

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА



2019

2



НАУЧНЫЙ И ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Ежемесячное издание для работников органов управления здравоохранением, в том числе фармацией, врачей, провизоров, фармацевтов и широкого круга специалистов, работающих в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, сотрудников медицинских вузов и колледжей.



Журнал входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации результатов научной деятельности.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ:

- Законы и нормативные правовые документы, регламентирующие сферу обращения лекарственных средств.
- Актуальная информация о лицензировании, регистрации, сертификации и стандартизации лекарственных средств, оперативные материалы Фармакологического и Фармакопейного центров Минздрава РК.
- Анализ фармацевтического рынка республики и стран СНГ, тенденций и проблем его развития.
- Новости медицины и фармации, клинической фармакологии, поиск, исследования и эксперименты в области разработки и создания новых эффективных медицинских препаратов, в том числе отечественного производства.
- Мнение специалистов и экспертов о лекарственных препаратах, презентация фармацевтических и медицинских компаний и их продукции, а также широкое освещение практической деятельности аптечных организаций и медицинских центров.
- Материалы по истории медицины и фармации республики.
- Консультации специалистов по вопросам, касающимся фармации, регистрации и перерегистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

Оформить подписку на журнал можно в любом отделении связи АО Казпочта», территориальных филиалах РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, редакции (территориальный филиал НЦЭС в г. Алматы), отделениях ТОО «Эврика-Пресс», ТОО «Агентство Евразия Пресс» (в том числе на территории РФ).

Подписной индекс издания: **75888.**

По вопросам подписки, публикаций и размещения рекламных материалов обращаться по телефонам: **+7 (727) 272 03 73, +7 (747) 373 16 17.**

Факс: **+7 (727) 273 68 80.**

Электронный ресурс: www.pharmkaz.kz; <mailto:pharmkaz@dari.kz>, pharmkaz@mail.ru

ПОДПИСКА НА 2019 ГОД

Регион: **город**

1 месяц – 768,30

3 месяца – 2 304,90

6 месяцев – 4 609,80

12 месяцев – 9 219,60

Регион: **район/село**

1 месяц – 772,60

3 месяца – 2 317,80

6 месяцев – 4 635,60

12 месяцев – 9 271,20

ТАРИФЫ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:

Полноцветная обложка
(20,5x27,9 см, А4 формат) – 70 350 тенге.

Полноцветный вкладыш
(20,5x27,9 см, А4 формат) – 64 630 тенге.

При размещении рекламного модуля необходимо наличие разрешения на рекламу.



**Ежемесячный журнал о рынке лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники**

№2 (211) февраль • Издается с 2001 г.

**Издатель: РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК**

WWW.DARI.KZ

Редакционный совет

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)
Виталис Бриедис (Литва)
А.И. Гризодуб (Украина)
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)
В.Л. Дорофеев (Россия)
А.З. Зурдинов (Кыргызстан)
Милан Земличка (Чешская Республика)
М.К. Мамедов (Азербайджан)
Е.В. Матвеева (Украина)
Б.К. Махатов (Казахстан)
И.А. Наркевич (Россия)
Т.М. Нургожин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Беларусь)
А.Б. Шукирбекова (Казахстан)
А.Н. Юнусходжаев (Узбекистан)

Редакционная коллегия

Н.И. Гунько
У.М. Датхаев
П.Н. Дерябин
И.Р. Кулмагамбетов
Р.С. Кузденбаева
М.И. Дурманова
В.Н. Локшин
П.Т. Надыров
А.У. Тулегенова
Ж.А. Сатыбалдиева

**Заместитель
главного редактора**
Ф.Э. Сулеева

Дизайн и верстка
А.Б. Рахметова



Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы.
пр. Абылай хана, 63, оф. 215
тел.: +7 (727) 273 03 73
факс: +7 (727) 273 55 00
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
www.pharmkaz.kz

Отпечатано в типографии

ОО «Казахское общество слепых».
РК, г. Алматы, ул. Айша-биби, 259.
Телефоны: 8 (727) 290 82 13, 290 83 82
Дата издания: 25.03.2019 г.
Тираж: 600 экз. Заказ №17
Периодичность: 1 раз в месяц.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан,
Кыргызстан, Беларусь, Азербайджан

Журнал зарегистрирован Министерством
культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан.
Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж
от 19.03.2003 г.

Подписка и распространение журнала:
тел. +7 (727) 273 03 73

Подписной индекс: 75888

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации результатов научной деятельности, индексируется в РИНЦ (на платформе научной электронной библиотеки elibrary.ru).

В журнале используются фотоматериалы и изображения из открытых Интернет источников.

СОДЕРЖАНИЕ

РЕСМИ БӨЛІМ	4
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	8
ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ	
<i>КУЛАНЧИЕВА Ж.А.</i> Клинико-патогенетический полиморфизм и дифференцированная диагностика (АТФ) антифосфолипидного синдрома.....	12
<i>ТОМАРОВСКАЯ Л.Ю., БАЮРКА С.В., КАРПУШИНА С.В.</i> Разработка биоаналитической методики определения атомоксетина методом ВЭЖХ.....	17
<i>КАЛИЕВА Ш.С., ЮХНЕВИЧ Е.А., КОРНИЕНКО Ю.Ю., АМЕНОВА О.А., КАЛИЕВА Д.К.</i> Эффективность применения короткого курса антибиотикотерапии при различных инфекционных заболеваниях.....	21
<i>ИБРАГИМОВА С.И., ТУЛЕПБЕРГЕНОВА Б.А.</i> Патолофизиологические механизмы гипергликемии при предиабете.....	29
АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ	
<i>КАНТУРЕЕВА Г.Т.</i> Артериальная гипертензия у детей и подростков: особенности применения антигипертензивных средств.....	32
<i>ЖАКСЫБЕРГЕНОВ А.М., ХАСАНОВА Д.М., ТАУБАЕВА Б.Б.</i> Санитарно-эпидемиологическая оценка мероприятий по сбору и хранению просроченных лекарственных средств среди населения.....	35
<i>ӘБІЖАНОВА Б.Б., УСТЕНОВА Г.О., АМИРХАНОВА А.Ш.</i> Қазақстан Республикасы фармацевтикалық нарығындағы стероидты емес қабынуға қарсы препараттарына талдау жасау.....	39
НАУКА И ИННОВАЦИИ	
<i>АКАНОВА А.А., КАРИБАЕВА Д.О., КУРМАНОВА Г.М.</i> Стресс как модулятор механизмов памяти.....	43

УДК: 616-008.9-039-616-078.321

КУЛАНЧИЕВА Ж.А.^{1,2},¹Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г. Алматы, ²Кыргызская государственная медицинская академия им. Ахунбаева, г. Бишкек

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА (АТФ) АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

В настоящее время диагноз антифосфолипидного синдрома выставляется только на основании специально разработанных и утвержденных критериев. Диагностические критерии были согласованы и приняты на XII Международном симпозиуме по диагностике АФС в Саппоро в 2006 году. Саппоровские диагностические критерии включают в себя клинические и лабораторные критерии, которые необходимо оценить в обязательном порядке для выставления диагноза АФС.



АННОТАЦИЯ

В настоящее время антифосфолипидный синдром (АФС) можно назвать мультидисциплинарной проблемой, так как он является одной из причин смертности и инвалидизации пациентов. Сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующую позицию среди причин летальности. Репродуктивная функция женщин определяет не только качество их собственной жизни и потомства, но и здоровья нации в целом.

На основе комплексной оценки результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований представляем общие и отличительные черты первичного и вторичного АФС. Использование мультиплексного теста – иммуноблоттинга – позволит достоверно выявить первичный АФС с проведением его дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: первичный антифосфолипидный синдром, иммуноблоттинг, антитела, аутоиммунные заболевания, диагностика, клинические проявления АФС.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патологии сердечно-сосудистой системы как в Казахстане, так и в других странах по-прежнему занимают первое место среди причин инвалидизации и смертности населения. Из данных литературы известно, что в патогенезе инфаркта миокарда встречаются случаи возникновения его у больных, не имеющих признаков выраженного атеросклероза, а наличие у них антител (АТ) к фосфолипидам (ФЛ). Частота рецидивов таких тромбозов встречалась именно у людей до 55 лет, составляя (по разным данным) 19-29% в год. Чаще АФС поражаются молодые трудоспособные паци-

енты, в числе которых и беременные женщины. Медицинская и социальная значимость проблемы невынашивания беременности, влияние ее на показатели перинатальной заболеваемости и смертности, а также репродуктивное здоровье женского населения ставят научные исследования в этой области в ряд важнейших задач современной фундаментальной и клинической медицины [2]. Случаи привычного невынашивания беременности среди женщин в настоящее время достигли 27-42%, причем, без проведения адекватной терапии гибель плода наблюдается у 90-95% женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам. Без лечения риск потерять последующую беременность у женщин с АФС достигает 80-90%. Вместе с тем наблюдается иммунная тромбоцитопения и (или) неврологические расстройства (ишемический инсульт, эпилептические припадки, хорея, зрительная и периферическая невралгии, миелопатия).

Так, АФС, на наш взгляд, является мультидисциплинарной проблемой. По последним данным, диагноз АФС достоверен при обязательном сочетании клинических признаков с лабораторными маркерами. К клиническим критериям обычно относятся тромбоз сосуда любого калибра и локализации (венозный и (или) артериальный либо микроциркуляторного русла) и акушерская патология (синдром потери плода). Внесены уточнения в отношении некоторых клинических проявлений. Это тромбоцитопения, сетчатое ливедо, пороки клапанов сердца, нефропатия и неврологические проявления, которые обычно включены в диагностические критерии АФС [3]. Лабораторными маркерами АФС являются антифосфолипидные антитела (АФЛА). Причем, как правило, наиболее информативны волчаночный антикоагулянт (ВА), наличие умеренных или высоких титров аКЛ изотипов G или M (по крайней мере, при двух исследованиях, разделенных интервалом не менее 12 недель) и к P2 гликопротеину-1 (анти-p2-ГП-1) [4]. Использование индекса повреждения SLICC/ACR у больных СКВ показало, что АФС являлся достоверным предиктором более тяжелого течения основного заболевания. ВАФС описан в рамках системной красной волчанки (СКВ). [5]

Не смотря на значительные успехи в изучении клинической картины и лабораторной диагностики АФС и прогресс в исследовании патогенеза и лечения, обусловленных действием антифосфолипидных антител, первичный АФС остается вопросом проблемным. Наблюдается недостаток данных о диагностической и прогностической ценности клинических и лабораторных показателей при данной патологии, соответствии проводимого лечения механизмам ее развития.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности антителогенеза у пациентов с первичным антифосфолипидным синдромом (ПАФС), разработать предложения по совершенствованию диагностики и лечения ПАФС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве целевой группы определены кардиологические пациенты (300), пациентки с акушерской патологией (50) с 2 и более случаями невынашивания беременности. Контрольную группу составили 50 человек с СКВ (вторичный АФС).

Все пациенты были охвачены клиническим осмотром, общеклиническими и биохимическими лабораторными исследованиями (ОАК, С-реактивный белок, коагулограмма).

Определение в крови АФЛ-АТ:

- АТ к кардиолипину классов IgG или IgM;
- волчаночный антикоагулянт;
- АТ к β 2-гликопротеину-1 (IgG, IgM).

Использованы функциональные и инструментальные методы (ЭКГ/суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХОКГ/Доплер-ЭхоКГ, МРТ головного мозга, нагрузочные пробы и ультразвуковая сонография, определены уровни аКЛ и аПТ, липидного профиля).

Также проводилось изучение аутоиммунных антител с помощью автоматизированной системы диагностики AKLIDES®.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен статистический анализ клинической картины, иммунологического статуса, биохимических показателей, гемостаза и других лабораторных данных у исследуемых пациентов.

Так, среди основных клинических проявлений и патофизиологических показателей высокие индексы риска развития ПАФС, по сравнению с ВАФС, получены в случаях невынашивания беременности, рецидивирующих тромбозов, окулярной ишемии, мигрени, легочной гипертензии, утолщения, фиброза/кальциноза клапанов и стенок сердца, патологии митрального клапана в виде его недостаточности или стеноза, аутоиммунного тиреоидита II степени, повышения уровня холестерина, низкого уровня ал-глобулинов, лейкоцитарно-тромбоцитарной гиперагрегации.

Помимо вышеизложенного, для ПАФС характерны более ранняя манифестация клинических проявлений АФС (мигрень и синдром Рейно) и отягощенная наследственность. Также отмечено, что высокие индексы риска развития ВАФС с умеренным и высоким уровнем ВА установлены для нефрита, энцефалопатии, артериальной гипертензии, гиперфибриногенемии, серомукоида, гиперлейкоцитоза, ускорения СОЭ. Наблюдается увеличение С-реактивного белка, гиперхолестеринемии, показателя активности моноцитов, содержания LE-клеток, ревматоидного фактора и антител к нативной ДНК.

Общераспространенные методы исследования системы гемостаза (АЧТВ, протромбиновое время) содержат минимум информации, а в абсолютном большин-

стве случаев полностью не информативны для диагностики тромбофилии [6,7]. Тромбоцитопения встречается в 27,7% случаев первичного АФС и в 22,4% случаев вторичного АФС ($p < 0,05$).

Изменение функционально-иммунологических тестов (так называемых нетерриториальных специфических тестов) у пациентов с ПАФС выразилось в ряде факторов, в числе которых:

- Наличие аКЛ (\wedge), аР2ГП1 (\wedge), аФЭ и волчаночного антикоагулянта.
- Присутствие аКА и ВА в некоторых случаях не наблюдалось (пациенты серонегативны).

Пациенты при отрицательных тестах на ВА и аКА имели антитела к другой подгруппе фосфолипидов (антифосфатидилсерину, 5 антифосфатидилхолину, антифосфатидилинозитолу, антифосфатидилглицеролу, антифосфатидилэтаноламину, антитела к фосфатидиловой кислоте) или белкам кофакторам (протеину С и S, (32-гликопротеину I, протромбину, аннексину V, высоко- и низкомолекулярным кининогенам). В данных случаях диагноз ПАФС сомнителен.

Также повышение СРБ фиксировалось у большинства больных. У пациентов выявлено увеличение скорости оседания эритроцитов и повышение активности сывороточных АСТ и ALT. Тромбоцитопения характеризовалась снижением количества тромбоцитов менее чем на 150×10^9 /л.

У пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, повышение титра IgG наблюдалось чаще, чем у лиц со стабильной стенокардией, а также у лиц старше 70 лет.

У больных, перенесших ОИМ с зубцом Q, процент повышенного титра IgG был в 2-3 раза выше, чем у пациентов с ОИМ без зубца Q. В то же время содержание в крови IgM было в пределах нормы.

При уровне IgG-аКJ1 антител более 40 GPL фиксировались случаи развития ОНМК у исследуемых пациентов. Пониженные уровни гемоглобина и числа эритроцитов у больных с АФС являлись предикторами развития тромбозов.

Преимущественно у мужчин старше 38-40 лет выявлены пороки клапанного аппарата сердца. Необходимо отметить рецидивы неврологических проявлений из заключений невропатолога.

ПАФС выявлен у молодых и лиц до 55 лет, преимущественно у женщин, а также наблюдались очаговые поражения белого вещества головного мозга (по данным МРТ).

Необходимо отметить, что исследуемые пациенты относились к возрастным группам 31-69 лет (таблица).

Длительность основного заболевания составила:

- а) до 3 лет – 28% ($n=112$);
- б) до 4-5 лет – 51% ($n=204$);
- в) более 5 лет – 21% ($n=84$).

Следующий критерий – выявление антифосфолипидных антител методом непрямой иммунофлюорес-

Таблица – Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст	Женщины (n=190)		Мужчины (n=210)	
	Абс	%	Абс	%
20-30	-	-	-	-
31-40	23	12	58	27
41-50	82	43	72	35
51-60	58	31	51	24
61-70	27	14	29	14
71-82	-	-	-	-

ценции с помощью автоматизированной системы диагностики AKLIDES®.

Необходимо отметить, что в патогенезе АФС ведущая роль принадлежит органоспецифическим антифосфолипидным антителам (АФА), которые взаимодействуют с антигенными детерминантами фосфолипидов.

Ввиду взаимодействия антител с протромбиновым комплексом, изменяющийся баланс про- и антикоагулянтных факторов (гипокоагуляция ↔ гиперкоагуляция), проявление гиперкомplementемии и возникновение тромбоза наблюдались чаще на фоне венозного застоя. [8,9]

Все антитела, в зависимости от спектра и степени, участвуют в клиническом проявлении состояния, сопровождающегося нарушением микроциркуляции в сосудах, в том числе кожи, изменением состояния почек и прочим. Для диагностического значения АФС рекомендуется использовать значительное количество антител, тогда как малые значения, считающиеся малоспецифичными, могут встречаться и у практически здоровых людей (аутоантитела к фосфолипидам, рибонуклеопротеидам, катепсину и эластазе), обеспечивают гомеостаз транспортных форм фосфолипидов в крови. Аутоантитела к комплексу РНК вмешиваются в процессы транскрипции путем изменения активности переноса тРНК и ферментов, участвующих в распознавании нуклеотидной последовательности.

Показано, что аутоантителообразование является физиологической реакцией регуляции активности метаболических процессов, в которых участвуют субстанции, обладающие антигенными свойствами. Таким образом, представлена патогенетическая концепция АФС, как системного аутоиммунного расстройства, характеризующегося комбинацией артериального и венозного тромбоза с поражением внутренних органов (сердце, ЦНС, легкие, печень, почки, мышцы, кожа) и гиперпродукцией антифосфолипидных антител с ведущей патогенетической ролью волчаночного антикоагулянта, тромбофилии и эндотелиальной дисфункции.

В результате исследования на AKLIDES® выявлено, что 32% обследованных с инсультами имеют первичный АФС, 10-13% – глубокие тромбозы, 40% – женщины с АФС. На первый взгляд, показатели в РК вписываются в общемировую статистику. Однако, если учитывать только высокие титры согласно международным рекомендациям, то первичного АФС нет. Мы столкнулись с тем обстоятельством, что позитивных данных нет, а тесты оказались не совсем корректными (по несоответствию результатов), с высокими титрами и единичные.

Не во всех случаях положительные значения необходимо учитывать, если использовать только положительные при отсутствии синдрома и не подтвержденном диагнозе ПАФС. При СКВ же он обнаруживается, а первичный будто бы отсутствует из-за того, что высоких значений не имеется. Поэтому важно использовать тесты смешения, которые зачастую не использовались в лаборатории, а также тесты подтверждения для обнаружения действительно фосфолипидов. То есть необходимо расширить спектр действия антител: чем больше положительных результатов исследования, тем выше вероятность постановки диагноза АФС.

Аналогичная ситуация впервые сложилась в Германии (Roggenbuck, 2012), затем в России [10], но широкого внедрения альтернативной методики в практику не последовало. В Казахстане проблема озвучивается нами впервые.

Аналогичная ситуация и в нашем случае: наблюдается постановка сомнительного диагноза. Выявляется тромбоз, тестируется, но иммуносупрессивная терапия не проводится в связи с тем, что клинические ее проявления есть, а четкого значения нет.

Следовательно, возникает проблема выбора нового высокочувствительного лабораторного метода обследования, разграничивающего патологию и физиологическое состояние организма. Вся проблема в том, что пластик лабораторного оборудования и ДНК заряжены отрицательно. Поэтому большинство Т-систем непригодно к исследованию, так как антифосфолипидные антитела направлены на отрицательно заряженные фосфолипиды. Следовательно, они плохо сорбируются на пластик. Большие гидрофобные жирорастворимые части просто отталкиваются от планшета. Это обстоятельство и является одной из проблем получения недостаточно высоких положительных результатов, то есть причина – недостаточная плотность иммуноферментных планшетов.

Альтернатива заключается в применении иммуноблота, как варианта магнитных поверхностей. Преимущества его в том, что сорбция происходит не на планшете, а на АНА-гидрофобных целлюлозных мембранах, куда «салятся» молекулы (но не на планшет). Плюс еще и в том, что тарифные мембраны помогают получить серию плотных антиген-тестируемых образцов.

При проведении ряда анализов методом иммуноблота обнаружили: при низких титрах выявился первичный АФС. Отсечение высоких титров при значениях >40 GPL способствовало диагностике АФС. Учитывая персистенцию антител, оптимальные сроки повторных исследований – через 12 дней.

Таким образом, использование вышеописанных мультиплексных тестов и спектр обследования позволяют выявить достоверно первичный АФС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлены следующие закономерности:

1. У больных ИБС отмечается повышение титра АТ к ФЛ.
2. Наиболее высокий уровень АТ к ФЛ выявляется у больных с острым инфарктом миокарда.
3. У больных с острым инфарктом миокарда имеется положительная корреляция – между повышением титра АТ к ФЛ и содержанием в крови лимфоцитов, и отрицательная – с концентрацией в плазме крови тромбоцитов.
4. У хирургических больных при ПАФС титр антител к кардиолипину, по сравнению с волчаночным антикоагулянтом, значим в диагностическом и прогностическом отношении,

Системный анализ клинико-лабораторных, иммунологических и патоморфологических проявлений АФС позволил определить корреляционные связи между ними и выявить значимые прогностические маркеры. Установлена повышенная корреляционная взаимосвязь иммунологических показателей с риском развития ПАФС. Впервые на основе комплексной оценки результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований четко разграничены общие и отличительные черты ПАФС и ВАФС, на которых основывается дифференциальная диагностика этих двух заболеваний.

Клинико-патогенетический полиморфизм антифосфолипидного синдрома детерминирует дифференцированный подход к эффективной терапии.

В группах риска первичного АФС, развития тромботических и акушерских осложнений показан ранний скрининг нарушений методом иммуноблота, что позволяет практикующему врачу своевременно выявить тромбофилию, своевременно начать патогенетически обоснованную профилактику как тромботических, так и акушерских осложнений.

ТҮЙІНДЕМЕ

КУЛАНЧИЕВА Ж.А.,

¹Эл-Фараби атындағы ҚазҰУ, Алматы қ.,

²Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бишкек қ.

КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ПОЛИМОРФИЗМ

ЖӘНЕ АНТИФОСФОЛИПИД СИНДРОМЫНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Қазіргі уақытта антифосфолипидті синдром – бұл мультидисциплинарлық мәселе, себебі бұл науқастардың қайтыс болуының және мүгедектігінің себептерінің бірі болып табылады. Жүрек-қан тамырлары аурулары өлім себептері арасында жетекші орын алады. Әйелдердің репродуктивтік қызметі олардың өмірі мен ұрпақтарының сапасын ғана емес, сонымен бірге ұлттың денсаулығы мен сапасын да анықтайды. Клиникалық, зертханалық және аспаптық зерттеулердің нәтижелерін жан-жақты бағалау негізінде олардың дифференциалды диагнозы негізделген бастапқы және қайталама антифосфолипидті синдромның жалпы және ерекшеліктері көрсетілген. Мультиплекстік тест-иммуноблоттың қолданылуы негізгі Антифосфолипид синдромын сенімді түрде анықтайды.

Түйін сөздер: антифосфолипидті синдром, бастапқы антифосфолипид синдромы, иммуноблоттинг, антиденелер, аутоиммунды аурулар, диагностика, АФС клиникалық көріністері.

SUMMARY KULANCHIYEVA ZH.,

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 гг.
2. План нации – 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Н. Назарбаева, май 2015 год.
3. Клюквина Н.Г. Антифосфолипидный синдром: клинические аспекты. – Медицина неотложных состояний. – 2007. – №1(8). – С. 17-21.
4. Назаренко Г.И. Диагностика антифосфолипидного синдрома. – Лабораторная медицина. – 2003. – №6. – С. 55-61.
5. Алекберова З.С., Карабаева А.С. Особенности СКВ с поздним началом. – Клиническая геронтология. – 2000. – №9-10. – С. 44-49.
6. Раденска С.Г. Морфологическая характеристика антифосфолипидного синдрома. В кн.: Е.Л. Насонова «Антифосфолипидный синдром». – М.: Литтерра, 2004, с. 49-57.
7. Bick R.L. Antiphospholipid thrombosis syndromes. – *OClinApplThrombHaemost.* – 2001. – 7 (4). – P. 241-258.
8. Atsumi T., Furukawa S., Amengualand O., Koike T. Antiphospholipid antibody associated thrombocytopenia and the paradoxical risk of thrombosis. – *Lupus.* – 2005. – №14. – P. 499-504.
9. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром. – М.: Литера, 2004, 440 с.
10. Лапин С.В. и др. Методическое руководство по лабораторной диагностике аутоиммунных заболеваний. – Санкт-Петербург, 2017, 35 с.
11. Mehdi A.A., Uthman I., Khamashta M. Antiphospholipid syndrome: pathogenesis and a window of treatment opportunities in the future. – *Eur J Clin Invest.* – 2010 May. – 40 (5). – P. 451-464.
12. Пономаренко Т.Н. Персонализированная терапия. // Физиотерапия – наука, теория, практика: Материалы конференции по Wellness технологиям. – СПб., 2007, с. 9-10.

¹Kazakh National University named after Al-Farabi, Almaty c.,
²Kyrgyz State Medical Academy named after Akhunbayev, Bishkek c.

CLINICALLY PATHOGENETIC POLYMORPHISM AND DIFFERENTIATED DIAGNOSIS OF ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Currently, Antiphospholipid syndrome is a multidisciplinary problem, as it is one of the causes of death and disability of patients. Cardiovascular diseases occupy a leading position among the causes of mortality. The reproductive function of women determines not only the quality of their life and offspring, but also the health and quality of life of the nation. Based on a comprehensive assessment of the results of clinical, laboratory and instrumental studies, general and distinctive features of the primary and secondary Antiphospholipid syndrome are shown, on which their differential diagnosis is based. The use of a multiplex test - immunoblotting will reliably reveal the primary Antiphospholipid syndrome.

Keywords: primary anti-phospholipid syndrome, immunoblot, antibodies, autoimmune diseases, diagnostics, clinical manifestations of antiphospholipid syndrome.

Уважаемые рекламодатели!



Информацию о размещении рекламных модулей и PR-материалов в журнале «Фармация Казахстана», а также на сайте издания, прайс-лист, контакты редакции смотрите на электронном ресурсе www.pharmkaz.kz.

Контакты сотрудников редакции для рекламодателей и организаций-подписчиков: 8 (727) 273 03 73, 8 (747) 373 16 17.

Қазақстан Республикасының Мемлекеттік фармакопеясының
қазақ және орыс тіліндегі III томы жарыққа шықты



Вышел в свет III том Государственной фармакопеи
Республики Казахстан на казахском и русском языках

Pharmkaz.kz – это достоверная информация о рынке лекарств и медицинских изделий, состоянии фармацевтического рынка Казахстана и других стран, нормативные правовые акты МЗ РК, данные о побочных действиях лекарственных средств и медицинских изделий, рекомендации специалистов, публикация результатов научных исследований казахстанских и зарубежных ученых в области фармации, клинической фармакологии и практической медицины, обсуждение фармакопейных статей, новости фармацевтических компаний, электронные версии журнала «Фармация Казахстана».

