

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА

#1 ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2021 Г.



ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Крем "Финотерб"
при лечении
грибковых заболеваний кожи

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Новые технологии в лечение
гидроцеле у взрослых
и детей

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Нужно ли развивать
фито-рынок Казахстана?

ТЕХНОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ziziphora clinopodioides lam.
Перспективті дәрілік түрінің
ерекшеліктері және таралуы

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, индексируется в РИНЦ.

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.

ТАРИФЫ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:

Публикация научной статьи*
(объемом до 10 страниц) - **15 000 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов на обложке - **70 349 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов на внутренних страницах - **64 629 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов в формате
социальной рекламы (коллаж) - **29 900 ТЕНГЕ**

Примечание: *за каждую страницу свыше 10 страниц,
доплата 1000 тенге за страницу

**Ежемесячный журнал о рынке лекарственных средств
и медицинских изделий**

**РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств
и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

Редакционный совет

А.И. Гри-зодуб (Украина)
Д.В. Гринь-ко (Беларусь)
А.З. Зурди-нов (Кыргызстан)
Калиева Ш. С. (Казахстан)
И.Р. Кулма-гамбетов (Казахстан)
В.Н. Лок-шин (Казахстан)
М.К. Маме-дов (Азербайджан)
Т.С. Нурго-жин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Россия)
Д.А. Сычѐв (Россия)
Елена Л. Хараб (США)

Редакционная коллегия

Н.Т. Алдиярова
А.Е. Гуляев
П.Н. Дерябин
М.И. Дурманова
Х.И. Итжанова
Ж.А. Сатыбалдиева
З.Б. Сахипова
Е.Л. Степкина
А.У. Тулегенова

Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,
тел.: +7 (727) 273 03 73,
+7 (747) 373 16 17 (WhatsApp).
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
веб-ресурс: www.pharmkaz.kz.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина,
Узбекистан, Кыргызстан,
Беларусь, Азербайджан,
Латвия, Литва,
Пакистан, Турция

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры,
информации и общественного согласия
Республики Казахстан.

Свидетельство об учетной регистрации
№3719-Ж от 19.03.2003 г.

Контактные телефоны:

+7 (727) 273 03 73, +7 (747) 373 16 17.

Подписной индекс: 75888

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности (приказ Комитета от 10.07.12 г., №1082), индексируется в РИНЦ (на платформе научной электронной библиотеки elibrary.ru).

В журнале используются фотоматериалы и изображения из открытых интернет источников.

СОДЕРЖАНИЕ

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

А.Я. Утепова, З.Н. Досумбекова. Ауыз қуысы шырышты қабығының герпестік зақымдануы бар науқастарды кешенді емдеуді ацикловир, медовир қолдану.....	4
А.М. Оспанова. Крем "Финотерб" при лечении грибковых заболеваний кожи.....	6
С.Ж. Серикбаева, Н.Ж. Орманов. Влияние гирудотерапии на вегетативные нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции.....	8
А.Ю. Толстикова, С.З. Ешимбетова. Проблема зависимости от синтетических наркотиков и современные подходы к психофармакотерапии.....	12

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

А.Нургалиева, А.Е. Ерлан, А.М. Бабашев, Г.Асан. Теоретические основы адаптации студентов К учебным нагрузкам посредством гипоксических тренировок.....	16
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

С.З.Ешимбетова, А.Ю.Толстикова. Комплексное лечение резистентной формы шизофрении, преимущественно, с негативными симптомами.....	20
С.И. Ибрагимова, Г.А. Джунусбекова, Г.О. Нускабаева. Распространенность предиабета у лиц с ожирением.....	25
А.Г. Исаева, Л.Ш. Касенова, Л.Д. Бекжанова, А.М. Абдукалыков, З.М. Аташова, Н.М. Аскарлова. Проблемы сочетания туберкулеза органов дыхания с муковисцидозом.....	28
С.Ж. Серикбаева, Н.Ж. Орманов. Нейрореабилитация гирудотерапией когнитивных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции.....	31
Қ.Р. КҮНЕШОВ, Ш.М. СЕЙДИНОВ, Е.А. ПЕРНЕБЕКОВ. Новые технологии в лечение гидроцеле у взрослых и детей.....	36
Қ.Р. КҮНЕШОВ, Ш.М. СЕЙДИНОВ, Ж.И. БАЙТҰРСЫНОВ. Гидроцеле науқастарындағы склеротерапия.....	39
Е.Ғ. САРУАРОВ, Г.О. НУСКАБАЕВА, К.С. БАБАЕВА, К.С. ИДРИСОВ. Жүрек-қан тамыр ауруларын анықтау үшін қолданылатын негізгі шкалалардың қауіптілік көрсеткішін анықтаудағы сенімділігі.....	44
Р.С. Кузденбаева. Симптоматический эритроцитоз.....	46
С.Ж. Серикбаева, Г.С. Кайшибаева, Г.Б. Абасова. Влияние гирудотерапии на инсомнические нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции.....	48

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- А.Я. Утепова, Ш.М. Атенова. Распространенность кариеса зубов у детей и проведение образовательной программы профилактики среди дошкольников и школьников младших классов..... 55
- Ә.Р. Жақсылық, Л.К. Көшербаева. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымындағы орта медициналық персоналдың кадрлық әлеуетін жоспарлау..... 52
- К.Н. Дюсупова, Ж.Т. Уап, В.Б. Камхен. Состояние психического здоровья медицинских работников (на примере восточно-казахстанского областного специализированного медицинского центра)..... 58
- Г. Б. Нуралиев, А. А. Бабаева. Нужно ли развивать фито-рынок Казахстана?..... 62
- Ж.А. АМАНТАЕВА, Л.К. КОШЕРБАЕВА. Медициналық қ көмектің сапасын жетілдіру мақсатында алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарында пациенттердің шағымдарын басқару..... 65

ОЦЕНКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

- А.Мынбай, У.С.Кемельбеков, А.Т.Олжабай. Исследование материалов защитного комплекта от особо опасных инфекций тип I-IV на пропускание атомосферных аэрозолей и пыли на анализаторе частиц и методом микроскопии..... 70

ТЕХНОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

- К.Г. Гафурова, К.К. Кожанова, Б.Г. Махатова, С.Е. Момбеков. Жоңғар сиырқұйрығын (*Verbascum Songaricum Schrenk*) дәрілік шикізат ретінде пайдалану перспективалары..... 78
- А.А. Анарбек, А.Т. Мамурова, Н.З. Ахтаева, С.Т. Назарбекова, А.Б. Ахметова, Л.Н. Киекбаева, Л.К. Бекбаева, А.С. Нурмаханова, А.С. Сейлхан, Н.М. Ибишева. *Ziziphora clinopodioides lam.* Перспективті дәрілік түрінің ерекшеліктері және таралуы..... 80
- А.Т. Мамурова, А.Т. Исаханова, О.Б. Тлеуберлина, Н.З. Ахтаева, А.Б. Ахметова, Л.Н. Киекбаева, Л.К. Бекбаева, А.С. Сейлхан, Б.Б. Осмонали, А.Ж. Темірбай. Қырғыз Алатауы өсімдік жамылғысында кездесетін дәрілік *Sarparis Spinosa L.* (с. *Herbacea Willd.*) Өсімдігінің морфологиялық және экологиялық ерекшеліктері..... 83
- Г.Б. Әбілжан, Қ.Қ. Қожанова, С.Е. Момбеков. Түктесін сіркеағаш (*Rhus Typhina L.*) Өсімдігінен сұйық экстракт алу технологиясы..... 87

ЮБИЛЕЙ

- Профессору Алме Боранбековне Шукирбековой – 60!..... 90

21 Woodward M, Brindle P, Tunstall-Pedoe H. Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart*. 2007; 93(2): 172–176, doi: 10.1136/hrt.2006.108167, indexed in Pubmed: 17090561.

22 Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. *BMJ*. 2008; 336(7659): 1475–1482, doi: 10.1136/bmj.39609.449676.25, indexed in Pubmed: 18573856.

**САРУАРОВ Е.Ф.¹, НУСКАБАЕВА Г.О.¹,
БАБАЕВА К.С.¹, И ДРИСОВ К.С.²**

¹Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясауи, г. Туркестан

²«Сайрамская центральная районная больница», Сайрамский р.

**SARUAROV Y.G.¹, NUSKABAEVA G.O.¹,
BABAEVA K.S.¹, IDRISOV K.S.²**

¹Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkistan c.

²«Sairam central regional hospital», Sairam d.

НАДЕЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ШКАЛ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Резюме: Сегодня, одной из основных проблем в области медицины является выяснение надежности основных шкал риска, таких как SCORE, PROCAM и Framingham, которые используются для определения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Это связано с тем, что раннее прогнозирование степени тяжести заболевания на основе факторов риска приводит к раннему выявлению патологии и ограничению преждевременной смертности.
Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, шкалы риска, SCORE, PROCAM, Framingham.

RELIABILITY OF DETERMINING THE MAIN SCALES OF RISK INDICATORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES

Resume: Nowadays, one of the major challenges in the medical field is clarification the reliability of major risk scales such as SCORE, PROCAM and Framingham, which are used to measure the risk of cardiovascular diseases. This is due to the fact, that early prediction of the severity of the disease based on risk factors leads to early detection of pathology and limitation of premature mortality.
Keywords: cardiovascular disease, risk scales, SCORE, PROCAM, Framingham.

УДК 616.155.191-07-08

Р.С. КУЗДЕНБАЕВА

КФ «ИМС» РДЦ г. Астана

СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ЭРИТРОЦИТОЗ

Резюме: В статье характеризуются основные виды, причины, ключевые звенья механизмов развития различных форм патологии в системе эритроцитов, их основные проявления и принципы устранения.

Ключевые слова: эритроцитоз, анемия гемолитическая, постгеморрагическая, дизэритропоэтическая, депрессия кроветворения

Эритроцитоз — это патологическое состояние организма, которое характеризуется повышением в кровяном русле числа эритроцитов и гемоглобина. О наличии эритроцитоза у человека можно говорить при повышении эритроцитов от $6 \times 10^{12}/л$, гемоглобина — от 150 г/л.

Выделяют физиологический, абсолютный и относительный эритроцитоз

Физиологический эритроцитоз - у жителей высокогорий. Автоматически организм вырабатывает большее количество эритроцитов, пытается «схватить» эритроцитами как можно больше кислорода: процесс гипоксии запускает выделение почками эри-

тропоэтина и активирует образование красных кровяных телец в костном мозге. Важно отметить, что этот процесс не моментальный, а развивается постепенно, как адаптационная функция организма к гипоксии.

Классификация эритроцитоза

Абсолютный эритроцитоз происходит вследствие усиления эритропоэтической функции костного мозга. Его могут стимулировать хронические заболевания легких (такие как ХОБЛ, эмфизема легких, синие врожденные пороки сердца: тетрада Фалло). Относительный эритроцитоз – это увеличение количества эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови, вследствие

дефицита объема плазмы. Яркий пример относительного эритроцитоза – это кровопотеря, снижение объема циркулирующей жидкости при рвоте, массивированных диареях.

Выделяют первичные и вторичные эритроцитозы.

Что вызывает развитие эритроцитоза?

Причины первичного эритроцитоза заключаются в генетических дефектах, вследствие которых эритроциты более тяжело отдадут кислород тканям.

К вторичным (симптоматическим эритроцитозам) относятся такие эритроцитозы, которые возникли как следствие других заболеваний.

Вторичный эритроцитоз также подразделяют на относительный и абсолютный. К вторичным абсолютным эритроцитозам относятся состояния, благодаря которым, в результате более активного эритропоэза или выхода в сосудистое русло из костного мозга, увеличивается число эритроцитов в единице объема крови. Причиной вторичного абсолютного эритроцитоза могут служить различные состояния. Например, заболевания, сопровождающиеся ишемией или опухолевыми поражениями почек, вследствие чего происходит большой выброс эритропоэтина, который будет стимулом для создания новых эритроцитов в красном костном мозге.

Важным примером в абсолютных вторичных эритроцитозах являются те, которые появились вследствие опухолевых заболеваний красного ростка кроветворения в костном мозге. Например, истинная эритремия или болезнь Вакеза. Она характеризуется значительным эритропоэзом: количество эритроцитов в крови таких больных может увеличиваться в 7-10 раз от нормы. Одной из самых ярких причин, конечно, является влияние гипоксии и заболеваний легких на появления симптоматических эритроцитозов. Различают гемическую, респираторную, циркуляторную и тканевую гипоксии.

При гемической гипоксии эритроцитоз разовьется в результате снижения кислородной емкости у крови. Как пример сюда подойдет отравление угарным газом, нитросоединениями.

Циркуляторная гипоксия индуцирует эритропоэз вследствие недостаточной насосной функции сердца и недостаточного кровоснабжения тканей и органов. Ярким примером этого вида гипоксии является сердечная недостаточность.

Респираторная гипоксия — это следствие различных заболеваний легочной системы, в результате которых снижается объем вентиляции альвеол. Примерами являются: бронхиальная астма, хронические бронхиты, различные хронические легочные заболевания.

Тканевая гипоксия возникнет в результате снижения биологического окисления. Она может возникнуть в результате прогрессирования любой из вышеописанных гипоксий. **Клинические проявления эритроцитоза**

Симптомы эритроцитоза в основном зависят от его типа и являются достаточно различными. Так, например, окраска кожи у больных с абсолютными увеличениями эритроцитов будет плеторической – красного цвета. При относительных же формах, цвет кожи обычно не изменен. Также при обеих формах при объек-

тивным исследовании не наблюдается увеличения селезенки.

При цианотических вариантах эритроцитоза, у больных в клинической картине будет доминировать цианоз кожи, который усилится в лежачем положении. Все эритроцитозы, связанные с поражением почек, скорее всего, будут сочетаться с высокой артериальной гипертензией.

При болезни Вакеза у больного будут присутствовать характерные симптомы: ярко-красная окраска лица и кожных покровов; кожный зуд после банных процедур и патологическое увеличение селезенки.

Важно знать, что при приобретенных формах число эритроцитов увеличенное, как следствие компенсаторных реакций организма. Поэтому чаще всего при нормализации фактора, который вызвал заболевание, вторичные эритроцитозы исчезают. Возможны также головные боли, неврологическая симптоматика при мозговых причинах. Может появиться утомляемость, сонливость, слабость как ответ на повышение вязкости крови и гипоксию тканей. Есть риск тромбообразования.

Критерии постановки диагноза

Для определения той или иной формы заболевания нужно провести некоторые лабораторные исследования:

- Исследование общего анализа крови + тромбоциты + ретикулоциты
- Определения уровней эритропоэтина в сыворотке крови.
- Ультразвуковое исследование почек.
- Ультразвуковое исследование сердца и сосудов

Основные направления лечения эритроцитоза

Лечение эритроцитоза основывается на устранении этиологического фактора, который его вызвал. Больным с гипоксическими формами проводят терапию кислородом. Симптоматический эритроцитоз медленно прогрессирует. На первой стадии эритроцитоза основная цель лечения – снизить показатели крови до нормы: гемоглобина и гематокрита эритроцитарной массы. Также важно минимизировать осложнения, вызываемые эритроцитозом. Для нормализации гематокрита с гемоглобином применяют кровопускание. Есть процедура эритроцитаферез, под которой понимается очищение крови от эритроцитов. Плазма крови при этом сохраняется. Кроме того, необходима коррекция состояния, которое вызвало этот вид эритроцитоза. Например, при инфекционном заболевании следует назначить терапию, направленную против возбудителя. Если причиной эритроцитоза стали высокие значения температуры, то необходимо провести «литическую» терапию по ее снижению.

Хирургическое лечение при эритроцитозе может назначаться в случае соответствующих ухудшений основного заболевания или при его онкологической природе. Также больные соблюдают определенную диету: в ней исключаются жирные и железосодержащие продукты. Помимо этого важно соблюдение правильного режима жизни: курящим больным с эритроцитозами стоит отказаться от этой привычки, а тем больным, которые страдают повышенной массой тела, необходимо постепенно снижать свой вес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кассирский И. Л., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. - М.: 1970. – 780 с.
- 2 Турбина Н.С. Депрессия кроветворения. – М.: Медицина, 1987. – 252 с.
- 3 Руководство по гематологии. / [М. Г. Абрамов и др.]; под ред. А. И. Воробьева. - Изд. 4-е. - Москва : Ньюдиамед, 2007. - 1275 с., [7] л.

Р. С. Кузденбаева

R.S.Kuzdenbaeva

СИМПТОМАТИКАЛЫҚ ЭРИТРОЦИТОЗ**SYMPTOMATIC ERYTHROCYTOSIS**

Түйін: мақалада эритроциттер жүйесіндегі патологияның әртүрлі формаларын дамыту механизмдерінің негізгі түрлері, себептері, негізгі байланыстары, олардың негізгі көріністері және жою принциптері сипатталған.

Түйінді сөздер: эритроцитоз, гемолитикалық анемия, постгеморрагиялық, дизеритропоэтикалық, қан түзілу депрессиясы

Resume: The article describes the main types, causes, key links of the mechanisms of various forms of pathology in the erythrocyte system, their main manifestations and the principles of elimination.

Keywords: erythrocytosis, hemolytic anemia, posthemorrhagic, dyserythropoietic, depression of hemopoiesis

МРНТИ 76.35.36

С.Ж. СЕРИКБАЕВА, Г.С. КАЙШИБАЕВА, Г.Б. АБАСОВА
Кафедра неврологии МКТУ им. Яссауи

ВЛИЯНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ НА ИНСОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Резюме: Индекс выраженности бессонницы (ISI) у больных после перенесенной коронавирусной инфекции составили $17,5 \pm 1,05$, при норме $5,4 \pm 0,21$, значение шкалы сонливости по Эпворту (ESS) $11,8 \pm 0,59$ при норме $4,2 \pm 0,19$ баллов.

Индекс качества сна (PSQI), уменьшился и средний балл после пятикратного и 10-дневного применения на $24,6\%$ и $46,5\%$ ($p < 0,001$), среднее значение по шкале оценки индекса выраженности бессонницы (ISI) и сонливости по Эпворту (ESS) у больных с ПКВИ уменьшилось после применения 10-дневного курса гирудотерапии на $50,9\%$ и $42,4\%$.

Индекс выраженности инсомнических нарушений после пятикратного и 10-дневного применения гирудотерапии снизились на $24,5\%$ и 47% по сравнению с исходными данными

Таким образом, у больных с ПКВИ, принимавших 10-дневный курс гирудотерапии, показали объективное улучшение у них инсомнических функций.

Ключевые слова: COVID-19, инсомнические нарушения нервной системы, влияние гирудотерапии.

Введение

Неврологические нарушения, ассоциированные с COVID-19, имеют клинические проявления поражения различных структур нервной системы – центральной нервной системы, периферической нервной системы и черепно-мозговых нервов, а также психических расстройств. Несомненно, необходимы дальнейшие углубленные исследования поражения нервной системы при COVID-19, что позволит во многом дополнить имеющиеся на сегодня сведения [1-7].

В экспериментах [6] на органах пчелиных культурах спинномозговых ганглиев показали, что нативная дестабилаза, бделлин В, бделластин и эглин С стимулируют рост нейронов, чем возможно и объясняются положительные клинические данные, полученные при лечении гирудотерапией детей с детским церебральным параличом. В настоящий момент накоплена большая теоретическая и практическая база патогенетического обоснования

эффективного применения гирудотерапии в лечении пациентов с разными формами цереброваскулярных заболеваний [6,8,9,10].

Бессонница возникает у людей всех возрастов и рас, и это наблюдается во всех культурах и странах [11]. Распространенность инсомнии варьируется в зависимости от определения. Так, симптомы бессонницы возникают примерно у $33\% - 50\%$ взрослого населения; распространенность инсомнии варьирует от 5% до 10% в популяции [12]. К серьезным факторам риска развития инсомнии относят возраст, женский пол, сопутствующие расстройства, посменная работа, возможно, безработица и низкий социально-экономический статус. У пациентов с сопутствующими соматическими и психическими заболеваниями распространенность инсомнии увеличивается от 50% до 75% [13-14]. В доступной литературе отсутствует достаточно информации об изменениях инсомнических нарушений после перенесен-



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ**
лекарственных средств и медицинских изделий





ФАРМАЦИЯ
КАЗАХСТАНА