А., Кухтенко А.С. по фитохимическому изучению плодов и экстрактов маклюры оранжевой, культивируемой в Южном Казахстане, выявили содержание тритерпенов, фитостеринов, изофлавонов, токоферолов, полиненасыщенных жирных кислот с преобладающим содержанием комплекса тритерпенов, фитостеринов, изофлавоновых соединений [6,7].

Сумма экстрактивных веществ, представляющая собой комплекс органических соединений, извлекаемых из растительного сырья различными растворителями без химических превращений, является важной характеристикой в оценке качества лекарственного растительного сырья. Различные растворители извлекают разнообразные классы химических веществ. В

литературе предложено использовать методы последовательной экстракции с применением растворителей с возрастающей полярностью.

Содержание экстрактивных веществ в маклюре оранжевой, культивируемой в Южном Казахстане, в литературе не освещено.

Цель исследования - определение суммы экстрактивных веществ в плодах маклюры оранжевой, культивируемой в Южном Казахстане.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования являются плоды маклюры оранжевой, собранные осенью в городском парке г. Шымкент (Казахстан). Плоды были вымыты, порезаны небольшими частями и высушены в конвективной электрической печи Binder при постоянной температуре 60 °С в течение 24 ч. Высушенные соплодия измельчены электрической мельницей с диаметром сит 3 мм.

Реактивы и растворители, категории ч.д.а., приготовленные в соответствии с требованиями ГФ РК.

Определение содержания экстрактивных веществ проводили гравиметрически в соответствии с методикой ГФ РК, приведенной ниже.

Около 1 г (точная навеска) измельченного сырья, просеянного сквозь сито с отверстиями размером 1 мм, помещали в коническую колбу вместимостью 200-250 мл, прибавляли 50 мл растворителя, колбу закрывали пробкой, взвешивали (с погрешностью ±0,01 г) и оставляли на 1 ч. Затем колбу соединяли с обратным холодильником, нагревали, поддерживая слабое кипение в течение 2 ч. После охлаждения колбу с содержимым вновь закрывали той же пробкой и взвешивали. Потерю в массе содержимого колбы восполняли тем же растворителем. Содержимое колбы тщательно взбалтывали и фильтровали через сухой бумажный фильтр в сухую колбу вместимостью 150-200 мл. 25,0 мл полученного фильтрата пипеткой переносили в предварительно высушенную при температуре от 100 до 105 °С до постоянной массы и точно взвешенную фарфоровую чашку диаметром 7-9 см и выпаривали содержимое на водяной бане досуха. Чашку с сухим остатком сушили при температуре от 100°С до 105°С до постоянной массы, охлаждали в течение 30 мин в эксикаторе, на дне которого находился кальция хлорид безводный, и немедленно взвешивали.

Содержание экстрактивных веществ в абсолютно сухом сырье в процентах (*X*) вычисляли по формуле:

$$X = \frac{m \cdot 200 \cdot 100}{m_1 \cdot (100 - W)}, \text{ где:}$$

m – масса сухого остатка, г;

*m*₁ – навеска лекарственного растительного сырья, г;

W – потеря в массе при высушивании сырья, %;

Таблица 1 - Выход экстрактивных веществ из плодов маклюры оранжевой в зависимости от экстрагента

Серия	Содержание экстрактивных веществ в сырье в %, извлекаемых:				
	Водой очищенной	спиртом этиловым 40%	спиртом этиловым 70%	спиртом этиловым 90%	гексаном
1	24,0	25,5	39,1	37,7	32,5
2	24,1	26,1	38,5	36,8	32,0
3	23,7	26,8	38,9	37,0	31,9
Среднее значение	23,9	26,1	38,8	37,1	32,1

Результаты и обсуждение. Для полноты извлечения экстрактивных веществ важно правильно подобрать экстрагент. Использование различных по полярности экстрагентов является

оптимальным условием для определения суммы извлекаемых соединений из лекарственного растительного сырья. В настоящей работе в качестве экстрагентов нами использованы: вода очищенная, спирто-водные смеси в различных соотношениях, гексан (таблица 1).

Выводы. В результате полученных экспериментальных данных установлено, что наилучшими растворителями для извлечения суммы экстрактивных веществ плодов маклюры являются: спирт этиловый 70%; спирт этиловый 90%; гексан. Содержание экстрактивных веществ, извлекаемых спиртом этиловым 70% составляет - 38,8%, спиртом этиловым 90% - 37,1%, гексаном - 32,1%.

Список литературы

- 1 Жакипбеков К.С., Датхаев У.М., Жумабаев Н.Ж., Сакипова З.Б. Современное состояние привлечения инвестиций в фармацевтическую промышленность Республики Казахстан. Современная медицина: актуальные опросы. /Сб. Ст. по материалам XXVIII межд. науч. практ. конф.-№ 2(28). – Новосибирск: Изд. «СибАК».- 2014.-С.108-115.
- 2 Боговяленский А.П., Алексюк П.Г., Турмагамбетова А.С., Березин В.Э. Актуальные проблемы стандартизации фитопрепаратов и растительного сырья для их производства // Фундаментальные исследования. - 2013. - №6. - С.1184-1187.
- 3 Коротков В.А., Кухтенко А.С, Ордабаева С.К. Фитохимическое исследование плодов и экстрактов маклюры // Химия растительного сырья.- 2014.-№4.- С. 209-214.
- 4 Коротков В.А., Кухтенко А.С., Абдрахимова Г. Идентификация фитостеринов в масляном экстракте маклюры // Вестник ЮКГФА. - 2013. - Т.3. - №.4(65). - С.20-22.
- 5 Коротков В.А., Кухтенко А.С. Применение маклюры оранжевой в лечении простатита// Современные достижения фармацевтической технологии.- 2012.- Харьков - С. 85-86.
- 6 Коротков В.А., Кухтенко А.С., Кенжалиева Г. Разработка методики количественного определения суммы тритерпенов и фитостеринов в суппозиториях // Вестник ЮКГФА. - 2013. - Т.3. - №.4(65). - С.27-29.
- 7 Коротков В.А. Кухтенко А.С. Выбор экстрагента к получению масляного экстракта плодов маклюры // Итоговая всероссийская студенческая научная конференция с межд. участием: медицинская весна, сб. науч. М.: 2013. – С. 226.

Г.Ж.Омарова - студентка 4-курса, фармацевтического факультета,
gaini.zhumakeldy@gmail.com

Научный руководитель: **Кожамжарова А.С.**, к.ф.н., доцент, kozhamzharovaa@mail.ru
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Республика Казахстан

ПОЛИМОРФИЗМ ДНК И НАКОПЛЕНИЕ КАННАБИНОИДОВ У КУЛЬТУРНОЙ И ДИКОРАСТУЩЕЙ КОНОПЛИ В ШУЙСКОЙ ДОЛИНЕ

Введение. В Шуйской долине Казахстана, площадь произрастания дикорастущей наркотической конопли занимает более 1,2 млн.га, а ненаркотическая, произрастает в половине областей страны. В связи с этим, для использования конопли в промышленном производстве, так и разработке методов уничтожения, особую актуальность приобретают исследование их по популяционному полиморфизму.

Цель исследования. изучение полиморфизма популяций и влияния перекрёстного опыления культурной конопли (*Cannabissativa*) на генетический полиморфизм потомства дикорастущей конопли (*Cannabis ruderalis*).

Материалы и методы. Объектом исследования являлись сорт Fedora 17 и его расщепляющееся в Шуйской долине гибридное потомство F1 и F2, а также дикие популяции конопли. Для анализа брали созревшие и отлежавшиеся более 30 дней семена и выделяли ДНК цетилтриметиламмоний бромидом (СТАВ) с 20 мМ 2-меркаптоэтанолом по общепринятой методике [1]. Для PCR-амплификации использовали девять праймеров. Для определения

генетической дистанции по полиморфизму RAPD-спектров и получения матрицы состояния бинарных признаков были использованы алгоритмы Нея и Ли [2]

Результаты и обсуждения. Используемые в работе праймеры обеспечили синтез специфических и воспроизводимых наборов ампликонов. Выявлен полиморфизм исследуемых образцов. Электрофоретические спектры свидетельствовали о том, что наряду с общими ампликонами, характерными для всех образцов, существуют специфичные фрагменты ДНК.

Вывод. Таким образом, сорт культурной конопли *Cannabissativa*, его расщепляющееся потомство F1 и F2, дикорастущие популяции *Cannabisruderalis* отличаются друг от друга по структуре ДНК и накоплению каннабиноидов.

Список литературы

1. Jhingan A.R. 1992. A novel technology for DNA isolation. *Methods of Mol. Cell. Biol.* №3. P.15-22.
2. Nei M., Li W. 1979. Mathematical model for studying genetic variation in terms of restriction endonucleases. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA.* №76. P.5269-5273.

Сервие К.И. - студент 5 курса, фармацевтического факультета,
kseniya.zizurina@pharminnotech.com

Научные руководители: **Куклин В.Н.**, д.фарм.н., профессор, Kuklin-prof@yandex.ru, **Апраксин В.Ф.**, ст. преп., vitaly.apraksin@pharminnotech.com

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт – Петербург, Российская Федерация

ХИМИКО - ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВЕНЛАФАКСИН»

Введение. По официальным данным, с каждым годом все больше растет количество отравлений психотропными средствами, в частности, антидепрессантами [1]. По данным французского Центра лечения отравлений и Центра токсикологического контроля, за 10 лет произошло 176 отравлений препаратом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – венлафаксином, при чем отравления этим препаратом были наиболее тяжелыми [2]. Методики химико-токсикологического анализа в вещественных доказательствах и биологических жидкостях при отравлениях венлафаксина отсутствуют, поэтому данное исследование является актуальным для бюро судебно – медицинской экспертизы и наркологических диспансеров.

Цель исследования - разработка методик определения венлафаксина в вещественных доказательствах при судебно - химической и химико– токсикологической экспертизе.

Экспериментальная часть. Материалы и методы. Изолирование венлафаксина основания проводили из таблеток «Венлаксин» действующее вещество венлафаксина гидрохлорид (75 мг). Для определения чистоты и подлинности использовали метод ТСХ, качественные реакции и физико - химические методы анализа. Данный образец после перекристаллизации из этилацетата постоянной оптической плотности (УФ спектрофотометрия) при длине волны 224 и 273 нм был принят за стандартный образец (СО).

Результаты и обсуждения. Изолирование венлафаксина основания из водных растворов проводилось разными растворителями (хлороформ, этилацетат, н-гексан) при значениях рН=8-10 среды. Для установления рН среды использовали боратный буферный раствор (рН=9,5 среды) и аммония гидроксида 25% раствор. Было установлено, что наибольший процент извлечения основания наблюдается при рН=9 среды хлороформом.

С целью идентификации и определения чистоты венлафаксина основания проводили ТСХ на пластинках «Сорбфил ПТСХ-П-А-УФ» в разных системах растворителей. Детекция веществ на хроматограммах осуществлялась реактивом Драгендорфа [3;4]. В результате статистической обработки полученных данных показано, что наилучшей системой растворителей для

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

хроматографирования венлафаксина основания является система гексан - ацетон - аммиака раствор концентрированный 25% (20:20:1).

Таблица 1 - Хроматографическая подвижность венлафаксина основания

Система растворителей	Фактор удерживания (Rf)
Этанол - аммиака раствор концентрированный 25% (100:1,5)	0,83
Этилацетат - этанол - аммиака раствор, концентрированный 25% (85:10:5)	0,58
Этанол - ацетон - хлороформ - аммиака раствор концентрированный 25% (30:30:5:2)	0,80
Хлороформ - этанол (9:1)	0,48
Гексан - ацетон - аммиака раствор концентрированный 25% (20:20:1)	0,90
Гексан - ацетон (1:1)	0,40

Были подобраны условия для цветных и осадочных реакций с использованием реактивов Вагнера, Марки, Драгендорфа и концентрированной серной кислоты.

Вывод. Таким образом на предварительном исследовании было установлено, что для качественного определения венлафаксина основания в вещественных доказательствах можно использовать цветные и осадочные реакции и тонкослойную хроматографию.

Список литературы

1. Зобнин Ю.В., Колмансон М.Л., Брусин К.М. Этиологическая структура острых отравлений по данным трех токсикологических центров / Ю.В. Зобнин, М.Л. Колмансон, К.М. Брусин // Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №8 том 75. – С. 74-77.
2. Зобнин Ю.В., Савьюк Ф. Психотропные средства: отравление и пристрастие / Ю.В. Зобнин, Ф. Савьюк // Сибирский медицинский журнал. – 2011. - № 4 том 103. – С. 146-148.
3. Ваталев А.А. Химико-токсикологическое исследование некоторых нестероидных противовоспалительных средств / А.А. Ваталев, А.В. Киреева, В.Н. Куклин // Бултеровские сообщения, 2014. - Т. 39. - №7. - С. 108-116
4. Киреева А.В. Тонкослойная хроматография в анализе некоторых противовоспалительных средств/ А.В Киреева, В.Н.Куклин, А.А. Ваталев, С.В. Волченко, Т.В. Горбачева // Суд мед экспертиза, 2010. - №5. – С. 25-30.

Ю.В. Шабалина - доцент кафедры фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, fil-ko@mail.ru,

А.В. Самородов - ассистент кафедры биологической химии, avsamorodov@gmail.com,

Г.Г. Давлятова - ассистент кафедры фармакологии № 2,

М.А. Уразбаев - аспирант кафедры фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, great-blood-mak@mail.ru.

Научный руководитель - **Ф.А. Халиуллин** - д.м.н., проф., зав. каф. фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, khaliullin_ufa@yahoo.com,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

ПОИСК НОВЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЯДУ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ АНАЛОГОВ ПУРИНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ

РЕЗЮМЕ

Взаимодействием 8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантина с алкилгалогенидами синтезируются 1-замещенные 8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантины, на основе которых реакцией

нуклеофильного замещения с тиогликолевой кислотой, аминами получены соответствующие 8-замещенные 1-алкил-3-метилксантины, содержащие тиетановый цикл. Индивидуальность и строение синтезированных соединений подтверждены тонкослойной хроматографией, данными элементного анализа и ИК, ЯМР ^1H -спектроскопии. Выявлено, что синтезированные соединения проявляют высокую антиагрегационную и психотропную активности.

Ключевые слова: ксантины, тиетаны, антиагрегационная активность, психотропная активность.

Введение. Природные метилксантины проявляют разнообразную биологическую активность, что привлекает внимание исследователей, занимающихся поиском новых биологически активных веществ. При планировании синтеза новых соединений мы использовали введение в положение 7 ксантина тиетанового цикла, ряд производных которого проявляют высокую биологическую активность.

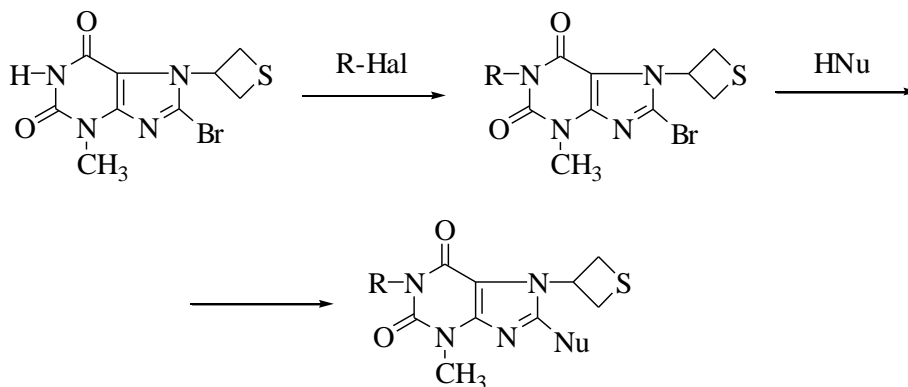
Целью настоящей работы является синтез 8-замещенных 3-метил-1-этилксантинов, содержащих тиетановый цикл, и исследование их антиагрегационной и психотропной активности.

Материалы и методы. ИК спектры соединений в таблетках с бромидом калия сняты на приборе “Инфралюм ФТ-02”. Спектры ЯМР ^1H сняты на приборе “Bruker AM-300” с рабочей частотой 300 МГц, в качестве растворителя использован дейтерированные хлороформ, диметилсульфоксид, в качестве внутреннего стандарта – сигналы растворителей. Данные элементного анализа синтезированных веществ соответствуют вычисленным значениям. Индивидуальность синтезированных соединений определяли методом тонкослойной хроматографии на пластинках “Silufof” в системе хлороформ – этанол (объемное соотношение 1:3) или в системе *n*-бутанол – уксусная кислота – вода (объемное соотношение 4:1:2). Пятна проявляли парами йода во влажной камере.

Результаты и обсуждение. Первоначально алкилировали исходный 8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантин по 1-му положению. Полученные 1-замещенные тиетансодержащие 8-бромксантины при взаимодействии с тиогликолевой кислотой образуют 2-[1-алкил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-тио]уксусные кислоты. Их реакция с различными аминами и щелочами приводит к водорастворимым солям, удобным для проведения биологических испытаний.

При кипячении синтезированных кислот в этаноле в присутствии концентрированной серной кислоты образуются этиловые эфиры 2-[1-алкил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-тио]уксусных кислот, нагревание которых с гидразингидратом приводит к гидразидам 2-[1-алкил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-тио]уксусных кислот.

Взаимодействием 1-замещенных тиетансодержащих 8-бромксантинов с аминами различного строения синтезированы 8-аминозамещенные 1-алкил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантины.



Индивидуальность и строение синтезированных соединений подтверждены тонкослойной хроматографией, данными элементного анализа и ИК, ЯМР ^1H -спектроскопии.

Например, нуклеофильное замещение атома брома подтверждается наличием в спектрах ЯМР ^1H синтезированных соединений сигналов соответствующих аминов и остатка

тиогликолевой кислоты. Спектры ЯМР ^1H содержат характерные сигналы протонов тиетанового цикла в виде двух “ложных” триплетов, соответствующих двум $\text{S}(\text{CH})_2$ группам, и мультиплета, соответствующего 7-СН группе. В спектры имеются также сигналы протонов 1-алкильных заместителей и синглет метильной группы ксантина.

При проведении скрининга биологической активности, установлено, что 8-замещенные 1-алкил-3-метилксантины, содержащие в положении 7 тиетановый цикл, проявляют антиагрегационную и психотропную активности. Среди них обнаружены вещества, превосходящие по активности препарат сравнения пентоксифиллин.

Выводы:

1. Взаимодействием 8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантина с алкилгалогенидами синтезированы 1-замещенные 8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантины, на основе которых реакцией нуклеофильного замещения с тиогликолевой кислотой, аминами получены 8-замещенные 1-алкил-3-метилксантины, содержащие тиетановый цикл.

2. При проведении биологических испытаний среди синтезированных соединений выявлены вещества, обладающие высокой антиагрегационной и психотропной активностью.

Список литературы

1. Иванова О.А., Никитина И.Л., Габидуллин Р.А., Алехин Е.К., Клен Е.Э., Макарова Н.Н., Халиуллин Ф.А. Способ коррекции депрессивных расстройств произ-водными тиетан-1,1-диоксида в эксперименте // Патент Россия 2424799; 29.03.2010.
2. Шабалина Ю.В., Халиуллин Ф.А., Спасов А.А., Науменко Л.В., Кузнецова В.А. Синтез и антиагрегантная активность 8-замещенных 1-алкил-3-метил-7-(1-оксотетанил-3)ксантинов // Химико-фармацевтический журнал. – 2013; 47(3): 27–9.

Фишер Е.Н. - аспирант 2-го года, фармацевтический факультет, elizaveta.fisher@mail.ru,
Комаров Т.Н. - к.ф.н., t.n.komarov@yandex.ru, **Мельников Е.С.** - к.ф.н.,
evgueniy.melnikov@gmail.com.

Научный руководитель: **Раменская Г.В.**, д.ф.н., профессор, ramenskaia@mail.ru
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.
Москва, Россия

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ

В последнее время разработка лекарственных средств, относящихся к аналогам эндогенных пептидов, является одним из перспективных направлений в области фармации. Лекарственные средства пептидной структуры обладают высокой биологической активностью и селективностью фармакологического действия и применяются при различных заболеваниях сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной, иммунной, нервной систем, а также онкологических заболеваниях [1-3]. При проведении биоаналитических исследований пептидных препаратов чаще всего используются такие методы, как иммунохимический анализ, капиллярный электрофорез и виды жидкостной хроматографии, что связано с особенностями строения, химическими и физико-химическими свойствами молекулы [4, 5].

Принцип иммунохимических методов анализа (иммуноферментный анализ – ИФА, радиоиммунологический анализ – РИА) заключается во взаимодействии специфических антител с анализируемым веществом, выступающим в роли антигена. Данный метод обладает высокой чувствительностью (на уровне пг/мл), специфичностью и простотой в использовании. Тем не менее, иммунохимический метод анализа обладает рядом недостатков, которые заключаются в отсутствии абсолютной селективности, перекрестных реакциях с другими веществами пептидной структуры, возможности получения ложноположительных результатов, а все положительные необходимо подтверждать другим методом [5-7].

Аналитические методы, представляющие собой сочетание таких методов разделения, как хроматография или капиллярный электрофорез с УФ-детектированием, имеют ограниченную область применения при анализе биологической жидкости (плазма, сыворотка), так как концентрация анализируемых веществ в таких образцах должна быть крайне высокой, чтобы преодолеть влияние матрицы из-за неселективного обнаружения, тогда как концентрации пептидов в крови обычно находятся на очень низком уровне [8].

В связи с этим, предпочтение в определении пептидных молекул в биологических жидкостях отдается высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией (ВЭЖХ-МС/МС). Чаще всего используется метод ионизации электрораспылением в режиме положительной полярности, так как пептиды обычно являются достаточно полярными молекулами, способными легко протонироваться. Как правило, пептиды обнаруживаются при подкислении подвижной фазы почти до 2,0-3,0 для уменьшения полярности пептидной молекулы [9]. Однако в работе Niwa et al. [10] рассматривается пример обнаружения пептида цетрореликса (синтетического декапептида, антагониста гонадотропин релизинг-гормона) с помощью ионизации электрораспылением в режиме отрицательной полярности [11].

Сложностью при количественном определении пептидов является выбор внутреннего стандарта. Синтез ¹³C- или дейтерированных аналогов является дорогостоящим в случае столь сложных соединений, поэтому в качестве внутреннего стандарта используют структурно родственные аналоги [12].

С целью повышения селективности и качества анализа пептидных препаратов необходимо правильно подобрать хроматографические условия [13]. При разделении пептидов выбор хроматографической колонки определяется размерами и гидрофобностью молекулы. Таким образом, для коротких (до 25 остатков аминокислот), средних (до 50 остатков аминокислот) и преимущественно гидрофильных пептидов, как правило, используют фазы C₈-C₁₈, для крупных (более 50 остатков аминокислот) и преимущественно гидрофобных – C₃-C₆. В большинстве случаев, для разделения крупных пептидов используют обращенные фазы с диаметром пор 300 Å [14]. Для оптимизации состава подвижной фазы основополагающее значение имеет правильный выбор pH, концентрации органического компонента и ионов-модификаторов, способных образовывать ионные пары с молекулами веществ [15].

Таким образом, для определения пептидных лекарственных средств в биологических жидкостях, учитывая структуру и физико-химические свойства молекулы, более предпочтительным является метод ВЭЖХ-МС/МС за счет высокой селективности, чувствительности и эффективности. Кроме того, актуально использование специфических колонок, которые подбираются исходя из молекулярной массы и структуры вещества.

Список литературы

1. Craik D., Fairlie D., Liras S. et al. The future of peptide-based drugs // *Chem Biol Drug Des.* 2013. V. 81. P. 136-147.
2. Beck J. G., Chatterjee J., Laufer B., Kiran M. U., Frank A. O., Neubauer S., Ovadia O., Greenberg S., Gilon C., Hoffman A., Kessler H. Intestinal permeability of cyclic peptides: common key backbone motifs identified // *J Am Chem Soc.* 2012. V. 134. P. 12125-12133.
3. Хавинсон В.Х., Кветная Т.В. Регуляторные пептиды и гомеостаз // *Рос. хим. ж. (Ж. Рос. хим. об-ва им. Д.И.Менделеева).* 2005. Т. 49 (1). С. 112-117.
4. John H., Walden M., Schafer S. et al. Analytical procedures for quantification of peptides in pharmaceutical research by liquid chromatography–mass spectrometry // *Anal Bioanal Chem.* 2004. V. 378. P. 883-897.
5. Иванникова Е.В., Жердев В.П., Бойко С.С., Исследование фармакокинетики и биодоступности в создании новых оригинальных лекарственных средств пептидной структуры и их оптимальных лекарственных форм // *Фармакокинетика и фармакодинамика.* 2013. №2. 17 с.
6. Liebler D.C., Zimmerman L.J. Targeted Quantitation of Proteins by Mass Spectrometry // *Biochemistry.* 2013. V. 52 (22). P. 3797-3806.
7. Gallien, S., Duriez, E., Crone, C et al. Targeted proteomic quantification on quadrupole-orbitrap mass spectrometer // *Mol. Cell. Proteomics.* 2012. V. 11. P. 1709–1723.

8. Tamvakopoulos C. Mass spectrometry for the quantification of bioactive peptides in biological fluids // Mass Spectrometry Reviews. 2007. V. 26. P. 389- 402.
9. Ewles M, Goodwin L. Bioanalytical approaches to analyzing peptides and proteins by LC – MS/MS // Bioanalysis. 2011. V. 3. P. 1379-1397
10. Niwa M, Enomoto K, Yamashita K (1999) Measurement of the novel decapeptide cetrotorelix in human plasma and urine by liquid chromatography–electrospray ionization mass spectrometry. J Chromatogr B 729:245–253
11. Bussy U., Wang H., Yu-Wen Chung-Davidson et al. Simultaneous determination of gonadotropin-inhibitory and gonadotropin-releasing hormones using ultra-high performance liquid chromatography electrospray ionization tandem mass spectrometry // Anal Bioanal Chem. 2015. V. 407. P. 497–507.
12. Anderson N. L., Anderson N. G., Haines L. R. et al. Mass Spectrometric Quantitation of Peptides and Proteins Using Stable Isotope Standards and Capture by Anti-Peptide Antibodies (SISCAPA) // Journal of Proteome Research. 2004. V. 3. P. 235-244.
13. Kennedler E. Introduction to chromatography. Vienna: Institute for Analytical Chemistry, 2004.
14. Schoneich, C., Kwok, S.K., Wilson, G.S. Separation and analysis of peptides and proteins // Anal. Chem. 1993. № 65. P. 67 - 84.
15. Bosch, E., Espinosa, S., Roses, M. Variation of pK values of acids and pH values of buffers in acetonitrile – water mobile phases // J. of Chromatogr. 1998. №. 824. P. 137-146.

Аксенов А.А. - аспирант 1-го года, фармацевтический факультет,
andrej.a.aksenov@gmail.com, Комаров Т.Н. - к.ф.н.,
t.n.komarov@yandex.ru, **Мельников Е.С.** - к.ф.н., evgueniy.melnikov@gmail.com, **Родина**
Т.А. - к.х.н., semina_tatiana@mail.ru,
Научный руководитель: **Раменская Г.В.**, д.ф.н., профессор, e-mail:ramenskaia@mail.ru
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.
Москва, Россия

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ АНТИКОАГУЛЯНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной 31% смертельных случаев по всему миру [1]. К приобретенным неинфекционным ССЗ относятся: ишемическая болезнь сердца, болезнь сосудов головного мозга, болезнь периферических артерий, тромбоз глубоких вен и эмболия легких [1]. Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) в мире составляет 1–2% [2, 3]. ФП ассоциируется с увеличением смертности, частоты инсульта и других тромбоэмболических осложнений, сердечной недостаточности, дисфункцией левого желудочка. Смертность у пациентов с рецидивирующей эмболией в 2 раза выше по сравнению с остальными пациентами (70,8% / 24,4%) причем, наличие ФП повышает вероятность рецидивного кардиоэмболического инсульта более чем в 4 раза [4, 5]. В клинической практике для профилактики инсульта при ФП успешно применяются антагонисты витамина К (АВК).

Золотым стандартом лечения широкого спектра ССЗ является АВК варфарин. Однако варфарин имеет узкий терапевтический коридор, что объясняется его потенциальным взаимодействием с различными изоформами фермента цитохрома Р450, в особенности СYP2C9. Ежегодная частота кровотечений в группах пациентов, получающих варфарин, составляет 1,3%, среди них внутримозговых 0,3% [6]. Для корректировки дозы предложено Международное нормализованное отношение (МНО), а также показатель ТTR (время нахождения МНО в терапевтическом диапазоне) [7].

Недостатки варфарина привели к поискам альтернативных препаратов для антикоагулянтной профилактики тромбоэмболических осложнений. Так, в 2010 году управлением

FDA было зарегистрировано три новых оральных антикоагулянта (НОАК), относящиеся к ингибиторам Па (дабигатран) и Ха (ривароксабан, апиксабан) факторов свертывания. В крупных рандомизированных исследованиях RE-COVER, RE-COVER II, EINSTEIN-DVT и –PE не было выявлено значительной разницы в эффективности препаратов, при этом НОАК по показателям эффективности и безопасности превосходили или были сравнимы с варфарином.

Тем не менее, корректировка доз НОАК важна в некоторых ситуациях: у пациентов с очень низким или высоким индексом массы тела, при нарушении функции почек, в случаях кровотечения [8-10]. К сожалению, методы корректировки дозы, применяемые для варфарина, не подходят для НОАК, так как они обладают меньшей чувствительностью и линейностью, что делает затруднительным определение точных концентраций лекарственного средства [11-15].

Апиксабан и ривароксабан являются субстратами СYP3A4 и P-гликопротеина. Дабигатрана этексилат является пролекарством, гидролизруется эстеразами крови и переходит в активный метаболит – дабигатран. Дабигатран не метаболизируется системой цитохрома P450, но также является субстратом P-гликопротеина, который кодируется геном MDR1. Различные генотипы MDR1 ассоциируются с разной активностью P-гликопротеина, что может оказывать влияние на фармакокинетические параметры НОАК.

Для достоверной оценки некоторых клинических параметров существует необходимость в выборе оптимальных методов лабораторного контроля. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и МНО обладают недостаточной чувствительностью и нелинейным откликом, поэтому ведется, активный поиск других методов лабораторной диагностики, в частности, рассматривается возможность определения полного протромбинового времени (для ингибиторов Ха фактора), активированного частичного тромбопластинового времени (для ингибитора Па фактора) [16]. Однако данные показатели основаны на коагуляционных параметрах крови и поэтому являются косвенными. В сложных клинических ситуациях, таких как послеоперационное кровотечение, требуются методы направленные на прямое измерение концентраций лекарственных веществ в плазме крови человека. Что особенно актуально для НОАК, так как они обладают более предсказуемыми фармакокинетическими параметрами концентрация-время. Метод высокоэффективной жидкостной хроматографии в сочетании с тандемной масс-спектрометрией (ВЭЖХ-МС/МС) в настоящее время широко используется для проведения терапевтического лекарственного мониторинга лекарственных средств в плазме крови человека [17].

Таким образом, разработка и валидация методик количественного определения НОАК в плазме крови с помощью ВЭЖХ-МС/МС может повысить эффективность и безопасность применения данных препаратов в условиях клинической практики, так как данный метод позволяет непосредственно определять концентрацию лекарственных веществ в плазме крови, в отличие от других способов контроля антикоагулянтной терапии.

Список литературы

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>
2. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. Heart 2001; 86: 516–21.
3. Go AS, Hylek EM, Phillips KA et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA 2001; 285: 2370–5.
4. Arboix A, Garcia-Eroles L, Massons J, Oliveres M. Predictive clinical factors of in-hospital mortality in 231 consecutive patients with cardioembolic cerebral infarction. Cerebrovasc Dis 1998; 8: 8–13.
5. Arboix A, Aliy J. Cardioembolic Stroke: Clinical Features, Specific Cardiac Disorders and Prognosis. Curr Cardiol Rev 2010; 6: 150–61.
6. Atrial Fibrillation Investigators. Atrial Fibrillation, Aspirin, Anticoagulation Study; Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Study; Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation Study; Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study; Veterans Affairs Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Study. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic

- therapy in atrial fibrillation (published correction appears in Arch Intern Med 1994; 154: 2254). Arch Intern Med 1994; 154: 1449–57.
7. Guidelines for the management of atrial fibrillation. ESC 2012.
 8. Ageno W, Gallus AS, Wittkowsky A, Crowther M, Hylek EM, Palareti G. Oral anticoagulant therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141: e44S–88S.
 9. Huisman MV, Lip GY, Diener HC, Brueckmann M, van Ryn J, Clemens A. Dabigatran etexilate for stroke prevention in patients with atrial fibrillation: resolving uncertainties in routine practice. Thromb Haemost 2012; 107: 838–47.
 10. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2012; 33: 2719–47.
 11. Samama MM, Guinet C. Laboratory assessment of new anticoagulants. Clin Chem Lab Med 2011; 49: 761–72.
 12. Hawes EM, Deal AM, Funk-Adcock D, Gosselin R, Jeanneret C, Cook AM, Taylor JM, Whinna HC, Winkler AM, Moll S. Performance of coagulation tests in patients on therapeutic doses of dabigatran: a cross-sectional pharmacodynamic study based on peak and trough plasma levels. J Thromb Haemost 2013; 8: 1493–502.
 13. Hapgood G, Butler J, Malan E, Chunilal S, Tran H. The effect of dabigatran on the activated partial thromboplastin time and thrombin time as determined by the Hemoclot thrombin inhibitor assay in patient plasma samples. Thromb Haemost 2013; 2: 308–15.
 14. Barrett YC, Wang Z, Knabb RM. A novel prothrombin time assay for assessing the anticoagulant activity of oral factor Xa inhibitors. Clin Appl Thromb Hemost 2012; 5: 552–8.
 15. Douxfils J, Chatelain C, Chatelain B, Dogné JM, Mullier F. Impact of dabigatran on routine and specific coagulation assays: a practical laboratory guide. Thromb Haemost 2013; 2: 283–94.
 16. Mani H, Herth N, Kasper A. Point-of-care coagulation testing for assessment of the pharmacodynamic anticoagulant effect of direct oral anticoagulant. Ther Drug Monit 2014; 36 (5): 624–31.
Delavenne X, Moracchini J, Laporte S et al. UPLC MS/MS assay for routine quantification of dabigatran – a direct thrombin inhibitor – in human plasma. J Pharm Biomed Anal 2012; 58: 152–6.

Сәрсехан М., ХТ-13-3К тобының студенті, ХИ және БТ ЖМ

Ғылыми жетекшілері: аға оқытушы **Джаксылыкова Р.Б.**, jax.60@mail.ru, профессор м.а.

Асылбекова А.Д., asilbekova@mail.ru

М.Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, Қазақстан Республикасы,
Шымкент қ.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.

БИДАЙ ҚАЛДЫҚТАРЫНАН АЛЫНАТЫН МАЙДЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ ТОКОФЕРОЛ

Резюме

В настоящей работе исследованы пути получения масел из пшеничных зародышей, т.е. из зерновых отходов, содержащих токоферол (витамин E)

Summary

In this work we investigate ways of obtaining oils from wheat germ, i.e., waste grain that contains tocopherol (vitamin E).

Кіріспе. Бидай ұнын шығаратын зауыттардың қайта өңдеуге болатын қосалқы өнімдері-қалдығы-2% жуық бидай ұрықшалары. Олардың құрамындағы майды да алуға болады, олардың құндылығы- токоферол (E дәрумені). Оңтүстік Қазақстан облысында өсірілетін дәнді дақылдарды қайта өңдеу технологиясы бойынша бөлініп шығатын бидай ұрықшаларының

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

майлылығы сұрыптарына байланысты 10 нан 15 % дейін жетеді, бұл оларды құрама жемге қоспа ретінде пайдаланар алдында токоферолдың майдағы ерітіндісі есебінде тікелей қолдануға болатындығын көрсетеді [1-3].

Е Дәрумені (токоферол ацетаты):

Физика-химиялық қасиеттері: майда ерігіш, күшті антиоксидант, Е дәрумені тобының қосылыстары ашық сары қоймалжың сұйық, суда ерімейді, хлороформ,эфир, гександа жақсы, ацетон мен этанолда нашар ериді. Қышқылдар мен сілтілердің әсеріне төзімді. Оттегімен және т.б. тотықтырғыштармен өзара әрекеттескен кезде хинонға айналады.

Биологиялық қызметі: Қан биосинтезіне, гормондар синтезіне қатысады, тамыр жолдарының бітелуіне кедергі жасайды, иммундық жүйені нығайтады, антиканцерогенді әсерге ие, жүйке және бұлшық ет ұлпаларының қызметін қамтамасыз етеді.

Дәруменге байыту мақсатында бидай ұрықшаларын кебекпен қосып араластыру липаза мен липоксидаза ферменттерінің әсерінен ащылау дәм береді, нәтижесінде олар пайдалануға жарамсыз болып қалады. Бидай майын экстракциялық бензинмен бөліп алған соң, бидай ұрықшаларынан жоғарыда аталған ферменттердің белсенділігі басылады, осындай жолмен өндеуден өткен соң бастапқы ұрықшалар сақтауға төзімді және малдарға байытылған жем ретінде пайдаланыла алады.

Нәтижелер мен талқылаулар: Зерттеулер барысында әртүрлі технологиялық параметрлердің майдың және токоферолдың шығымына әсері зерттеліп, экстракциялау үрдісінің оңтайлы параметрлері таңдап алынды.

Бұл дақылдан май алудың технологиясы төмендегідей сатылардан тұрады:

1. Ұрықшаны 16-18 % ылғалдау
2. Ылғалданған шикізатты түйіршіктеу
3. Түйіршіктерді 90-120⁰С –та кептіру
4. Экстракциялық бензинмен 60-70⁰С-та экстракциялау
5. Экстрагентті қуып алу

Кесте 1 - Бидай қалдықтарынан май алу технологиясының оңтайлы параметрлері

Экстракция Түрі	Экстракциялау уақыты	Экстракция температурасы	Гидромодуль	Токоферол мөлшері
Үздіксіз араластыру	60 мин	60-70 ⁰ С	1:7	400-1300 мг%

Қорытынды: Бидай ұрықшаларынан экстракцияланып алынған майдың құрамындағы токоферол мөлшері жұқа қабатты хроматография (ТСХ) әдісі бойынша анықталды.

Әдебиеттер

1. Асильбекова А.Д., Джаксылыкова Р.Б., Аманбаева К.Б., Каракулова А.Ш. «Күріш өндірісінің қалдықтарын пайдалану жолдары». Труды МНП конференции ЮКГФА, Республиканский научный журнал «Вестник ЮКГФА», г.Шымкент, 2015, №2 (71), с.184-186
2. Асильбекова А.Д., Джаксылыкова Р.Б., Каракулова А.Ш., Баймаханова Г.М., Аманбаева К.Б. «Комплексная переработка отходов рисового производства». Труды МНП конференции посвященной 35-летию ЮКМФА, журнал «Вестник ЮКГФА», г. Шымкент, 2014, т.3, с.40-43.
3. Ақтау Л.Ө., Джаксылыкова Р.Б., Асильбекова А.Д. Күріш кебегінен балауыз алу технологиясы. III международную научную конференцию молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации», журнал «Вестник ЮКГФА», г. Шымкент, 2015, №4 (73), с.121-122

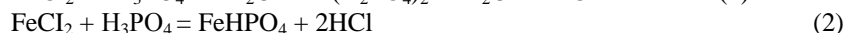
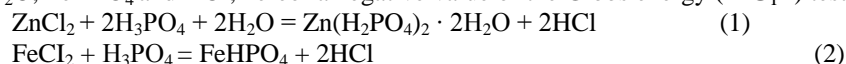
Issabayeva K.E., Ubaidayev M.N. – 4 year students, E-mail.karinisa@mail.ru
Scientific supervisors: **Jaxsylykova R.B.**- senior lecturer., Aikozova L.D., c.t.s.
M. Auezov South Kazakhstan State University, Shymkent, Republic of Kazakhstan

RESEARCH OF CHLORIDES DECOMPOSITION BY PHOSPHORIC ACID

Introduction. Phosphates of metals are widely used in the chemical and the petrochemical industry as anticorrosive coatings for equipment, pipelines and other products. Production of metal phosphates from industrial wastes, in particular from chloride salts, is an actual problem. One of perspective directions is production of concentrates from industrial wastes in the kind of complex metal chloride compounds. The processing of lead slags by chloridosublimation method allows produce metals as chlorides of metals – $ZnCl_2$, $PbCl_2$, $FeCl_2$ and other. At the decomposition of metal chlorides by phosphoric acid it is possible to obtain phosphates of metals and hydrochloric acid [1,2].

Aim of the Research. Исследование процесса разложения хлоридов металлов с фосфорной кислотой.

Materials and methods. The preliminary fulfilled thermodynamic calculations show a thermodynamic probability of the chemical reaction of zinc chloride with phosphoric acid with formation of $Zn(H_2PO_4)_2 \cdot 2H_2O$, $FeHPO_4$ and HCl , hereof a negative value of the Gibbs energy ($-\Delta G_T^\circ$) testifies.



The calculation of the Gibbs energy values was carried out in a temperature interval of 298-433K using a computer program.

The formation of zinc and iron phosphates occurs according to the reactions (1) and (2). The process takes place at intensive hashing in a temperature interval of 60-120°C and duration of 40-60 minutes. In the process hydrogen chloride is liberated in a gas phase and $Zn(H_2PO_4)_2$ and $FeHPO_4$ are precipitated.

Results and discussions. The influence of the temperature and the duration of the process on a degree of transformation of zinc and iron chlorides in the corresponding phosphates (α_{transf}) is presented in the table 1 from which follows, that with the increase in temperature and duration of the chemical interaction, a degree of transformation of zinc and iron chlorides in zinc and iron phosphates increases and simultaneously a residual content of chlorine in the products decreases.

Table 1 - **Influence of temperature and duration of the chemical reaction on a degree of the zinc chloride decomposition**

# of an experi-ment	Temperature, °C	Duration, minute	Content, %			Degree of transformation (α), %
			P ₂ O ₅	ZnO	Cl	
1	80	40	54,69	30,5	1,2	98,90
2	80	60	54,71	31,2	0,9	99,05
3	80	90	54,74	31,4	0,4	99,61
4	100	40	54,60	31,1	0,12	99,90
5	100	60	54,71	31,3	absent	100
6	100	90	54,71	31,36	absent	100
7	120	40	54,73	31,4	absent	100

The results presented in the (table 1) show that with the increase in temperature and duration of the chemical reaction, a degree of transformation of zinc chloride in monozincphosphate increases and simultaneously a residual content of chlorine in the product decreases. The received hydrochloric acid containing 28-30 % HCl meets the qualifying standards to quality of a technical hydrochloric acid. The (table 2) contains the results of iron chloride decomposition by phosphoric acid.

Table 2 - Influence of temperature and duration of the chemical reaction on a degree of the iron chloride decomposition

# experiment	Temperature, °C	Duration, minute	Composition of the product								Degree of transformation (α), %
			FePO ₄		FeCl ₂		H ₃ PO ₄		H ₂ O		
			G	%	g	%	g	%	g	%	
1	80	30	3,54	11,8	2,02	6,71	1,07	3,56	23,45	77,94	74,0
2	80	60	3,98	15,4	1,65	6,39	1,88	4,96	18,78	73,19	79,0
3	80	90	4,18	15,5	1,48	4,23	1,14	4,23	20,44	74,50	81,0
4	120	30	3,64	11,4	1,89	5,71	1,47	4,44	26,07	78,7	76,0
5	120	60	4,59	17,87	1,30	5,29	1,02	4,15	17,6	71,5	83,0
6	120	90	4,96	22,91	0,82	3,8	0,13	2,91	15,2	70,4	84,0
7	170	30	1,77	6,29	1,49	5,3	2,09	7,44	20,8	73,8	55,0
8	170	60	2,60	16,91	2,8	18,26	2,17	14,11	7,8	50,7	69,0
9	170	90	4,49	48,2	1,21	12,94	0,94	10,12	2,67	28,7	84,0
10	170	150	5,94	99,8	-	-	-	-	0,015	0,92	100

According to the data of the table 2 with the increase in temperature and duration of the process the FeHPO₄ yield increases simultaneously with the decrease of the FeCl₂ and free acid contents in the product. Thus the FeHPO₄ yield at 170°C makes 5,94 g and the chlorine is practically absent [3].

Conclusion. Thus, the carried out researches have proved a possibility of monozincphosphate obtaining from zinc chloride, and the X-ray phase and infrared spectral analyses have shown the presence of Zn(H₂PO₄)₂·2H₂O and FeHPO₄ and the absence of chlorine in the product.

List of literature

- [1] Anarbayev A.A, Kabyzbekova B.N., etc. Research of the technology of chlorine-containing waste processing on composite protective materials//News of Kazakhstan science, № 2, 2005.- P.100-102.
- [2] Anarbayev A.A, Kabyzbekova B.N., etc. Kinetics of the decomposition of chloride compounds of soda slimes by phosphoric acid//Chemistry and chemical technology: International theoretical and practical conference proceedings, St. Petersburg, 2006.- P.69-72.
- [3] Doroshkevich A.P., Hudjakov I.F. Complex raw materials use at the processing of scrap metal and wastes of heavy nonferrous metals. – M.: Metallurgy, 1985. - 155 p.

Абсадық Н.Е. - магистрант 2 курса ВШ «Химическая инженерия и биотехнология»

Научные руководители: **Байысбай О.П.**- доцент, **Айкозова Л.Д.**- ст. преп.

Южно-Казахстанский государственный университет имени М.Ауэзова, г. Шымкент,
Республика Казахстан, 911nok_aut@mail.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА АБСОРБЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ГАЗОВ

Введение. Охрана окружающей среды, и в том числе воздушной среды, признана в настоящее время одной из главных государственных задач. Основными источниками загрязнения атмосферы соединениями фтора являются крупные производства фосфорных удобрений. Около 90% эмиссии соединений фтора в атмосферу приходится на дымовые газы. Содержание фтора в природных фосфатах достигает 3%. При их переработке в фосфорсодержащие удобрения около половины связанного фтора выделяется в газовую фазу. В связи с ростом производства фосфорных удобрений и кормовых фосфатов проблема извлечение фтористых соединений из

отходящих газов промышленности приобретает все большее значение как мера борьбы с загрязнением атмосферы. Фтористые газы, выделяясь в основном в виде высокотоксичных соединений HF и SiF₄, создают угрозу окружающей среде и причиняют существенный вред растительности и вызывают заболевание скота.

Цель исследования. Исследование процесса очистки фторсодержащих отходящих газов производства минеральных удобрений методом абсорбции.

Материалы и методы. Методы очистки отходящих газов включают, как простые процессы промывки, так и сложные многоступенчатые процессы с рециркуляцией потоков. Во многих случаях сложность процесса вызвана необходимостью выделения примесей в качестве товарного продукта или регенерации материалов, используемых для удаления примесей. Для очистки используются классические методы, такие как абсорбция, адсорбция, химическое превращение в другие соединения, так и термические, каталитические и т.д.

Одним из опробованных и успешно применяемых методов очистки отходящих газов является абсорбция. Процесс абсорбции, как метод очистки газов нашел широкое применение в промышленности. В основе абсорбции лежит массообмен, то есть переход вещества из газообразной в жидкую фазу, осуществляемый через поверхность раздела фаз.

Концентрация фтора в отходящих газах, а также выход и состав на различных стадиях производства зависят от состава сырья и вида получаемого фосфорного удобрения. Поэтому в одних случаях фтористые газы используются с целью утилизации фтора, а в других – проводят лишь санитарную их очистку [1].

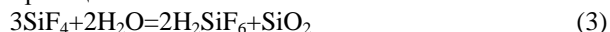
Основными компонентами подавляющего большинства фторсодержащих промышленных газов являются HF и SiF₄. Для их улавливания чаще всего используется вода и растворы фтористоводородной и кремнефтористо-водородной кислот. Иногда применяются растворы Na₂CO₃, NH₄OH, NH₄F, Ca(OH)₂, NaCl, K₂SO₄, NaOH и др [2].

Фторид водорода хорошо растворим в воде, и протекают реакции гидратации и диссоциации (SiF₄ – тетрафторид кремния)

При этом протекают следующие реакции:



Суммарное уравнение этих реакций:



Образующийся водный раствор кремнефтористоводородной кислоты циркулирует через абсорбционный объем пока не достигнет заданной концентрации. Доочистку газа от фтористых соединений рекомендуют производить абсорбцией известковым молоком. Содержащее около 10% активной CaO [3].

Результаты и обсуждения. Фторсодержащие отходящие газы образуются почти во всех производствах фосфорной промышленности, поскольку в основе ее лежит переработка фосфатного сырья, содержащего существенное количество фтора. Следует отметить большие колебания концентрации фтора в отходящих газах различных производств.

Разработка и внедрение принципиально новых технологических процессов и систем, работающих по замкнутому циклу, позволяющих исключить образование основного количества отходов, является основным направлением технического прогресса. Т.о. в ходе работы были сформированы знания о способах очистки производственных выбросов, показана их эффективность.

Вывод. В заключение необходимо отметить, что очистка атмосферных выбросов от загрязняющих веществ имеет огромное экологическое значение. Антропогенные процессы загрязнения воздушного бассейна в большинстве случаев поддаются управлению. Для полноценной очистки газовых выбросов целесообразны комбинированные методы, в которых применяется оптимальное для каждого конкретного случая сочетание грубой, средней и тонкой очистки газов и паров. Накопленный опыт по улавливанию фтористых соединений в производстве фосфорных удобрений, уже сейчас позволяет надежно защитить окружающий, растительный и животный мир от вредных воздействия фтора.

Список литературы

- 1) Мельников Е.Я., Салтанова В.П., Наумова А.М., Блинова Ж.С. Технология неорганических веществ и минеральных удобрений: Учебник для техникума- М.: Химия 1983.- 266-269с.
- 2) Ветошкин А.Г. Процессы и аппараты газоочистки: Учебное пособие.-Пенза: Изд-во ПГУ,2006.-13с.: ил.,библиогр.
- 3) Инструкция по санитарному содержанию помещений и оборудования производственных предприятий № 658-56 М, изд Мин здрав СССР, 1967

Карамаврова Т. В. - аспирант кафедры управления качеством, karamavrovat@bk.ru
Научный руководитель: **Лебединец В. А.**, д-р фарм. н., заведующий кафедрой управления качеством v.o.lebedynets@gmail.com
Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

**СОСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА НА
ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ**

Введение. В соответствии с требованиями Надлежащей производственной практики (GMP) предприятиям по производству лекарственных средств (ППЛС) необходимо проводить самоинспекции (внутренние аудиты, ВА) с целью систематического контроля соблюдения принципов и правил GMP. Также вынесения предложений по корректирующим и предупреждающим действиям (КД и ПД) в случаях выявления несоответствий или потенциально возможных отклонений в процессах фармацевтической системы качества (ФСК).

Результативно проведенные ВА дают руководству ППЛС возможность всесторонней оценки функционирования отдельных процессов и ФСК в целом, а также основания для выявления первопричин зафиксированных несоответствий и своевременной реализации КД и ПД. По этой причине ВА являются важным элементом ФСК [2].

На этапе планирования ВА предприятие должно разработать программу аудитов (ПА), реализация которой обеспечит достижение целей аудитов [1]. При разработке ПА необходимо учитывать множество факторов, при этом также следует принимать во внимание все возможные риски, присущие самому процессу ВА. Например, риск неправильного определения критериев аудита, объемов, частоты проведения аудитов различных объектов и т.д.

Цель исследования. Целью наших исследований стала разработка предложений по оптимальной структуре и составлению программ ВА, как документов, во многом определяющих результативность ВА ППЛС, на основе оценки рисков для качества продукции.

Результаты и обсуждения. Программа аудитов – это описание всех мероприятий по проведению одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели [4, п. 3.13]. ПА может включать аудиты на базе одного или нескольких стандартов, например, ISO 9001, GMP, GDP и других. При этом высшее руководство предприятия должно обеспечить определение целей ВА и назначить компетентные лица для управления программой(ами) аудитов [4].

Конкретных требований по определению объема ПА действующее Руководство по GMP [3] не содержит, поэтому, по нашему мнению, целесообразным является использование положений стандарта ISO 19011:2012 «Руководство по аудиту систем управления» [4], который дает определенные рекомендации по определению сферы, объемов и методов проведения аудита.

ПА целесообразно формировать в конце текущего календарного года на следующий. Обычно это имеет смысл выполнять главному аудитору предприятия. Как правило, ПА составляется с учетом аудиторских данных за предыдущие периоды, а также важности и критичности процессов и подразделений с точки зрения качества продукции и результативности

ФСК [4]. ПА должна составляться достаточно подробно, чтобы минимизировать риск пропуска несоответствий и неопределенности направлений совершенствования.

В ходе составления годовой ПА определяется цель и задачи планируемых аудитов, их предполагаемый объем и область распространения, состав задействованных аудиторских групп, критерии каждого конкретного аудита и продолжительность его проведения. По нашему мнению, имеет смысл заранее разработать матрицу ответственности, в которой описано участие структурных подразделений и процессов ФСК в годовой ПА. При составлении ПА учитываются также все необходимые для реализации ВА ресурсы.

Иногда может иметь место формирование нескольких ПА, например, разделенных по группам процессов ФСК. Тем не менее, в таком случае ПА должны согласовываться между собой.

Согласование и контроль всех аспектов выполнения ПА, как правило, должно обеспечивать уполномоченное лицо или же руководитель процесса ВА (главный аудитор, ГА). Это лицо формирует аудиторские группы, обеспечивает необходимыми ресурсами, выполняет периодическую и итоговую проверку результативности процесса ВА по установленным показателям.

Периодически в течение года и в конце отчетного периода ГА по результатам мониторинга и оценки ВА разрабатывает планы КД и ПД в рамках самого процесса аудитов для его постоянного усовершенствования. При этом может корректироваться как алгоритм проведения аудитов, так и методы его проведения, подходы к планированию ВА, выбору, подготовке и аттестации аудиторов, разработке ПА и другой аудиторской документации и т.д.

Вывод. Таким образом, можно констатировать, что разработка ПА является достаточно сложным и ответственным этапом, от которого напрямую зависит результативность проведения аудитов. Наши дальнейшие исследования направлены на выработку научно обоснованных предложений по совершенствованию документального сопровождения процесса ВА на ППЛС.

Список литературы

Лебединец, В. О. Документування внутрішніх аудитів (самоінспекцій) фармацевтичних систем якості / В. О. Лебединец // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 4(24). – С. 32–37.

Лебединец В. О., Карамаврова Т. В. Дослідження щодо підвищення результативності внутрішніх аудитів фармацевтичних систем якості // Матер. Х Науково-практ. конф. "Управління якістю в фармації". – 2016. – С. 104.

Лікарські засоби. Належна виробнича практика: СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2016 (GMP) – [Чинний від 2016-07-29]. – К.: МОЗ України, 2016 – 335 с. – (Настанова).

Настанови щодо здійснення аудитів систем управління : ДСТУ ISO 19011:2012 (ISO 19011:2011, IDT) – [Чинний від 2013-07-01]. – К. : Мінекономрозвитку України, 2013. – 34 с. – (Національний стандарт України).

Кулмирзаева Д. - студентка 3-го курса, фармацевтического факультета

Научный руководитель: **Олимов Х.К.**, к.ф.н., доцент

Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан

ПОЛУЧЕНИЕ НОВЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ПРОИЗВОДНЫХ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ С СУЛЬФАМИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Введение. Целлюлоза и ее модифицированные формы широко применяются в медицинской практике как кровезаменители и добавки к лекарствам. Одним из наиболее перспективных методов повышения эффективности фармакологического действия лекарственных средств является модификация последних с полимерами. Взаимодействие полимер – биологически активное вещество может существенно изменить свойства низкомолекулярного соединения, а именно увеличить растворимость в воде, уменьшить токсичность, повысить устойчивость к действию различных ферментов [1,2].

Цель исследования. Продукты модификации целлюлозы с успехом могут быть использованы для пролонгации лекарственных препаратов [3,4]. С этой целью нами взяты известные сульфамидные лекарственные формы – сульфален, норсульфазол, сульгин и сульфадимезин. Выбранные препараты проявляют высокие антибактериальные свойства, с успехом применяются в медицинской практике.

Материалы и методы. Взаимодействие Na-КМЦ и ОВРАЦ с лекарственными препаратами осуществляли при эквимолекулярном соотношении исходных компонентов в присутствии каталитического количества CH_3COOH при 40-50⁰С в течении 1-2 часов механическим перемешиванием. Модифицированные целлюлозы Na-КМЦ и ОВРАЦ в зависимости от строения лекарственных веществ могут диссоциироваться двумя путями: путем образования солевых связей с карбоксиланионами поликислот и ковалентно связанных веществ, содержащие альдиминную группировку.

Образование поликомплекса модифицированной целлюлозы с лекарственными препаратами показано вискозиметрическим методом. Исследования показали, что относительная вязкость в водном растворе новых веществ по сравнению с исходными полимерными соединениями резко уменьшается (например, относительная вязкость Na-КМЦ в водном растворе составляет 2,4-1,3), что, по-видимому, обусловлена изменением конформации Na-КМЦ в присутствии лекарственных препаратов, что свидетельствует об образовании поликомплекса.

Строение вновь полученных соединений исследовано с помощью УФ-и ИК-спектроскопии. УФ-спектроскопические исследования показали среднее уменьшение максимума поглощения, что характерно для взаимодействия полимера с низкомолекулярными веществами. В ИК- спектрах продуктов взаимодействия ОВРАЦ с лекарственными препаратами, содержащими аминогруппы, отсутствует полосы поглощения альдегидной группы и вместе с тем появляются полосы поглощения изометиновых групп при 1545-1680 cm^{-1} .

Результаты и обсуждения. Идентификация полученных соединений проведена хроматографическим способом на тонком слое силикагеля и в силуфоле. Применяли смеси органических растворителей (таблица 1) ацетон-этиловый спирт (2:1), диметилформамидуксусная кислота-эфир-вода (4:2:6:2). В качестве проявителей использовали пары йода, пары брома, бром феноловый синий + AgNO_3 и УФ лучи.

Таблица 1- Результаты выбора систем растворителей и реактивов для обнаружения синтезированных веществ

Смесь органических растворителей	значения Rf	Реактивы					
		пары йода	пары брома	бром-феноловый синий	бром-феноловый синий + AgNO_3	0,1 М KMnO_4	УФ свет
Ацетон-этанол (2:1)	0,52	+	+	+	+	+	+
Диметилформамид-уксусная к-та-эфир-вода 4:2:6:2	0,80	+	+	+	+	+	+
Метанол-бензол (4:2)	0,44	+	+	+	+	+	+
Этанол-бензол-ацетон (3:7:3)	0,62	+	+	+	+	+	+
Ацетонитрил-вода (4:1)	0,28	+	+	+	+	+	+
Бутиловый спирт-этанол-уксусная кислота (1:4:2)	0,34	+	+	+	+	+	+

Выводы. Модификацией сульфаниламидных препаратов с целлюлозой получены новые соединения, которые показали обнадеживающе фармакологические свойства. Вещества идентифицированы хроматографическим способом. В дальнейшем препараты будут изучаться углубленно.

Список литературы

ОҢТУСТИК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТИК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

1. Султонкулов О.С., Каримов А.К. КМЦ ва фол кислотаси асосида янги доривор моддалар олиш. Кимё ва фармация, 1977, №5/6, 74-76 б.
2. Осмонов З.Н., Полянц Н.Ш., Каримов А.К. Изучение взаимодействие КМЦ – Na и фиколакоамидом и эфедрином, Кимё ва фармация, 1998, №5, с. 14-16.
3. Маулянов С.А. Азометиновые производных с ОБРАЦ, Автореферат кандидатской диссертации., Ташкент, 1991.
4. Султонкулов О.С., Полянц Н.Ш., Исамухаммедова И.Л., Каримов А.К. Оксидланган ацетилцеллюлоза ва бирламчи амногурух тутувчи доривор моддаларнинг ўзаро таъсирини ўрганиш., Кимё ва фармация, 2002, №4, 25-27 б.

Козлов А.В. - аспирант I-го года кафедры фармацевтической и токсикологической химии им. А.П.Арзамасцева aleksei.kozlov1993@yandex.ru

Научные руководители: Раменская Г.В., д.ф.н., профессор, зав. кафедрой фармацевтической и токсикологической химии им. А.П.Арзамасцева, ramenskaia@mail.ru; Сычев Д.А., член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии РМАПО, dimasychev@mail.ru

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Российская Федерация

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАБИГАТРАНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ

Введение. Определение препарата дабигатран в биообъектах, в том числе, таких как плазма крови, сыворотка и моча необходимо для изучения фармакокинетики, оценке его эффективности и безопасности, проведения терапевтического лекарственного мониторинга [1,2].

Цель работы. Провести научно-обоснованный выбор методов количественного определения дабигатрана в биологических жидкостях по современным научным базам данных.

Материалы и методы. Научный поиск проводился по базам данных PubMed, а также научным электронным ресурсам Scopus, Web of Science и eLibrary.

Результаты и обсуждения. Результаты научного поиска показали, что концентрацию дабигатрана в биологических жидкостях определяют двумя методами - хромогенным и хроматографическим. Для количественного хромогенного анализа в плазме, сыворотке и моче используют два индикатора - прямой ингибитор тромбина (DTI) и S2238(табл. 1) [4].

Таблица 1 - Концентрации дабигатрана измеренная S2238 хромогенным методом и DTI в плазме, сыворотке и моче.

Биологический объект	n	S2238			DTI		
		Средний показатель, ng/mL	CV, %	SD, ng/mL	Средний показатель, ng/mL	CV, %	SD, ng/mL
Плазма	295	113.5	74.3	84.3	143.1	71.3	102.0
Сыворотка	164	71.1	95.2	67.7	23.6	89.0	21.0
Моча	144	5641.6	76.6	4319.7	4730.0	79.7	3770.2

В литературе описано сопоставление результатов количественного анализа дабигатрана в плазме крови, полученные с помощью хроматографического и хромогенного анализа. При хроматографическом методе анализа с использованием тандемной масс-спектрометрии (ВЭЖХ/МС/МС) пробоподготовку образцов проводили следующим образом: к 100 мкл плазмы прибавляли 10 мкл раствора дабигатрана. Далее проводили осаждение белков, добавляя 400 мкл смеси $\text{CH}_3\text{OH}/\text{HCl}$ 0,1 (90:10), а затем центрифугировали. После этого из 100 мкл супернатанта отбирали аликвотную долю, объем которой составлял 20 мкл. Для разделения и количественного определения дабигатрана в плазме использовали масс-спектрометр. При хромогенном методе анализа

пробоподготовку плазмы, сыворотки или мочи проводили с помощью Трис буфера (0,05 М Трис 0.075 М ЭДТА, 0.175 М NaCl, рН 8.4). 100 мкл смешивали и инкубировали в течение 5 мин в 96-луночном планшете при 37 °С. Затем смесь инкубировали при 37 °С в течение 1 мин после добавления 100 мкл предварительно нагретого очищенный человеческого тромбина. Затем добавляли 50 мкл хромогенного индикатора, растворенного в дистиллированной воде, и инкубировали 5 мин при 37 °С. Реакцию останавливали путем добавления 25 мкл 20% уксусной кислоты. Оптическую плотность измеряли с помощью спектрофотометра при 450 нм или 405 нм. Результаты, полученные двумя методами подвергали сравнительному анализу(табл.2)[2,3,4]. Представленные в таблице данные показывают, что полученные значения концентрации дабигатрана сопоставимы.

Таблица 2 - Сравнение концентраций препарата в плазме полученные двумя методами

Параметры	Методы анализа дабигатрана	
	HPLC-MS/MS (высокоэффективная хроматография)	chromogenic anti-IIa dabigatran level (хромогенный анализ)
Средняя коцентрация (ng/mL)	161.1	161.9
Стандартное отклонение (ng/mL)	104.1	104.8

Выводы. Проведенный научный поиск показал, что в целом для количественного определения дабигатрана в биологических объектах могут быть использованы два метода – хромогенный и хроматографический. Однако вопросы валидации (чувствительность, селективность, и другие) с точки зрения применимости метода для конкретных задач остаются и требуют дальнейшего практического изучения.

Список литературы

1. J Stangier, Karin Rathgen, Hildegard Stähle, Dietmar Gansser & Willy Roth. The pharmacokinetics, pharmacodynamics and tolerability of dabigatran etexilate, a new oral direct thrombin inhibitor, in healthy male subjects. // British Journal of Clinical Pharmacology B. 2007. № 64(3). P. 292-303
2. Luigi Brunetti, James P. Luyendyk and Lauren M. Aleksunes, Betty Sanchez-Catanese, Leonid Kagan, Xia Wen, Min Liu, Brian Buckley. Evaluation of the chromogenic anti-factor IIa assay to assess dabigatran exposure in geriatric patients with atrial fibrillation in an outpatient setting. // Journal Thrombosis B. 2016. № 14. P. 10
3. Michael Schmohl, Dietmar Gansser, Viktoria Moschetti, Joachim Stangier. Measurement of dabigatran plasma concentrations by calibrated thrombin clotting time in comparison to LC-MS/MS in human volunteers on dialysis. // Journal of Thrombosis Research B. 2015. № 135. P. 532–536.
4. Shanshan Du, Christel Weiss, Giese Christina, Sandra Krämer, Martin Wehling, Roland Krämer, Job Harenberg. Determination of dabigatran in plasma, serum, and urine samples: Comparison of six methods // Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM), 2015, Vo. 53, № 8, P. 1237–1247.

Мирзаева М.М., Адизов Ш.М. м.н.с. лаб. химии алкалоидов adizovsh@gmail.com.
Научные руководители: **Сагдуллаев Ш.Ш.** д.т.н. проф., **Юлдашев П.Х.** д.х.н. проф., **Азимова Ш.С.** д.б.н. проф. E-mail: fattakhyuldashev@rambler.ru Институт химии растительных веществ им. С.Ю. Юнусова, ул. М. Улугбека 77, Ташкент

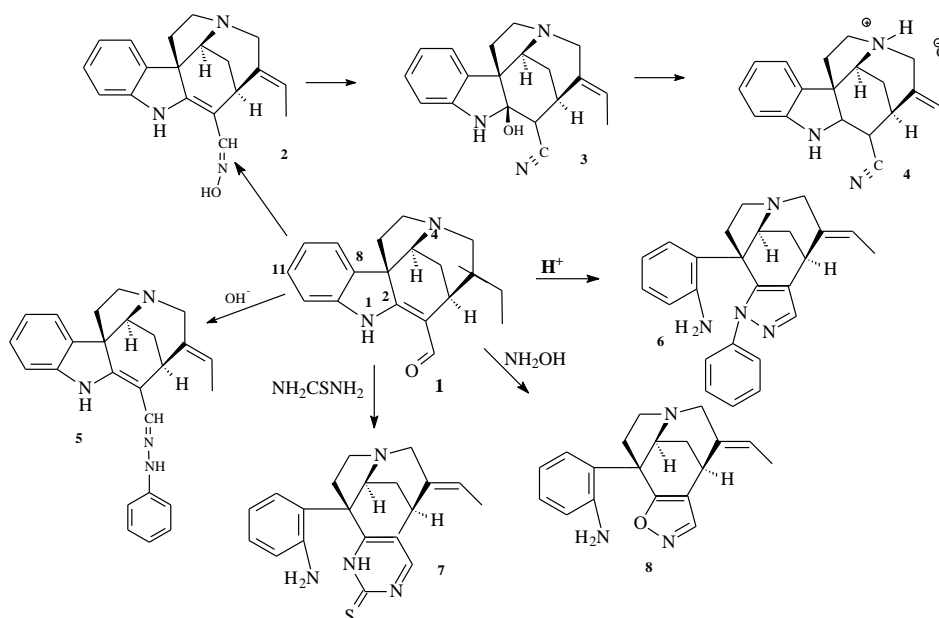
НОВАЯ РЕАКЦИЯ РАСКРЫТИЯ ИНДОЛЬНОГО КОЛЬЦА α -МЕТИЛЕН ИНДОЛЕНИНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ.

Введение. Алкалоиды являются исходными соединениями для синтеза биологически активных соединений.

Цель исследования. В связи с тем что индолные алкалоиды широкодоступны и их производные обладают широким спектром действия целью наших исследований было изучение их фармакологической активности.

Материалы и методы. Алкалоид винканин при взаимодействии с фенолгидразином, тиомочевиной и гидроксилмином в жёстких условиях происходит раскрытие индольного цикла при N₁-C₂ с образованием сложных соединений пирозолина, тиомочевины с пиримидиновым кольцом и с гидроксилмином с оксозалиновым кольцом.

Результаты и обсуждения. Как правило, винканин **1** основание, которое образует с фенолгидразином фенолгидразон винканина **5**. Винканин **1** имеет реакционно способную альдегидную группу, сопряженную двойной связью. При обработке винканин **1** гидроксилмином образуется оксим **2**, при обработке оксима **2** водным спиртом при стоянии происходит внутримолекулярная перегруппировка с гидратацией двойной связи и образуются 2-гидрокси-16-циано-2,16-дигидровинканин **3** [1]. При подкислении соединения **3** раствором хлористого водорода в спирте происходит дегидратация связи C₂-C₁₆, в результате чего образуется хлоргидрат 16-циановинканин **4** [1]. Винканин хлоргидрат очень устойчивое соединение. При нагревании на водяной бане с хлоргидратом фенолгидразина в течении **1** часа количественно образуются сложные соединения с раскрытием индольного цикла при N₁-C₂, производные пирозолина **6** [2]. Винканин в жёстких условиях при взаимодействии с соляной кислотой также происходит раскрытие индольного цикла N₁-C₂ и тиомочевиной образует производные с пиримидиновым кольцом **7** и с гидроксилмином производное с оксозалиновым кольцом **8**. Строение полученных соединений установлено ЯМР, масс-спектроскопей и РСА анализом.



Вывод. Синтезированы производные винканина тиомочевиной с образованием пиримидинового кольца, гидроксилмином с образованием оксозалинового кольца. Производные пирозолина обладают цитотоксической активностью [3].

Список литературы

1. М.М.Мирзаева, Б.Ташходжаев, М.Г.Левкович, А.Г.Ешимбетов, П.Х.Юлдашев, Н.Д.Абдуллаев. Химия природных соединений.,№1,Стр.86-89. 2012 г.
2. Б.Ташходжаев, М.М.Мирзаева, П.Х.Юлдашев. Химия природных соединений.,№4,Стр.562-561. 2012 г.
3. Tseomashko N.E., Terentyeva E.O., Khashimova Z.S., Azimova Sh.S. Screening of cytotoxic activity of natural compounds from local plants of Uzbekistan// Thesis oral dokl on 10th International symposium of Chemistry of natural compounds.-Tashkent, 2013.-P.103.

Спиридонова Н.В., соискатель кафедры управления качеством, silina@ukr.net
Научный руководитель: Лебединец В.А., д.фарм.н., заведующий кафедрой управления
качеством, v.o.lebedynets@gmail.com

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСТВОРИМОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА СУБСТАНЦИИ №1-АЛКИЛ-7-ДИАЛКИЛАМИНО-3-ТИАЗОЛИЛ-6-ФТОРХИНОЛОНОВ

Введение. Ежегодно синтезируется множество новых биологически активных веществ (БАВ). Однако, лишь некоторая часть из них является потенциальной основой для новых лекарственных средств (ЛС). Известно, что процесс создания синтетического ЛС начинается с поиска соединения-лидера – вещества, которое обладает желаемой фармакологической активностью. Это требует проведения масштабных исследований, которые, как правило, предусматривают модификацию известных структур с целью повышения их биологической активности, уменьшения токсичности и/или повышения селективности действия.

Важнейшей характеристикой БАВ, которая влияет на биодоступность, является растворимость в различных растворителях. К сожалению, многие из существующих БАВ имеют низкую растворимость в большинстве широко применяемых растворителей, что часто является серьезной проблемой при создании новых ЛС.

Нами были синтезированы ранее не описанные в литературе тиокарбоксамиды фторхинолонов и получены на их основе тиазолфторхинолоны [1, 2]. По результатам проведенного виртуального и микробиологического скрининга синтезированных нами производных №1-алкил-7-диалкиламино-3-тиазолил-6-фторхинолонов был сделан вывод о наличии у них антибактериальной активности. Учитывая значительный фармакологический потенциал новых синтезированных соединений, актуальной задачей дальнейших исследований является определение физико-химических свойств, в том числе растворимости в растворителях разной природы, которые могут применяться в фармации.

Цель исследования. Изучение физико-химических свойств субстанции №1-алкил-7-диалкиламино-3-тиазолил-6-фторхинолона, а именно теста «Растворимость».

Материалы и методы. Измерение растворимости №1-алкил-7-диалкиламино-3-тиазолил-6-фторхинолона проводили в соответствии с рекомендациями, приведенными в Европейской фармакопее 8.2 (ЕФ), для указания растворимости в тесте «Растворимость» использовались описательные термины (Табл. 1), в температурном интервале от 15°C до 25°C [3].

Результаты и обсуждения. Изучение физико-химических свойств субстанции, которые влияют на фармакокинетические показатели – один из ключевых этапов создания нового ЛС. Для стандартизации показателей качества перспективной субстанции в соответствии с требованиями предлагается к включению в проект методики контроля качества (МКК) показатель «Растворимость». Полученные нами фактические данные о растворимости субстанции №1-алкил-7-диалкиламино-3-тиазолил-6-фторхинолонов приведены в табл. 1.

Таблица 1-Растворимость субстанции №1-алкил-7-диалкиламино-3-тиазолил-6-фторхинолона

Растворитель	Данные по растворимости	Растворимость (по ЕФ)
Диметилсульфоксид	100 мг субстанции не растворились в 0,1 мл 100 мг субстанции растворились в 1,0 мл	Легко растворима
Этанол 96%	100 мг субстанции не растворились в 0,1 мл 100 мг субстанции не растворились в 1,0 мл 100 мг субстанции не растворились в 3,0 мл 100 мг субстанции растворились в 10,0 мл	Мало растворима
Вода	100 мг субстанции не растворились в 0,1 мл 100 мг субстанции не растворились в 1,0 мл 100 мг субстанции не растворились в 3,0 мл 100 мг субстанции не растворились в 10,0 мл 1 мг субстанции растворился в 10,0 мл	Очень мало растворима

Процедуру растворения проводили следующим образом: пробирку с навеской вещества тщательно встряхивали в течение 1 минуты и помещали в термостат, поддерживающий температуру $25.0 \pm 0.5^\circ\text{C}$ в течение 15 минут. На основании полученных экспериментальных данных предлагается к включению в проект МКК согласно ЕФ 8.2 в следующей редакции: «Легко растворим в *диметилсульфоксиде Р*, мало растворим в *этаноле Р* и очень мало растворим в *воде Р*».

Выводы. Изучены физико-химические свойства субстанции N`1-алкил-7-диалкиламино-3-тиазолил-6-фторхинолона, а именно исследована растворимость новой субстанции в растворителях различной природы. Установлено, что субстанция легко растворима в диметилсульфоксиде, мало растворима в этаноле и очень мало растворима в воде. Учитывая фармакологические свойства нового БАВ, а также его изучение физико-химического свойства, можно предположить, что перспективной является разработка лекарственной формы в виде мази, содержащей диметилсульфоксид и/или спирты.

Список литературы

1. Спиридонова Н.В. Синтез N`1-алкіл-7-діалкіламіно-6-фторохінолін-4-он-3-карбонітрілів / Н.В.Спиридонова, О.В. Сілін, С.М. Коваленко, І.О. Журавель // Журн. орг. фар. хім. – 2011. – Т 9, № 4. – С. 65-69.
2. Спиридонова Н.В. Синтез функциональных производных на основе взаимодействия 3-цианофторхинолонов с нуклеофильными реагентами / Н.В. Спиридонова, А.В. Силян, С.Н. Коваленко, И.А. Журавель // Вестник КазНМУ. – 2015. – №3. – С. 420-423.
3. European pharmacopoeia. – 8.2 ed. – Strasbourg.: EDQM, 2014. – 4153 p.

Сидаметова З.Э.- самостоятельный соискатель Ташкентского фармацевтического института, [E-mail: toshfarmi-fmof@mail.ru](mailto:toshfarmi-fmof@mail.ru)

Научный руководитель: **Олимов Н.К.**, д.ф.н., проф,
Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА «ФЛЕГМЕН»

Введение. Растительный мир подарил человечеству огромное богатство – лекарственные растения, которые всегда были источниками жизни, пищи и здоровья. Многие из них прошли многовековую проверку и составляют бесценный фонд современной фитотерапии. История народной фитотерапии имеет возраст, равный истории человечества. Несмотря на достигнутые успехи в области химического синтеза лекарственных веществ, природные биологически активные соединения в настоящее время не только не утратили своего значения, но, наоборот, с каждым годом расширяются перспективы их использования [1].

Поэтому представляется целесообразной разработка растительных сборов и лекарственных средств на их основе для широкого применения в медицинской практике.

Цель исследования. Определить основные числовые показатели качества жидкого экстракта «Флегмен» в соответствии с требованиями ГФ XI «Экстракты» [2]. И разработать спектрофотометрическую методику количественного определения суммы флавоноидов в жидком экстракте «Флегмен».

Материалы и методы. В качестве объекта был жидкий экстракт, полученный на основе сбора «Флегмен». В ходе исследования был использован метод спектрофотометрии в УФ-области спектра с использованием спектрофотометра «Agilent technologies» 8453.

Результаты и обсуждения. Полученный жидкий экстракт – представляет собой прозрачную темно-коричневую жидкость с зеленоватым оттенком, с характерным запахом и слабо - жгучим, леденящим вкусом

Числовые показатели жидкого экстракта: приведены в табл. 1.

Таблица 1 - Числовые показатели жидкого экстракта «Флегмен»

Лек форма	Конц-я спирта, %	Плотность	pH	Сухой остаток, %	Тяжелые металлы, %	Сод-е ф-в, %
Жидкий экстракт	65,02	0,98	6,5	5,3	Не более 0,01	0,4266

Большинство веществ, выявленных в жидком экстракте «Флегмен», являются соединениями фенольного характера. Для количественного определения флавоноидов была разработана спектрофотометрическая методика, основанная на реакции комплексообразования с алюминием хлоридом. В ходе разработки методики был обоснован выбор стандарта и условия комплексообразования. УФ-спектр жидкого экстракта «Флегмен» представлен на рис. 1.

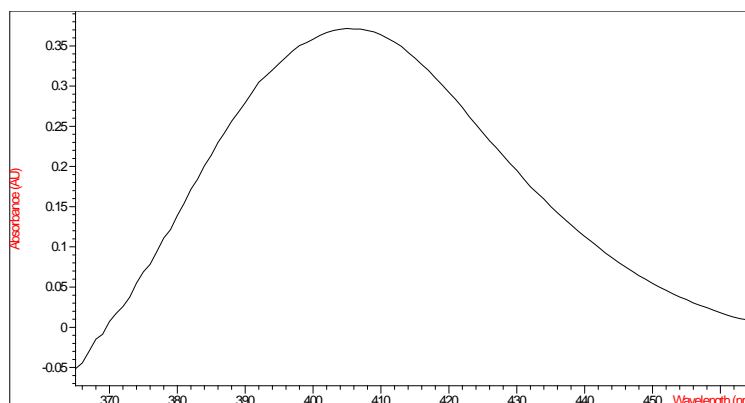


Рисунок 1 - УФ-спектр жидкого экстракта «Флегмен»

Содержание суммы флавоноидов (X, %) в жидком экстракте в пересчете на рутин рассчитывали по формуле:

$$X = \frac{D \cdot m_0 \cdot 1 \cdot 25 \cdot 25 \cdot P \cdot 100}{D_0 \cdot 100 \cdot 25 \cdot 1 \cdot 5 \cdot 100} = \frac{A \cdot m_0 \cdot 25 \cdot P}{A_0 \cdot 500};$$

где: D- оптическая плотность испытуемого

раствора; D₀- оптическая плотность испытуемого раствора; m₀- масса навески СО рутин, в мг; P- содержание рутин в СО, отмечен в сертификате качества, в процентах. Результаты количественного определения содержания флавоноидов и их статистическая обработка представлены в табл. 2.

Таблица 2 - Статистическая обработка результатов количественного определения флавоноидов жидкого экстракта «Флегмен»

№	X _i , %	\bar{X} , %	f	S ²	S	$\Delta \bar{X}$	$\pm \mathcal{E}$, %
1.	0,4263	0,4266	4	0,5 · 10 ⁻⁶	2,236 · 10 ⁻⁴	0,30	0,13
2.	0,4265						
3.	0,4266						
4.	0,4267						
5.	0,4269						

Как видно из таблицы 2, содержание флавоноидов в жидком экстракте «Флегмен» колеблется в пределах 0,4263-0,4269%.

Результаты и обсуждения. Представленные данные в таблице 2., показывают, что содержание суммы флавоноидов в жидком экстракте «Флегмен» в пересчёте на кверцетин составило в среднем 0,4266 %.

Вывод. Изучены числовые показатели и разработана методика количественного определения суммы флавоноидов в жидком экстракте «Флегмен» с использованием метода спектрофотометрии. Представленная методика рекомендуется в проект ВФС на жидкий экстракт.

Список литературы

1. Вайс Р.Ф. Фитотерапия: Руководство: Пер. с нем. /Р.Ф. Вайс, Ф. Финтельман М.: Медицина, 2004. - 534 с..
2. Государственная фармакопея XI издания, вып. 2. - М.: Медицина, 1989.-С.160.

Оразали З., 3 курс, фармацевтический факультет, ТФП
Научные руководители: доцент **Асылбекова А.Д.**, asilbekova@mail.ru, ст.преподаватель
Джаксылыкова Р.Б., jax.60@mail.ru,
преподаватель **Карабаева А.Н.**, agunya-kan66@mail.ru
Южно-Казахстанская фармацевтическая академия, Южно-Казахстанский государственный университет им.М.Ауэзова, Республика Казахстан, г.Шымкент.

ПОЛУЧЕНИЕ КСИЛИТА МЕТОДОМ ГИДРОГЕНИЗАЦИИ КСИЛОЗЫ

Полиолы, являясь продуктами основного органического синтеза, нашли широкое применение в самых разнообразных отраслях промышленности, в особенности в медицине и производстве пищевых продуктов. Среди многообразных полиолов особый интерес представляют продукты гидрирования моносахаридов. У многих из этих соединений обнаружена высокая биологическая активность, некоторые из них нашли применение в медицинской практике (ксилит, сорбит и другие). Кроме того, данные многоатомные спирты обладают широким спектром прикладных свойств, они находят применение в производстве лаков, олиф, смол, антифризов, косметике, взрывчатых веществ, ПАВ и т.д.

Следует отметить, что современное состояние производства многоатомных спиртов недостаточное, что связано с отсутствием необходимого ассортимента промышленно важных катализаторов, исходного растительного сырья и способов проведения процесса. Промышленного производства по гидронолизу ксилозы в республиках СНГ не существует,

В свете вышеизложенного, разработка технологии получения полиолов на базе местного сырья для нужд промышленности является значительной народнохозяйственной проблемой.

Для решения этой проблемы необходимо располагать научно обоснованной методологией, позволяющей создать технологию получения продуктов органического синтеза с учетом технико-экономических и экологических требований.

Исследованы каталитические свойства скелетных катализаторов, полученных из кобальт-алюминиевых сплавов различного состава [1-2].

Установлено, что исследуемые катализаторы отличаются между собой не только по активности и селективности, но и по стабильности. Результаты гидрирования моносахаридов в условиях многократного использования скелетных кобальтовых катализаторов показало, что при четырехкратном использовании активность катализаторов наблюдаемых катализаторов, содержащих в составе 50% Al, т.е. Co - Al (50%), а также Co - Al (60%), Co - Al (70%) и Co - Al (80%) понижается соответственно в 1,36; 2,19; 2,13; 2,2 раза.

Из проведенных исследований сделан вывод, что скелетный Co-Al(50%) катализатор не является самым активным, но обладает абсолютной селективностью для синтеза сорбита и высокой стабильностью.

В литературных источниках недостаточно освещены данные о процессе гидрогенизации ксилозы на медно-алюминиевых катализаторах.

В свою очередь, изучение процесса гидрогенизации ксилозы на медно-алюминиевых катализаторах откроет новые возможности селективного протекания синтеза полиолов на их поверхности.

Цель исследования. Изучение превращения ксилозы на модифицированных медно-алюминиевых катализаторах для получения полиолов.

Методы и материалы. В работе использованы водные растворы ксилозы. Медно-алюминиевые катализаторы готовились в высокочастотной индукционной цепи ОКБ-8020 на воздухе в кварцевых тиглях. В качестве сырья для изготовления катализаторов использовались алюминий марки А-000, медь электролитическая, хром, модифицирующей добавки (Mo, Fe и другие) использовались высокой чистоты. В работе использованы реактивы категории «х.ч.» и «х.ч.а.».

Результаты и обсуждение. Нами была осуществлена попытка гидрогенизации водного раствора ксилозы на модифицированных медно-алюминиевых катализаторах. Результаты исследований каталитических свойств тройных медных катализаторов показали, что в изученных условиях они проявляют высокую активность и стабильность по ксилиту, скорость образования последнего по-разному увеличивается в зависимости от химической природы и количества легирующих металлов в исходных сплавах.

Наибольшую активность проявляют катализаторы на основе медных (50%) сплавов с добавками. Промотирующее влияние добавок различных металлов интерпретируется, исходя из физико-химических и адсорбционных свойств исходных сплавов и катализаторов.

В качестве добавок использовали металлы - Fe, Cr и ферросплавы - ферромолибден (ФМо). Исследуемые медно-алюминиевые катализаторы в изученных нами условиях проявляют активность, скорость образования ксилита по-разному увеличивается в зависимости от химической природы и количества вторых модифицирующих добавок и ферросплавов.

Выводы. В результате проведенных исследований процесса гидрогенизации ксилозы было выявлено, что наибольшую активность проявляет катализатор из сплава с 5 мас.% ФМо. Выход полиолов на нем при 100⁰С на 60 минуте гидрирования составляет 100%.

Список литературы

1. Аширов А.М., Исаев Т.А., Бирдиярова А.М., Кедельбаев Б.Ш. Гидрирование и гидрогенолиз углеводов. Труды междунар. научно-технич. и учебно-методич. конф. Актуальные проблемы науки, технологии, производства и образования, Шымкент, 1993, т. 1, с. 57-58.
2. Кедельбаев Б.Ш. Разработка метода синтеза ксилита на медных катализаторах. М.:1991, 21с. Автореферат дисс. На соиск. уч. степ. канд.хим.наук.

Данилина А.Я. - магистрант II года обучения кафедры фармацевтической и токсикологической химии, nili93@mail.ru

Научный руководитель - **Ордабаева С.К.** - доктор фармацевтических наук, профессор и заведующая кафедры фармацевтической и токсикологической химии, ordabaeva@mail.ru

Коротков В.А. – кандидат фармацевтических наук, преподаватель кафедры фармацевтической химии, farmacevt.vk@gmail.com

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ НА ОСНОВЕ МАКЛЮРЫ ОРАНЖЕВОЙ

Предстательная железа чрезвычайно уязвима для развития ряда патологических состояний. Лица молодого и среднего возраста чаще страдают хроническим простатитом – загадочным

болезненным состоянием, которое обнаруживается более чем у 50% взрослых мужчин. По данным М.М. Collins et al. (1998), простатит представляет собой наиболее общий урологический диагноз у мужчин моложе 50 лет, на него приходится 8% амбулаторных обращений к урологу. О.Б. Лоран и А.С. Сегал (2000) лечили в условиях стационара и амбулатории до 270 пациентов ежегодно [1].

Большой интерес в этом отношении представляет маклюра оранжевая, биологически активные соединения которой обладают противовоспалительными, простатопротекторными, антиоксидантными и антимикробными свойствами [2,3,4].

На основании Научного договора с вузом-партнером в лице кафедры промышленной фармации Национального фармацевтического университета Украины проводятся совместные научно-исследовательские работы по разработке и стандартизации фитопрепаратов из маклюры оранжевой. На сегодняшний день разработан состав и технология суппозитория, обладающих простатопротекторным действием [5,6,7,8].

Цель исследования: разработка методики количественного определения суммы изофлавоноидов в суппозиториях с масляным экстрактом маклюры оранжевой методом спектрофотометрии в видимой области спектра.

Материалы и методы. Объектом исследования служили лабораторные образцы суппозитория с масляным экстрактом, полученным из плодов маклюры оранжевой. В работе использованы стандартный достоверный образец осайина ("BioBioPha Co., Ltd.", Китай), растворители и реактивы: 2% спиртовой раствор алюминия хлорида, спирт этиловый 95 % категории «х.ч.» и «ч.д.а.» [9,10].

Количественное определение проводили спектрофотометрическим методом в видимой области спектра [9,10]. Для анализа использовали спектрофотометры марки СФ-2000 (Россия) и Apel PD303S (Япония).

Результаты и обсуждение. Методика количественного определения основана на реакции комплексообразования изофлавоноидов с алюминия хлоридом. Полученный комплекс ярко-желтого цвета обладает способностью к светопоглощению в видимой области спектра, при этом максимум поглощения наблюдался при длине волны 419 ± 3 нм.

Проведена статистическая обработка полученных результатов по осайину. При этом калибровочный график зависимости оптической плотности полученного комплекса от концентрации осайина подчиняется закону светопоглощения, коэффициент корреляции регрессионного графика равен 0,9997. Относительная ошибка методики составляет $\pm 5,02$ %, что позволяет использовать методику для стандартизации фитопрепарата.

Выводы. Разработана методика количественного определения суммы изофлавоноидов в суппозиториях с масляным экстрактом маклюры в пересчете на осайин с применением фотоколориметрии.

Список литературы

1. Переверзев А.С., Сергиенко Н.Ф., Илюхин Ю.А. Заболевания предстательной железы. – Харьков, Издательство «С.А.М.», 2005. –260 с.
2. Зайченко А.В., Тацкий Ю.О., Коротков В.А., Андрияненок О.В., Иванова О.О., Кухтенко А.С. Морфологическая оценка простатопротекторного действия свечей с масляным экстрактом маклюры в эксперименте // Экспериментальная и клиническая урология. - 2014. - №2. - С.28-31
3. Зайченко А.В., Тацкий Ю.О., Коротков В.А., Андрияненок О.В., Иванова О.О., Кухтенко А.С. Изучение фармакологического действия суппозитория с масляным экстрактом маклюры на модели экспериментального скипидачного простатита у мышей// Украинский биофармацевтический журнал. - 2014. - Т.31. - №2. - С.14-19.
4. Mahmoud Z. F. Antimicrobial components from *Maclura pomifera* fruit //Planta medica. – 1981. – Т. 42. – №. 7. – С. 299-301.
5. Коротков В.А., Кухтенко Г.П., Кухтенко А.С., Гладух Е.В. Структурно-механические свойства суппозитория с экстрактом маклюры оранжевой. - Вестник КазНМУ №2(2), 2014.
6. Коротков В.А., Кухтенко А.С., Ордабаева С.К. Фитохимическое исследование плодов и экстрактов маклюры // Химия растительного сырья. - 2014. - №4. - С.209-214.

7. Данилина А.Я., Ордабаева С.К., Коротков В.А., Бегалы С.М. Количественное определение суммы изофлавоноидов в масляном экстракте маклюры. - Вестник ЮКГФА №4(73), 2015.
8. Danilina A.Y., Korotkov V.A., Ordabayeva S.K., Kuchtenko A.S. Optimization of chromatographic methods of analysis of phytopreparation maclura pomifera. - Topical issues of new drugs development: Abstracts.Vol.1 - Kharkiv, Publishing Office NUPh,2016/ - 433 P.
9. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, I изд., Астана - 2008.– 591с.
10. European Pharmacopoeia, 7.0, Vol. 1, Strasbourg: Council Of Europe: EDQM, 2010.

Алдиярова А.К., студентка 4 курса фармацевтического факультета, **Аксеитова А.Ж.**, **Махова Е.Г.**

Научный руководитель: Турсубекова Б.И. Baian.69@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММЫ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ ARTEMISIA TERRAE – ALBAE KRASCH.

Введение. В последние годы для фармацевтической промышленности повышенный интерес наблюдается по поиску новых источников биологически активных веществ, создание на их основе экологически чистых, малотоксичных высокоэффективных фитопрепаратов широкого спектра действия, являются актуальными. Среди большого разнообразия лекарственных растений отечественной флоры большой интерес представляет растение семейства астровых (Asteraceae), полынь белоземельная (ПБ) – *Artemisia terrae-albae* Krasch, которая недостаточно изучена и на сегодняшний день популярна в народной медицине. По литературным данным, в траве ПБ содержится сумма экстрактивных веществ: флавоноиды, дубильные вещества, эфирные масла (α – туйон, β – туйон и камфора), органические кислоты, горькие вещества и др. В народной медицине применяется при дизентерии, поносе и язвенном колите, для повышения аппетита и улучшения пищеварения, близкая по применению в фармакологическом отношении к полыни горькой. В официальной медицине применяются *Artemisia leucodes* Schrenk herba (травы полыни беловатой), *Artemisia glabella* Kar. et Kir herba (травы полыни гладкой), *Artemisia absintium* herba (травы полыни горькой) включенные в ГФ РК как гипополипидимическое, противоопухолевое и для повышения аппетита и желчегонное средство [1-5].

Цель исследования. Определение суммы экстрактивных веществ в траве *Artemisia terrae – albae* Krasch.

Материалы и методы исследования. В качестве объектов исследования использовали воздушно-сухие измельченные травы ПБ, заготовленные в начале цветения на юге Казахстана. Определение содержания экстрактивных веществ (ЭВ) в траве ПБ проводили по общепринятой методике ГФ РК. В качестве экстрагентов использовано спирт этиловый в различных концентрациях 70%, 40%, 20% и вода очищенная.

Результаты и обсуждения. Для разработки методики определения ЭВ, нами предварительно было изучено влияние экстрагентов на количество выделяемых ЭВ. Статистическую обработку результатов эксперимента проводили согласно требованиям ГФ РК, при доверительной вероятности 0,95%. Относительная ошибка среднего результата при извлечении спиртом этиловым 70% $36,16 \pm 1,1\%$, спиртом этиловым 40% - $29,08 \pm 2,5\%$, спиртом этиловым 20% $34,04 \pm 2,8\%$ и водой очищенной $31,98 \pm 1,2\%$. Из них оптимальным экстрагентом является этанол 70%. В соответствии с ГФ РК нами проведено определение количественного содержания ЭВ в траве ПБ в пяти повторностях в вышеуказанных экстрагентах. Нами установлено содержание ЭВ в траве ПБ в процентах (X) в пересчете на абсолютно сухое сырье в пределах $36,16-42,12\%$.

Вывод. Определено содержание экстрактивных веществ в травах полыни белоземельной. Оптимальным экстрагентом для выделения экстрактивных веществ из сырья оказался спирт этиловый 70%.

Список литературы

1. Н.В.Павлов /Флора Казахстана IX. – Алматы, «Наука», 1966, 635с.
2. Государственная фармакопея XI /Т.2. – Москва, «Медицина», 1990. –с.400.
3. С.А. Роднова, В.В. Иванов, С.М. Адекенов и др. Влияние леукомизина – сесквитерпенового лактона полыни беловой (Artemisia leucodes Schrenk) на липолиз изолированных адипоцитах крыс. // Вестник ТулГУ, 2012, т. XIX, №4, 414 с.
4. Патент РК 2001/0432.1. Способ получения противоопухолевого средства «Арглабин лиофилизированный»./Адекенов С.М.; опубл. 15.07.2009, бюл. №7.
5. Муравьева Д.А. , Самылина И.А., Яковлев Г.П. /Фармакогнозия: учебник.-4-е изд., перераб. И доп.-М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2007, 656 с.

Алтынбек Д.- фармацевтикалық факультетінің 4 курс студенті,
Ғылыми жетекшілері: **Серікбаева А.Д.,** фарм.ғ.к., доцент м.а., E-mail: aluaul@mail.ru,
Қарақұлова А.Ш., фармация магистрі, аға оқытушы, E-mail: ayzhan2015@bk.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

БИОМАТЕРИАЛДАҒЫ БИСОПРОЛОЛДЫҢ ЖҚХ-ИҚ-СПЕКТРОСКОПИЯСЫ

Пероральды гипотензивті препараттар арсеналында бисопролол өзінің гипотензивті белсенділігінің эффективтілігімен көшбасшылық ұстанымын сақтап жүр.

Бисопролол β_1 -адреноблокаторларға жатып, «Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған маңызды дәрілік заттар тізбесі» тізіміне кіреді. Оның негізгі қолданылуы жүректің тұрақты ишемиялық ауруы (ЖИА), артериальды гипертония (АГ), миокард инфаркті, созылмалы жүрек жетімсіздігі, жүрек ырғағының бұзылуы болып табылады.

Терапевтикалық эффектiмен бiрге, артық дозалану кезiнде бисопролол ағзаға жанама және уытты әсер көрсетедi. Сот-химиялық тәжiрибесiнде препаратпен жедел улану жағдайлары белгiлi. Аталған қосылыстың уытты қасиетi, кең қолданылуы, өлiм тудыратын улану жағдайлары оның сот-химиялық зерттеулердiң потенциалды нысаны болуына әкелiп отыр. Евразия елдерiнде, оның iшiнде, Ресей Федерациясында бисопролол «Жiнi жедел улану тудыратын уытты заттар атауының тiзбесi» тiзiмiне енген.

Талданатын сынамада эндогендi қосылыстардың бiрге болуы сияқты қиындықтар оған алдын-ала мұқият дайындық жасауды талап етедi.

Сондықтан дәрiлiк препаратты оқшаулап, ары қарай физика-химиялық әдiстермен идентификациялаудың жаңа әдiстерiн iздестiру заманауи химия-токсикологиялық сараптаманың өзектi мәселесi болып отыр.

Жұмыс мақсаты: жедел талдау әдiстерiмен алдын-ала сынаманы дайындау шарттарын және бисопрололды идентификациялау үшiн хроматографиялық және спектральды әдiстерiн жетiлдiру болып табылады.

Материалдар мен әдiстер. Жұмыста «Бисопролол-ратиофарм 10 мг» (Ratiopharm, Германия) таблеткалары; бисопрололдың дәрiлiк субстанциясы (IpcaLaboratoriesLimited, серия 001505-RI Индия); «х.т.» және «т.д.х.т.» категориялы ерiткiштер мен реактивтер қолданылды. Идентификациялау үшiн инфрақызыл Фурье-спектрометр ИнфраЛЮМ ФТ-08 (Ресей), жұқа қабатты хроматографияға арналған қондырғы кешенi: хроматографиялық пластинкалар «Сорбфил ПТСХ-УФ» (ЗАО «Сорбфил», Ресей); УК-хроматоскоп, көлемi 2, 5, 10 мкл микрокапилляр (Ресей).

Нәтижелер мен талқылау. Зерттеуге бисопролол субстанциясы мен несептен алынған сығынды қолданылды. Бисопролол несептен сұйық-сұйық микроэкстракция әдiсiмен оқшауланған. Экстрагент ретiнде 8:2 қатынасында дайындалған хлороформ-изопропил спиртi ерiткiштер жүйесi пайдаланылды.

Балласты заттардан толық тазартуда жұқа қабатты хроматография әдісін хлороформ-изопропил спирті-этилацетат-аммоний гидроксиді конц. (40:9:5:0,5 көлем бойынша) тұратын еріткіштер жүйесін қолдана отырып, жүргізеді. Детектрлеу УК-жарық көмегімен жүргізілді, абсорбциялық зонада сыналатын үлгідегі бисопролол мен ЗКСЕ дақтары сәйкес келеді, оны ацетонмен элюирлеп, центрифугалайды. Алынған сығындыны ағат келіге ауыстырып, кептіргіш шкафта кептіреді. Құрғақ қалдықты калий бромидімен ысқылап, сыналатын және зат куәгер стандартты үлгілерінің ИҚ-спектрлерін түсірді.

Несептен бөлінген бисопрололдың ИҚ-спектріндегі жолақтар стандарт үлгідегі бисопролол молекулаларының әртүрлі құрылымды фрагменттер тербелісіне сай болып тұр. Анықталған ең маңызды жолақтар молекуланың негізгі тербеліс жиілігіндегі $3600-400\text{ см}^{-1}$ аралығындағы қысқа толқынды (жоғары жиілікті) аймақта орналасқан. 1484.84 ; 1404.04 ; 1340.52 , 1325.82 см^{-1} аймақта жұтылуы метин (C-H), метилен (CH₂) және метил (CH₃) байланыстарының әртүрлі деформациялық тербелістерімен жүзеге асады. Көміртек атомына қосылған массаның жоғарлауы төменгі жиілік аймағында қосымша жұтылу спектрлерінің пайда болуына әкеледі. Жоғары жиілікті аймақта 3266.84 см^{-1} шыңы бар NH тобының валентті тербелісі орналасқан. $1257-1050\text{ см}^{-1}$ диапазонында қарқынды жұтылуы C-H байланыстарының деформациялық тербелістеріне сай келеді: 1255.26 ; 1187.06 ; 1093.07 ; 1048.47 см^{-1} . 2900.51 см^{-1} жұтылу жолағы фумар қышқылы қалдығындағы карбонильді топтың (C=O) валентті тербелісіне, ал 1018.95 , 1057.87 , 1093.07 см^{-1} жолақтар бензол тобының (C₆H₅) валентті тербелісіне тән.

Қорыта айтқанда, биологиялық сұйықтықтан бөлінген бисопрололдың ИҚ-спектрі бойынша алынған мәліметтер оның құрылымының препараттың жұмысшы стандартты үлгісі спектріне ұқсастығын дәлелдеді.

Қорытынды. Биоматериалдан бөлініп алынған сығындыдағы бисопрололды қосымша жұқа қабаттағы хроматография әдісі арқылы тазартып, әрі қарай ИҚ-Фурье-спектроскопия әдісімен идентификациясы жасалынды.

Әдебиеттер

1. Преимущества использования бисопролола и амлодипина в фиксированной комбинации/ Мелехов А.В., Рязанцев Е.Е.//Журнал Поликлиника. -2013. №1. –С.20-23
2. Смертельные дозы и концентрации некоторых лекарственных веществ в биологических объектах / А. Ф. Фартушный // Судебно-медицинская экспертиза. – 1999. – Т. 42, № 5. – С. 16–19.
3. ТСХ-скрининг токсикологически значимых соединений, изолируемых экстракцией и сорбцией/Раменская Г.В., Родионова Г.М., Кузнецова Н.И., Петухов А.Е.//Под ред. А.П. Арзамасцева: Гэотар-Медиа. -2010. -240 с.

Карабаева А.Н.¹ - магистрант II года обучения, arunya-kan66@mail.ru, Сейдиллаева Р.Н. - студентка 5 курса, raushan.95.95@list.ru,

Научный руководитель: **Асылбекова А.Д.**¹, к.т.н., и.о.профессора, asilbekova_akmaral@mail.ru,

Научный консультант: **Ордабаева С.К.**¹, д.фарм.н., профессор, ordabaeva@mail.ru,

Шарипов И.М.², к.фарм.н., ishar@hotmail.ru

¹Кафедра фармацевтической и токсикологической химии, фармацевтический факультет, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан;

²Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, фармацевтический факультет, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа, Россия.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИК ИДЕНТИФИКАЦИИ 2,4,5-ТРИБРОМ-1-(1-ОКСОТИЕТАНИЛ-3)-ИМИДАЗОЛА

Создание высокоэффективных и малотоксичных лекарственных средств является основной проблемой фармацевтической и медицинской науки. Приоритетным направлением поиска новых лекарственных средств является синтез биологически активных веществ на основе гетероциклических соединений.

Производные имидазола, а также конденсированные системы на их основе проявляют разнообразное действие, в том числе, иммуностропное, противоопухолевое, противовоспалительное, противовирусное, фунгицидное, анальгетическое, актопротекторное и другие виды фармакологической активности [5,10].

Особый интерес представляют производные галогенимидазолов, поскольку реакциями электрофильного и нуклеофильного замещения на их основе синтезирован большой ряд потенциальных биологически активных веществ. [1] На кафедре фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии ГБОУ ВПО БГМУ (Уфа, Россия) Шариповым И.М. с соавторами синтезировано новое производное - 2,4,5-Трибром-1-(1-оксотетанил-3)-имидазол, обладающее антидепрессивным действием [8,9].

На кафедре фармацевтической и токсикологической химии ЮКГФА проводится изучение физических, химических свойств, разработка спецификаций качества и стандартизация данного соединения на основе Научного договора между вузами-партнерами [3,4].

Цель исследования. Разработка методик идентификации 2,4,5-трибром-1-(1-оксотетанил-3)-имидазола.

Материалы и методы. В работе использована субстанция 2,4,5-Трибром-1-(1-оксотетанил-3)-имидазол (И-81), полученная на кафедре фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии ГБОУ ВПО БГМУ (Уфа, Россия). При разработке методики руководствовались рекомендациями Государственной фармакопеи Республики Казахстан [2]. В работе использованы растворители и реактивы категории «х.ч.» и «ч.д.а.».

Результаты и обсуждение. Для определения подлинности нового производного имидазола использовали следующие реакции:

- общеалкалоидные осадительные реакции с реактивами Драгендорфа, Бушарда, Либермана, фосфорномолибденовой кислотой, за счет наличия в молекуле соединения третичных атомов азота имидазольного кольца;
- идентификация ковалентно связанных атомов брома и серы после минерализации субстанции И-81.

Реакция с реактивом Драгендорфа. Методика: К 1мл 0,01% спиртового раствора добавляют 1 мл реактива Драгендорфа и смешивают. В результате раствор окрашивается в оранжево-красный цвет. Предельная концентрация раствора препарата (чувствительность реакции - 1:1000).

Реакция с реактивом Бушарда. Методика: К 1мл 0,01% спиртового раствора исследуемого вещества добавляют 1мл реактива Бушарда и смешивают. В результате выпадает белый осадок. Предельная концентрация раствора препарата (чувствительность реакции - 1:50000).

Реакция с фосфорномолибденовой кислотой. Методика: К 1мл 0,1%-ного раствора 2,4,5-Трибром-1-(1-оксотетанил-3)-имидазола (растворитель - 95% спирт) добавляют 0,5мл 10%-ного спиртового раствора кислоты фосфорномолибденовой и 2 капли кислоты серной концентрированной, в результате реакции появляется зеленое окрашивание, предельная концентрация раствора препарата (чувствительность реакции - 1:25000).

Реакция идентификации ионов серы. К 1мл 0,1% раствора (растворитель - 95% спирт) прибавляют 1мл 40% раствора калия гидроксида. После охлаждения приливают 2мл раствора кислоты хлороводородной концентрированной. В растворе появляются пузырьки в результате выделения сероводорода. Образование сероводорода обнаруживается по запаху, также по почернению индикаторной бумаги - основного ацетата свинца (чувствительность реакции - 1:10000);

Реакция идентификации ионов брома. 0,08г порошка исследуемого вещества и 0,3г натрия карбоната безводного спекают в фарфоровом тигле в течение 10 мин. Затем остаток растворяют с 5мл разбавленной азотной кислотой и фильтруют. К фильтрату добавляют 1 мл воды дистиллированной. Полученный раствор дает реакцию на бромиды: к 2мл полученного раствора добавляют 1мл раствора серебра нитрата и смешивают, в результате выпадает желтый творожистый осадок (чувствительность реакции - 1:2000000).

Чувствительность реакций определяли согласно общепринятым методикам [6]. Показатели чувствительности реакций представлены в таблице в виде полученных экспериментальных величин

открываемого минимума m (γ) и минимального объема раствора $V_{\text{мин}}$ (мл), взятого для реакций, а также значения предельной концентрации $C_{\text{мин}}$ (мг/мл) и предельного разбавления $W_{\text{пред}}$ (мл) [6].

Таблица 1 - Результаты определения чувствительности реакций

№	Реакция	m (γ)	$V_{\text{мин}}$ (мл)	$C_{\text{мин}}$ (мг/мл)	$W_{\text{пред}}$ (мл)
1	с реактивом Драгендорфа	100	1	1:1000	1000
2	С реактивом Бушарда	20	1	1:50000	50000
3	с фосфорномолибденовой кислотой	4	0,1	1:25000	25000
4	с кислотой хлороводородной концентрированной	1	0,01	1:10000	10000
5	с серебра нитратом	1	2	1:2000000	2000000

Вывод. Таким образом, разработаны методики идентификации нового биологически активного производного имидазола по важным функциональным группам и элементам.

Список литературы

1. Александрова Е.В. Свойства галогенимидазолов (Обзор) / Е.В.Александрова, А.Н. Кравченко, П.М. Кочергин // Химия гетероцикл. соед. - 2011. - № 3 (525). - С. 323-356.
2. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, I изд., Астана - 2008. – 591с.
3. Карабаева А.Н., Асылбекова А.Д., Ордабаева С.К., Шарипов И.М. - «Спектрофотометрический анализ нового производного имидазола». - VIII Национальный съезд фармацевтов Украины. - Материалы научно-практической конференции «Фармация XXI века: тенденции и перспективы»; ISBN 978–966–615–489–0, 13-16 сентября 2016 года, г. Харьков, Украина, том 1, с. 458.
4. Карабаева А.Н., Асылбекова А.Д., Ордабаева С.К., Шарипов И.М. - «Разработка методов оценки качества субстанции 2,4,5-трибром-1-(1-оксотетанил-3)-имидазола». - Всероссийская научно-практическая конференция «Фармацевтическое образование, современные аспекты науки и практики», посвященной 35-летию фармацевтического факультета БГМУ и 90-летию ГУП «Башфармация» РБ.- 2016 года, г. Уфа, Башкортостан.
5. Катаев, В.А. Тетраны на основе бензимидазола и имидазола. Синтез, структура и биологические свойства: автореф. дис. д-ра фарм. наук : 15.00.02 / Катаев Валерий Алексеевич. - М., 2006. - 46 с.
6. Крамаренко В.Ф., Попова В.И. Фотометрия в фармацевтическом анализе. - Киев, 1972. – С.46-48.
7. Серикбаева А.Дж. Получение, исследование и стандартизация новых производных сесквитерпена полыни цитварной: дис. к-да фарм. наук: 15.00.02 / Серикбаева Айгуль Джумадиллаевна - Караганда, 2010г. – 150 с.
8. Шарипов И.М. Синтез и биологическая активность тетрансодержащих производных 4,5-дибромимидазола: автореф. дис. к-да фарм. наук: 14.04.02 / Шарипов Ирик Мунирович - Уфа, 2014. - 163 с.
9. Cryan, J.F. The tail suspension test as a model for assessing antidepressant activity: Review of pharmacological and genetic studies in mice / J.F. Cryan, C. Mombereau, A. Vassout // Neurosci. Biobehavior. Rev. - 2005. - Vol. 29, № 4-5. - P. 571-625.
10. Perekhoda L. O. Molecular modeling and purposeful synthesis of anticonvulsants among derivatives of five-membered di(three)azaheterocycles, Manuscript. The thesis for the Doctor degree in Pharmacy, speciality 15.00.02 – Pharmaceutical Chemistry and Pharmacognosy, National University of Pharmacy, Kharkiv, 2013, 330 p.

Канжар Ф.К. – студентка 4 курса фармацевтического факультета, Аксентова А.Ж., Махова Е.Г.,
Джанаралиева К.С.

Научный руководитель: Турсубекова Б.И., Baian.69@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ ARTEMISIA TERRAE – ALBAE KRASCH

В настоящее время большое внимание ученых привлекают растения дикорастущего происхождения для расширения номенклатуры отечественного лекарственного растительного сырья и получения на их основе фитопрепаратов. Одним из таких лекарственных растений являются растения рода *Artemisia* – Полынь белоземельная (ПБ) (*Artemisia terrae – albae* Krasch), которое относится к семейству астровых – *Asteraceae* [1].

В официальной медицине применяется *Artemisia leucodes* Schrenk herba (травы полыни беловой), *Artemisia glabella* Kar. et Kir herba (травы полыни гладкой), *Artemisia absintium* herba (травы полыни горькой) включенной в ГФ РК [2]. По литературным данным содержащийся в полыни беловой леукомизин оказывает гиполлипидимическое действие [3]. Из полыни гладкой получают арглабин лиофилизированный в качестве противоопухолевого препарата [4]. Трава полыни горькой – *Herba Artemisiae absinthii* и листья полыни горькой – *Folia Artemisiae absinthii* включены в ГФ XI изд. и применяются для возбуждения аппетита и как желчегонное средство.

В народной медицине ПБ применяется при дизентерии, поносе и язвенном колите, для повышения аппетита и улучшении пищеварения, близкая по применению в фармакологическом отношении к полыни горькой.

Исходя из литературных данных, в траве ПБ содержатся флавоноиды, дубильные вещества, эфирные масла (α – туйон, β – туйон и камфора), органические кислоты, горькие вещества [5].

Перед нами стояла задача изучить накопление основных биологически активных соединений в растении в условиях данного региона и предложить стандартизацию сырья по содержанию флавоноидов (ФВ) в пересчете на рутин.

Цель исследования. Разработка методики количественного определения ФВ в траве *Artemisia terrae – albae* Krasch.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования использовали воздушно-сухие измельченные травы ПБ, заготовленные в начале цветения на юге Казахстана. В исследованиях использован спектрофотометр СФ 2000 (ОКБ «Спектр», Россия). В анализе использованы реактивы и растворители квалификации «ч.д.а.».

Результаты и обсуждения. Количественное определение суммы ФВ в траве ПБ проведено спектрофотометрическим методом в видимой области спектра. В основе методики лежит цветная реакция ФВ (рутина) с алюминия хлоридом. Оптимальные условия экстракции суммы ФВ из травы ПБ определяли на одном образце сырья. Изучено влияние различных условий экстрагирования сырья (измельченность, время экстракции, соотношение сырья и экстрагента и концентрация спирта) на выход ФВ и установлены параметры комплексообразования: оптимальная концентрация спиртового раствора алюминия хлорида, количество добавляемого алюминия хлорида, время образования и устойчивость комплекса. Использованы различные концентрации спиртового раствора алюминия хлорида: 1%, 2%, 3%, 5%, 7%. Наиболее оптимальным оказался раствор алюминия хлорида спиртовой 2%, при этом реакция комплексообразования развивается в течение 40 мин и сохраняется стабильность комплекса в течение последующих 40 мин.

Максимум поглощения спектров наблюдается при длине волны 410 ± 2 нм. Оптимальное извлечение достигается при использовании в качестве экстрагента 60% этилового спирта, при измельченности сырья, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 1 мм, при условии экстракции – нагревание на кипящей водяной бане в течение 60 мин, при соотношении сырья и экстрагента 1:50. Нами было установлено, что оптимальное количество 2% раствора алюминия

хлорида в 60% этиловом спирте, обеспечивающего полноту образования комплекса, составляет 2 мл.

На основании проведенного исследования, нами предложена методика количественного определения ФВ в корневищах и корнях РС.

Исследованное сырье содержит 1,03 - 1,42%, не менее $1,03 \pm 3,71\%$ суммы флавоноидов в пересчете на рутин и абсолютно сухое сырье.

Выводы. Таким образом, разработана методика количественного определения суммы флавоноидов в траве *Artemisia terrae – albae* Krasch в пересчете на рутин спектрофотометрическим методом.

Список литературы

1. Н.В.Павлов /Флора Казахстана IX. – Алматы, «Наука», 1966, 635с.
2. Государственная фармакопея XI /Т.2. – Москва, «Медицина», 1990. –с.400.
3. С.А. Роднова, В.В. Иванов, С.М. Адекенов и др. Влияние леукомизина – сесквитерпенового лактона полыни беловатой (*Artemisia leucodes* Schrenk) на липолиз изолированных адипоцитов крыс. // Вестник ТулГУ, 2012, т. XIX, №4, 414 с.
4. Патент РК 2001/0432.1. Способ получения противоопухолевого средства «Арглабин лиофилизированный». /Адекенов С.М.; опубл. 15.07.2009, бюл. №7.
5. Муравьева Д.А. , Самылина И.А., Яковлев Г.П. /Фармакогнозия: учебник.-4-е изд., перераб. И доп.-М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2007, 656 с.

Зупарова З.А.-самостоятельный соискатель, E-mail:zulfiya@mail.ru
Научный руководитель: **Исмоилова Г.М.**, к.х.н., доцент, E-mail:iguzaloy@mail.ru
Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

СИНТЕЗ И ИК-СПЕКТРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ КОБАЛЬТА С АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ

Одной из актуальных задач современной фармацевтической химии является целенаправленный синтез солей, а также комплексных соединений биологически активных металлов, т.е. микро-элементов с физиологически активными металлами. Интерес к химии таких бикомплексов обусловлен, в частности, тем, что они вступают в качестве структурных фрагментов многих природных биокатализаторов. Комплексообразование является эффективным направлением поиска новых биологически активных соединений, так как оно позволяет сочетать в одном веществе различные виды активности, которые к тому же, могут взаимно усиливать друг друга. Кобальт, по своему влиянию на организм, относится к наиболее эффективному микроэлементу. Он стимулирует кроветворение, рост и размножение, повышает активность ферментов и гормонов. Ацетилсалициловая кислота широко используется в медицине. Следовательно, целенаправленный синтез и биологическое изучение комплексного соединения кобальта с биологически активным лигандом, таким как ацетилсалициловая кислота, будет иметь практический интерес в медицине [1].

Цель. Синтез комплексного соединения кобальта с ацетилсалициловой кислотой

Материалы и методы. ИК – спектры поглощения соединений регистрировали в области 4000-400 см^{-1} на спектрофотометре AvatarSystem 360 FT-IR и Protege 460 Magna-IR technology фирмы «NicoletInstrumentsCorporation» (США), используя образцы в виде таблеток с KBr диаметром 7мм и с разрешением - 4см^{-1} . Синтез соединения $\text{Co}(\text{Асп})_2$. 2г ацетилсалициловой кислоты растворили в 20мл этилового спирта по каплям приливали 0.66г кобальта хлорида шестиводного в 15мл очищенной воды (соотношение 2:1). В течение двух часов смесь кипятили с обратным холодильником. Растворитель выпаривали, осадок многократно промывали ацетоном, диэтиловым эфиром и получили комплексное соединение состава $\text{Co}(\text{Асп})_2[2]$.

Результаты и обсуждения. В ИК-спектре поглощения ацетилсалициловой кислоты наблюдаются полосы в области 3422 см^{-1} , относящиеся к деформационным колебаниям ОН группы, к незамещенному ароматическому кольцу относятся полосы при 704, 756 см^{-1} . Полосы при

ОҢТУСТИК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ

№4(77)-2016ж., ТОМ 2

3071,2980 cm^{-1} относятся к C-H , C-H_3 группе, валентные колебания сложной эфирной группы проявляются при 1752 cm^{-1} . Валентные колебания карбонильной группы проявляются при 1695 cm^{-1} . Связь $\text{C}=\text{C}$ ароматического кольца проявляются при 1604 cm^{-1} .

В спектре комплексного соединения кобальта с ацетилсалициловой кислотой деформационные колебания OH группы исчезли. Валентные колебания сложной эфирной группы сместились незначительно а, также полосы относящиеся к ароматическому кольцу подверглись незначительным изменениям. Колебательные частоты (cm^{-1}), найденные в ИК-спектрах комплексного соединения кобальта с ацетилсалициловой кислотой представлены в таблице.

Частота некоторых полос ИК-спектра поглощения ацетилсалициловой кислоты и его соединений.

Соединения	$\sigma(\text{OH})$	Карбонил. слож. эфир. гр	Карбонил. карбоксил. гр.	Аром.Кольцо $\text{C}=\text{C}$	С-Освязь	Незамещенное кольцо
Аспирин	3422	1752	1695	1604	1191, 1094	704, 756
Со (Асп) ₂	-	1755	1688	1605	1187, 1134	704, 755

Следовательно, связь металла с ацетилсалициловой кислотой осуществляется через кислород карбоксильной группы, а незначительные изменения частот сложноэфирной группы, видимо, свидетельствуют то появление координационной связи через кислород сложноэфирной карбонильной группы.

Выводы. Осуществлён целенаправленный синтез комплексного соединения кобальта с ацетилсалициловой кислотой. Установлено, ацетилсалициловая кислота с металлом координируется через карбоксилатную группу и через кислород карбонильной группы.

Список литературы

1.Крисс Е.Е., Волченкова И.И., Бударин Л.И. Координационные соединения металлов с лекарствами – новые эффективные терапевтические агенты//Коорд. химия, Москва, 1990. – №1(16).- С. 21-22.

2.Бородулин В.Б., Корниенко Г.К., Кравцова В.Н.,Щебалдова А.Д. Антибактериальное действие комплексов меди (2+) и кобальта (2+) с 1-(5-нитрофуруриленамино)- 1,3,4-триазолом в присутствии аскорбината натрия и перекиси водорода. // Хим-фарм. журнал. – Москва, 1996.-№11,-С.41-43.

Хамидова М.О., самостоятельный соискатель Ташкентского фармацевтического института, E-mail: toshfarmi-fmof@mail.ru, **Зайнутдинов Х.С.,** Научный руководитель, доктор.фарм.наук, профессор, Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан .E-mail: toshfarmi-fmof@mail.ru

Зияева М.Н., и.о. доцента, Ташкентский фармацевтический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан .E-mail: toshfarmi-fmof@mail.ru

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных в мире, а также в Республике Узбекистан. По прогнозу экспертов ВОЗ к 2025 году количество больных АГ увеличится и составит 1 млрд 56млн человек. В связи с этим изучение распространенности и анализ показателей заболеваемости АГ в Республике Узбекистан является актуальным.

Цель исследования. Рост заболеваемости артериальной гипертензией (АГ) считается основным фактором повышения потребления лекарственных средств при лечении данного заболевания. Целью данной работы явилось изучение распространенности и анализ показателей заболеваемости АГ в Республике Узбекистан.

Материалы и методы: для проведения исследования были использованы статистические данные «Института здоровья» при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждения. В результате исследования получены данные по анализу показателей заболеваемости на период 2013-2015 годы. В результате выявлен рост заболеваемости по республике на 32%(рис. 1)

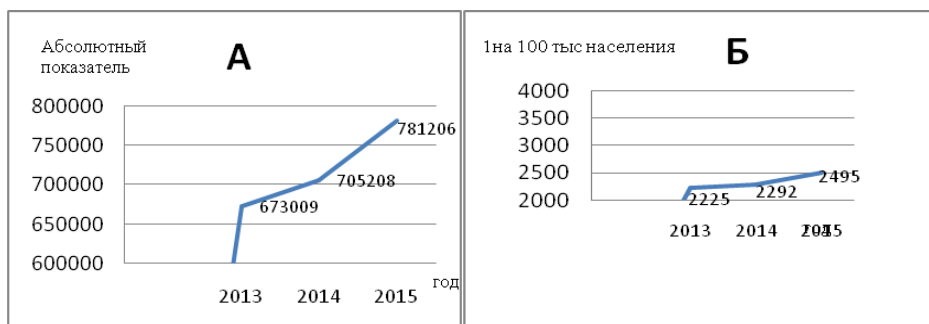


Рисунок - Динамика роста показателей заболеваемости АГ по Республике Узбекистан в 2013-2015 гг:

А) в абсолютных показателях; Б) на 100000 населения

Анализ показателей по демографическому составу выявил следующие результаты: больше всех АГ распространены среди взрослой категории населения -99,5%, 0,1 % - среди детей и 0,4% - среди подростков. При анализе данных заболеваемости по полу установлено, что женщины (53%) в большей степени подвержены АГ по сравнению с мужчинами (47%).

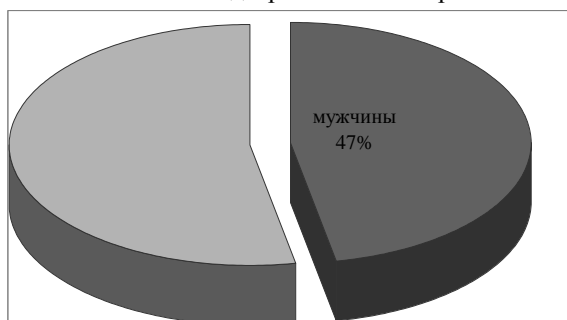


Рисунок 2 - Долевое распределение показателей заболеваемости АГ по половому признаку по республике

В результате анализа распространенности заболеваемости по территориальному признаку выявлены регионы с наибольшими показателями: на первом месте выявлена Ташкентская область -5540 далее Ферганская область -4633 , город Ташкент -3313, Хорезм- 2165 (показатели взяты на 100000 населения).

Выводы: 1.Изучены и проанализированы статистические данные заболеваемости артериальной гипертензией по возрасту, полу,территориальному признаку. 2.Анализ показателей выявил большую расположенность женщин заболеваемостью артериальной гипертензией. 3. Изучение распространения АГ в областном разрезе выявило высокие показатели распространения заболеваемости по Ташкентской, Ферганской, Хорезмской областям. 4. В результате проведенных исследований заболеваемостью АГ была выявлена тенденция роста данной заболеваемости, хотя достигнуты определенные успехи в области лечения и профилактики данного заболевания.

Список литературы

Белоусов Ю.Б., Борисова Е.О. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии // Фарматека.- 2001.- №12.- С.11-20.

Кобалева Ж.Д. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики, профилактики, клиники и лечения // Под ред. В.С.Моисеева.-Москва.-2000.- С.256.

Саипова Д.Т., Мадраимова Р.А. Анализ показателей заболеваемости железодефицитной анемией среди беременных женщин // Фармацевтический вестник Узбекистана. – Ташкент. 2011.-№2. – С.32-36.

Нишанбаев С.З. – докторант 3-го курса, лаборатории химии кумаринов и терпеноидов, e-mail: sabir78@rambler.ru

Научный консультант: **Арипова С.Ф.**, д.х.н., профессор, e-mail: sabir78@rambler.ru
Институт химии растительных веществ имени акад. С. Ю.Юнусова АН РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ФЕНОЛЬНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ *Polygonum coriarium*, ФЛОРЫ УЗБЕКИСТАНА

Введение. Фенольные соединения являются одним из основных продуктов вторичного метаболизма растений, обладающих различной фармакологической активностью. Из биологически активных фенольных соединений в растениях наиболее распространены флавоноиды, кумарины, фенолкарбоновые кислоты и дубильные вещества. К растениям, являющимся богатым источником фенольных соединений, относится растение рода *Polygonum* семейства *Polygonaceae* (Гречишных).

Семейство *Polygonaceae* состоит из около 30 родов и 800 видов растений, широко распространенных почти по всему земному шару, особенно в северной умеренной зоне. Род *Polygonum* представлен во флоре бывшего Союза 123 видами [1], в Центральной Азии – 57 [2], в Узбекистане - 44 видами [3].

Растения этого рода произрастают повсеместно на территории Средней Азии (Памиро-Алай, Тянь-Шань, Джунгарский Алатау) по склонам гор в верхней части лесного и субальпийского пояса гор на высоте до 2500-3000 м над уровнем моря, нередко являются одними из эдификаторов фитоценозов [2].

Они являются богатыми источниками дубильных веществ (до 48%), относящихся к смешанной группе (конденсированных и гидролизуемых) дубильных веществ, флавоноидов (9,4%), фенолкарбоновых кислот, лейкоантоцианидинов, органических кислот и других групп биологически активных соединений [4], используемых для приготовления лекарственных препаратов. Некоторые из них издавна широко используются в народной и научной медицине. Фармакологическое исследование его препаратов показало наличие у них Р-витаминной и противоопухолевой активности, они оказывают противовоспалительное и кардиотоническое действие, снижают проницаемость сосудов, повышают свёртываемость крови, вызывают понижение артериального давления [5-6].

Цель исследования. Нами было продолжено изучение химического состава фенольных соединений надземной части *Polygonum coriarium* Grig. (горец дубильный или таран дубильный).

В данном сообщении представлены результаты исследования фенольных соединений надземной части растения *Polygonum coriarium* Grig..

Материалы и методы. Для проведения исследования надземная часть растения *Polygonum coriarium* Grig. была собрана в период цветения (июль 2015 г.), в ущелье реки Пскем Ташкентской области Республики Узбекистан.

Высушенную и измельченную надземную часть растения тарана дубильного (2,0 кг), экстрагировали при комнатной температуре пятикратно 70 % водным этанолом. Объединенный спирто-водный экстракт концентрировали (0,5 л), разбавляли водой (1 : 1) и последовательно реэкстрагировали хлороформом (500 мл × 5), этилацетатом (500 мл × 5) и *n*-бутанолом (500 мл × 5). Затем, упаривая хлороформные, этилацетатные и *n*-бутанольные извлечения, получили соответственно 16 г (0,8 % от в. с. с.), 25 г (1,25 %) и 132 г (6,6 %) сумма экстрактивных веществ.

Результаты и обсуждения. Этилацетатную фракцию (20 г) хроматографировали на колонке с силикагелем (КСК 150/300 mesh) и получили несколько фракций, каждая из которых содержала различные фенольные соединения. Затем эти фракции рехроматографировали на колонке с адсорбентом

сефадекс LH-20. В результате были выделены в индивидуальном виде четыре соединения **1 - 4** фенольного характера.

Выделенные фенольные соединений идентифицировали сравнением спектральных характеристик веществ (УФ-, ИК-, ЯМР ^1H , ^{13}C – спектры) с таковыми, описанными в литературе, а также непосредственным сравнением с достоверными образцами, выделенных нами из других видов растений.

На основании изучения спектральных данных соединения **1** идентифицировали как коричневая кислота, соединения **2** идентифицировано как 7-гидрокси-6-метоксикумарин (скополетин), соединения **3** идентифицировано как изокверцитрин, соединения **4** идентифицировано как нарциссин.

Вывод. Таким образом, согласно проведенным фитохимическим исследованиям впервые показано, что надземная часть растения *Polygonum coriarium* Grig. является источником биологически активных фенольных соединений: коричневой кислоты (**1**), скополетина (**2**), изокверцитрина (**3**) и нарциссина (**4**).

Список литературы

1. Флора СССР, Изд-во АН СССР, 1936, М. – Л., Т.5, с.442, 594, 663.
2. Определитель растений Средней Азии, Издательство «Фан», Уз ССР, - Ташкент, 1971, с. 218-219.
3. Флора Узбекистана, Изд-во АН УзССР, - Ташкент, 1953, Т.2, с. 98, 172, 201.
4. Растительные ресурсы СССР. Издательство «Наука». - Л. 1985. Т. 1. С. 260.
5. Айзиков М.И. Антиатеросклеротическая активность некоторых ротеноидов, терпеноидов и проантоцианидинов из флоры Средней Азии: Автореф. дис. ...док-ра мед. наук., - Ташкент, 1993.
6. Хушбактова З.А., Сыров В.Н., Кулиев З.А. Исследование гиполипидемических свойств полимерных проантоцианидинов из растений, используемых в народной медицине // Химико-фармацевтический журнал, 1989, Т.23, №9, с. 1111-1115.

A.N. Karabayeva¹, master of 2nd year, A.D. Asilbekova¹, PhD., acting professor, S.K. Ordabayeva¹, d. pharm.sc., professor, I.M. Sharipov², c. pharm.sc.,

¹Department of pharmaceutical and toxicological chemistry, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan arunva-kan66@mail.ru, ordabaeva@mail.ru, asilbekova_akmaral@mail.ru

²Department of pharmaceutical chemistry with courses of analytical and toxicological chemistry, faculty of pharmacy, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia, ishar@hotmail.ru

THE DEVELOPMENT OF METHODS FOR ASSESSING THE QUALITY OF THE SUBSTANCE 2,4,5-TRIBROMO-1-(1-OXATHIOLANES-3)-IMIDAZOLE

Summary

The physicochemical properties of the developed methods of proof of identity and quantification substances of 2,4,5-tribrom-1-(1-oksotietanil-3) imidazole, recommended for pre-clinical studies as an antidepressant agent.

Keywords: standardization, imidazole, 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole, substance, methods of quality assessment.

According to World Health Organization the depression takes 12% in the structure of all causes of disability in the world and by 2020 this figure will rise to 20%. Antidepressants used in the treatment of depressive syndromes to date are poorly understood drugs. At the moment there is no drug that meets the requirements of high efficiency and safety, therefore, the search and introduction of new antidepressants remains an important issue [4].

A special interests shows derivative of halogen imidazoles, as reaction to their basis of electophilic and nucleophilic substitution synthesized a large number of potential biological active substances. At the Department of pharmaceutical with courses of analytical and toxicological chemistry GBOU VPO BGMU (Ufa,Russia) Sharipova I.M. with co-athors, synthesized a new active compound 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole, which shows the high antidepressant activity[6,8].

In connection with the recommendation for preclinical studies raises the need for developing methods of quality control and standardization of substance.

The purpose of this study was to investigate the physico-chemical properties, development of methods for proof of identity and quantification of the substance 2,4,5-Tribromo-1-(1-oxathiolanes-3)-imidazole

Materials and methods. In this work we used the substance 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole (I-81),sources and intermediate products of synthesis 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole (TBI) and 2-[4,5-dibromo-1-(thietanyl-3) imidazolyl -2-thio] acetic acid (I-13), which obtained in the Department of pharmaceutical with courses of analytical and toxicological chemistry, faculty of pharmacy, Bashkir State medical university, Ufa, Russia.

Quality specification and standardization of I-81 are developed on laboratory samples of the substance in accordance with the requirements of the State Pharmacopoeia of the Republic of Kazakhstan in the parameters: description of appearance, solubility, loss in weight when dried, melting point, identification and quantification [2].

The melting point of a substance is defined on the device M70 Melting Point System (Mettler Toledo, Switzerland).

For identification of I-81 studied the possibility of using reactions similar to halogen derivatives of imidazoles.

The developed technique of thin layer chromatography (TLC) for identification and determination of impurities in a substance. Study of the chromatographic behaviour of the substance And-81 and possible impurities And-13, of TBI was conducted on the plates "Sorbfil" (10 x 10, Russia) ensuring the reproducibility of experiments. The sample plates was applied by using microspaces (MSH, Russia) and microvascular volume of 2 µl (Russia).

Studied the possibility of using the spectral characteristics for identification and quantitative determination of I-81 by UV-spectrophotometry and IR spectroscopy.

UV spectra were recorded on a spectrophotometer SF-2000 (Russia) in the wavelength range 200-700nm, in cuvettes with layer thickness of 10 mm.

The IR-spectrum of substance was taken on a spectrophotometer INFRALUM Ft-08 (Russia), in disks with potassium bromide in area from 4000 to 400 cm⁻¹.

In physical, chemical and physic-chemical researches was used 5 series of laboratory samples of the researching compound.

Table 1 - Result of researching solubility of substance I-81

Solvents	Conditional term (Sph RK.1, page.25)	Quantity of solvents in ml for solution 1g of substance I-81				
		№ series of laboratory samples				
		LS-1	LS-2	LS-3	LS-4	LS-5
distilled water, ethyl acetate, benzol, ether	ispractically insoluble	>10 000	>10 000	>10 000	>10 000	>10 000
acetonnittile, hexane	very slightly soluble	>1000	>1000	>1000	>1000	>1000
Acetone	slightly soluble	780	760	760	780	770
ethanol 95 %	Soluble(with heating)	15	10	10	16	18
chlorophorm, dioxane, dimethylformamide, glacial acetic acid	Soluble	>10	>10	>10	>10	>10

The results and discussion. 2,4,5-Tribromo-1-(1-oxathiolanes-3)-imidazole is a light-yellow crystalline powder, bitter taste without smell. Soluble in chloroform, dioxane, dimethylformamide, glacial acetic acid, when heated in ethanol and other lower alcohols, slightly soluble in acetone, very slightly soluble in acetonitrile and hexane, practically insoluble in acids and alkalis, as well as in ethyl acetate and benzene, not soluble in water and ether (table 1).

The loss in weight upon drying for samples weighing about 0.5 g (precise linkage), dried at a temperature of 100-105°C to constant weight, amounted to no more than 0.5%. The melting point of I-81 is in the range of 191-195°C with decomposition (table 2).

Table 2- The physical composition of 2,4,5-tribrom-1-(1-oksotietanil-3)imidazole

№ series of laboratory samples	Description	The melting temperature	Loss the weight on drying, %
Ls-1	light yellow cryptocrystalline powder, bitter taste without smell.	190,8-191,5	4,5 ± 0,1
LS-2	light yellow cryptocrystalline powder, bitter taste without smell.	190,8-191,5	4,8 ± 0,1
LS-3	light yellow cryptocrystalline powder, bitter taste without smell.	191,3-192,5	4,2 ± 0,2
LS-4	light yellow cryptocrystalline powder, bitter taste without smell.	192,5-193,0	4,0 ± 0,1
LS-5	light yellow cryptocrystalline powder, bitter taste without smell.	193,5-194,6	4,5 ± 0,1

To determine the authenticity of a new derivative of imidazole has been proposed the following reaction. The presence in the molecule of a tertiary nitrogen species, compounds imidazole ring allowed us to carry out the reaction with obmelchanie precipitant reagents: reagent Dragendorf, Bouchard, Lieberman, the molybdophosphoric and picric acid.

The presence of halogen in the substance of I-81 was proven by the reaction with silver nitrate in nitric acid medium after sintering with anhydrous sodium carbonate (formed yellow precipitate cheesy).

A specific reaction to confirm the presence of the sulfur atom was performed with plumbum acetate after mineralization (drop black sludge) [6].

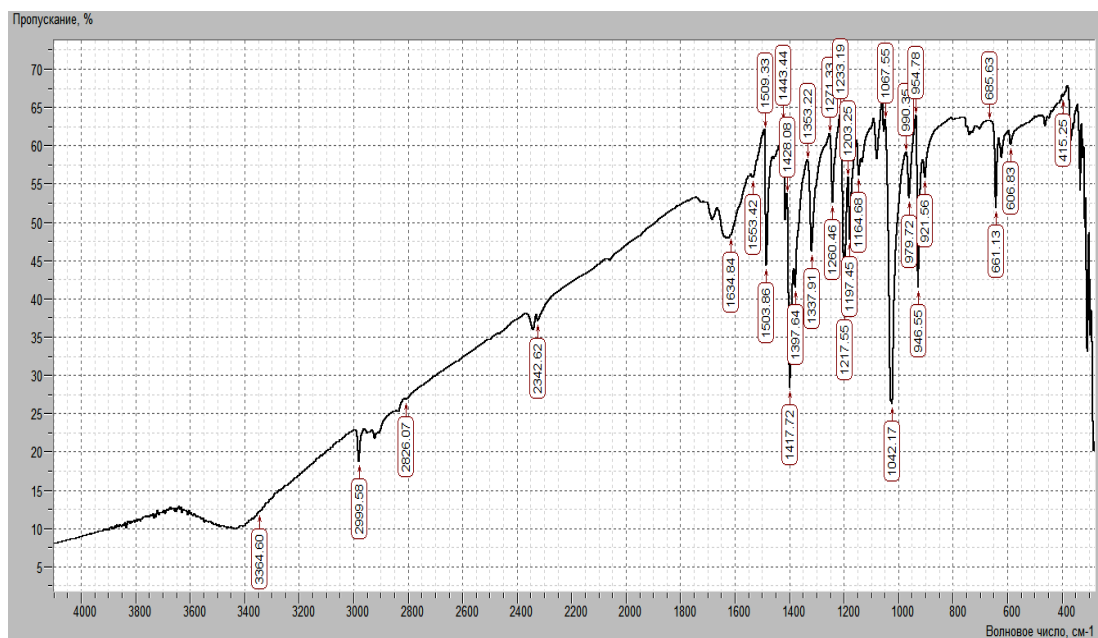
IR- spectrum connection, was taken in spectrometer INFRALUM Ft-08 (Russia), in disks with potassium bromide in area from 4000 to 400 cm^{-1} , has characteristic absorption bands. In area 1042 cm^{-1} appearing stretching vibrations sulfoxide group (S=O), absorption bands in areas 685, 661 and 606 cm^{-1} corresponds to the valence vibrations of halogenated organic compounds (C-Br). Characteristic brands absorption of the valence vibration carbon-carbon and carbon- nitrogen connection of imidazole ring appearing in 1553, 1503, 1417, 1337 cm^{-1} (picture 1) [7].

The main reason of appearing outside impurities in preparation as fact is disturbance of technological regime of production and not keeping of storage condition of preparation. For that reason the impurities in preparation can be as products and synthesis intermediates also degradation products of the drug during storage.

We made the methods of TLC For determination of identity and outside impurities in researching substance. It was researched the influence of mobile phase (MP) different formulation and the polarity of the mobility I-81 and selectivity of Chromatographic system. The mobility of substance and its components were assessed on the basis of the quantified Rf. As part of the study chromatographic mobility of 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole and its specific impurities (2,4,5-tribromimidazole) has been tested 10 system solvents of different compounds. As a result of this was taken the optimal compound og MP for analys of substance I-81 and the possible impurities: Chloroform- acetone (9:1).

It has studied the possibility of using spectral characteristics for identification and for quantification of preparation. Studying of UV-spectrums in systems of acidic, neutral and the main character showed that

the maximum absorption of I-81 is appeared in medium neutral-ethyl spirite at a wavelength 245 ± 2 nm, specific absorption rate is $E1\%1cm 219.8$ [3].



Picture 1- IR-spectrum of substance 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole

Statistically processed results of quantitation of researching compounds was showed in table 3.

Table 3 - Metrological characteristics of quantition 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole

Object of researching	n	\bar{x}	P	S	$S_{\bar{x}}$	t (95, 6)	$\Delta\bar{x}$	$\bar{x} \pm \Delta\bar{x}$	$\bar{\epsilon}$
I-81	5	0,496	0,98	1,0·10 ⁻²	0,4·10 ⁻²	2,45	0,016	0,496± 0,016	2,16%

Conclusion. In this way, at first time it has studied the physical and chemical properties, identified specific quality of and was done the standartization of 2,4,5-tribrom-1-(1-3-oksotietanil)-imidazole as a drug substance.

References:

- Alexandrov E. V. Properties of galogenidov (Review) / E. V. Aleksandrova, A. N. Kravchenko, P. M. Kochergin // Chemistry of heterocycle. connect. - 2011. - № 3 (525). - P. 323-356.
- State Pharmacopoeia of the Republic of Kazakhstan, I ed. Astana - 2008.– 591c.
- Karabaeva A. N., Asilbekova D. A., ordabayeva S. K., Sharipov I. M., "Spectral-photometric analysis of the new derivative of imidazole". - VIII national Congress of pharmacists of Ukraine. - Materials of scientific-practical conference "pharmacy XXI century: trends and prospects".; ISBN 978-966-615-489-0, 13-16 September 2016, Kharkov, Ukraine, vol. 1, p. 458.
- Kataev, V. A. Tetany based on benzimidazole and imidazole. Synthesis, structure and biological properties: abstract. dis. Dr. Pharm. Sciences: 15.00.02 / Kataev Valery Alekseevich. - M., 2006. - 46 p.
- Kramarenko V.F., Popov V.I. Photometry in pharmaceutical analysis. - Kiev, 1972. – P. 46-48.

6. Sharipov, I. M. Synthesis and biological activity of titanium-containing derivatives of 4,5-dibromoanisole: author. Sciences: 14.04.02 / . Irik Munirovich - Ufa, 2014. - 163 p.

7. Tarasevich B. N., The IR spectra of the main classes of organic compounds; Reference materials / B. N. Tarasevich. - M., Moscow state University named after M. V. Lomonosov, faculty of chemistry, Department of organic chemistry, Moscow, 2012 – 54p.

11. Cryan, J.F. The tail suspension test as a model for assessing antidepressant activity: Review of pharmacological and genetic studies in mice / J.F. Cryan, C. Mombereau, A. Vassout // Neurosci. Biobehavior. Rev. - 2005. - Vol. 29, № 4-5. - P. 571-625.

Мирсоатова М.- студентка 4-го курса фармацевтического факультета, [E-mail: mirsoatova@mail.ru](mailto:mirsoatova@mail.ru)

Научные руководители: **Ордабаева С.К.**, [E-mail: ordabaeva@mail.ru](mailto:ordabaeva@mail.ru);

Махова Е.Г., [E-mail: megarelena@mail.ru](mailto:megarelena@mail.ru);

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент,
Республика Казахстан

РАЗРАБОТКА СОСТАВА СИРОПА МУКАЛТИНА

Введение. «Мукалтин» – лекарственный фитопрепарат, обладающий отхаркивающим действием и применяемый при затрудненном отхождении мокроты из дыхательных путей. В основе препарата лежит суммарный экстракт травы алтея лекарственного, биологически активными веществами которого являются полисахариды, издавна применявшиеся для лечения воспалительных процессов дыхательных путей. Слизь этого растения, попадая в организм, покрывает стенки слизистых оболочек и кожи, защищая их от раздражения, удерживает на себе микробы и вирусы, не позволяет соприкоснуться им с тканями организма. Секретолитическое действие препарата «Мукалтин» обеспечивает разжижение мокроты, скопившейся в дыхательных путях и сопровождающейся влажным кашлем, снимает раздражение дыхательных путей, а также оказывает противовоспалительное и смягчающее действие. Применяется для облегчения кашля при заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей для лечения острых и хронических бронхитов, ларингитов, пневмоний и многих других заболеваний дыхательных путей [1].

На сегодняшний день мукалтин производят различные производители (АЙ СИ ЭН Лексредства (Россия), Вифитех (Россия), Галичфарм (Украина), Дальхимфарм (Россия), Ирбитский химико-фармацевтический завод (Россия), Медисорб (Россия), Московская фармацевтическая фабрика (Россия), Мосхимфармпрепараты им. Н.А. Семашко (Россия), Опытный завод ГНЦЛС Укрмедпром (Украина), Сти-Мед-Сорб (Россия), Татхимфармпрепараты (Россия), Тюменский химико-фармацевтический завод (Россия), Уралбиофарм (Россия), Фармстандарт-Лексредства (Россия), Харьковский ГНЦЛС (Украина), Химфарм (Казахстан) в виде таблеток, жевательных таблеток, сиропов.

«Мукалтин» - шипучие таблетки, предназначенные для рассасывания или растворения в небольшом количестве жидкости. В составе препарата в качестве вспомогательных веществ используются кислота винная и натрия гидрокарбонат. При контакте с водой в результате химической реакции между кислотой винной и натрия гидрокарбонатом образуется углекислый газ, пузырьки которого дают вспенивание и действуют как суперразрыхлитель. Растворенные в воде шипучие таблетки характеризуются быстрой абсорбцией и лечебным действием, они наносят меньше вреда пищеварительной системе и улучшают вкус действующих веществ. Вместе с тем, кислота винная придает таблеткам кислый вкус. Также взаимодействие кислоты винной и натрия гидрокарбоната приводит к повышению кислотности желудочного сока и раздражению слизистой оболочки желудка.

При применении таблеток «Мукалтин» в детской практике дети раннего возраста часто отказываются от приема таблеток ввиду их кислого привкуса. У взрослых с повышенной кислотностью желудочного сока и другими проблемами ЖКТ, применение мукалтина может вызвать нежелательные побочные реакции. В связи с этим, таблетки «Мукалтин» имеют

противопоказания: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронические заболевания ЖКТ, сахарный диабет [2].

Цель исследования. Разработка состава сиропа Мукалтина.

Материалы и методы. Объектами исследования являются: субстанция мукалтина, представляющая собой смесь полисахаридов травы алтея лекарственного, таблетки «Мукалтин» (АО «Химфарм»), субстанция фруктозы (ГФ РК, т.2).

Результаты и обсуждения. Учитывая ограничение применения таблеток «Мукалтин» в детской практике, мы предлагаем сироп «Мукалтина» для детей. На сегодняшний день на фармацевтическом рынке присутствуют сиропы алтея различных торговых названий и производителей: сироп Алтея (Ядран, Хорватия), (АО «Химфарм», Казахстан), (ЗАО «Вифитех», Россия), Алте (ПФП Геми, Польша), Алтемикс (ФК Здоровье, Россия) и др.

В известных на данный день прописях сиропа алтейного корня корень алтея вводится в рецептуру на основе водного настоя корня, в качестве основы используется сахароза. На сегодняшний день в производстве сиропов ввиду профилактики сахарного диабета существует тенденция замены сахарозы на фруктозу, которая имеет преимущества перед сахарозой:

- природный продукт, содержащийся в меде, фруктах;
- углевод с низким гликемическим индексом;
- усваивается без участия инсулина, что не создает нагрузку на поджелудочную железу и стабилизирует уровень сахара в крови;
- возможность применения в пищевом рационе больных сахарным диабетом;
- снижение риска возникновения кариеса зубов на 35-40 %, что важно для лечения детей;
- высокая степень сладости;
- устраняет резкие гормональные перепады и приступы голода; улучшает всасывание действующих веществ [3,4].

Использование фруктозы в качестве основы сиропа имеет преимущество и при проведении фармакопейного анализа. Количественное содержание полисахаридов нормативная документация предусматривает проводить после гидролиза в пересчете на глюкозу. Сахароза при кислотном гидролизе расщепляется на глюкозу и фруктозу, что будет мешать получению достоверных результатов [5,6].

Таким образом, мы предлагаем состав сиропа Мукалтин, в котором действующее вещество сумма полисахаридов алтея вводится в состав в виде сухого экстракта, а в качестве вспомогательного компонента используется фруктоза. Введение в сироп действующего вещества травы алтея - Мукалтина в виде сухого экстракта обеспечит полную сохранность действующих веществ и дополнительную стабильность препарата.

Вывод. Таким образом, проведено теоретическое и экспериментальное обоснование состава сиропа Мукалтин на основе фруктозы.

Список литературы

- 1 Соколов, С.Я. Фитотерапия и фитофармакология / Руководство для врачей, М.:МИА.-2000.-976 с.
- 2 Машковский М. Д. Лекарственные средства /15-е изд. Машковский М. Д., М.: РИА «Новая волна»: издатель Умеренков.-2008.-1206 с.
- 3 Бронникова, О.В. Лекарственные препараты для детей: требования, особенности, информативность потребителей //Провизор, 2005.- №4.- С. 27 -30.
- 4 Ким М.Е., Олейникова Т.А., Евсеева С.Б. Сиропы с фитопрепаратами: номенклатура, разработка, особенности состава, технологии (обзор) /Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2015.- №2.-С.193-198
- 5 Сиропы, содержащие фитопрепараты - технология, методологические принципы исследования / И.Н. Андреева, Э.Ф. Степанова, А.Ю. Албаков и др.// Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения: тез. докл. 5 Межд. съезда...5-7 июля 2001г. - СПб, 2001. – С.59-62.
- 6 Самылина И.А., Баландина И.А. Пути использования лекарственного растительного сырья и его стандартизация // Фармация, 2004- № 3.-С.13-17.

Жураева А.А., Мелиев А.А., студент 2 курса факультета промышленной фармации
Научный руководитель: Абдуллабекова В.Н., профессор, доктор фарм.наук, e-mail:
avn1960@mail.ru

Ташкентский фармацевтический институт, Республик Узбекистан, Ташкент

ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ЭФИРНОГО МАСЛА ТРАВЫ ЗВЕРБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО

Введение. Одним из широко известных лекарственных растений, произрастающих на территории Республики Узбекистан, является зверобой продырявленный (*Hypericum perforatum*, сем. Hypericaceae). Это растение давно нашло применение в народной и официальной медицине, как кровоостанавливающее, противомикробное, противовоспалительное, гепатопротекторное, иммуностимулирующее средство [1, 2].

Цель исследования. Изучение компонентного состава эфирного масла надземной части зверобоя продырявленного для разработки на его основе комбинированных стоматологических лекарственных средств природного происхождения.

Материалы и методы. Извлечения эфирного масла получали путем его перегонки с водяным паром из растительного сырья с последующим измерением объема эфирного масла. Компонентный состав полученного эфирного масла изучали методом газохроматомасс – спектрофотометрии.

Результаты и обсуждения. Масса полученного эфирного масла составила 0,1 мл. Содержание эфирного масла в пересчете на абсолютно сухое сырье составило 0,25%. Компонентный состав эфирного масла изучали методом газохроматомасс - спектрофотометрии в следующих выбранных условиях: колонка - CP-Wax 58 FFAPCB 24,5 mm x 250 mm x 0,20 mm nominal; подвижная фаза – He (гелий); скорость подвижной фазы в колонке – 1,0 мл/мин; объем вводимой пробы – 5мкл; разрешение (5:1), в режиме Split; температура испарительной камеры -220°C; температура детектора 275°C; Аух-200°C; температура колонки от 70°C постепенно повышают со скоростью 10°C/мин до 250°C, до конца анализа выдерживают изотермический режим температуры (250°C) в течение 5 мин.

Идентификацию полученных веществ в исследуемом образце проводили с помощью программной библиотеки Willey-275.1 Результат представлен на рисунке и в таблице.

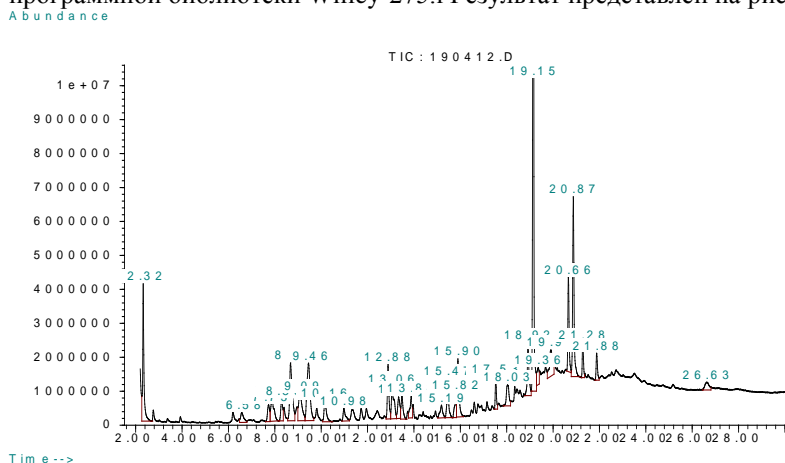


Рисунок - Хроматограмма эфирного масла зверобоя продырявленного

Таблица - Состав эфирного масла травы зверобоя продырявленного

Соединение	Узбекистан	Китай	Туркия	Молдово	Сербия
2-метилоктан					+
А –пинен	+	+	+	+	+
В-пинен	+	+		+	+
Кариофиллен	+		+		
Г-мууролен					+
Г-кадинен					+
Каламинен	+				
Спатуленол	+				
кариофиллен оксид	+			+	+
Ледол			+		+
α – копаин	+				+
α – бисаболо-локсид	+				
аромадендрен	+		+	+	+
Транс- β- фарнезен	+		+		
α –аморфен	+		+		
валенцен	+		+		
γ – кадинен	+				
α – калакорен	+				
бисаболоноксид	+				
бисабололоксид А 2Н-пиран-3-ол	+				
Ценеол		+			
Мирцен		+			

Вывод. Полученные данные будут использованы при разработке и стандартизации лекарственного средства на его основе.

Список литературы

1. Айзедман Б.Е., Дербенцова Н.А. Антимикробные препараты из зверобоя.– Киев, 1976.– 156 с.
2. Кортиков В.Н., Кортиков А.В. Лекарственные растения.– М.: Рольф, Айрис-пресс, 1999.– С. 213–216.
3. Aleksandra S. Đorđević. Chemical composition of hypericum perforatum L. Essential oil. Advanced technologies. 4(1) (2015) 64-68
4. Ebru Yüce. Analysis of the Essential oils of two Hypericum species (H.Lanuginosum var. lanuginosum Lam. and H. perforatum L.) from Turkey. E. Yüce / Hacettepe J. Biol. & Chem., 2016, 44 (1), 29–34
5. Benea Anna, Goncariuc Maria, Kulcitzki Veaceslav, Dragalin Ion, Nisteanu Anatolie. Essential oil chemical composition biodiversity In the hypericum l. Species from the spontaneous flora Of the republic of Moldova. Muzeul olteniei craiova. Oltenia. Studii și comunicații. Științele naturii. Tom. 29, no. 2/2013

Нурханова Г.Ж.¹ – фармация магистрі, nurkhanova_87@mail.ru, Ордабаева С.К.¹ -
фарм.ғ.д., профессор, ordabaeva@mail.ru, Махова Е.Г.¹ – фармация магистрі, megarelena@mail.ru,

Турсубекова Б.И.¹ – фарм.ғ.к., доцент м.а., bayan69@mail.ru

¹ Фармацевтикалық және токсикологиялық химия кафедрасы, фармацевтикалық факультет,
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНДА САЛИДРОЗИДТІ АНЫҚТАУДАҒЫ ЖОҒАРЫ ТИІМДІ СҰЙЫҚТЫҚ ХРОМАТОГРАФИЯ

Rhodiola Semenovii Boriss (Семенов семізоты) – жасаңшөптер тұқымдасына жататын, тау бұлақтарының жағалауында өсетін көпжылдық шөптесін өсімдік, ол Шығыс Еуропа мен Азия елдерінің халық медицинасында кеңінен қолданысқа ие.

Берілген өсімдіктің кең спектрлі фарма-кологиялық әсері оның құрамындағы фенолды гликозидтер, флавоноидтар, илік заттар, микро-элементтер, органикалық қышқылдар, эфир майлары, липидтер, терпеноидтар, көмірсулар және т.б. биологиялық белсенді қосылыстардың болуына байланысты [1-5].

Семенов семізотының негізгі биологиялық белсенді заттарының бірі тонусты жоғарылататын және антиоксидантты қасиетке ие фенолды гликозидтер. Семізоттағы фенолды гликозидтердің өкілі ретінде салигенин 2-О-β-D-глюкопиранозидтің флавоны гликозиді болып табылатын салидрозид анықталған [6].

Зерттеу мақсаты – *Rhodiola Semenovii* Boriss тамырсабақтары мен тамырларындағы салидрозидтің сандық мөлшерін анықтау әдістемесін жасау.

Материалдар және әдістер. Зерттеу объектісі ретінде Қазақстанның оңтүстік аймағында жаппай гүлдену мен жемістену кезеңінде дайындалып, ауалы-құрғақ жолмен кептіріліп, майдаланған *Rhodiola Semenovii* Boriss тамырсабақтары мен тамырлары қолданылды.

Зерттеулерде «Agilent 1100 Series» (АҚШ) маркалы жоғары тиімді сұйықтық хроматограф қолданылды. Хроматография-лық зерттеулер келесі жағдайларда жүргізілді: Zorbax Eclipse XDB (l=150 мм, d=4,6 мм, қатты фаза бөлшектерінің өлшемі 5 мкм) сорбенттерімен толтырылған аналитикалық әмбебап бағана – C₁₈ (2 x 64 мм, шойын); қозғалмалы фаза құрамы: 2 % мұзды сірке қышқылы қосылған 95 % этил спирті – су (2:8); УК-детектирлеу 252 нм толқын ұзындығында; сезімталдық диапазоны - 0,8; қозғалмалы фаза жылдамдығы - 100 мкл/мин; бағана температурасы – 20 °С – 25 °С; айдалатын элюент көлемі – 2000 мкл. Еріткіштер ЖТСХ үшін «т.ү.т.» санатына жатады.

Нәтижелер және талқылаулар. Зерттелетін өсімдік шикізатындағы салидрозидтің сандық мөлшерін жоғары тиімді сұйықтық хроматография әдісімен анықтаудың әдістемесі жасалынды. Зерттелетін ерітіндінің хроматограммасында салидрозидтің шығу уақыты анықталынды және шыңдары идентификацияланды, ол 13,72±0,01 минут аралығын құрады.

Метрологиялық сипаттамалар Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопоеясы ұсынған әдістемеге сәйкес $r=0,95$ тең ықтималдылықта шикізаттағы салидрозидтің және салидрозидтің жұмысшы стандартты үлгілерінің спиртті ерітінділерін талдауда есептелінді [7]. Валидациялық сипаттамаларды зерттеу таңдамалылық (спецификалық), сызықтық тәуелділік, дұрыстық және орындаушылық сияқты көрсеткіштер бойынша жүргізілді.

Жасалынған әдістеменің спецификалығы хроматографиялаудың тиімді таңдалған шарттарында салидрозидтің ЖСҮ-мен сәйкес келетін талданатын үлгілердің хроматографиялық шыңдарының ұсталу уақыттарына сай келуімен анықталынды.

Әдістеменің сызықтығы хроматографиялық ауданның ЖСҮ-дегі салидрозидтің концентрациясына тәуелділік графигі бойынша бағаланды. Сызықтық тәуелділікті статистикалық өңдегенде $y=bx+a$ теңдеуі бойынша сызықтық регрессиялық графиктің корреляция коэффициенті r салидрозид үшін 0,9992 тең болды.

Шикізаттағы салидрозидтің концентрациясын көп реттік жеке анықтаулар жүргізгенде нәтижелердің дұрыс сәйкестіктері байқалды, аналитикалық әдістеменің орындаушылығына тән. Бұл жағдайда салидрозид бойынша орташа нәтижелердің салыстырмалы қателігі ±1,65% құрады.

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

Зерттелетін шикізаттағы салидрозидті сандық анықтағанда мөлшері абсолютті құрғақ шикізатқа санағанда 0,87-1,41 %, $0,87 \pm 0,063\%$ кем еместігі анықталынды.

Қорытынды. Сонымен, *Rhodiola Semenovii* Boriss тамырсабақтары мен тамырларындағы салидрозидті сандық анықтаудың валидацияланған әдістемесі жоғары тиімді сұйықтық хроматография әдісімен жасалынды.

Әдістеменің салыстырмалы қателігі $\pm 1,65\%$ құрады, ол *Rhodiola Semenovii* Boriss тамырсабақтары мен тамырларындағы фенолды гликозидтерді салидрозид бойынша стандарттау үшін ұсынуға болатын әдістеме болып табылады.

Әдебиеттер

1. Нурханова Г.Ж., Турсубекова Б.И., Ордабаева С.К. Определение числовых показателей корней и корневищ *Rhodiola Semenovii* Boriss//Вестник ЮКГФА.-2015-№2(71) б.105-108.
2. Нурханова Г.Ж., Махова Е.Г., Турсубекова Б.И., Ордабаева С.К. Изучение элементного состава и его количественного содержания в корневищах и корнях *Rhodiolae Semenovii* Boriss//Вестник ЮКГФА. -2015-№4(73) б.180-183.
3. Самылина И.А., Сорокина А.А. Атлас лекарственных растений и сырья. Уч. пос. по фармакогнозии // Москва: Авторская Академия,-2008.-226-227 б.
4. Муравьев Д.А. Золотой корень, корень родиолы//Фармакогнозия.-М: Медицина, 1981.-541-545 б.
5. Куменов М.К., Грудзинская Л.М., Беклемишев Н.Д. және т.б. Лекарства из растений// Алматы: Мектеп, 2002.-130-132 б.
6. Нурханова Г.Ж. *Rhodiola Semenovii* Boriss тамыр сабақтары мен тамырларын фитохимиялық зерттеу және стандарттау//Шымкент, ОҚМФА, 2016 – 109б.
7. Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопеясы/Т.1.-Алматы, «Жибек жолы», 2008. б.592

СОДЕРЖАНИЕ

Секция: «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»	
Баулина О.А., Баулин В.А., Баулин А.А. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТГОСПИТАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	3
Бейсембаева В.С., Сандыгулова М.С. Ахметова.С.Б. БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ И ИХ КОМБИНАЦИЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К МУЗЕЙНЫМ ШТАММАМ	4
Сорочан А.П. , Семенченко Л.А. , Вороньжев И.А. ОСОБЕННОСТИ РАССЕЯННЫХ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ПО ДАННЫМ КОНВЕНЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ	5
Евадилла Н.А., Нурдаулетов Е.Т., Аргинбаев М.Н., Әуелбек Б., Кадирбеков Ф.Е., Жиембаева Қ.М. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СИНДРОМА УКАЧИВАНИЕ	6
Сейдинова А.Ш., Ишигов И.А. ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ НА ФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, РАБОЧАЯ ПАМЯТЬ) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2ТИПА	7
Утқалбаев Г.М., Бекқулиев Н.А., Хавдразах А., А.Е. Алибеков,И.М. Хамитова ГАСТРОДУОДЕНАЛДІ ОЙЫҚ ЖАРАДАН ҚАН КЕТКЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛДАУ	7
Хамит А.Ү., Бимахан А.Ж., Тулежанов Н.Қ. ХИРУРГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРҒА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ	9
Ауанасова А.Т., Туртаева А.Е. ЖСД НАУҚАСТАРЫНДАҒЫ АУРУ БЕЛСЕНДІЛІГІНЕ ТӘУЕЛДІ ГОРМОНАЛДЫ ФОН	10
Ахметова Г.Ш., Абдукаримова Ф.Б., Нарходжаев Н.С. ХИРУРГИЧЕСКРЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА	11
Аширбекова Ж.Ж., Тулеутаева С.Т. ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА ПОЛОСТИ РТА	12
Байдалиева М.Ф., Сейдахметова А.А. МЕЙІРГЕР ІСІ БАКАЛАВРЛАРЫН ДАЙЫНДАУДА ЕНГІЗІЛГЕН ОЗЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН БАҒАЛАУ	14
Байжаханова Д.Б., Кожахметова Ж.Ж., Рыскулова Г.О., Рахимжанова Р.И. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНГИОСЦИНТИГРАФИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	15
Батырханова С.Т., Абуова Г.Н. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	16
Беседин Б.В., Ганцев К.Ш., Арыбжанов Д.Т. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ	17
Босынбек Г.Қ., Биматова А.Е., Серікбай М.Қ. ТУА ПАЙДА БОЛҒАН ЖҮРЕК АҚАУЫ	19
Вивсянник В.В., Кушнир Л.Д. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ ПОЧЕК II-III СТАДИИ	20
Ержан С.Б., Кауызбай Ж.А.	21

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗРЕНИЯ , С ПОМОЩЬЮ БИОНИЧЕСКОГО ГЛАЗА	
Ерназарова Ш.С., Казбекова К.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНЗИОННОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСЫ МАССЫ ТЕЛА	23
Есмагамбетова А.М., Сауыт Г.Е., Шакирова Ш.Д., Гусейнова З.К. СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTERPYLORI, С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМХОЛЕЦИСТИТОМ	24
Ешметов Р.Х., Пирматов Р.И., Душанова Г.А. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	25
Әбдікәріев А.Е., Серікбаева М.Т., Бекмурзаева Ә.К. ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ОҢАЛТУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ	26
Әшеков Е.О., Быстревская Л.К. , Карипова А.М. ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	27
Исабаева Г.Ж., Тагабаева Л.М., Серикова Б.Д., Сейдахметова А.А. СТАНДАРТТАЛҒАН НАУҚАС ӘДІСІН ОҚЫТУ ҮРДІСІНЕ ЕНГІЗУ	29
Ишметова Н.И., Кауызбай Ж.А. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ	30
Кабираева А.К., Абуова Г.Н. ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	31
Канафина Т.А., Ожмухаметова Ә.К. РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ INVIVO ОЦЕНКИ УДЕРЖИВАЕМОСТИ ФЛУОРЕСЦЕИНА ПРИ ДОСТАВКЕ В ГЛАЗА	32
Карамамуд-Оглы Д.Х., Сейталини.А., Сейталин Т.А., Жуманазаров Н.А. ВЫБОР МЕТОДА В ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЕСТЕСТВЕННОГО КАЛОВОГО ПАССАЖА В ОБЛАСТИ РЕЗЕЦИРОВАННОГО НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПУТЕМ ИЛЕОТРАНСПОЗИЦИИ	33
Каримов А.М., Сапрыгина М.Б. СОСТАВЛЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА ОБЪЕМА ПРОДАЖ ДЛЯ СЕТИ АПТЕК ” ЗЕРДЕ”	35
Киргизбаев Р.Б., Абуова Г.Н. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОМРАГИАЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ БОЙЫНША ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИЯҒА ҚАРСЫ ІС-ШАРАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ, ОДАН ӘРІ ЖЕТІЛДІРУ	36
Маметова Д.А. , Дауреханов.А.М. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	38
Сапарбеков С., Махатова В.К. БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ ЕМДЕУДЕ АЛЬФА-2В ИНТЕРФЕРОННЫҢ ӘСЕРІ	39
Мельник А.Е., Рудницкая Л.Р., Сенив Н.В., Сицинская И.А. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ТЕНЗИОННОГО ТИПА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД СИМПТОМАТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ	40
Молдаханов О.,Джакипбекова З.К. ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ДЕКСЛАНСОПРАЗОЛА	41
А.И. Мукушев, Р.И. Мельников, Г.Т. Атамбузов, У. Орынказы, Ж.Е. Тусупбаева, Х.Б. Бисмильдин	43

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДИНАМИКЕ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА	
Муталиева К.А., Сапрыгина М.Б. ПРИМЕР ПРИМЕНЕНИЯ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	44
Муталиева К.А., Кауызбай Ж.А. ИСКУССТВЕННАЯ КРОВЬ – КАК РЕШЕНИЕ НЕХВАТКИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ	46
Нарходжаев Н.С. УСТРОЙСТВО ДЛЯ ТОРАКОМЕТРИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	47
Кабираева А.К., Абуова Г.Н. ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР КЕЗІНДЕГІ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫ	48
Оразбаева Э.А., Қауызбай Ж.Ә., Султанова Ж.С., Ходжакулова У.А., Сейдахметова А.А. РАЗРАБОТКА МАТРИЦЫ ОЦЕНКА ВКЛАДА ДИСЦИПЛИН В ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»	50
Пальчик С.М., Вороньжев И.А., Грузкова М.Б. СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С ПОМОЩЬЮ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	51
Исакулова А.Е., Кауызбай Ж.А. КИБЕР-НОЖ	52
Полукчи Т.В., Абуова Г.Н. ОЦЕНКА ФИБРОЗА ПРИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	54
Ракович Д.Ю., Сытая К.О., Сытый А.А., Онощенко А.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГЕНИКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ	55
Сабуров А.Р., Ганцев К.Ш., Арыбжанов Д.Т. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ІV СТАДИИ	56
Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А., Турсунов К.Т. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ	58
Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А., Баймухамбетов Ж.Ж. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА – КАК ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	60
Сайтмуратова С.Ш., Сейдахметова А.А. ОҢ ЖАҚ ЖАРТЫ ШАРДЫҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТЫНАН КЕЙІНГІ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМ	61
Сейталин И.А., Сейталин Т.А., Жуманазаров Н.А. ДЛИНА ОКРУЖНОСТИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВОЗРАСТА ТРУПА НЕОПОЗНАННОГО ЧЕЛОВЕКА	62
Сейткарим А.А., Кауызбай Ж.А. 3D-РЕВОЛЮЦИЯ В МЕДИЦИНЕ	64
Серикова Б.Д., Исабаева Г.Ж., Тагабаева Л.М., Сейдахметова А.А. ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯДА ВЕНАНЫ КАТЕТЕРЛЕУДЕ ДАМИТЫН АСҚЫНУЛАР	65
Сицинская И.А., ассистент, Волошина Л.А. РОЛЬ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ SVSAM-1 У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С УЧЕТОМ ТОКСИГЕННОСТИ ШТАММОВ Н. PYLORI	66
Назарбаев Н.Н., Аманов С.А., Конысбекулы Б., Усманов Б.М., Сагындыков	68

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

Е.Н., Сексенбаев Д.С., Тажимурадов Р.Т. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА	
Д.А.Маметова У.Е.Байшора, А.М.Утенова КОНГО-ҚЫРЫМ ҚАНДЫ ҚЫЗБАСЫ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЫНАН 2015 ЖЫЛДЫҢ 6 АЙЫНДАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙҒА ТАЛДАУ	69
Назарбаев Н.Н., Сексенбаев Д.С., Тажимурадов Р.Т. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА	71
Степановичус Е.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ	73
Султанова Д., Сахова Б.О. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДЖЕКТА В ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЕ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.ШЫМКЕНТ	74
Сытты А.А., Ракович Д.Ю., Сытая К.О., Онощенко А.И. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ	75
Таджибаев К.А., Сарыбай С.М., Тулкибаев А.Б., Абдуллаев Т.О., Курманалиев А.А., Нарходжаев Н.С. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В Г. ШЫМКЕНТ	77
Таджибаев К.А., Сарыбай С.М., Тулкибаев А.Б., Абдуллаев Т.О., Курманалиев А.А., Нарходжаев Н.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ	78
Таджибаев К.А., Сарыбай С.М., Тулкибаев А.Б., Абдуллаев Т.О., Курманалиев А.А., Нарходжаев Н.С. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ДИВЕРТИКУЛИТОМ МЕККЕЛЯ	79
Тайгашева Н.М., Турарбекова Т.Г., Султанова Ж.С., Ж.Ә.Қауызбай, А.А. Сейдахметова ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА	80
Бидан Ә., Сметова Р.А., Бекмурзаева Ә.К., Корганбаева Х.Т., Азизова А.А. ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА SF-36 ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТНОЙ АБЛАЦИИ	82
Аннаоразов Ы.А., Сатханбаев А.З. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО ГЕЛЯ ПЕЧАТУЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ 3Д ПРИНТЕРА (ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ)	83
У.Е. Байшора, А.Е.Кушекбаева ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ И ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «С»	84
Байшора У.Е. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА	85
Беседин Б.В., Ганцев К.Ш., Арыбжанов Д.Т. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА	86
Даутова М.Б., Журунова М.С., Абишева З.С. РОЛЬ БЕЛКА GDF11 В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	87
Гайнисламова Л. Р., Раевский П.И., Косарев Е.А., Григоричева Е.А. ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ С	88

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

КОРОНАРОАТЕРОСКЛЕРОЗОМ	
Ерназарова Ш.С., Казбекова К.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНЗИОННОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСЫ МАССЫ ТЕЛА	89
Ирисметов С.Х., Тусбаев М.Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ	90
Тузельбаев Н.К., Ермаханова Ж.А. ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	91
Арыбжанов Д.Т., Ганцев Ш.Х. РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ СКЕЛЕТА	93
Ботабекова А.К., Абдукаримова Ж.М., Кауызбай Ж.А., Бекмурзаева Э.К. МЕТЕОУСЛОВИЯ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ У НИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ	95
Исаметов Д.Р., Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В БРОНХИАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО	96
Ж.Е. Тусупбаева, А.И. Мукушев, Р.И. Мельников, Г.Т. Атамбузов, У.Орынказы, Х.Б. Бисмильдин МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ	98
Асқарбаева Ж.Б., Әшірбек.Р.А. ҚАЗАҚСТАН РЕПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ЭЛЕКТРОНДЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР	99
Секция «ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО И ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ»	
Вектимирова А.А., Ziyayeva Sh.T. INVESTIGATIONS ON EVALUATION THE ANTIMICROBIC ACTION OF TABLETED MEDICINES "ANGISEPT" AND "LORINGOSEPT" IN EXPERIMENTS IN VITRO	102
Прилипко В.А., Куйбида М.А., Солдаткин А. А., Дзядевич С.В. КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКИЙ БИОСЕНСОР НА ОСНОВЕ УРЕАЗЫ И АРГИНАЗЫ ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРГИНИНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ	103
Даулетбаева Л.Д., Сарсенбекова А.Ж. В ТОБЫ ДӘРУМЕНДЕРІНІҢ (В ₁ ЖӘНЕ В ₂) ТЕРМИЯЛЫҚ ҮДЫРАУЫ	104
Донченко А.А., Васюк С.А. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КСИЛОМЕТАЗОЛИНА ГИДРОХЛОРИДА	106
Нгуен Конг Банг, Абышев А.З. ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ВАРФАРИНА	106
Крысько М.В., Стрелова О.Ю. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕЛЫХ И ПРИРОДНО ОКРАШЕННЫХ ВОЛОС ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА	109
Лопухова Ю.А., Белова М.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ Г. МОСКВЫ	110
Махова Е.Г., Коротков В.А., Ордабаева С.К.	112

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПЛОДОВ МАКЛЮРЫ ОРАНЖЕВОЙ ПО ЭКСТРАГИРУЕМЫМ ВЕЩЕСТВАМ	
Омарова Г.Ж., Кожамжарова А.С. ПОЛИМОРФИЗМ ДНК И НАКОПЛЕНИЕ КАННАБИНОИДОВ У КУЛЬТУРНОЙ И ДИКОРАСТУЩЕЙ КОНОПЛИ В ШУЙСКОЙ ДОЛИНЕ	114
Сервие К.И., Куклин В.Н., Апраксин В.Ф. ХИМИКО - ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВЕНЛАФАКСИН»	115
Шабалина Ю.В., Самородов А.В., Давлятова Г.Г., Уразбаев М.А., Халиуллин Ф.А. ПОИСК НОВЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЯДУ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ АНАЛОГОВ ПУРИНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ	116
Фишер Е.Н., Комаров Т.Н., Мельников Е.С., Раменская Г.В. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ	118
Аксенов А.А., Комаров Т.Н., Мельников Е.С., Родина Т.А., Раменская Г.В. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ АНТИКОАГУЛЯНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	120
Сәрсехан М., Джаксылыкова Р.Б., Асылбекова А.Д. БИДАЙ ҚАЛДЫҚТАРЫНАН АЛЫНАТЫН МАЙДЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ ТОКОФЕРОЛ	122
Issabayeva K.E., Ubaidayev M.N., Jaxsylykova R.B., Aikozova L.D. RESEARCH OF CHLORIDES DECOMPOSITION BY PHOSPHORIC ACID	124
Абсадық Н.Е., Байысбай О.П., Айкозова Л.Д. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА АБСОРБЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ГАЗОВ	125
Карамаврова Т. В., Лебединец В. А. СОСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА НА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ	127
Кулмирзаева Д., Олимов Х.К. ПОЛУЧЕНИЕ НОВЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ПРОИЗВОДНЫХ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ С СУЛЬФАМИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	128
Козлов А.В., Раменская Г.В., Сычев Д.А. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАБИГАТРАНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ	130
Мирзаева М.М., Адизов Ш.М., Сагдуллаев Ш.Ш., Юлдашев П.Х., Азимова Ш.С. НОВАЯ РЕАКЦИЯ РАСКРЫТИЯ ИНДОЛЬНОГО КОЛЬЦА α -МЕТИЛЕН ИНДОЛЕНИНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ.	131
Спиридонова Н.В., Лебединец В.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСТВОРИМОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА СУБСТАНЦИИ N 1-АЛКИЛ-7-ДИАЛКИЛАМИНО-3-ТИАЗОЛИЛ-6-ФТОРХИНОЛОНОВ	133
Сидаметова З.Э., Олимов Н.К. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА «ФЛЕГМЕН»	134
Оразали З., Асылбекова А.Д., Джаксылыкова Р.Б., Карабаева А.Н. ПОЛУЧЕНИЕ КСИЛИТА МЕТОДОМ ГИДРОГЕНИЗАЦИИ КСИЛОЗЫ	136
Данилина А.Я., Ордабаева С.К., Коротков В.А. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ НА ОСНОВЕ МАКЛЮРЫ ОРАНЖЕВОЙ	137
Алдиярова А.К., Аксеитова А.Ж., Махова Е.Г., Турсубекова Б.И. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММЫ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ ARTEMISIA TERRAE – ALBAE KRASCH.	139
Алтынбек Д., Серікбаева А.Д., Қарақұлова А.Ш. БИОМАТЕРИАЛДАҒЫ БИСОПРОЛОЛДЫҢ ЖҚХ-ИҚ-СПЕКТРОСКОПИЯСЫ	140
Карабаева А.Н., Сейдиллаева Р.Н., Асылбекова А.Д., Ордабаева С.К., Шарипов И.М.	141

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 2

РАЗРАБОТКА МЕТОДИК ИДЕНТИФИКАЦИИ 2,4,5-ТРИБРОМ-1-(1-ОКСОТИЕТАНИЛ-3)-ИМИДАЗОЛА	
Канжар Ф.К., Аксеитова А.Ж., Махова Е.Г., Джанаралиева К.С., Турсубекова Б.И. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ ARTEMISIA TERRAE – ALBAE KRASCH	144
Зупарова З.А., Исмоилова Г.М. СИНТЕЗ И ИК-СПЕКТРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ КОБАЛЬТА С АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ	145
Хамидова М.О., Зайнутдинов Х.С., Зияева М.Н. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	146
Нишанбаев С.З., Арипова С.Ф. ФЕНОЛЬНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ POLYGONUM CORIARIUM, ФЛОРЫ УЗБЕКИСТАНА	148
A.N. Karabayeva, A.D. Asilbekova, S.K. Ordabayeva, I.M. Sharipov THE DEVELOPMENT OF METHODS FOR ASSESSING THE QUALITY OF THE SUBSTANCE 2,4,5-TRIBROMO-1-(1-OXATHIOLANES-3)-IMIDAZOLE	149
Мирсоатова М., Ордабаева С.К. РАЗРАБОТКА СОСТАВА СИРОПА МУКАЛТИНА	153
Жураева А.А., Мелиев А.А., Абдуллабекова В.Н. ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ЭФИРНОГО МАСЛА ТРАВЫ ЗВЕРОБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО	155
Нурханова Г.Ж., Ордабаева С.К., Махова Е.Г., Турсубекова Б.И. ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНДА САЛИДРОЗИДТІ АНЫҚТАУДАҒЫ ЖОҒАРЫ ТИІМДІ СҰЙЫҚТЫҚ ХРОМАТОГРАФИЯ	157