

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА



2016

2

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

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.



ПОДПИСКА НА 2016 ГОД

Алматы

1 мес. – 771,53
3 мес. – 2314,59
6 мес. – 4629,18
12 мес. – 9258,36

Регион: город

1 мес. – 781,56
3 мес. – 2344,68
6 мес. – 4689,36
12 мес. – 9378,72

Регион: район/село

1 мес. – 785,18
3 мес. – 2355,54
6 мес. – 4711,08
12 мес. – 9422,16

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.

Оформить подписку можно в любом отделении связи республики (подписной индекс в каталоге АО «Казпочта» – 75888) или в территориальных филиалах и структурных подразделениях РГП «НЦЭЛС», в отделе распространения журнала в Алматы в течение всего 2014–2015 гг.

По вопросам оформления подписки, размещения научных статей и рекламных материалов обращаться

по телефонам: **8 (727) 273 35 84, 273 03 73.**

Факс: **8 (727) 273 63 80;**

mailto: pharmkaz@dar.kz, pharmkaz@mail.ru

Уважаемые читатели!

Заканчивается февраль – аномально теплый и непредсказуемый, когда на юге страны цветет сирень, а на севере – снегопады и гололед. Однако капризы погоды не мешают докторам лечить, а нам, обычным гражданам, беречь свое здоровье и укреплять его не только лекарствами и витаминами, но и прогулками на свежем воздухе, правильным питанием и позитивным общением друг с другом.

В отечественном здравоохранении в феврале также было немало значимых событий. Наиболее важным можно считать внедрение на 63 объектах фармацевтической деятельности международных стандартов надлежащих фармацевтических практик, которые устанавливают требования к производству, транспортировке, хранению и реализации фармацевтических препаратов. Соблюдение этих стандартов позволит перейти от системы контроля качества готовой продукции к системе обеспечения ее качества и гарантировать обеспечение населения безопасными и эффективными лекарственными средствами.

На сегодняшний день стандарты GXP уже внедрили такие крупные отечественные фармпроизводители, как АО «Нобель АФФ», АО «Химфарм», ТОО «Вива Фарм», ТОО «Эйкос», ТОО «Фитолеум» и другие, с чем мы их искренне поздравляем!

С 2016 года большое внимание со стороны государства уделяется научной работе в сфере фармации и медицины, поэтому на страницах нашего журнала появляется все больше интересных публикаций и маститых, и молодых казахстанских ученых.

Они исследуют не только местное лекарственное растительное сырье, но и вещества животного происхождения, обладающие целебными свойствами и проверенные веками. В февральском номере журнала опубликовано интересное исследование преподавателей и магистрантов КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, Карагандинского государственного медицинского университета, Международного Казахско-Турецкого университета, ученых НПП «Антиген», посвященное химическим, фармакологическим свойствам и технологическому процессу обработки конского жира, который еще так детально нигде и никем не изучался

Среди авторов нашего журнала теперь не только специалисты фармации, но и работники практического здравоохранения, что нас очень радует. Только врачебная практика может выявить достоинства и недостатки медицинских изделий, определить пользу и побочные действия лекарственных средств.

Интересные, а порой и уникальные случаи из практики наших докторов, описание применяемых эффективных методик лечения наверняка вдохновят ученых на создание новых, полезных и безопасных лекарственных форм, в которых и сегодня, и всегда будет нуждаться человек!

Будьте здоровы в преддверии весны! Не теряйте оптимизма!

*Ф. СУЛЕЕВА,
заместитель главного редактора*

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

№2 (177) ФЕВРАЛЬ • Издаётся с 2001 г.

Учредитель: Министерство здравоохранения и социального развития РК

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

WWW.DARI.KZ

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
Ф.Э. Сулеева**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

Г. Албаева



АДРЕС РЕДАКЦИИ:

050004, РК, г. Алматы
пр. Абылай хана, 63, оф. 315
тел.: +7 (727) 273 03 73
факс: +7 (727) 273 55 00
e-mail: pharmkaz@dari.kz;
www.pharmkaz.kz

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ш.А. Байдуллаева
И.Р. Кулмагамбетов
У.М. Датхаев
Р.С. Кузденбаева
В.Н. Локшин
Д.М. Сабденалиев
С.Е. Султанов
З.Н. Сыбанкулова
А.У. Тулегенова
Ж.А. Сатыбалдиева
С.Н. Шин

ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ

ТОО «Bagara Astana»
РК, г. Астана, пр. Победы, 35а,
тел.: +7 (7172) 577 896, вн. 399
Подписано к печати 27.02.2016 г.
Тираж – 800 экз. Заказ №38
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.

СОДЕРЖАНИЕ

РЕСМИ БӨЛІМ	4
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	6
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАКОПЕЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С.Р. МУСИНОВ, А.У. ТУЛЕГЕНОВА. Гармонизация и обновление как основные принципы развития Государственной фармакопеи Республики Казахстан.....	8
ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ	
Л.Н. МАЛОШТАН, Е.Ю. ЯЦЕНКО, ЭСАМ ЗУРГАНИ А. ЗЕГХДАНИ, О.А. РУХМАКОВА, Т.Г. ЯРНЫХ. Изучение фармакологической активности мази «Аллерголик» на модели контактного аллергического дерматита.....	16
Р.Г. НҰРХАСИМОВА, С.Т. РАМАНОВА, К.Ж. РЫСКЕЛДИЕВА, А.К. АЯЗБЕКОВ, А.А. КУШКАРОВА. Түркістан аймағында тұратын қыз балалар мен жасөспірім қыздарда дисменореяның кездесу жиілігі.....	20
А.М. КОНДЫБАЕВА, С.У. КАМЕНОВА, К.К. КУЖЫБАЕВА, И.М. КАЛЬМЕНЕВА. Эффективность лекарственного препарата «Цитиколин» (Строцит) в раннем восстановительном периоде инсульта.....	25
У.М. ДАТХАЕВ, Р.М. АБДУЛЛАБЕКОВА, Г.О. УСТЕНОВА, М.А. БЕРДИБЕКОВ, Н.Н. АХМЕТСАДЫКОВ, А. ЖАКУПБЕКОВА, Г. ШАЙКЕНОВ, А. КАНТУРЕЕВА. Жир конский как перспективный источник активных фармацевтических ингредиентов и вспомогательных веществ в производстве лекарственных средств.....	30
К.А. SARTAЕVA, S.A. KUTTYKOZHAEVA, G.O. DOLANOVA, Zh.Zh. JAKIPBEKOVA, G.Zh. MYRZABEKOVA. The role of bile, hepatoprotective phyto medicines in gastroenterology.....	34
АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ	
К.А. ЖАПАРКУЛОВА. Обзор фармацевтического рынка антимикробных и анальгезирующих препаратов Республики Казахстан.....	38
ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	
К.М. КЕДЕЛЬБАЕВА, С.Н. ЖУСИПОВА, А.К. КОЖАХМЕТОВА, Б.М. ЕРМАГАНБЕТ. Роль радиочастотной абляции в лечении пароксизмальной АВ узловой RE-entry тахикардии.....	43
С.А. МАЛЕНКОВА, А. КАНЫБЕКОВ, Т.А. МЕДЕТБЕКОВ, А.А. КАНЫБЕКОВА. Самоампутация червеобразного отростка (случай из практики).....	48
ФАРМАКОГНОЗИЯ	
Т.А. СУЛЕЙМАНОВ, С.Э. АЛИЕВА. Количественное определение флавоноидов в траве <i>Salvia Qlutinosa</i> L. из флоры Азербайджана.....	50
Б.А. БАХТИЯРОВА, К.К. ОРЫНБАСАРОВА, Г.А. НУРГАЗИЕВА. Компонентный состав, свойства и перспективы применения в стоматологии эфирного масла полыни туранской и полыни цитварной.....	53

КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ МИНИСТРЛІГІ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ БАҚЫЛАУ КОМИТЕТІНІҢ

**«FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GMBH, ГЕРМАНИЯ ӨНДІРГЕН, СЕРИЯСЫ
16IB0397 10%, 100 МЛ, «АМИНОВЕН ИНФАНТ» ДӘРІЛІК ПРЕПАРАТЫН
МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚОЛДАНУҒА ТЫЙЫМ САЛУ ЖӘНЕ АЙНАЛЫСТАН АЛЫП
ТАСТАУ ТУРАЛЫ» 2016 ЖЫЛДЫҢ 4 АҚПАНЫНДАҒЫ №82 БҰЙРЫҒЫ**

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 84-бабы 1-тармағы 7) тармақшасына, 84-1 бабы 1-тармағына, Қазақстан Республикасы Кәсіпкерлік кодексінің 144-бабы 3-тармағы 2) тармақшасына, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 27 ақпандағы №106 бұйрығымен бекітілген Дәрілік заттарға, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техникаға тыйым салу, оларды тоқтата тұру, айналыстан алып қою немесе шектеу қағидаларының 2-тармағы 1) тармақшасына, сондай-ақ 2-тармағының 7) тармақшасына сәйкес, Қазақстан Республикасы азаматтарының өмірі мен денсаулығын қорғауды қамтамасыз ету мақсатында, БҰЙЫРАМЫН:

1. FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH, Германия өндірген сериясы 16IB0397 10%, 100 мл «Аминовен инфант» дәрілік препаратына Қазақстан Республикасының аумағында медициналық қолдануға тыйым салынсын және айналыстан алынып тасталынсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің аумақтық бөлімшелерінің басшылары:

1) осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген дәрілік заттардың серияларын Қазақстан Республикасының аумағынан әкетуге, сақтауға, қолдануға және өткізуге тыйым салу жөніндегі шараларды қабылдасын;

2) осы бұйрық күшіне енген сәттен бастап күнтізбелік бес күн ішінде оны облыстардың, Астана және Алматы қалаларының Денсаулық сақтау басқармала-

рына, Кедендік бақылау департаменттеріне, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарға жеткізін;

3) осы бұйрық күшіне енген сәттен бастап күнтізбелік отыз күн ішінде қабылданған шаралар туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетіне хабарласын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің Алматы қаласы бойынша департаменті (М.С. Үкібай) осы бұйрық күшіне енген сәттен бастап күнтізбелік бес күн FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH компаниясының өкілдігіне осы бұйрық жөнінде жазбаша хабарласын.

4. FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH компаниясының өкілдігі күнтізбелік он күнге дейінгі мерзім ішінде осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген, алып тастауға жататын дәрілік заттар сериялары бар субъектілерге хабарласын.

5. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

6. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті төрайымының орынбасары Л.Ю. Пакқа жүктелсін.

Негіздеме: FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH компаниясының 2016 жылғы 25 қаңтардағы хаты.

Төраға
Н. БЕЙСЕН

КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ МИНИСТРЛІГІ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ БАҚЫЛАУ КОМИТЕТІНІҢ

**«ХИМФАРМ» АҚ ӨНДІРГЕН ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫҢ KEЙБІР СЕРИЯЛАРЫН
МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚОЛДАНУҒА ТЫЙЫМ САЛУ ЖӘНЕ АЙНАЛЫСТАН АЛЫП
ТАСТАУ ТУРАЛЫ» 2016 ЖЫЛДЫҢ 2 АҚПАНЫНДАҒЫ №83 БҰЙРЫҒЫ**

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 84-бабы 1-тармағы 7) тармақшасына, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің

2015 жылғы 27 ақпандағы № 106 бұйрығымен бекітілген Дәрілік заттарға, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техникаға тыйым салу, оларды тоқтата тұру, айналыстан алып қою немесе шектеу қа-

гидаларының 2-тармағы 7) тармақшасына, сондай-ақ 3-тармағының 2) тармақшасына сәйкес, Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын қорғауды қамтамасыз ету мақсатында, БҰЙЫРАМЫН:

1. «Химфарм» АҚ (Қазақстан Республикасы) өндірген сапасыз дәрілік заттардың мынадай серияларын Қазақстан Республикасының аумағында медициналық қолдануға тыйым салынсын және айналыстан алынып тасталынсын:

1) Эналаприлат инъекцияға арналған ерітінді 1,25 мг/мл, 1мл, №5, сериясы 151100195, 120165 ампула мөлшерінде (24 033 ор. №5);

2) Эналаприлат инъекцияға арналған ерітінді 1,25мг/мл, 1 мл, №5, сериясы 151100196, 45080 ампула мөлшерінде (9 016 ор. №5);

3) Геласан® инъекцияға арналған ерітінді 5000 МЕ/мл, 5мл, №5, сериялары 151100542, 51505 ампула мөлшерінде (10 301 ор. №5);

4) Геласан® инъекцияға арналған ерітінді 5000 МЕ/мл, 5мл, №5, сериялары 151100543, 50975 ампула мөлшерінде (10 195 ор. №5);

5) Геласан® инъекцияға арналған ерітінді 5000 МЕ/мл, 5мл, №5, сериялары 151100544, 16785 ампула мөлшерінде (3 357 ор. №5);

6) Сантодарон инъекцияға арналған ерітінді 150 мг/3мл, №5, сериясы 151200218, 69450 ампула мөлшерінде (13 890 ор. №5).

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің облыстар, Астана және Алматы қалалары аумақтық бөлімшелерінің басшылары:

1) осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген дәрілік заттардың серияларын Қазақстан Республикасының

аумағынан әкетуге, сақтауға, қолдануға және өткізуге тыйым салу жөніндегі шараларды қабылдасын;

2) осы бұйрық күшіне енген сәттен бастап күнтізбелік бес күн ішіндеоны облыстардың, Астана және Алматы қалаларының Денсаулық сақтау басқармаларына, Кедендік бақылау департаменттеріне, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарға жеткізсін;

3) осы бұйрық күшіне енген сәттен бастап күнтізбелік отыз күн ішінде қабылданған шаралар туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетіне хабарласын;

4) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша департаменті (Л.Р. Қашқымбаева) осы бұйрық күшіне енген сәттен бастап күнтізбелік бес күн ішінде дәрілік заттарды өндірушіге осы бұйрық жөнінде жазбаша хабарласын.

4. Өндіруші («Химфарм» АҚ) күнтізбелік он күнге дейінгі мерзім ішінде осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген, алып тастауға жататын дәрілік заттар сериялары бар субъектілерге хабарласын.

5. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

6. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті төрайымының орынбасары Л.Ю. Паққа жүктелсін.

Негіздеме: «Химфарм» АҚ 2016 жылғы 4 ақпандағы №216 хаты.

Төраға
Н. БЕЙСЕН

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Прием флуконазола внутрь во время беременности повышает риск самопроизвольного прерывания беременности и мертворождения

Группа датских ученых решила провести исследование с целью определения связи между приемом флуконазола внутрь и рисками возникновения самопроизвольных прерываний беременности и мертворождений. Результаты были опубликованы на сайте JAMA.

Основой для исследования стали данные более 1 400 тысяч женщин, полученные в период с 1997 по 2013 гг. Авторы работы сравнили исходы беременностей женщин, принимавших флуконазол, и тех, кто не подвергался воздействию препарата, при этом группы отбирались в соотношении 1:4. Также была сформирована дополнительная группа, в которую вошли женщины, применявшие для лечения вульвовагинального кандидоза интравагинальные топические азолы.

Анализ данных показал, что у 147 женщин из 3 315, принимавших во время беременности флуконазол внутрь, беременность закончилась самопроизвольным прерыванием. В контрольной группе выкидыш был зафиксирован у 563 женщин из 13 246 (отношение рисков 1,48, 95% ДИ 1,23-1,77). Таким образом, прием флуконазола статистически достоверно повышает риск возникновения самопроизвольного прерывания беременности. Случаи мертворождения были зафиксированы у 21 пациентки из 5 382, принимавших флуконазол, и у 77 из 21 506, не получавших данный препарат. Статистически достоверной связи между использованием флуконазола и мертворождением выявлено не было (отношение рисков 1,32, 95% ДИ 0,82-2,14).

antibiotics-chemotherapy.ru



**ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЗСР РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 04.02.2016 ГОДА №82**

**«О ЗАПРЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ И ИЗЪЯТИИ ИЗ ОБРАЩЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «АМИНОВЕН ИНФАНТ 10%» 100 МЛ, СЕРИИ
161B0397, ПРОИЗВОДСТВА FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GMBH, ГЕРМАНИЯ»**

В соответствии с подпунктом 7) пункта 1 статьи 84, пункта 1 статьи 84-1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», подпункта 2 пункта 3 статьи 144 Предпринимательского кодекса Республики Казахстан, подпункта 1) пункта 2, подпункта 7) пункта 2 Правил запрета, приостановления, изъятия или ограничения из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, в целях защиты здоровья и жизни граждан страны ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение и изъять из обращения на территории Республики Казахстан лекарственный препарат «Аминовен Инфант 10%», 100 мл, серии 161B0397, производства FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH, Германия.

2. Руководителям территориальных подразделений Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан:

1) принять меры по запрещению ввоза, вывоза, хранения, применения и реализации на территории Республики Казахстан серии лекарственного средства, указанного в пункте 1 настоящего приказа;

2) в течение пяти календарных дней с момента вступления в силу настоящего приказа довести его до сведения управлений здравоохранения, департаментов государственных доходов областей и гг. Астаны и Алматы, медицинских и фармацевтический ор-

ганизаций;

3) в течение тридцати календарных дней с момента вступления в силу настоящего приказа сообщить в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан о принятых мерах.

3. Департаменту Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности по г. Алматы (Укибай М.С.) в течение пяти календарных дней с момента вступления в силу настоящего приказа письменно известить о настоящем приказе представителя компании FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH в Республике Казахстан.

4. Представительству компании FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH в Республике Казахстан в срок до десяти календарных дней оповестить субъектов, имеющих в наличии подлежащие изъятию серии лекарственного средства, указанного в пункте 1 настоящего приказа.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Пак Л.Ю.

Основание: Письмо компании FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GmbH от 25.01.2016 года.

*Председатель
Н. БЕЙСЕН*

**ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЗСР РК ОТ 5.02.2016 Г. №83**

**«О ЗАПРЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ И ИЗЪЯТИИ
ИЗ ОБРАЩЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СЕРИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ ПРОИЗВОДСТВА АО «ХИМФАРМ»**

В соответствии с подпунктом 7) пункта 1 ст. 84 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», подпунктом 7) пункта 2, а также подпункта 2) пункта 3 Правил запрета, приостановления, изъятия или ограничения из обращения

лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, в целях обеспечения охраны здоровья гражд-

дан Республики Казахстан ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение и изъять из обращения на территории Республики Казахстан следующие серии некачественных лекарственных средств производства АО «Химфарм» (Республика Казахстан):

1) Эналаприлат, раствор для инъекций 1,25мг/мл 1мл №5, серия 151100195, в количестве 120 165 ампул (24 033 упаковки №5);

2) Эналаприлат, раствор для инъекций 1,25мг/мл, 1мл, №5, серия 151100196, в количестве 45 080 ампул (9 016 упаковок №5);

3) Гепасан®, раствор для инъекций 5 000 МЕ/мл, 5мл, №5, серий 151100542, в количестве 51 505 ампул (10 301 упаковка №5);

4) Гепасан®, раствор для инъекций 5000 МЕ/мл, 5мл, №5, серий 151100543, в количестве 50 975 ампул (10 195 упаковок №5);

5) Гепасан®, раствор для инъекций 5000 МЕ/мл, 5мл, №5, серий 151100544, в количестве 16 785 ампул (3 357 упаковок №5);

6) Сантодарон, раствор для инъекций 150мг/3мл №5, серия 151200218, в количестве 69 450 ампул (13 890 упаковок №5).

2. Руководителям территориальных подразделений Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан областей, городов Алматы и Астана:

1) принять меры по запрещению вывоза, хранения, применения и реализации на территории Республики Казахстан серии лекарственных средств, указанных в пункте 1 настоящего приказа;

2) в течение пяти календарных дней с момента вступления в силу настоящего приказа довести его

до сведения управлений здравоохранения, департаментов государственных доходов областей и городов Алматы и Астаны, медицинских и фармацевтических организаций;

3) в течение тридцати календарных дней с момента вступления в силу настоящего приказа сообщить в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан о принятых мерах.

3. Департаменту Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан по Южно-Казахстанской области (Кашкымбаева Л.Р.) в течение пяти календарных дней с момента вступления в силу настоящего приказа письменно известить о настоящем приказе производителя лекарственного средства.

4. Производителю (АО «Химфарм») в срок до десяти календарных дней оповестить субъектов, имеющих в наличии подлежащие изъятию серии лекарственных средств, указанных в пункте 1 настоящего приказа.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Пак Л.Ю.

Основание: Письмо АО «Химфарм» от 04.02.2016 года №216.

*Председатель
Н. БЕЙСЕН*

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Антиагреганты и антикоагулянты. Новое нежелательное явление

Антиагрегантные и антикоагулянтные препараты могут увеличивать риск ретинальных и субретинальных кровоизлияний на 50% у людей, которые имеют комбинацию неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации (нВМД) и артериальной гипертензии. Эти данные были опубликованы в февральском 2016 года номере журнала *Ophthalmology*.

Как считают комментаторы работы, полученная информация подчеркивает необходимость адекватного контроля артериального давления у пациентов с диагнозом нВМД, а также информирования пациентов с сочетанием нВМД и артериальной гипертензии о наличии у них повышенного риска кровоизлияний в сетчатку. Тем не менее, имеющейся на данный момент информации недостаточно, чтобы рекомендовать пациентам с нВМД прекращать прием ранее назначенных антитромботических препаратов, поскольку очевидно, что медицинские риски в связи с инфарктом или инсультом существенно выше, чем риски вследствие внутриглазных кровоизлияний.



medspecial.ru

УДК 615.03:615.017:616.079

МУСИНОВ С.Р., ТУЛЕГЕНОВА А.У.,*кандидат медицинских наук; руководитель Центра разработки и совершенствования ГФ РК и Фармакопеи ЕАЭС, доктор фармацевтических наук, профессор, Национальный Центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗСР РК*

ГАРМОНИЗАЦИЯ И ОБНОВЛЕНИЕ КАК ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

На глобальном уровне развитие и совершенствование фармакопейных стандартов представляет собой непрерывный процесс, тесно связанный с современными достижениями в области научных исследований и техники аналитического эксперимента.



С.Р. МУСИНОВ



А.У. ТУЛЕГЕНОВА

АННОТАЦИЯ

Второе издание Государственной фармакопеи Республики Казахстан (ГФ РК 2.0) является практической реализацией принципов непрерывного развития, гармонизации и обновления. Особенности гармонизации ГФ РК с основными фармакопеями мира (Европейская фармакопея, Британская фармакопея, Фармакопея США) определяют структуру ее разделов и монографий, а также используемые типы и механизмы гармонизации. В статье отражены изменения, внесенные в общие разделы и монографии I тома ГФ РК 2.0 и предусматриваемые к внесению в частные монографии II тома.

Ключевые слова: фармакопея, гармонизация, типы и механизмы гармонизации, обновление, общая монография, частная монография.

Развитие фармакопей включает в себя как разработку новых стандартов и положений, так и пересмотр и обновление существующих. При этом ряд фармакопейных монографий может исключаться, как

несоответствующий требованиям времени. Каждая фармакопея имеет свой период обновления. Например, публикация нового издания Европейской фармакопеи осуществляется раз в три года, а Британской фармакопеи и Фармакопеи США – ежегодно.

Первое издание Государственной фармакопеи Республики Казахстан (ГФ РК) в двух томах на казахском и русском языках выпущено в 2008 году [1,2], третий том издан в 2014 году [3]. С декабря 2015 года публикацией I тома начато второе издание фармакопеи (ГФ РК 2.0), утверждение и введение в действие этого издания последует в ближайшее время [4]. Сейчас активно проводятся работы по выпуску II тома ГФ РК, который запланирован в конце 2016 года.

Обновление ГФ РК тесно связано с процессом ее гармонизации со стандартами основных фармакопей мира – Европейской, Британской фармакопеями и Фармакопеей США [5-7]. Изменения, произошедшие в основных фармакопеях, неизбежно отражаются на гармонизированных текстах ГФ РК. Периодическому пересмотру и обновлению также подлежат и

тексты национальной части, что связано с изменениями в состоянии фармацевтического рынка республики и национального законодательства.

Гармонизация национальных фармакопейных стандартов с основными фармакопеями мира является главным принципом создания ГФ РК. Примечательно, что по мере развития национальных фармакопейных стандартов происходит расширение процесса гармонизации. Процесс начинался со стандартов и положений Европейской фармакопеи, которая имела статус базовой фармакопеи для ГФ РК. Затем ввиду необходимости распространения фармакопейных стандартов на готовые лекарственные средства (лекарственные препараты) и другие продукты, присутствующие на фармацевтическом рынке республики, потребовались стандарты Фармакопеи США и Британской фармакопеи. Если содержание I и II томов ГФ РК полностью основано на стандартах и положениях только Европейской фармакопеи, то III том ГФ РК уже включает в себя 60 монографий, гармонизированных с требованиями Фармакопеи США, в том числе 6 общих и 54 частных монографий на субстанции для фармацевтического применения и лекарственные препараты. С III тома ГФ РК начата гармонизация с требованиями Британской фармакопеи, что нашло отражение в 4 частных монографиях на лекарственные препараты. Наиболее полная реализация принципа гармонизации предусматривается во втором издании ГФ РК 2.0. Важно, что гармонизация ГФ РК с требованиями Фармакопеи США и Британской фармакопеи не умаляет значения Европейской фармакопеи, сохраняя ее статус базовой.

Ключевым вопросом гармонизации является соблюдение законных прав авторов фармакопей, с учетом требований которых осуществляется гармонизация. При создании ГФ РК право на использование стандартов Европейской фармакопеи предоставлено Европейским директором по качеству лекарственных средств и здравоохранению Совета Европы (EDQM) в мае 2007 года. Гармонизация с требованиями Фармакопеи США регламентирована Соглашением, подписанным Министерством здравоохранения Республики Казахстан и Фармакопейной конвенцией США (USP), от 25 октября 2010 года. Возможность и условия гармонизации ГФ РК с Британской фармакопеей определены соответствующим Соглашением, заключенным Министерством здравоохранения Республики Казахстан с Агентством Великобритании по регулированию обращения лекарственных средств (MHRA), от 8 апреля 2014 года.

Гармонизация фармакопейных стандартов относится к наиболее сложному виду глобальной фармакопейной деятельности. Она может осуществляться ретроспективно и перспективно, по полному и селективному (частичному) механизмам. Ретроспективная гармонизация проводится для разделов и монографий, включенных в фармакопеи. Перспективный тип возможен для лекарственных средств и методов их

испытаний, ранее не являвшихся предметом фармакопейной стандартизации. Перспективная гармонизация осуществляется в значительной степени легче, чем ретроспективная, поэтому является предпочтительной. Полный механизм предусматривает заимствование текстов в полном объеме, исключая любые изменения. Селективный механизм дает возможность заимствования избранных частей, предполагая при этом обоснованные и согласованные изменения.

Гармонизация ГФ РК с основными фармакопеями имеет свои особенности и осуществляется по различным механизмам.

Европейская фармакопея предусматривает применение исключительно перспективного типа гармонизации и ее полного механизма. Такой подход предполагает выделение текстов Европейской фармакопеи в отдельную часть раздела или монографии ГФ РК (европейская часть), неизменность содержания ее текста, сохранение стиля изложения, нумерации и названий разделов и монографий. Одним из обязательных условий гармонизации с Европейской фармакопеей является использование ее терминологии, представленной как в общих разделах и монографиях, так и в специальном издании EDQM в режиме online [8].

Фармакопея США позволяет реализацию всех упомянутых выше типов и механизмов гармонизации. Важно, чтобы тексты, претерпевшие гармонизацию, были отмечены символом USP. Тексты ГФ РК, гармонизированные с Фармакопеей США относятся, в основном, к частным монографиям на лекарственные препараты ввиду их отсутствия в Европейской фармакопее. Объектами гармонизации в этих случаях являются исключительно методики испытаний и/или допустимые нормы показателей качества, для которых наиболее приемлем селективный механизм гармонизации. Применение таких методик испытаний обосновано их валидированностью, что в значительной мере упрощает процесс разработки фармакопейных монографий, позволяя направить усилия исполнителей на другие, не менее важные аспекты фармакопейной стандартизации.

В подавляющем большинстве селективный механизм использован в частных монографиях ГФ РК для определения таких показателей качества лекарственных препаратов, как «Идентификация», «Растворение», «Родственные примеси», «Бактериальные эндотоксины» и «Количественное определение». Реже он применяется для установления допустимых норм показателей «Распадаемость», «Потеря в массе при высушивании», «рН», «Вода» и «Микробиологическая чистота» (таблица).

Наряду с селективной гармонизацией с Фармакопеей США в ГФ РК осуществляется и полная гармонизация частных монографий на лекарственные препараты. Однако в отдельных случаях это требует привлечения соответствующей монографии Фармакопеи США на активную субстанцию, так как совместно

они образуют единую систему, в которой роль связующего звена отведена стандартным образцам фармакопеи. Ввиду необходимости использования стандартных образцов Фармакопеи США в испытаниях по гармонизированным с ней монографиям в ГФ РК включена общая монография Фармакопеи США <11> «Стандартные образцы».

Аналогичные типы и механизмы гармонизации реализуются с Британской фармакопеей, хотя селективный механизм гармонизации перспективного типа является предпочтительным. Для обозначения гармонизированных текстов используется символ ВР.

Несмотря на различие подходов к гармонизации основные фармакопеи едины в одном требовании – непрерывности развития и своевременного обновления национальных фармакопейных стандартов Казахстана с текущим их изданием.

Особенности гармонизации ГФ РК с основными фармакопеями определяют структуру ее разделов и монографий. Гармонизированные с Европейской фармакопеей разделы и монографии состоят из двух частей. Первая является европейской, а следующая за ней – национальной частью, обозначенной гербом Республики Казахстан. Национальная часть учитывает особенности развития отечественного фармацевтического рынка, номенклатуру присутствующих на нем лекарственных средств, требования национального законодательства в сфере обращения лекарственных средств и особенности применяемой терминологии, дополнительные требования к качеству лекарственных средств, альтернативные методики испытаний и информационные материалы. Она не противоречит европейской части, а лишь дополняет ее. Необходимость дифференцирования европейской и национальной частей в ГФ РК представляется ключевым требованием EDQM в соблюдении его авторских прав.

Аналогичный подход положен в основу фармакопей ряда стран Европейского союза и стран, охваченных Конвенцией по разработке Европейской фармакопеи. При этом требования Европейской фармакопеи могут быть изложены либо в приложении к национальной фармакопее, либо в виде отдельной части ее монографий. Национальные же тексты могут присутствовать не только в составе монографии, но и образовывать отдельные главы, разделы и специальные дополнения. Как показывает опыт гармонизации в этих странах, представляется целесообразным сохранение системы Европейской фармакопеи, в том числе структуры, нумерации разделов и монографий с целью их унификации и, что важно, для облегчения поиска, использования и понимания текстов профессионалами.

Гармонизация ГФ РК с основными фармакопеями не исключает, а, наоборот, предполагает развитие национальной части. Присутствие ее характерно для многих общих разделов и общих монографий ГФ РК, например:

1. Общие сведения.
- 2.2.8. Вязкость.
- 2.2.6. Индекс рефракции (показатель преломления).
- 2.2.9. Метод капиллярной вискозиметрии.
- 2.2.14. Температура плавления – капиллярный метод.
- 2.8.12. Эфирные масла в лекарственном растительном сырье.
- 2.8.14. Танины в лекарственном растительном сырье.
- 5.9. Полиморфизм.
- 5.12. Стандартные образцы.
- 5.16. Кристалличность, гомеопатические препараты (1038), резинки жевательные лекарственные (1239). Основные термины и определения лекарственных форм (1502), Субстанции для фармацевтического применения (2034), Натрия йодид (1311), раствор (0281), Натрия пертехнетат (99mTc), раствор для инъекций (активационный) (0283) и др.

К национальным текстам относятся не только национальные части разделов и монографий, но и монографии в целом. В основном, они представляют собой:

- Общие монографии на методы испытаний лекарственного растительного сырья. Например, Правила приемки лекарственного растительного сырья и методы отбора проб для анализа, определение степени измельченности лекарственного растительного сырья, техника микроскопического и микрохимического исследования лекарственного растительного сырья и др.
- Общие монографии на определение морфологических групп лекарственных растений, например, Травы, Листья, Цветки, Семена, Плоды, Почки, Шишки, Кора и другое.
- Частные монографии на лекарственные препараты в различных лекарственных формах. Например: Амикацина сульфат, раствор для инъекций; Кетопрофен, гель; Лизиноприл, таблетки; Цефуроксим, порошок для инъекций; Циклосерин, капсулы и другое.
- Частные монографии на лекарственные растительные средства, например, Аира корневища; Бессмертника цветки; Верблюжьей колючки трава; Кермека Гмелина трава; Боярышника настойка и другое.

Содержание национальных текстов составляет более 30% от общего числа текстов ГФ РК, что позволяет позиционировать ее как национальную, но не Европейскую фармакопею, изданную на национальном языке.

Второе издание ГФ РК 2.0 является практическим воплощением принципов непрерывного развития, гармонизации и обновления. I том ГФ РК 2.0, обновленный в соответствии с текущим изданием Европейской фармакопеи, включает также заимствованное из Фармакопеи США – Национального формуляра – Приложение Хроматографические колонки, необходимое для использования в качестве информационного материала в лабораторной практике.

В I том ГФ РК 2.0 входят общие разделы, монографии и тексты, устанавливающие общие требования к испытаниям лекарственных средств, оборудованию и методам, необходимым для их проведения, показателям качества лекарственных средств, упаковочным материалам и контейнерам, реактивам, стандартным образцам, субстанциям для фармацевтического применения, лекарственным препаратам, некоторым лекарственным растительным средствам и биологическим продуктам.

Практически все общие разделы и монографии I тома в той или иной степени претерпели изменения (рисунок). В 33 из них изменены названия. Например:

2.2.2. Степень окрашивания жидкостей.

2.5.8. Определение аминного азота в первичных ароматических аминах.

2.9.19. Загрязнение механическими включениями: невидимые частицы.

2.9.33. Определение характеристик кристаллических и частично кристаллических твердых веществ методом рентгеновской порошковой дифрактометрии (РПД) и др.

Значительное изменение в содержании претерпели 54 общих раздела и монографии. Например:

2.4.27. Тяжелые металлы в лекарственном растительном сырье и продуктах из лекарственного растительного сырья.

3.2.1. Стеклообразные контейнеры для фармацевтического применения.

4.1.1. Реактивы, Лекарственные растительные экстракты (0765), Аллергенные лекарственные препараты (1063) и другие.

• Некоторые тексты, наоборот, исключены из издания (например, 2.9.21. Механические включения: метод микроскопии). Практически все тексты заново отредактированы и откорректированы, а используемые термины унифицированы. Наряду с внесением изменений в существующие тексты в I том ГФ РК 2.0 включены 26 новых общих разделов и монографий. Например:

• 5.2.8. Минимизация риска передачи возбудителей губчатой энцефалопатии животных при применении лекарственных препаратов в медицине и ветеринарии.

• 5.20. Остатки металлических катализаторов или металлических реактивов, Лекарственные средства, полученные технологией рекомбинантной ДНК (0784), Продукты ферментации (1468), Лекарственные препараты (2619) и другое.

В I томе ГФ РК 2.0 содержится ряд общих разделов и монографий, гармонизированных в трехстороннем порядке (Европейская фармакопея, Японская фармакопея и Фармакопея США) в рамках Фармакопейной дискуссионной группы (PDG). К числу таких монографий относятся, например, следующие: 2.4.14. Сульфатная зола, 2.6.1. Стерильность, 2.9.1. Распадаемость таблеток и капсул, 2.9.7. Истираемость таблеток без оболочки, 2.9.17. Испытание на



Рисунок – Изменения в общих разделах и монографиях I тома ГФ РК

извлекаемый объем лекарственных препаратов парентеральных и другие.

Монографии, гармонизированные в трехстороннем порядке, освещены в разделе Европейской фармакопеи 5.8. Фармакопейная гармонизация. Таким образом, включение в ГФ РК вышеуказанных монографий позволяет достичь опосредованной гармонизации с Японской фармакопеей и Фармакопеей США.

Разработанный и предусмотренный к выпуску в 2016 году II том ГФ РК 2.0 будет посвящен, главным образом, частным монографиям на субстанции для фармацевтического применения, лекарственное растительное сырье, лекарственные препараты в различных лекарственных формах, медицинские иммунобиологические препараты (вакцины, иммуноглобулины). Основное содержание тома предваряют общие монографии на лекарственные формы, например, гранулы (0499), капсулы (0016), таблетки (0478) и другие, которые ранее располагались в I томе ГФ РК первого издания. Логическая взаимосвязь общих и частных требований, изложенных в монографиях на лекарственные препараты, определила их местоположение в пределах одного тома ГФ РК 2.0.

Обновление частных монографий ГФ РК 2.0 проводится в соответствии с изменениями в аналогичных монографиях Европейской фармакопеи, с которыми они ранее были гармонизированы (таблица). Ввиду отсутствия в базовой фармакопее частных монографий на лекарственные препараты представляется целесообразной селективная гармонизация национальных монографий со стандартами Британской фармакопеи и Фармакопеи США.

В процессе гармонизации частных монографий на лекарственные препараты наибольшие изменения претерпят такие показатели качества, как «Растворение» и «Родственные примеси». Их обновление выражается, прежде всего, в пересмотре допустимых норм отклонения показателей каждого лекарственного препарата с целью их коррекции, включения в приемлемых

случаях, методик испытания, уточнении типа стандартных образцов, используемых для испытаний и прочего. Пересмотру будут подлежать и ранее представленные методики идентификации и количественного определения, часть из которых может быть заменена на методики с лучшими аналитическими параметрами.

Таблица – Частные монографии ГФ РК, гармонизированные с Фармакопеей США и Британской фармакопеей

№	Название монографии	Механизм гармонизации: гармонизированный текст
Фармакопея США		
Субстанции для фармацевтического применения		
1.	Аминосалициловая кислота	Полный механизм
2.	Аминосалицилат натрия	Полный механизм
3.	Бета-каротин	Полный механизм
4.	Бикалутамид	Полный механизм
5.	Доксорубицина гидрохлорид	Полный механизм
6.	Донепезила гидрохлорид	Полный механизм
7.	Железа оксид	Полный механизм
8.	Зидовудин	Полный механизм
9.	Индапамид	Полный механизм
10.	Ирбесартан	Полный механизм
11.	Капреомицина сульфат	Полный механизм
12.	Клопидогрела гидросульфат	Полный механизм
13.	Ламивудин	Полный механизм
14.	Летрозол	Полный механизм
15.	Лизиноприл	Полный механизм
16.	Масло какао	Полный механизм
17.	Мелоксикам	Полный механизм
18.	Меропенем	Полный механизм
19.	Невирапин	Полный механизм
20.	Римантадина гидрохлорид	Полный механизм
21.	Симвастатин	Полный механизм
22.	Топирамат	Полный механизм
23.	Фексофенадина гидрохлорид	Полный механизм
24.	Циклосерин	Полный механизм
25.	Эсциталопрама оксалат	Полный механизм
Лекарственные препараты		
26.	Амоксицилин и калия клавуланат, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Распадаемость (допустимые нормы) – Растворение (методика испытания, допустимые нормы) – Микробиологическая чистота (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
27.	Бикалутамид, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания)
28.	Дексаметазона натрия фосфат, раствор для инъекций	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Бактериальные эндотоксины (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
29.	Доксорубицина гидрохлорид, порошок для инъекций	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Бактериальные эндотоксины (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания)
30.	Донепезила гидрохлорид, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (методика испытания, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
31.	Зидовудин, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (методика испытания, допустимые нормы) – Родственные примеси (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания)

№	Название монографии	Механизм гармонизации: гармонизированный текст
32.	Индапамид, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
33.	Ирбесартан, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания)
34.	Капреомицина сульфат, порошок для инъекций	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – pH (допустимые нормы) – Капреомицин I (методика испытаний, допустимые нормы) – Потеря в массе при высушивании (допустимые нормы) – Бактериальные эндотоксины (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
35.	Клопидогрела гидросульфат, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (допустимые нормы) – Родственные примеси (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания)
36.	Ламивудин и зидовудин, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (методика испытаний, допустимые нормы) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
37.	Летрозол, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (методика испытаний, допустимые нормы) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
38.	Лизиноприл, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
39.	Мелоксикам, таблетки	Селективный механизм: Идентификация (методика испытания) Растворение (допустимые нормы) Количественное определение (методика испытания)
40.	Меропенема тригидрат, порошок для инъекций	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Родственные примеси (допустимые нормы) – Потеря в массе при высушивании (допустимые нормы) – Бактериальные эндотоксины (допустимые нормы) – Натрий (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
41.	Невирапин, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (методика испытаний, допустимые нормы) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
42.	Оксалиплатин, порошок для инфузий	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
43.	Паклитаксел, концентрат для инфузий	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – pH (допустимые нормы) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Бактериальные эндотоксины (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
44.	Самария (153Sm) лексидроном, раствор для инъекций	Полный механизм
45.	Симвастатин, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
46.	Сульфаметоксазол и триметоприм, таблетки	Селективный механизм: – Растворение (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
47.	Топирамат, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (методика испытаний, допустимые нормы) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
48.	Фексофенадина гидрохлорид, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания)

№	Название монографии	Механизм гармонизации: гармонизированный текст
49.	Цефепим, порошок для инъекций	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – pH (допустимые нормы) – Вода (допустимые нормы) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Бактериальные эндотоксины (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
50.	Цефиксим, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (допустимые нормы) – Родственные примеси (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
51.	Цефуросим, порошок для инъекций	Селективный механизм: – Количественное определение (методика испытания)
52.	Цефуросима аксетил, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Растворение (допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
53.	Циклосерин, капсулы	Селективный механизм: – Растворение (методика испытания, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания)
54.	Эсциталопрама оксалат, таблетки	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Родственные примеси (методика испытаний, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
БРИТАНСКАЯ ФАРМАКОПЕЯ		
Лекарственные препараты		
55.	Амикацина сульфат, раствор для инъекций	Селективный механизм: – Родственные примеси (методика испытания, допустимые нормы) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)
56.	Клотримазол, таблетки вагинальные	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания)
57.	Тамсулозина гидрохлорид, капсулы с модифицированным высвобождением	Селективный механизм: – Идентификация (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания)
58.	Рамиприл, таблетки	Селективный механизм: – Растворение (методика испытания) – Количественное определение (методика испытания, допустимые нормы)

Обновление частных монографий на лекарственных препараты во всех случаях будет основано на проведении:

- сравнительного анализа требований к качеству лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке республики;
- сравнительного анализа фармакопейных требований (ГФ РК и основных фармакопей);
- экспериментальных работ по валидации и/или верификации методик испытаний в лаборатории Испытательного центра, аккредитованной EDQM и вступившей в Единую сеть официальных лабораторий контроля качества лекарственных средств Совета Европы (OMCL) в сентябре 2015 года.

Гармонизация и обновление ГФ РК, как основные принципы развития национальных фармакопейных стандартов Казахстана, способствуют обеспечению высокого качества фармацевтической продукции на локальном рынке, конкурентоспособности и экспортной ориентированности отечественного производства ЛС и изделий медицинского назначения.

медицина ғылымдарының кандидаты; фармацевтика ғылымдарының докторы, профессор, Дәрілік құралдарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығы» ҚР МФ және ЕЭО фармакопеясын әзірлеу және жетілдіру орталығының бастығы

ҮЙЛЕСТІРУ МЕН ЖАҢАРТУ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАКОПЕЯСЫНЫҢ ДАМУЫНЫҢ НЕГІЗГІ ПРИНЦИПТЕРІ РЕТІНДЕ

Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопеясының екінші басылымы (ҚР МФ 2.0) үздіксіз даму принциптерінің, үйлестірудің және жаңартудың жүзеге асырылуы болып табылады. ҚР МФ-ның әлемнің негізгі фармакопеяларымен (Еуропа фармакопеясы, Британ фармакопеясы, АҚШ Фармакопеясы) үйлестірудің ерекшеліктері оның бөлімдері мен монографияларының құрылымын, сондай-ақ үйлестірудің пайдаланылған типтері мен механизмдерін анықтайды. Мақалада ҚР МФ 2.0 I томының жалпы бөлімдері мен монографияларына енгізілген және ҚР МФ 2.0 II то-

ТҮЙІНДЕМЕ

МУСІНОВ С.Р., ТӨЛЕГЕНОВА А.О.,

мының жеке монографияларына енгізуге қарастырылып отырған өзгерістер көрсетілген.

Түйін сөздер: фармакопея, үйлестіру, үйлестіру типтері мен механизмдері, жаңарту, жалпы монография, жеке монография.

SUMMARY
HARMONIZATION AND UPDATING
AS BASIC PRINCIPLES OF
THE DEVELOPMENT OF THE
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
STATE PHARMACOPOEIA

MUSSINOV S.R., TULEGENOVA A.U.,

candidate of medical Sciences; doctor of pharmaceutical Sciences, Professor, Head of the Center of the development and improvement the RKSP and

EAEU Pharmacopoeia, National center of expertise of medicines, medical devices and equipment

The second edition of the Republic of Kazakhstan State Pharmacopoeia (RKSP 2.0) is the practical implementation of the principles of continuous development, harmonization and updating. Features of RKSP harmonization with the leading pharmacopoeias of the world (European Pharmacopoeia, British Pharmacopoeia, United States Pharmacopoeia) determine the structure of its chapters and monographs, as well as used types and mechanisms of harmonization. The article reflects the changes made in general chapters and monographs of the Volume I of the RKSP 2.0 and which will be included in specific monographs of the Volume II of the RKSP 2.0.

Key words: pharmacopoeia, harmonization, harmonization types and mechanisms of harmonization, updating, general monograph, specific (individual) monograph.

Литература:

1. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Том I. – Алматы: Издательский дом «Жибек жолы», 2008. – 592 с.
2. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Том II. – Алматы: Издательский дом «Жибек жолы», 2008. – 804 с.
3. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Том III. – Алматы: Издательский дом «Жибек жолы», 2014. – 872 с.
4. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Второе издание. Том I. – Алматы: Издательский дом «Жибек жолы», 2015. – 720 с.
5. European Pharmacopoeia 8.0. Vol. I, II. – Strasbourg: Council of Europe, EDQM, 01/2014. – 3655 p.
6. British Pharmacopoeia 2016. – London: The Stationary Office on behalf of the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA).
7. U.S. Pharmacopoeia – National Formulary USP 38 – NF 33. – Rockville: The United States Pharmacopoeial Convention.
8. Стандартные термины: лекарственные формы, пути введения в организм и контейнеры. – EDQM: www.edqm.eu.

Referense:

1. Gosudarstvennaya farmakopeya Respubliki Kazahstan. Tom I. – Almaty: Izdatel'skij dom «ZHibek zholy», 2008. – 592 s.
2. Gosudarstvennaya farmakopeya Respubliki Kazahstan. Tom II. – Almaty: Izdatel'skij dom «ZHibek zholy», 2008. – 804 s.
3. Gosudarstvennaya farmakopeya Respubliki Kazahstan. Tom III. – Almaty: Izdatel'skij dom «ZHibek zholy», 2014. – 872 s.
4. Gosudarstvennaya farmakopeya Respubliki Kazahstan. Vtoroe izdanie. Tom I. – Almaty: Izdatel'skij dom «ZHibek zholy», 2015. – 720 s.
5. European Pharmacopoeia 8.0. Vol. I, II. – Strasbourg: Council of Europe, EDQM, 01/2014. – 3655 p.
6. British Pharmacopoeia 2016. – London: The Stationary Office on behalf of the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA).
7. U.S. Pharmacopoeia – National Formulary USP 38 – NF 33. – Rockville: The United States Pharmacopoeial Convention.
8. Standartnye terminy: lekarstvennye formy, puti vvedeniya v organizm i kontejnery. – EDQM: www.edqm.eu.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Препарат от эпилепсии вызывает врожденные пороки развития

Результаты исследования, проведенного во Франции, свидетельствуют о том, что широко распространенный противоэпилептический препарат может вызывать тяжелые врожденные пороки развития. Стало известно о 450 новорожденных с тяжелыми пороками развития, появившихся на свет у матерей, принимавших вальпроат натрия – популярный препарат для лечения эпилепсии. Дети родились во Франции в период с 2006 по 2014 годы, среди младенцев были и мертворожденные.

С 1 марта 2016 года в инструкцию к лекарству будет внесен пункт об опасности приема вальпроата по время беременности. Женщинам детородного возраста от 10 до 49 лет будет рекомендовано при возможности отказаться от употребления лекарства.

medportal.ru



УДК 616.5-002.1:615.262:615.454.124

МАЛОШТАН Л.Н., ЯЦЕНКО Е.Ю., ЭСАМ ЗУРГАНИ А. ЗЕГХДАНИ, РУХМАКОВА О.А., ЯРНЫХ Т.Г., доктор биологических наук, профессор, заведующая кафедрой физиологии и анатомии человека; кандидат фармацевтических наук, доцент; аспирант, доцент кафедры физиологии и анатомии человека; кандидат фармацевтических наук, доцент; доктор фармацевтических наук, профессор, заведующая кафедрой технологии лекарств Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МАЗИ «АЛЛЕРГОЛИК»

НА МОДЕЛИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Большинство средств, применяемых в дерматологии, имеют синтетическое происхождение, что может привести к проявлению местных побочных эффектов. Перспективными в этом отношении являются лекарственные средства растительного происхождения, хотя арсенал их крайне ограничен.



АННОТАЦИЯ

В статье приведены результаты изучения влияния мази «Аллерголик» на ход аллергического воспаления кожи на модели экспериментального аллергического контактного дерматита, вызванного 2,4-динитрохлорбензолом (ДНБХ) в сравнении с референс-препаратом – 2% мазью «Фладекс». Установлено, что мазь «Аллерголик» имеет выраженное терапевтическое воздействие за счет противовоспалительного и противоаллергического эффекта, что проявлялось в достоверном (относительно контрольной патологии) снижении толщины кожной складки в 2,3 раза. Также лекарственное средство снижает интенсивность воспаления кожи, которое характеризовалось уменьшением отека и гиперемии. Сравнительный анализ мазей «Аллерголик» и «Фладекс» показал, что под влиянием мази «Аллерголик» заживление кожных проявлений аллергического воспаления происходило значительно быстрее. Интенсивность поражения кожи на 7-й и 10-й день лечения была менее выраженной, чем в группе животных, которых лечили мазью «Фладекс». По уменьшению же толщины кожной складки мазь «Аллерголик» превосходила препарат сравнения в эти же периоды наблюдения.

Ключевые слова: аллергический контактный дерматит, противовоспалительная, противоаллергическая активность, мазь.

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия отмечено значительное увеличение распространённости аллергических заболеваний (АЗ) среди взрослых и детей [1]. Особенно возрос удельный вес аллергодерматозов в общей заболеваемости человека, прежде всего, за счет лекарственных токсикодермий и других поражений кожи аллергической природы, что стало одной из актуальнейших проблем современной медицины и привлекает пристальное внимание дерматологов, педиатров, аллергологов, терапевтов, иммунологов. Это обусловлено широким распространением данной патологии, четкой тенденцией к ее увеличению, несовершенством существующих методов лечения и профилактики и, как следствие, ограничением психологической, социальной и физической активности больных [2].

Патогенез аллергических дерматозов во многом определяется механизмами неадекватной иммунной реактивности, обусловленной гиперчувствительностью немедленного и замедленного типов [3].

Для эффективного лечения аллергических дерматологических заболеваний необходимы средства с широким спектром действия, в частности, проявляющие комплексную противоаллергическую, противовоспалительную, антимикробную активность и влияющие на разные звенья патогенеза заболевания. Большинство средств, применяемых в дерматологии, имеет синтетическое происхождение, часто при их продолжительном применении есть опасность проявления местных побочных эффектов [5,6,7].

Поэтому разработка новых методов лечения этих заболеваний остается актуальной проблемой дерматологии. Перспективными в этом отношении являются лекарственные средства растительного происхождения, однако арсенал их крайне ограничен.

Известным лекарственным сырьем является солодка голая [8]. Солодка голая обладает многосторонним терапевтическим воздействием. Глициризин предопределяет отхаркивающие, противовоспалительные, спазмолитические, мочегонные и слабительные свойства. Мочегонные и спазмолитические свойства имеют также флавоноиды солодки. Наличием флавоноидов объясняются антигистаминные и холинолитические свойства солодки, а также противовоспалительная активность. Глициризониновая и глициритиновая кислоты обуславливают противовоспалительное, противоаллергическое, антибиотическое и противоопухолевое действие, регулируют водно-солевой обмен в организме (задерживают ионы натрия и повышают выделение через почки ионов калия).

Исходя из вышеизложенного, представляло интерес изучение фармакологической активности мази под условным названием «Аллерголик», которая была разработана учеными НФаУ на кафедре технологии лекарств под руководством профессора Т.Г. ЯРНЫХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В роли объекта исследования выступала мазь «Аллерголик» для лечения дерматитов, содержащая в качестве действующих веществ сухой экстракт солодкового корня, тербинафина гидрохлорид и эфирное масло лаванды.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью наших исследований было изучение влияния мази «Аллерголик» на ход аллергического воспаления кожи на модели экспериментального аллергического контактного дерматита, вызванного 2,4-динитрохлорбензолом (ДНХБ).

Данная модель по патогенетическим характеристикам является аллергической реакцией, которая развивается по замедленному типу и, в отличие от других типов аллергических реакций, в ней не принимают участие антитела, которые при взаимодействии с антигеном приводят к высвобождению медиаторов воспаления (гистамина, лейкотриенов, цито-

кинов и т.п.). Повреждение ткани при аллергическом контактном дерматите происходит в результате ее инфльтрации Т-лимфоцитами и продуктами активированных макрофагов (это гидролитические ферменты, провоспалительные цитокины, и прочие).

Динитрохлорбензол – сильный аллерген, имеющий высокую проникающую способность при нанесении на кожу и провоцирующий развитие выраженной воспалительной реакции аллергической природы, которая по клиническим признакам является адекватной основным проявлениям аллергического дерматита у человека.

В качестве препарата сравнения использовали «Фладекс» – 2% мазь для наружного применения (ОО «Фармацевтическая компания «Здоровье», г. Харьков, Украина), которая обладает местным противовоспалительным, противозудным, антигистаминным и десенсибилизирующим действием, а также стимулирует репаративные процессы в коже. Обладает противовирусной активностью в отношении вирусов Herpes simplex 1 и 2 типов и Herpes zoster [9].

В эксперименте использовали 24 морские свинки массой 370-410 г. Экспериментальных животных распределили на 4 группы по 6 животных в каждой:

- 1 группа – интактный контроль;
- 2 группа – положительный контроль;
- 3 группа – животные, которым наносили мазь «Аллерголик»;
- 4 группа – животные, которым наносили мазь «Фладекс».

Противоаллергическое действие исследуемых препаратов изучали в условиях лечебно-профилактического режима, которое начинали с первого дня сенсibilизации. Моделирование аллергического контактного дерматита проводили на морских свинках групп 2-4, которых сенсibilизировали по методу Залкан П.М. и Иевлевой Е.А. [10]. Как аллерген использовали 2,4-динитрохлорбензол (ДНХБ), который наносили в виде 1-процентного спиртово-ацетонового раствора по 3 капли каждый день на протяжении 5 дней на кожу животных размером 2×2 см с левой стороны, с которой предварительно удалили шерстный покров. Разрешающую дозу раствора ДНХБ наносили на 14-й день от начала сенсibilизации на интактный (правый) бок.

За развитием дерматита наблюдали в динамике на 1,5,7-й и 10-й дни после нанесения разрешающей дозы аллергена по следующим показателями: оценка воспалительных проявлений кожи и определение толщины кожной складки [11]. Тяжесть воспалительных проявлений кожи оценивали в баллах:

- 0 баллов – отсутствие реакции;
- 1 балл – бледно-розовая эритема;
- 2 балла – ярко-розовая эритема;
- 3 балла – красная эритема и незначительный отек кожи;
- 4 балла – выраженная инфильтрация и отек кожи;
- 5 баллов – выраженная инфильтрация, очаговый некроз и геморрагии.

Результаты исследований обработаны современными статистическими методами на персональном компьютере с использованием пакета программ Statistica 6.0. Для записи переменных использовали среднее значение выборки ($S_{\bar{X}}$) и ее стандартную ошибку (\bar{X}) или среднее значение (\bar{X}), минимальное (X_{min}) и максимальное значение (X_{max}). Достоверность между групповыми отличиями устанавливали с помощью критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости для статистических критериев принимали при условии $p < 0,05$ [12].

Все исследования проводили согласно требованиям комиссии по биоэтике НФаУ и «Общих этических принципов экспериментов на животных» (Киев, 2001), которые согласовываются с положениями «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, которых используют для экспериментальных и научных целей» (Страсбург, 1986) [13].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным данным, клинические проявления аллергического контактного дерматита развивались постепенно и в группе контрольной патологии достигали максимальной интенсивности на 5-й день после нанесения разрешающей дозы 2, 4-динитрохлорбензола. Аллергическое воспаление кожи характеризовалось отеком тканей, гиперемией, геморрагиями и развитием геморрагических корок с язвами. Наблюдали ухудшение общего состояния животных: нарушение двигательной активности и снижение аппетита. Уже на 1-й день после нанесения разрешающей дозы аллергена у всех животных группы контрольной патологии развивалась умеренная гиперемия, а у некоторых животных наблюдали отек тканей, который подтверждает развитие контактного дерматита, оцениваемый в 2-3 балла (таблица). Толщина кожной складки у животных группы контрольной патологии увеличилась на 0,7 мм по сравнению с исходной. На 5-й день тяжесть местных проявлений усиливалась, наблюдали резкое повреждение кожных покровов с выраженной инфильтрацией и отеком кожи. При этом наблюдали максимальный рост толщины кожной складки на 3,23 мм в сравнении с исходной. Выраженная гиперемия и отек кожи у животных группы контрольной патологии сохранялись к 7-му дню эксперимента, лишь на 10-й день наблюдали снижение местных проявлений, которые свидетельствуют о включении естественных процессов регенерации.

На фоне лечения мазью «Аллерголик» на 1-5-й день эксперимента наблюдали достоверное, относительно контрольной патологии, снижение толщины кожной складки в 2,3 раза, а также снижение интенсивности воспаления кожи, которое характеризовалось уменьшением отека и гиперемии (таблица). В группе животных, которых лечили препаратом сравнения «Фладекс», достоверное снижение толщины кожной складки наблюдали лишь на 5-й день экс-

перимента (таблица). При этом исследуемая мазь с экстрактом корня солодки достоверно превышала по активности препарат сравнения «Фладекс».

Таблица – Влияние исследуемых препаратов на ход экспериментального аллергического контактного дерматита у морских свинок, $n=6$

Показатели	Срок наблюдения	Патология	Патология + «Аллерголик»	Патология + «Фладекс»
Воспаление кожи, баллы	1-й день	2,50 (2+3)	0,83 (0+2)*/**	1,83 (1+2)
	5-й день	2,67 (2+3)	0,83 (0+2)*/**	1,83 (1+2)*
	7-й день	2,83 (2+3)	0,67 (0+1)*/**	1,67 (1+2)*
	10-й день	1,50 (1+2)	0,50 (0+1)*	1,00 (1+1)
Толщина кожной складки, мм	Исходные данные	3,07 (2,8+3,3)	3,05 (2,7+3,5)	3,03 (2,7+3,5)
	1-й день	3,77 (3,5+4,0)	3,37 (3,1+3,7)*	3,58 (3,2+4,2)
	5-й день	6,30 (5,9+6,6)	4,95 (4,2+5,3)*	5,28 (4,5+5,8)*
	7-й день	4,60 (3,9+5,5)	3,73 (3,3+4,3)*	4,12 (3,5+4,8)
	10-й день	3,98 (3,3+4,8)	3,32 (2,9+3,8)*	3,73 (3,1+4,3)

Примечания: * – отличия достоверны относительно значений группы патологии, $p < 0,05$; ** – отличия достоверны относительно значений группы «Фладекс»; $p < 0,05$; n – количество животных в каждой группе.

Сравнительный анализ мази «Аллерголик» и мази «Фладекс» показал, что под влиянием мази «Аллерголик» заживление кожных проявлений аллергического воспаления происходило значительно быстрее: интенсивность поражения кожи на 7-й и 10-й день лечения была менее выраженной, чем в группе животных, которых лечили мазью «Фладекс». По уменьшению толщины кожной складки мазь «Аллерголик» превосходила препарат сравнения в эти же периоды наблюдения.

ВЫВОДЫ

Проведено изучение фармакологической активности мази «Аллерголик» на модели контактного аллергического дерматита, вызванного 2,4-динитрохлорбензолом.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на модели аллергического воспаления кожи – контактного дерматита – мазь «Аллерголик» имеет выраженное терапевтическое действие за счет противовоспалительного и противоаллергического эффекта и по выраженности этих эффектов превышает препарат сравнения – мазь «Фладекс».

Мазь «Аллерголик» является перспективной для дальнейшего применения в качестве лекарственного средства для лечения аллергического дерматита.

SUMMARY

**MALOSHAN L.N., YATSENKO E.YU.,
ESAM A. ZURGANI ZEGHDANI,
RUKHMAKOVA O.A., YARNYKH T.G.,**

Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of Department of physiology and of Human Anatomy; Candidate of Pharmaceutical Sciences, Associate Professor; graduate student, Associate Professor of Head physiology and of Human Anatomy; Candidate of

Pharmaceutical Sciences, Associate Professor; Doctor of Pharmacy, professor, head of department technology of drugs, National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine

THE STUDY OF OINTMENT “ALLERGOLIK” PHARMACOLOGICAL ACTIVITY AT THE MODEL OF CONTACT ALLERGIC DERMATITIS

In the article are given results of the study of the influence of the ointment “Allergolik” on the course of allergic inflammation of the skin on the model of experimental allergic contact dermatitis caused by 2,4-dinitrobenzene compared to the reference medicine 2% ointment “Fladeks”. It was found that the ointment “Allergolik” has a pronounced therapeutic action due to anti-inflamma-

tory and anti-allergic effects, that manifesting in a significant, relative to the control pathology, reducing of skin fold thickness in 2.3 times, as well as reducing the intensity of the inflammation of the skin that is characterized by a decrease in edema and hyperemia. Comparative analysis of the ointment “Allergolik” and ointment “Fladeks” showed that under the influence of the ointment “Allergolik” healing of cutaneous manifestations of allergic inflammation was much faster: the intensity of skin lesions on the 7th and 10th day of treatment was less pronounced than in the group of animals treated with ointment “Fladeks”, and by reducing the thickness of the skin fold ointment “Allergolik” surpassed reference medicine in the same periods of observation.

Key words: allergic contact dermatitis, antiinflammatory, antiallergic activity, ointment.

Литература:

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. М.: 2004, 47 с.
2. Хамагонова И.В. Заболевания кожи: диагностика, лечение, профилактика. // Российский медицинский журнал. – 2001. – Т.9. – №2. – С. 470-475.
3. Атопический дерматит: Руководство для врачей. / Под ред. Короткого Н.Г. – Тверь: «Издательство «Триада», 2003, 238 с.
4. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. Атопический дерматит. Типы течения, принципы терапии. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2000 г., 265 с.
5. Белоусова Т.А. Наружные глюкокортикостероидные препараты: критерии выбора с позиции эффективности и безопасности. / Т.А. Белоусова, М.В. Горячкина // Вест. дерматол. и венерол. – 2010. – №6. – С. 93-100.
6. Sehgal V.N. Atopic dermatitis: current options and treatment plan. / V.N. Sehgal, G. Srivastava S. Dogra // Skinmed. – 2010. – Vol. 8. – №6. – P. 335-344.
7. Tanei R. Clinical analyses of atopic dermatitis in the aged / R. Tanei, K. Katsuoka // J. Dermatol. – 2008. – №35. – P. 562-569.
8. Комpendиум 2007 – лекарственные препараты: В 2 т. / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: «Морион», 2007, с. 212.
9. Комpendиум 2011 – лекарственные препараты: В 2 т. / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: МОРИОН, 2011, с. 1697.
10. Залкан П.М., Иевлева Е.А. Влияние синтетических мочущих средств на реактивность кожи морских свинок. // Актуальные вопросы профессиональной дерматологии. – Москва, 1965, с. 106-112.
11. Пошук речовин з антиалергічною активністю в ряду похідних 3-(тетрагідробензо[б]тіє-но[2,3-д]піримідин-2-іл)кумаринів та експеримент-тальне обґрунтування їх клінічного застосування. / Дис. канд. фарм наук Леницької О.Б. – НФаУ, Харків, 2010, 142 с.
12. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета программ Statistica. – М.: МедиаСфера, 2006, 312 с.
13. Доклінічні дослідження лікарських засобів: метод. рекомендації. / За ред. чл.-кор. АМН України О.В. Стефанова. – К.: Авіцена, 2001, 528 с.

Referense:

1. Atopicheskiy dermatit i infekcii kozhi u detej: diagnostika, lechenie i profilaktika. Nauchno-prakticheskaja programma. М.: 2004, 47 s.
2. Hamagonova I.V. Zabolevanija kozhi: diagnostika, lechenie, profilaktika. // Rossijskij medicinskij zhurnal. – 2001. – Т.9. – №2. – S. 470-475.
3. Atopicheskiy dermatit: Rukovodstvo dlja vrachej. / Pod red. Korotkogo N.G. – Tver': «Izdatel'stvo «Triada», 2003, 238 s.
4. Kungurov N.V., Gerasimova N.M., Kohan M.M. Atopicheskiy dermatit. Tipy techenija, principy terapii. – Ekaterinburg: Izd-vo Ural. un-ta, 2000 g., 265 s.
5. Belousova T.A. Naruzhnye gljukokortikosteroidnye preparaty: kriterii vybora s pozicii jeffektivnosti i bezopasnosti. / T.A. Belousova, M.V. Gorjachkina // Vest. dermatol. i venerol. – 2010. – №6. – S. 93-100.
6. Sehgal V.N. Atopic dermatitis: current options and treatment plan. / V.N. Sehgal, G. Srivastava S. Dogra // Skinmed. – 2010. – Vol. 8. – №6. – P. 335-344.
7. Tanei R. Clinical analyses of atopic dermatitis in the aged / R. Tanei, K. Katsuoka // J. Dermatol. – 2008. – №35. – P. 562-569.
8. Kompendium 2007 – lekarstvennye preparaty: V 2 t. / Pod red. V.N. Kovalenko, A.P. Viktorova. – K.: «Morion», 2007, s. 212.
9. Kompendium 2011 – lekarstvennye preparaty: V 2 t. / Pod red. V.N. Kovalenko, A.P. Viktorova. – K.: MORION, 2011, s. 1697.
10. Zalkan P.M., Ievleva E.A. Vlijanie sinteticheskikh mojušhhih sredstv na reaktivnost' kozhi morskikh svinok. // Aktual'nye voprosy professional'noj dermatologii. – Moskva, 1965, s. 106-112.
11. Poshuk rechovyn z antyalerghichnoju aktyvnistju v rjadu pohidnyh 3-(tetragidrobzeno[б]тіє-но[2,3-д]піримідин-2-іл)кумаринів та експеримент-тальне обґрунтування їх клінічного застосування. / Dys. kand. farm nauk Lenyc'koi' O.B. – NFAU, Harkiv, 2010, 142 s.
12. Rebrova O.Ju. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa programm Statistica. – М.: МедиаСфера, 2006, 312 с.
13. Doklinichni doslidzhennja likars'kyh zasobiv: metod. rekomendacij'. / Za red. chl.-kor. AMN Ukraїny O.V. Stefanova. – K.: Avicena, 2001, 528 s.

ӨЖ 618.2

НҰРХАСИМОВА Р.Г., РАМАНОВА С.Т., РЫСКЕЛДИЕВА К.Ж., АЯЗБЕКОВ А.К., КУШКАРОВА А.А.,
 медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты акушер-гинеколог, акушерлік іс және гинекология кафедрасының меңгерушісі, ХҚТУ профессоры; ХҚТУ магистранты; бірінші санатты акушер-гинеколог, магистр; жоғары санатты акушер-гинеколог; екінші санатты акушер-гинеколог, магистр, Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ-дің акушерлік іс және гинекология кафедрасының оқытушылары, Түркістан қаласы

ТҮРКІСТАН АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН ҚЫЗ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДА ДИСМНОРЕЯНЫҢ КЕЗДЕСУ ЖИІЛІГІ

Факторлардың бірі функциясына әсер ететін етеккір циклінің жасөспірімдердің болып табылады экология. Түркістан қаласындағы қыздардың етеккір циклы бұзылысының зерттеу мақсатында біз 7-19 жас аралығындағы 2 926 қызға проспективті зерттеу жүргіздік.

АНДАТПА

Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын жасөспірім қыз балаларда етеккірциклдің бұзылуы 66,5% құрады. Етеккір циклы бұзылысының ең жиі түрі дисменорея 68%, соның ішінде экстрагенитальді патология 78% жиілікте кездесті. Дисменореяны емдеуде «Зерде-Lady» етеккірді реттеу үшін №3,4 фито-шаймен бірге дәстүрлі этиопатогенетикалық ем жүргізгенде, бақылау тобымен салыстырғанда ауырсыну симптомы 7 есеге төмендеген.

Түйін сөздер: біріншілік дисменорея, экология, аменорея, жасөспірім кезең, етеккір циклы бұзылысы, менархе жасы, «Зерде-Фито» шайы.

ӨЗЕКТІЛІГІ

Қыздардың денсаулығының бірден-бір кепілі етеккір циклының дұрыс келуі. Ал оның бұзылысы бедеулікке, түсік тастауға, жыныс мүшесінде патологиялық өзгерістердің пайда болуына, қоғамдық жұмыстарға белсене қатыса алмауына, дүниеге дені сау сәби алып келе алмауына себепкер болуы мүмкін. Көптеген әдебиеттер мәліметі бойынша етеккір циклы бұзылысының ең жиі кездесетін түрі дисменорея. Дисменореяның кездесу жиілігі 43-90%. Дисменорея (альгодисменорея) – етеккірдің әртүрлі ауырлықта

циклді түрде ауырсынып келуі. Вегетоқантамырлық және психоэмоциональді көріністермен байқалады: құсу, лоқсу, жалпы әлсіздік, бас ауру, қозу, бас айналу, естен тану, тәбеттің болмауы, іштің ауырсынуы және желденуі, диарея, гипертермия т.б. симптомдары кездеседі [1,2,3].

МКБ-10 бойынша дисменореяның жіктелуі: біріншілік (N94.4), екіншілік (N94.5) және анықталмаған (N94.6) дисменорея. Біріншілік дисменорея (функциональді) жыныс мүшелерінің құрлымында патологиялық өзгерістердің болмауымен сипатталады. Екіншілік дисменорея (органикалық) гинекологиялық аурулармен бірге жүреді. Біріншілік дисменорея жасөспірім кезеңде алғашқы етеккір келгеннен бастап 1-3 жылда дамиды. Біріншілік дисменореяның этиологиясы нақты анықталмаған, бірақ бірнеше теориялар бар [4,5,6,7,8,9,10].

Балалар денсаулығының қалыптасуына әсер ететін көп факторлардың ішіндегі маңыздыларының бірі сыртқы қоршаған ортаның әсері. Қазіргі заманда дамыған елдердің көбінде экологиялық жағдайдың қиындағаны байқалады, әсіресе халық тығыз орналасқан ірі қалаларда бұл мәселе айқын көрініс табады. Бұл бүкіл әлемнің назарын аударып, алаңдатып отырған ең күрделі мәселеге айналуда. Жасөспірімдерде етеккір циклы функциясына әсер ететін факторлардың бірі – экология. Қазіргі қоғамда қоршаған ортаның қолайсыз әсерінен көптеген аурулардың таралатыны белгілі.

Түркістан аймағы экологиялық қолайсыз аймаққа жатады. Себебі, Оңтүстік Қазақстан облысында өндірістік кәсіпорынға бай аймақтардың бірі – Түркістан қаласы. Түркістан қаласы аймағының топырағында қорғасынның мөлшері 19,7-42,8 мг/л. Түркістанға жақын орналасқан Кентау қаласында бұрынғы өндіріс орындары істемегенімен олардан қалған ашық қалдықтар жинағы, бұл өңірде жиі болатын желдің әсерінен құрамында қорғасын, барий, мыс, алюминий тағы тасқа элементтер қалдықтары жылына 240 кг топан жел арқылы таралып, Түркістан аймағын ластап отыр. Кентау кенбайыту комбинатының қалдық

сулары шахтадан шығып сыртқа ағып, ағын суларда қорғасын мөлшері Түркістан аймағында 0,0014-0,0073 мг/л, Кентау аймағында 0,0074-0,0190 мг/л. Денсаулыққа зиян әсер ететін антропогенді фактор – мақта егетін аймақтарда химикаттар мен минералды тыңайтқыштарды қолдану қоршаған ортаға зиянды әсерін тигізеді. Сыртқы ортаның металлдар және химиялық заттармен ластануы дамып жатқан, қолайсыз әсерге сезімтал жасөспірім қыздардың репродуктивтік жүйесінің қалыптасуын өзгертіп, етеккір циклын бұзады [11,12,13,14,15].

ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ

Экологиясы қолайсыз аймақта тұратын жасөспірім қыздарда дисменореяның кездесу жиілігін және «Зерде-фито» препараттарды қолдану тиімділігін анықтау.

ЗЕРТТЕУ ҚҰРАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Бұл ғылыми жұмыста зерттеу нысаны экологиялық қолайсыз аймақта тұратын Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ түрік университетінде және орта арнайы білім беру мекемесінде оқитын қыз балалар мен жасөспірім қыздар, сонымен қатар мектеп оқушылары болып табылады. Түркістан қаласындағы қыздардың етеккір циклы бұзылысының зерттеу мақсатында біз 7-19 жас аралығындағы 2 926 қызға проспективті зерттеу жүргіздік. Әр жасөспірім қыз балаларға арнайы бізбен жасалған сауалнама толтырылды, оған аты-жөні, жасы, мекен жайы, оқу орны, ұлты, әлеуметтік және отбасылық жағдайы, туылған кездегі салмағы, білім деңгейі, бұрын ауырған аурулары, отбасындағы бала саны, ата анасының жасы, жұмыс орны, ұлты, қыздардың антропометрлік сипаттамасы, дене салмағының индексі, соматикалық жағдайының ерекшеліктері, экстрагенитальді патология, етеккірлік қызметтері туралы сипаттама, жыныстық жетілу дәрежесінің сипаттамасы, гинекологиялық аурулары ескерілді. Дисменореясы бар қыздарға амбулаториялық карта толтырылып, лабораториялық зерртеуге жіберілді.

Жасөспірім қыз балаларға етеккір қызметі бұзылысының алдын алу және емдеудің тиімділігін бағалау мақсатында негізгі (1-ші топ) топты дисменореясы бар 30 жасөспірім құрады, оларға дәстүрлі этиопатогенетикалық еммен бірге фитопрепараттары тағайындалды. Ал, бақылау (2-ші топ) топты дисменореясы бар 33 жасөспірім құрады, оларға дәстүрлі этиопатогенетикалық ем тағайындалған.

Лабораторлық аспаптық зерттеулерге дисменореясы бар қыздарды ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол концентрациясын анықтау мақсатында жіберілді. Негізгі топта дисменореясы бар жасөспірімдерге «Зерде Lady» етеккірді реттеу үшін №3,4 фитопрепаратын тәулігіне 3 рет 250 мл-ден (1/3 стакан) тамақтан 30 минут бұрын ішке қабылдау. Емдеу курсы 1,5-2 ай. Емдеу курсына жасөспірім қыз балаларға басқа дәрілік заттарды қолданбау керектігі және ана-

сына ішу реттілігін қадағалау ескертілді. Ем нәтижесі жасөспірім қыз балалардың шағымына, лабораториялық нәтижелерге, сүйеніп бағаланды.

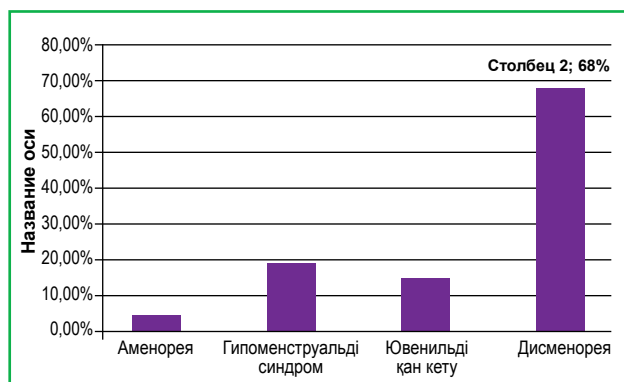
ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Зерттеу нәтижесінде экологиялық аймақтарда тұратын қыздардың орта есеппе шаққанда әрбір екі қыздың біреуінде етеккір циклының бұзылысы бар екендігі анықталып отыр. Түркістанда зерттелген 2 926 қыздың ішінде орта менархе жасы 13,2, етеккір циклы бұзылысының ең жоғары көрсеткіші 16-19 жас аралығында 66,5% жиілікте анықталды, ал экстрагенитальді патология 64,5%.

Кесте 1 – Жас ерекшеліктеріне байланысты жасөспірім қыздардың арасындағы экстрагенитальді патология және етеккір циклы бұзылысының жиілігі

Жасы	Саны		Экстрагенитальді патология жиілігі		Етеккір циклы бұзылысы	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
7-10 жас	389	13,29	179	9,4	5	0,5
11-13 жас	960	32,81	592	31,2	143	14,1
14-15 жас	505	17,26	338	17,8	191	18,9
16-19 жас	1072	36,64	788	41,5	671	66,5
Жалпы саны	2 926	100	1 897	64,8	1 010	34,5

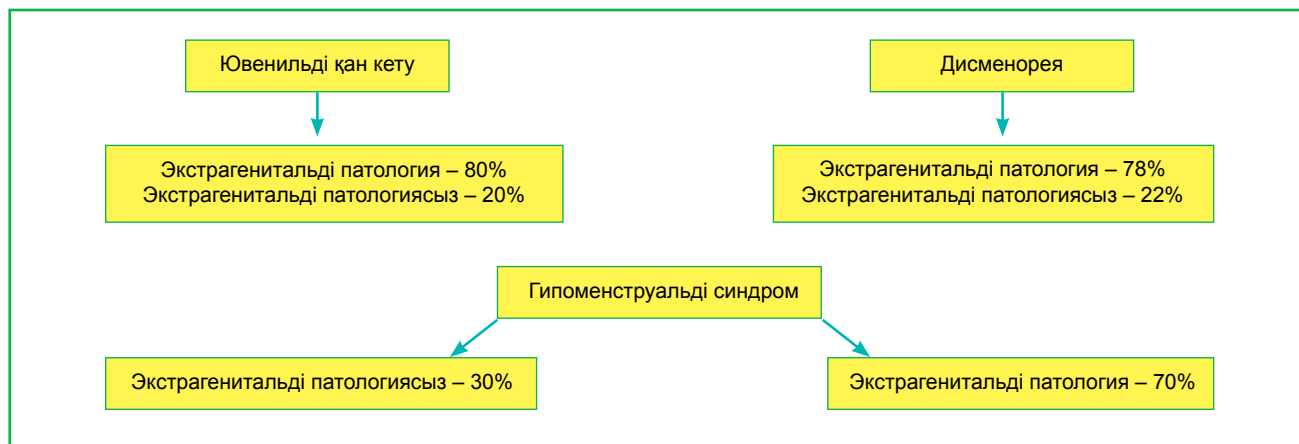
Түркістанда зерттелген 2 926 қыздың ішінде етеккір циклы бұзылыстары: дисменорея – 68%, гипоменструальді синдром – 19%, ювенильді қан кету 15%, аменорея 4,5% жасөспірімдерде кездесті. Етеккір циклы құрлымы бойынша бірінші орында дисменорея 68% құрап отыр, 1-суретте көрсетілген.



1-сурет – Етеккір циклы бұзылысының құрлымы

Зерттеу нәтижесінде дисменореясы бар қыздарда экстрагенитальді патология 78%, гипоменструальді синдромы бар қыз балаларда 70%, ювенильді қан кету бар қыздарда 80% жиілікте анықталды.

Жасөспірім қыздардың соматикалық және репродуктивті денсаулығы бірбіріне байланысты. Дисменореясы бар жасөспірім қыздардың экстрагенитальді ауруы 78% кездесті. Соматикалық дені сау жасөспірім қыздар мен экстрагенитальді ауруы бар қыздарды салыстырғанда соматикалық дені сау қыздарда гине-

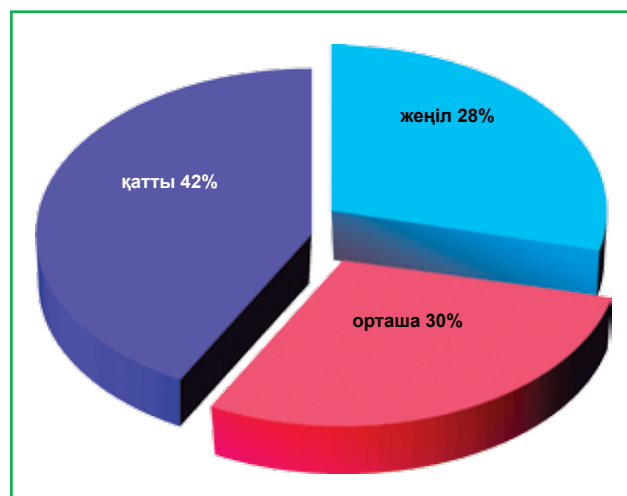


2-сурет – Етеккір циклы бұзылыстарының түрлерінде экстрагенитальді аурулардың көрсеткіші

кологиялық аурулар 2 есе сирек кездесті. Көбіне соматикалық статусын қалпына келтіргенде репродуктивті денсаулығы жақсарды немесе толық қалпына келді. Зерттеу нәтижесі бойынша дисменореясы бар жасөспірім қыздардаэкстрагенитальді аурулардың ішінде бірінші орында қосарланған ауру (33%). Жасөспірімдер арасында әрбір қызда бірнеше экстрагенитальді патология кездесті. Диаграммада 3-суретте көрсетілген.

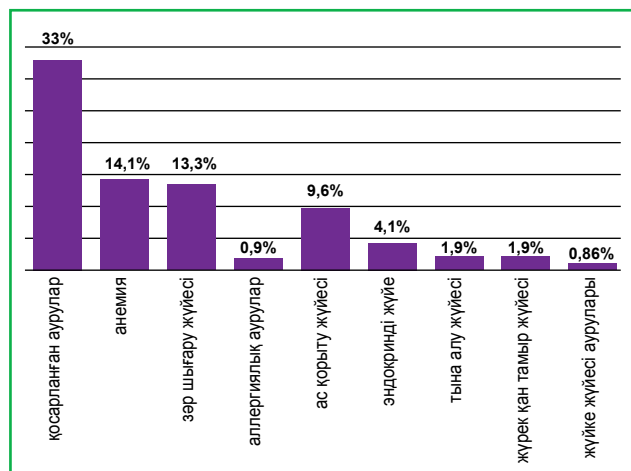
Дисменореяның ауырлық дәрежесін анықтаудың критерийлері (Делигеороглу Э., Арвантинос Д.И., 1996 ж.) бойынша 1 дәрежеге – етеккір келген кезде жай ауырсынуы бар, анальгетиктерді сирек қажет ететінқыздар тобы. 2 дәрежеге – етеккір келген кезде орташа ауырсынуы бар, анальгетиктер жақсы әсер ететін және күнделікті іс әрекеттің орташа төмендеуі бар қыздар тобы. 3 дәрежеге – етеккір келген кезде қатты ауырсынуы бар, күнделікті іс әрекеті бірден төмендейтін, вегетативті симптомдар (бас ауру, тез шаршағыштық, лоқсу, диарея және т.б.) пайда болатын, анальгетиктер аз әсер ететін жасөспірім қыздарды енгіздік. Жасөспірімдер арасында қатты ауырсы-

ну деңгейі 42%, орташа ауырсыну 30%, жеңіл ауырсыну 28% жиілікте кездесті. Диаграммада (4-сурет) көрсетілген.

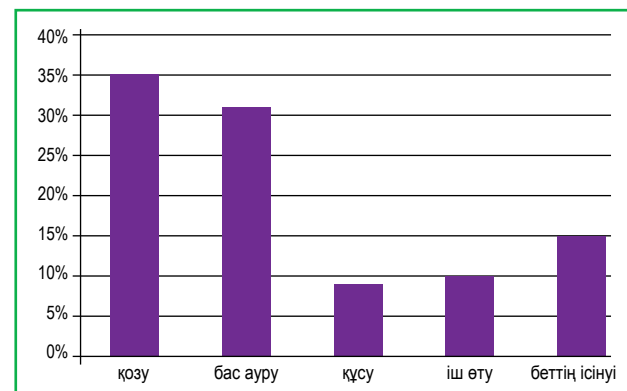


4-сурет – Дисменорея кезінде ауырсыну деңгейі

Зерттеу нәтижесі бойынша дисменорея кезінде жиі кездесетін симптомға бірінші орында қозу 35%, бас ауру 31%, беттің ісінуі 15%, іш өту 10%, құсу 9% жиілікте кездесті. Диаграммада 5-суретте көрсетілген.



3-сурет – Дисменореясы бар қыз балаларда экстрагенитальдіпатологияның құрылымы



5-сурет – Дисменорея кезінде жиі кездесетін симптомдар

Кесте 2 – Дисменореясы бар қыз балалардың шағымдары.

Шағымдар	Емге дейін		Емнен кейін	
	1-ші топ (n=30)	2-ші топ (n=33)	1-ші топ (n=30)	2-ші топ (n=33)
Іштің ауырсынуы	29 (96,6%)	32 (96,9%)	4 (13,3%)	20 (60,6%)
Бел аймағының ауырсыну сезімі	20 (66,6%)	30 (90,9%)	2 (6,6%)	22 (66,6%)
Анальгетиктер қолдану	16 (53,3%)	20 (60,6%)	-	10 (30,3%)
Құсу, лоқсу	10 (33,3%)	15 (45,4%)	-	9 (27,2%)
Бас ауру	17 (56,6%)	18 (54,5%)	3 (10%)	12 (36,3%)
Қозғыштық	26 (86,6%)	29 (87,8%)	2 (6,6%)	22 (66,6%)
Беттің ісінуі	12 (40%)	14 (42,4%)	-	8 (24,2%)

Емге дейін және емнен кейінгі дисменореясы бар 1-ші топтағы жасөспірім қыздарда фитопрепараттарды қолдану нәтижесінде шағымдары азайған. 1-ші топтағы жасөспірім қыздарда емге дейін іштің ауырсынуы 29 қызда кездесе, емнен кейін 4 қызда ауырсыну сақталған. Бел аймағының ауырсынуы емге дейін 20 қызда кездесе, емнен кейін 2 қызда ауырсыну сақталған. Фитопрепараттарын қабылдаған негізгі топтағы жасөспірім қыздарда жағымсыз әсер байқалмады. 2-ші топтағы жасөспірім қыздарда емге дейін іштің ауырсынуы 32 қызда кездесе, емнен кейін 22 қызда ауырсыну сақталған.

ҚОРЫТЫНДЫ

Қорыта келгенде экологиялық аймақтарда тұратын қыздардың орта есеппе шаққанда әрбір екі қыздың біреуінде етеккір циклының бұзылысы бар екендігі анықталып отыр. Етеккір циклының бұзылысы 16-19 жас аралығында 66,5%. Зерттеуден өткен қыздарда етеккір циклы бұзылысының келесі түрлері кездесті: дисменорея – 68%, гипоменструальді синдром – 19%, дисфункционалды қан кету – 15%, аменорея – 4,5% құрап отыр. Менерхе жасы – 13,2. Етеккір бұзылысы бар қыздарда экстрагенитальді патология 64,8%. Ал, дисменореясы бар қыз балаларда экстрагенитальді патология 78% «Зерде-Фито» препараттарын қолдану етеккір циклы бұзылысының дисменорея кезінде іш аймағының ауырсыну сиптомын 7 есеге төмендеткен.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Түркістан аймағында тұратын қыз балалар мен жасөспірім қыздарда дисменореяның кездесу жиілігі анықталып, репродуктивті денсаулығы бойынша ақпараттар толықтырылды.
2. Жүргізілген ғылыми зерттеу жұмысы барысында жасөспірім қыздарда профилактикалық зат ретінде менструальді циклдің бұзылу түрлерінде «Зерде-Фито» препаратын қолданудың тиімділігі клиникалық-зертханалық зерттеулер негізінде дәлелденіп, қыз балалардың репродуктивті функциясының жақсаруына септігін тигізді және репродуктивті жүйе бұзылысын алдын алу мақсатында «Зерде-Фито» шайын жүйелі түрде қабылдауға кеңес беріледі.

РЕЗЮМЕ

НУРХАСИМОВА Р.Г., РАМАНОВА С.Т., РЫСКЕЛДИЕВА К.Ж., АЯЗБЕКОВ А.К., КУШКАРОВА А.А.,
кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог высшей категории, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, профессор МКТУ; магистрант МКТУ; акушер-гинеколог первой категории, магистр; акушер-гинеколог высшей категории; акушер-гинеколог второй категории, магистр; преподаватели МКТУ им Хожа Ахмета Ясауи, г. Туркестан

ЧАСТОТА ДИСМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ

Частота нарушения менструального цикла у девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, составила 66,5%. Наиболее часто из нарушений менструального цикла встречалась дисменорея (68%), которая наблюдалась в 78% случаев на фоне экстрагенитальной патологии. Лечение дисменореи фито-чаем «Зерде-Lady» для регуляции менструального цикла №3,4 на фоне традиционного этиопатогенетического лечения позволило снизить в 7 раз проявления симптомов при дисменорее по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: первичная дисменорея, экология, аменорея, подростковый период, нарушения менструального цикла, возраст менархе, фиточай «Зерде-Фито».

SUMMARY

NURKHASIMOVA R.G., ROMANOVA S.T., RYSKELDIEVA K.J., AYAZBEKOV A.K., KUSHKAROVA A.A.,

Candidate of Medical Sciences, obstetrician-gynecologist of the highest category, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Professor of International Kazakh-Turkish University; master student IKTU; obstetrician-gynecologist of the first category, master student IKTU; obstetrician-gynecologist of the highest category; obstetrician-gynecologist of the second category, master student IKTU; Hodja Ahmet Yassavi IKTU teachers, Turkestan

DYSMENORRHOEA. DISEASE INCIDENCE AMONG GIRLS AND OF YOUNG WOMEN LIVING IN THE REGION OF THE TURKISTAN

Menstrual disorders in adolescent girls, living in ecologically adverse areas, were found among 66.5% of patients. Often encountered dysmenorrhea (68%). It was observed in 78% of cases, against the background of

extragenital pathology. Of dysmenorrhea treatment was carried out fito tea “Zerde-Lady” for regulating the of the menstrual cycle №3,4. On the background of the traditional treating fito tea is 7 times are reduced symptoms of

dysmenorrhea compared with the control group.

Key words: Primary dysmenorrhea, ecology, amenorrhea, adolescence, menstrual irregularities, age at menarche, fito tea “Phyto-Zerde”.

Әдебиеттер:

1. В.И. Кулакова, Г.М. Савельева, И.Б. Манухина. // Гинекология. Национальное руководство, 2009 г., с. 13-14, 258.
2. P. Pinola, H. Lashen, at all. // Menstrual disorders in adolescence: a marker for hyperandrogenaemia and increased metabolic risks in later life? Finnish general population-based birth cohort study. – Human Reproduction. – Vol. 27. – №11. – p. 3279-3286, 2012 Advanced Access publication on August 29, 2012 doi: 10.1093/humrep/des309.
3. Е.В.Уварова, Д.И. Тарусин. // Пособие по обследованию репродуктивной системы детей и подростков. – Москва: 2009 г., с. 149-153.
4. Kazama M, Maruyama K, Nakamura K. // Prevalence of dysmenorrhea and its correlating lifestyle factors in Japanese female junior high school students. *Tohoku J Exp Med.* 2015;236(2):107-13. doi: 10.1620/tjem. 236.107.
5. В.А. Лебедев, П.В. Буданов. // Современные подходы к лечению первичной дисменореи. – Медицинские аспекты здоровья женщины. – Киев, 2010 г.
6. Маркин Л.В. Детская гинекология. – Киев, 2004 г., с. 156-167.
7. Кулаков В. И. Репродуктивное здоровье в РФ. / Владимир И. Кулаков, Ольга Г. Фролова. // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 60-66.
8. Blakey H., Chisholm C., Dear F., Harris B., Hartwell R., Daley A.J. & Jolly K. (2010). Is exercise associated with primary dysmenorrhoea in young women? // *BJOG*, 117, 222-224.
9. Sultan C., Gaspari L. & Paris, F. (2012) Adolescent dysmenorrhea. // *Endocr. Dev.*, 22, 171-180.
10. Левенец С.О., Тверитникова Л.И. Структура экстаргенитальной патологии у девочек-подростков с гинекологическими заболеваниями. // *Педиатрия, акушерство и гинекология.* – 1997. – №1. – С. 65-67.
11. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению): Автореф. дис...д-ра мед. наук. – М.: 2004 г., 48 с.
12. Pitangui A.C., Gomes M.R., Lima A.S., Schwingel P.A., Albuquerque A.P. & de Araújo R.C. (2013) Menstruation disturbances: prevalence, characteristics, and effects on the activities of daily living among adolescent girls from Brazil. // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 26, 148-152.
13. Proctor M. & Farquhar C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhoea. // *BMJ*, 332, 1134-1138.
14. Rigon F., De Sanctis (2012). Menstrual pattern and menstrual disorders among adolescents: an update of the Italian data. // *Ital. J. Pediatr.*, 38.
15. С.Ш. Шалхаров. Халық денсаулығы ғылым аясында. / Развитие здравоохранения в Туркестанском регионе. – ХКТУ, 2006, с.3-4.

Referense:

1. V.I. Kulakova, G.M. Savel'eva, I.B. Manuhina. // *Ginekologija. Nacional'noe rukovodstvo*, 2009 g., s. 13-14, 258.
2. P. Pinola, H. Lashen, at all. // Menstrual disorders in adolescence: a marker for hyperandrogenaemia and increased metabolic risks in later life? Finnish general population-based birth cohort study. – Human Reproduction. – Vol. 27. – №11. – p. 3279-3286, 2012 Advanced Access publication on August 29, 2012 doi: 10.1093/humrep/des309.
3. E.V.Uvarova, D.I. Tarusin. // *Posobie po obsledovanija reproductivnoj sistemy detej i podrostkov.* – Moskva: 2009 g., s. 149-153.
4. Kazama M, Maruyama K, Nakamura K. // Prevalence of dysmenorrhea and its correlating lifestyle factors in Japanese female junior high school students. *Tohoku J Exp Med.* 2015; 236(2): 107-13. doi: 10.1620/tjem. 236.107.
5. V.A. Lebedov, P.V. Budanov. // *Sovremennye podhody k lecheniju pervichnoj dismenorei.* – Medicinskie aspekty zdorov'ja zhenshhiny. – Kiev, 2010 g.
6. Markin L.V. *Detskaja ginekologija.* – Kiev, 2004 g., s. 156-167.
7. Kulakov V. I. *Reproductivnoe zdorov'e v RF.* / Vladimir I. Kulakov, Ol'ga G. Frolova. // *Narodonaselenie.* – 2004. – №3. – S. 60-66.
8. Blakey H., Chisholm C., Dear F., Harris B., Hartwell R., Daley A.J. & Jolly K. (2010). Is exercise associated with primary dysmenorrhoea in young women? // *BJOG*, 117, 222-224.
9. Sultan C., Gaspari L. & Paris, F. (2012) Adolescent dysmenorrhea. // *Endocr. Dev.*, 22, 171-180.
10. Levenec S.O., Tveritnikova L.I. Структура jekstargenital'noj patologii u devocek-podrostkov s ginekologicheskimi zabolovanijami. // *Pediatrija, akusherstvo i ginekologija.* – 1997. – №1. – S. 65-67.
11. Dolzhenko I.S. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (sostojanie, ocenka, sistema mer po ego sohraneniju): Avtoref. dis...d-ra med. nauk. – М.: 2004 g., 48 s.
12. Pitangui A.C., Gomes M.R., Lima A.S., Schwingel P.A., Albuquerque A.P. & de Araújo R.C. (2013) Menstruation disturbances: prevalence, characteristics, and effects on the activities of daily living among adolescent girls from Brazil. // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 26, 148-152.
13. Proctor M. & Farquhar C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhoea. // *BMJ*, 332, 1134-1138.
14. Rigon F., De Sanctis (2012). Menstrual pattern and menstrual disorders among adolescents: an update of the Italian data. // *Ital. J. Pediatr.*, 38.
15. S.Sh. Shalharov. Halyқ densaulығы fylm ajasynda. / Razvitie zdorvoohranenija v Turkestanskom regione. – HKTU, 2006, s. 3-4.

КОНДЫБАЕВА А.М., КАМЕНОВА С.У., КУЖЫБАЕВА К.К., КАЛЬМЕНЕВА И.М.,

PhD докторант по специальности «Медицина» кафедры интернатуры и резидентуры по неврологии; доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой интернатуры и резидентуры по неврологии; кандидат медицинских наук, доцент кафедры интернатуры и резидентуры по неврологии; кандидат медицинских наук, доцент кафедры интернатуры и резидентуры по неврологии, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦИТИКОЛИН (СТРОЦИТ)

В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Современные методы исследования позволяют специалисту решать сложные вопросы диагностики инсульта и отличать инфаркт мозга от кровоизлияния. Однако наиболее результативным лечение будет при раннем диагностировании болезни.



АННОТАЦИЯ

В статье приводятся результаты применения лекарственного препарата «Цитиколин» (Строцит) в качестве нейропротектора. Применение «Цитиколина» в течение длительного времени для ранней медикаментозной реабилитации и профилактики развития двигательных и когнитивных дисфункций у пациентов, перенесших инсульт, является эффективным и перспективным. Исследования показали, что использование «Цитиколина» (Строцит) возможно как в условиях амбулаторного, так и стационарного лечения. Наиболее эффективно лечение «Цитиколином» (Строцитом) в группе пациентов до 60 лет.

Ключевые слова: инсульт, «Цитиколин», Строцит, неврологическая симптоматика, базисная терапия.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В мировой практике инсульт является одной из основных причин летальных исходов, при этом существуют различия в распространенности заболеваемости и смертности от него в ряде стран. Помощь при инсульте должна быть экстренной, поэтому оптимально считается госпитализация больного в первые 3 часа с момента развития заболевания, когда сохраняется реальная возможность уменьшения размеров очагового поражения мозга и снижения тяжести неврологического дефицита [1,2]. Распознавание признаков и симптомов инсульта самим пациентом или его родственниками и окружением, характер первого медицинского контакта и способ транспортировки в стационар имеют большое значение.

Современные методы исследования позволяют специалисту решать сложные вопросы диагностики инсульта, отличать инфаркт мозга от кровоизлияния. Однако вопросы лечения и реабилитации этих пациентов по-прежнему связаны с большими трудностями, поэтому не всегда результативны. Двигательные и когнитивные расстройства являются основными нарушениями, приводящими к социально-бытовой дезадаптации пациентов [1,2,3,4,5,6]. Снижение внимания, памяти, интеллекта – неблагоприятные факторы для последующего восстановления утраченных функций. В связи с этим возрастает роль ранних реабилитационных мероприятий, в том числе медикаментозных, направленных на улучшение метаболических процессов, протекающих в нервной ткани и оказывающих выраженное нейропротективное действие. В основе функциональной нейрореабилитации вследствие повреждения головного мозга лежит стратегия нейропластичности [3,4]. Молекулярные механизмы, лежащие в основе клеточных восстановительных процессов вследствие ишемии головного мозга, изучены. Однако недостаточно убедительные или весьма противоречивые доказательные данные фармакологических испытаний привели к некоторому пессимизму в области нейропротекции [3,4,5].

В то же время стратегия воздействия на ангиогенез после очаговой ишемии головного мозга может обеспечить уникальные возможности для улучшения клинических результатов у пациентов при восстановлении после ишемического инсульта. Однако вариантов терапевтического лечения инсульта не так много. В острой фазе тромболитическая реперфузия с рекомбинантными тканевыми активаторами плазминогена по-прежнему используется в менее чем 5% от общего количества больных с ишемическим инсультом во всем мире. В литературе обсуждается вопрос перекрестного влияния между ангиогенезом и нейрогенезом, который может предоставить дополнительный субстрат для пластичности и реконструкции в головном мозге, находящемся в стадии восстановления. Лучшее понимание молекулярных взаимодействий между этими сложными путями может привести к новым терапевтическим перспективам для решения сложной задачи. Появились данные о том, что поврежденный мозг может быть удивительно пластичен и обладать механизмами нейрогенеза и ангиогенеза, которые являются субстратами для регенерации головного мозга [6-11].

Таким образом, нейропротекция, нейротрофичность, нейропластичность, ангиогенез и нейрогенез рассматриваются как фундаментальные нейробиологические процессы, участвующие в реализации эндогенной защиты и репарации [12-27].

Действие «Цитиколина» изучалось во всем мире в ходе нескольких клинических исследований при ишемическом и геморрагическом инсульте с доказанной безопасностью и эффективностью [28,29,30].

«Цитиколин» – препарат, имеющий высокий уровень доказательной базы, достоверно влияющий на исходы острого ишемического инсульта. В клинических исследованиях доказана эффективность как перорального приема «Цитиколина» в дозах 500, 1000 и 2000 мг/сут., так и внутривенного введения в разных дозах, способствовавшего раннему восстановлению двигательных и когнитивных функций [28-39].

Цитиколин в терапии показал хорошие результаты, а именно:

- нейропротекторное действие в ситуациях гипоксии и ишемии;
- улучшение внимания, обучения и производительности памяти при старении мозга (на моделях животных);
- восстановление митохондриального АТФ-азы и мембраны $Na^+ / K^+ -ATP$ -азы;
- ингибирование активации фосфолипазы А2 и ускоренной реабсорбции отека мозга в различных экспериментальных моделях [33,34,35,36].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение организации помощи больным, перенесшим инсульт, и оценка эффективности лекарственного препарата «Цитиколин» (Строцит, Sun) в раннем периоде инсульта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были проанализированы истории болезни 192 больных, поступивших в течение месяца в ГКБ №7 г. Алматы с диагнозом «Инсульт», из которых 78 пациентов (41%) – мужчины и 114 (59%) – женщины.

Для оценки эффективности «Цитиколина» (Строцит) в раннем периоде инсульта мы провели собственное исследование, включавшее 20 пациентов (средний возраст – 63,5±5,7) с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт мозга». Мы изучили группу больных из 20 человек, получавших в раннем восстановительном периоде инсульта лекарственный препарат «Цитиколин» (Строцит, Sun) – по 2000 мг в течение 4 недель.

Возраст пациентов составил от 40 до 82 лет, из них 7 (35%) пациентов – мужчины и 13 (65%) – женщины. Получено информированное согласие от пациентов.

Клиническую неврологическую симптоматику оценивали в баллах по модифицированной шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) в начале и в конце лечения, оценивали также индекс повседневной активности (шкала Бартел). Общий уровень когнитивных функций измеряли с помощью шкалы краткого исследования психического статуса Mini Mental State Examination (MMSE).

Критерии включения: впервые развившийся ишемический инсульт, подтвержденный данными КТ или МРТ. Лекарственная терапия, включающая в себя «Цитиколин» (Строцит), в первые 12 часов от начала развития заболевания. Наличие информированного согласия.

Критериями исключения из исследования являлись:

- повторный инсульт;
- геморрагический инсульт;
- субарахноидальное кровоизлияние;
- транзиторная ишемическая атака;
- расстройство сознания;
- афазия;
- доинсультная деменция;
- острый инфаркт миокарда;
- хроническая сердечная недостаточность;
- повышение уровня печеночных показателей более чем в 1,5 раза;
- содержание креатинина в сыворотке больше 1,5 мг/дл;
- онкологические заболевания;
- эпилептический синдром в анамнезе или в структуре настоящего заболевания;
- установленная гиперчувствительность к цитиколину.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что в нейроинсультный центр ГКБ №7 поступают ежедневно 6-7 больных с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения». Ишемический инсульт был диагностирован у 177 (91%) больных, из них у 99 (56%) женщин и у 78 (44%) мужчин. Геморрагический инсульт – у 11 (6%) человек, из них у 5 (44%) женщин и 6 (46%) мужчин. Субарахноидальное кровоизлияние было диагностировано у 5 (3%) пациентов, из них 2 мужчин (40%) и 3 женщины (60%). Госпитальная летальность составила 5% (10 человек), из которых с ишемическим инсультом 6 пациентов (60%), геморрагическим инсультом – 3 (30%), субарахноидальным кровоизлиянием – 1. Среди умерших – 1 пациент (10%) в возрасте от 40 до 49 лет, 2 пациента (20%) – 50-59 лет, 4 пациента (40%) – от 60 до 69 лет, 3 пациента (30%) – от 70 до 79 лет.

Системная тромболитическая терапия проводилась только одному пациенту, что составило 0,56% от общего количества больных, поступивших в стационар с ишемическим инсультом.

Число пациентов, доставленных в стационар через «Терапевтическое окно», оказалось крайне низким. При анализе историй болезни мы выявили, что более 94,2% (181) пациентов поступили в поздние сроки. Основными причинами задержки обращения за медицинской помощью у 21,87% (42) пациентов стали не только неосведомленность о симптомах инсульта и непонимание серьезности положения, но и отрицание болезни, а также надежда, что симптомы пройдут сами. В 5,7% (11) случаев родственники пациентов связывали с задержкой обращения за помощью приезд «Скорой помощи». Поэтому основной причиной низкого охвата высокотехнологичными методами лечения поступивших больных оказался временной фактор. Промежуток времени от появления первых симптомов инсульта до звонка в службу экстренной помощи

явился одним из значимых факторов задержки на догоспитальном этапе.

Все больные получали базисную, максимально унифицированную терапию, направленную на нормализацию гомеостаза, центральной и церебральной гемодинамики.

Для оценки эффективности «Цитиколина» (Строцит) по 2000 мг в течение 4 недель в раннем периоде инсульта набрана группа. Возраст пациентов составил от 40 до 82 лет (7 (35%) мужчин и 13 (65%) женщин), что показано на рисунке 1.

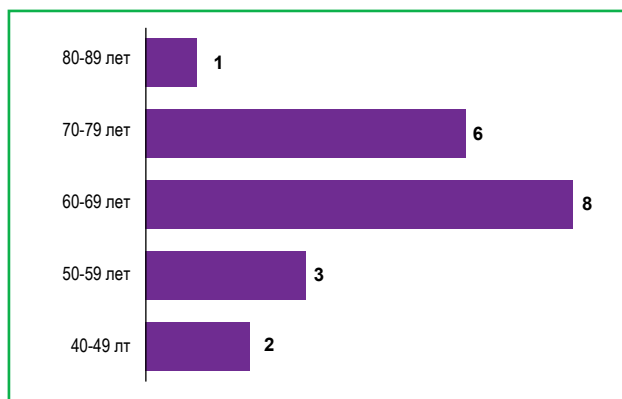


Рисунок 1 – Количество больных по возрасту

Степень выраженности неврологической симптоматики на начало обследования по шкале NIHSS составила в среднем 16,7±3,1. В рамках настоящего исследования определяли способность пациента выполнять различные виды активности самостоятельно и степень нуждаемости в посторонней помощи. При первом осмотре 18 пациентов нуждались в посторонней помощи при подъеме с постели, 7 (39%) из которых при конечном осмотре могли самостоятельно подняться, а 11 (61%) пациентов могли встать только с помощью родственников. Уход за собой был нарушен у 9 (45%) пациентов. К концу лечения 8 (90%) из них могли полностью выполнять гигиенические процедуры.

Полное восстановление нарушенных функций наблюдалось у 5 (25%) пациентов, средний уровень восстановления продемонстрировали 13 (65%). 2 (10%) пациента не смогли обслужить себя самостоятельно. У всех 11 (55%) пациентов с нарушением функции тазовых органов произошло полное их восстановление.

19 больных не могли самостоятельно ходить при первом осмотре. Из них полностью восстановилось движение у 7 (37%) больных, 11 (58%) пациентов нуждались в поддержке при ходьбе и 1 (5%) пациент был неспособен передвигаться. Из 19 пациентов, испытывавших затруднение при подъеме по лестнице, к концу лечения 5 (90%) стали самостоятельно подниматься по ней, а 13 больных (68%) нуждались в помощи родственников.

Оценка по шкале Mini Mental State Examination (MMSE) показала, что в процессе лечения отмечается положительная динамика когнитивных функций,

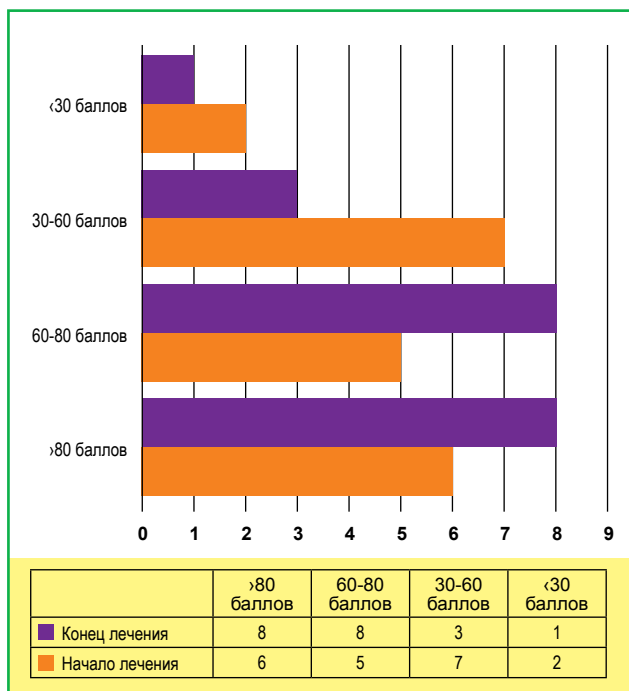


Рисунок 2 – Динамика показателей двигательной активности (индекс Бартела)

особенно улучшились восприятие и память. Средние показатели теста MMSE составили на начало лечения 25,4±0,4 и в конце 4 недели – 26,1±2,2. Динамика общего когнитивного статуса по шкале MMSE у исследуемых пациентов в процессе лечения была положительной, но статистически незначимой. Так, по данным европейских клинических исследований установлено, что длительное применение «Цитиколина» в разных дозах существенно улучшало неврологический дефицит, способствовало восстановлению двигательных и когнитивных функций [31-38].

На фоне терапии «Цитиколином» в течение 3-х месяцев отмечено достоверное улучшение когнитивных и двигательных функций (рисунок 2) [31].

Наше исследование продолжалось всего четыре недели. На анализ динамики клинических показателей по шкале NIHSS показал достоверное преобладание больных с выраженным регрессом неврологического дефицита.

Наиболее эффективным было назначение «Цитиколина» (Строцита) в группе пациентов более молодого возраста. Полное восстановление функций наблюдалось у 5 пациентов в возрасте до 60 лет. Средний уровень восстановления наблюдался у 65% (13) пациентов.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

Литература:

1. World Health Organization: The World Health Report. Geneva: WHO; 1999.
2. Demaerschalk B.M., Hwang H.M., Leung G. US cost burden of ischemic stroke: a systematic literature review. Am J Manag Care 2010; 16: 525-33.

1. Качество медицинской помощи нейроинсультных специализированных центров во многом зависит от работы ПМСП. В целях повышения эффективности и качества экстренной медицинской помощи и снижения летальности от инсульта необходима серьезная работа с населением, в том числе обучение в целях распознавания симптомов инсульта. Также нужно добиваться изменения отношения людей к состоянию своего здоровья.

2. Основной причиной позднего обращения за медицинской помощью является низкая осведомленность пациентов и их родственников о первых признаках мозгового инсульта, что отсрочивает на длительное время вызов бригады скорой медицинской помощи.

3. Длительное применение лекарственного препарата «Цитиколин» (Строцит) в качестве нейропротектора для ранней медикаментозной реабилитации и профилактики развития двигательных и когнитивных дисфункций у пациентов, перенесших инсульт, является эффективным и перспективным.

4. Использование «Цитиколина» (Строцит) возможно как в условиях амбулаторного, так и стационарного лечения.

SUMMARY

KALDYBAEVA A.M., KAMENOV S.U.,
KUZHYBAEVA K.K., KALMENEVA I.M.,

PhD doctoral specialty "Medicine" Department of internship and the residency on neurology; MD, Professor, Head of the Department of internship and the residency on neurology; Candidate of Medical Science, Associate Professor, Candidate of Medical Science, Associate Professor of the Department of internship and the residency on neurology, behalf of S.D. Asfendiyarov, Kazakh National Medical University

EFFICIENCY OF "CITICOLINE" (STROCYTE, SUN) IN EARLY RECOVERY PERIOD IN STROKE

The article presents the results of the application of the drug "Citicoline" (Strocyte) as a neuroprotectant. Prolonged use of "Citicoline" for early medicamentous rehabilitation and prevention of development of impellent or cognitive dysfunctions in patients with stroke, efficient and promising. Studies have shown: "Citicoline" (Strocyte) is effective in the treatment in the outpatient clinics and hospital. Most effective "Citicoline" (Strocyte) for patients up to 60 years.

Key words: insult, Citicoline, neurological symptoms, basic therapy.

3. Dobkin B.H. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med* 2005; 352: 1677-84.
4. Duncan PW., Zorowitz R., Bates B., Choi JY., Glasberg JJ., Graham GD., et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005; 36: e100-e43.
5. Carter AR., Connor LT., Dromerick AW. Rehabilitation after stroke: current state of the science. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2010; 10: 158-66.
6. Cramer SC.. Brain repair after stroke. *N Engl J Med* 2010; 362: 1827-9.
7. Díaz-Arribas MJ., Pardo-Hervás P., Tabares-Lavado M., Ríos-Lago M., Maestú F. Plasticidad del sistema nervioso central y estrategias de tratamiento para la reprogramación sensoriomotora: comparación de dos casos de accidente cerebrovascular isquémico en el territorio de la arteria cerebral media. *Rev Neurol* 2006; 42: 153-8.
8. Hurtado O., Pradillo JM., Alonso-Escolano D., Lorenzo P., Sobrino T., Castillo J., et al. Neurorepair versus neuroprotection in stroke. *Cerebrovasc Dis* 2006; 21 (Suppl 2): S. 54-63.
9. Martínez-Vila E., Irimia P. Challenges of neuroprotection and neurorestoration in ischemic stroke treatment. *Cerebrovasc Dis* 2005; 20 (Suppl 2): S. 148-58.
10. Marsden D., Quinn R., Pond N., Golledge R., Neilson C., White J., et al. A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their careers: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil* – 2010; 24: 328-41.
11. Platz T., Eickhof C., Van Kaick S., Engel U., Pinkowski C., Kalok S., et al. Impairment-oriented training or Bobath therapy for severe arm paresis after stroke: a single-blind, multicentre randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2005; 19: 714-24.
12. Xue J., Bai L., Guo QR., Yang CR., Lu J. Efficacy of early intervention of motor relearning program on post-stroke hemiplegia: a randomized controlled observation. *Neural Regeneration Research* 2006; 1: 277-9.
13. Hoffmann T., Bennett S., Koh CL., McKenna K. A systematic review of cognitive interventions to improve functional ability in people who have cognitive impairment following stroke. *Top Stroke Rehabil* 2010; 17: 99-107.
14. Rekand T. Clinical assessment and management of spasticity: a review. *Acta Neurol Scand Suppl* 2010; 190: 62-6.
15. Beltran EJ., Papadopoulos CM., Tsai SY., Kartje GL., Wolf WA.. Long-term motor improvement after stroke is enhanced by short-term treatment with the alpha-2 antagonist, atipamezole. *Brain Res* 2010; 1346: 174-82.
16. Santamato A., Panza F., Filoni S., Ranieri M., Solfrizzi V., Frisardi V., et al. Effect of botulinum toxin type A, motor imagery and motor observation on motor function of hemiparetic upper limb after stroke. *Brain Inj* 2010; 24: 1108-12.
17. Lokk J., Salman Roghani R., Delbari A. Effect of methylphenidate and/or levodopa coupled with physiotherapy on functional and motor recovery after stroke –a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Acta Neurol Scand* 2011; 123: 266-73.
18. Levy R., Ruland S., Weinand M., Lowry D., Dafer R., Bakay R. Cortical stimulation for the rehabilitation of patients with hemiparetic stroke: a multicenter feasibility study of safety and efficacy. *J Neurosurg* – 2008; 108: 707-14.
19. Lim JY., Kang EK., Paik NJ. Repetitive transcranial magnetic stimulation to hemispatial neglect in patients after stroke: an open-label pilot study. *J Rehabil Med* – 2010; 42: 447-52.
20. Kalra L., Ratan RR. Advances in stroke regenerative medicine 2007. *Stroke* 2008; 39: 273-5.
21. Döbrössy M., Busse M., Piroth T., Rosser A., Dunnett S., Nikkha G. Neurorehabilitation with neural transplantation. *Neurorehabil Neural Repair* 2010; 24: 692-701.
22. Adibhatla RM., Hatcher JF. Role of lipids in brain injury and diseases. *Future Lipidol* 2007; 2: 403-22.
23. Saver JL. Target brain: neuroprotection and neurorestoration in ischemic stroke. *Rev Neurol Dis* 2010; 7 (Suppl 1): S14-21.
24. Secades JJ. Citicolina: revisión farmacológica y clínica, actualización 2010. *Rev Neurol* 2011; 52 (Supl 2): S1-62.
25. Hurtado O., Cárdenas A., Pradillo JM., Morales JR., Ortego F., Sobrino T., et al. A chronic treatment with CDP-choline improves functional recovery and increases neuronal plasticity after experimental stroke. *Neurobiol Dis* 2007; 26: 105-11.
26. Carnevale D., De Simone R., Minghetti L. Microglia-neuron interaction in inflammatory and degenerative diseases: role of cholinergic and noradrenergic systems. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2007; 6: 388-97.
27. Bramanti V., Campisi A., Tomassoni D., Li Volti G., Caccamo D., Cannavò G., et al. Effect of acetylcholine precursors on proliferation and differentiation of astroglial cells in primary cultures. *Neurochem Res* 2008; 33: 2601-8.
28. Lee HJ., Kang JS., Kim YI. Citicolina protects against cognitive impairment in a rat model of chronic cerebral hypoperfusion. *J Clin Neurol* 2009; 5: 33-8.
29. Gutiérrez M, Rodríguez B, Álvarez J, Expósito M, Vallejo M, Merino J, et al. Effects of citicolina and mesenchymal stem cells in acute cerebral infarct. Experimental study in rats. *Cerebrovasc Dis* 2010; 29 (Suppl 2): S. 1-341.
30. Dávalos A., Castillo J., Álvarez-Sabín J., Secades JJ., Mercadal J., López S., et al. Oral citicolina in acute ischemic stroke: an individual patient data pooling analysis of clinical trials. *Stroke* 2002; 33: 2850-7.
31. Saver JL. Citicolina: update on a promising and widely available agent for neuroprotection and neurorepair. *Rev Neurol Dis* 2008; 5: 167-77.
32. Casado A., Secades JJ., Ibarz R., Herdman M., Brosa M. Costeffectiveness of citicolina versus conventional treatment in acute ischemic stroke. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2008; 8: 151-7.
33. Cho HJ., Kim YJ. Efficacy and safety of oral citicolina in acute ischemic stroke: drug surveillance study in 4,191 cases. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 2009; 31: 171-6.
34. Sobrino T., Rodríguez-González R., Blanco M., Brea D., PérezMato M., Rodríguez-Yáñez M., et al. CDP-choline treatment increases circulating endothelial progenitor cells in acute ischemic stroke. *Neurol Res* 2011; 33: 572-7.
35. Fioravanti M., Yanagi M. Cytidinediphosphocholine for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD000269.
36. Álvarez-Sabín J., Román G. Citicolina in vascular cognitive impairment and vascular dementia after stroke. *Stroke* 2011; 42 (Suppl 1): S40-3.
37. Hazama T., Hasegawa T., Ueda S., Sakuma A. Evaluation of the effect of CDP-choline on post-stroke hemiplegia employing a double-blind controlled trial. *Int J Neurosci* 1980; 11: 211-25.
38. Ueda S., Hasegawa T., Ando K., Okawa T., Chino N., Ogata H., et al. Evaluation of the pharmacological effect of CDP-choline injection in post-stroke hemiplegia. Double-blind comparative study using the Hemiplegia Function Test (12-grade evaluation method). *Strides of Medicine* 1994; 170: 297-314.
39. Iranmanesh F., Vakilian A. Efficiency of citicolina in increasing muscular strength of patients with nontraumatic cerebral hemorrhage: a double-blind randomized clinical trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2008; 17: 153-5.

УДК:615.7-012:615.322:615.012.8

ДАТХАЕВ У.М.¹, АБДУЛЛАБЕКОВА Р.М.², УСТЕНОВА Г.О.¹, БЕРДИБЕКОВ М.А.³, АХМЕТСАДЫКОВ Н.Н.⁴, ЖАКУПБЕКОВА А.⁴, ШАЙКЕНОВ Г.⁴, КАНТУРЕЕВА А.¹,*доктор фармацевтических наук, профессор, директор Института фармации Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова¹; доктор фармацевтических наук, профессор Карагандинского государственного медицинского университета²; доктор фармацевтических наук, доцент, директор учебного департамента фармации Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова¹; кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры лабораторных дисциплин Международного Казахско-Турецкого университета имени Ходжи Ахмеда Ясави, Туркестан³; доктор ветеринарных наук, профессор, директор НПП «Антиген»⁴; научные сотрудники НПП «Антиген», Алматинская обл.⁴; магистрант Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова¹*

ЖИР КОНСКИЙ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК АКТИВНЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ИНГРЕДИЕНТОВ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОИЗВОДСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Конский жир издавна применяется в казахской народной медицине, в том числе в качестве основообразующего компонента для получения различных форм, содержащих биологически активные вещества.

АННОТАЦИЯ

Благодаря богатому содержанию полиненасыщенных жирных кислот конский жир обладает свойством активировать обмен веществ, улучшать деятельность пищеварительного тракта, понижать процессы гниения в кишечнике путем изменения состава микрофлоры кишечника.

Конский жир, как и все легкоплавкие жиры, обладают выраженным желчегонным и антиатерогенным действием. В его химическом составе – ненасыщенные жирные кислоты (линолевая и линоленовая). В данной статье представлена информация о химических, фармакологических свойствах и технологическом процессе обработки конского жира.

Ключевые слова: конский жир, желчегонное действие, антиатерогенное действие, мазевые основы.

Конский жир благодаря богатому содержанию полиненасыщенных жирных кислот обладает свойством активировать обмен веществ, улучшать деятельность пищеварительного тракта, понижать процессы гни-

ения в кишечнике путем изменения состава микрофлоры кишечника. Это объясняется наличием эссенциальных полиненасыщенных жирных кислот, играющих важную роль в обмене веществ в организме.

Желчегонное действие. Конский жир, как и все легкоплавкие жиры, обладают выраженным желчегонным действием, которое усиливается содержанием эссенциальных полиненасыщенных жирных кислот – линолевой, линоленовой и арахидоновой. Эти кислоты, являясь предшественниками биологически активных гормоноподобных веществ (простагландинов), способствуют усилению перистальтики гладкой мускулатуры кишечника и желчевыводящих путей.

Антиатерогенные свойства. Малые количества атерогенно действующих ненасыщенных жирных кислот и холестерина, к тому же содержащих незаменимые аминокислоты и полиненасыщенные жирные кислоты, обладают свойством понижать уровень холестерина в крови, то есть антиатерогенным действием.

Восточные народы (казахи, киргизы, башкиры, якуты и другие) всегда ценили конину. Некоторый интерес вызывают способы лечения вывихов и неправильно сросшихся переломов. Для рассасывания жидкости, заполнившей суставную полость при вывихе, применяли повязку из конского жира. Такая повязка, по мнению костоправов, очищает суставную полость и облегчает вправление суставов [1].

В технологии мягких лекарственных форм и применении их в медицине еще много нерешенных проблем. Одна из них – расширение ассортимента основ, максимально обеспечивающих терапевтическую эффективность мазей.

При разработке оптимального состава и рациональной технологии лекарственных препаратов важную роль играют вспомогательные вещества. Они могут усиливать или ослаблять терапевтическую эффективность лекарственных препаратов, регулировать продолжительность их действия, изменять выраженность и характер проявления побочных эффектов лекарственного средства [2].

Мази, пасты, гели, крема, линименты и другие системы с вязко-пластичной дисперсионной средой относятся к категории лекарственных форм, биофармацевтические аспекты технологии и применения которых проявляются наиболее ярко и значимо. Одной из актуальных проблем в этой сфере является ограниченный ассортимент основ, соответствующих общим требованиям, адекватных целям фармакотерапии. Есть трудности, связанные с недостаточной методологической проработкой подходов изучения и внедрения новых вспомогательных веществ [3].

Номенклатура мазевых основ активно пополняется составами на основе соединений различных классов, получаемых с помощью технологий классического синтеза и возможностей биотехнологии. Вместе с тем такого рода не совсем родственны биологическим субстратам и структурам человеческого организма, что не позволяет достичь желаемого эффекта лекарства и избежать негативных последствий. Основообразующие компоненты из липидов животного и растительного происхождения, напротив, способны обеспечить высокую биологическую доступность, не нарушая естественного физиологического состояния мембран, и привнести в терапевтическое действие лекарственного средства дополнительные позитивные эффекты.

В фармацевтической и косметической промышленности широко используются гусиный, свиной, бычий жиры и ланолин. Внедрены в качестве основы для мазей куриный, норковый, конский жиры и жир пингвина [4,5]. Конский жир издавна применяется в казахской народной медицине, в том числе в качестве основообразующего компонента для получения различных форм, содержащих биологически активные вещества. Жир конский хорошо всасывается в кожу, а реологические свойства позволяют использовать его для рациональной технологии мазей [6].

Состав конского жира резко отличается от жира других животных тем, что он легкоплавкий. Богат ненасыщенными жирными кислотами (линолевая, линоленовая) [1,7].

Жиры, получаемые из жировых тканей разных организмов, различаются по химическому составу глицеридов и сопутствующих веществ и зависящим от этого физическим и химическим свойствам и органо-

лептическим признакам. На степень такого различия оказывает влияние индивидуальные особенности жирового сырья, его происхождение и некоторые другие факторы [8].

В целом, высокая биологическая ценность конского жира обуславливается высоким содержанием в них непредельных жирных кислот, витамина А и низким содержанием холестерина [9].

Высокое содержание непредельных жирных кислот, низкая температура плавления приближает конский жир к растительным маслам, чем обуславливает легкую усвояемость организмом, а также выраженный миотропный эффект и желчегонное действие. Наличие таких уникальных свойств дало возможность рекомендовать конский жир к применению в медицине, как продукт высокой пищевой ценности в диетотерапии при различных заболеваниях [9,10].

Технологический процесс обработки жира конского складывается из следующих операций: охлаждения, промывания холодной водой, измельчения жировой ткани и салотопления [11,12].

Для вытопки жира используется сырец, то есть жировая ткань, снятая с внутренней части туши лошади. Сало-сырец, предназначенное для вытапливания из него жира, снимается с жирной, выше средней и средней упитанности туши, причем для этого используют сало только свежее, не замороженное.

Вытапливание можно проводить сухим и мокрым способами. При сухом способе вытопки сало загружается в салотопленный котел, имеющий двойные стенки. При мокром способе вытопки сырец заливается в котле водой, и в таком виде подвергается обработке паром. При этом способе жировая ткань выделяет наибольшее количество жира. Однако вместе с жиром в бульон попадают азотистые вещества, снижающие устойчивость сырья при хранении. Наилучшие результаты дает сухое вытапливание в двустенных котлах, обогреваемых водой или паром. Этот способ предохраняет шквару ткани, остающуюся после вытопки жира, от пригорания и обеспечивает очень хорошее качество готового продукта [11].

Метод извлечения жиров из сырья и технологический режим при соответствующих операциях могут оказывать более глубокое воздействие и на состав глицеридной части получаемого жирового вещества. Это обуславливается тем, что жир, в зависимости от условий осуществления технологических операций, подвергается окислительным процессам [13,14].

Производство липидных продуктов высокого качества требует разработки соответствующей технологии, так как имеется ряд проблем.

Одна из них связана с окислением ненасыщенных жирных кислот. Окислительные процессы в липидных продуктах усиливаются при их производстве, а также в процессе хранения и при применении [15].

В процессе производства, хранения жира конского и его использования для производства лекарственных препаратов под влиянием различных факторов

усиливаются окислительные процессы, приводящие к образованию вредных продуктов окислительного разложения жира, поэтому меры по предотвращению окислительных процессов – проблема актуальная [18].

Таким образом, изучение возможности использования жира конского является перспективным направлением научных исследований по проблеме создания новых лекарственных средств с последующим внедрением результатов исследований в фармацевтическое производство.

ТҮЙІНДЕМЕ

**ДАТХАЕВ У.М.¹, АБДУЛЛАБЕКОВА Р.М.²,
УСТЕНОВА Г.О.¹, БЕРДИБЕКОВ М.А.³,
АХМЕТСАДЫКОВ Н.Н.⁴, ЖАКУПБЕКОВА А.А.⁴,
ШАЙКЕНОВ Г.⁴, КАНТУРЕЕВА А.¹,**

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің фармация Институтының директоры, фармацевтика ғылымдарының докторы, профессор¹; Карағанды мемлекеттік медициналық университетінің профессор, фармацевтика ғылымдарының докторы²; С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің фармация оқу департаментінің директоры, фармацевтика ғылымдарының докторы, доцент¹; Қожа Ахмед Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университетінің зертханалық пәндер кафедрасының доценті, фармацевтика ғылымдарының кандидаты, Түркістан³; «Антиген» ҒӨМ директоры, ветеринария ғылымдарының докторы, профессор⁴; «Антиген» ҒӨМ ғылыми қызметкері, Алматы облысы⁴; С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің магистранты¹

ЖЫЛҚЫ МАЙЫ – ДӘРІЛІК ЗАТТАР ӨНДІРІСІНДЕ БЕЛСЕНДІ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ИНГРЕДИЕНТТЕРМЕН КӨМЕКШІ ЗАТТАР АЛУ КӨЗІ РЕТІНДЕ

Жылқы майы құрамындағы қанықпаған май қышқылына байланысты зат алмасуды белсендіретін, асқорыту жолының қызметін жақсартатын, ішектің шіру процесін ішектің микрофлорасының құрамын өзгерту арқылы төмендетін қасиетке ие.

Литература:

1. Садықов Б.Х. Кони́на – Алма-Ата: Кайнар. – 1981. – 88 с.
2. Багирова В.Л., Демина Н.Б. Мази. Современный взгляд на лекарственную форму. // Фармация. – 2002. – №2. – С. 24-26.
3. Ділбарханов Р.Д., Датхаев У.М., Амантаева М.Е. Жақпамайлар. – Алматы. – 2004. – 124 б.
4. Алексеева И.В. Разработка лекарственных форм для лечения ран. // Фармация. – 2003. – №2. – с. 43-45.
5. Джиджоева А.А., Закиева Ф.Р. Мазь для лечения ожогов. – Патент RU 2083199. – 1997.
6. Дильбарханов Р.Д., Датхаев У.М., Амантаева М.Е., Бердибеков М.А. К проблеме использования липидов в медицине и фармации (обзор литературы). // Фармация Казахстана. – 2004. – №9. – С. 36-41.
7. Аширматова М.Н., Махатов Б.К., Абдуллабекова Р.М., Фалеева И.И. Вспомогательные вещества в производстве косметических препаратов. Методическая разработка. – Алматы, 1999, 46 с.

Жылқы майы барлық жеңіл еритін майлар сияқты өт айдағыш және антиатерогенді әсер етеді. Оның химиялық құрамы қанықпаған май қышқылына бай. Берілген мақалада жылқы майының химиялық, фармакологиялық қасиеттер және өңдеудің технологиялық процесі көрсетілген.

Кілттік сөздер: жылқы майы, өт айдағыш әсері, антиатерогенді әсері, мазь негізі.

SUMMARY

**DATKHAYEV U.M.¹, ABDULLABEKOVA R.M.²,
USTENOVA G.O.¹, BERDIBEKOV M.A.³,
AKHMETSADYKOV N.N.⁴, ZHAKUPBEKOVA A.A.⁴,
SHAIKENOV G.⁴, KANTUREEVA A.¹,**

Director of Institute of Pharmacy Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Doctor of Pharmacy sciences, Professor¹; Professor of Karaganda State Medical University, Doctor of Pharmacy Sciences²; Director of the Educational Department of Pharmacy of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Doctor of Pharmaceutical Sciences, assistant professor¹; Associate Professor at the Department of Laboratory Sciences, Candidate of Pharmaceutical Sciences, Khoja Akhmet Yassawi International Kazak-Turkish University, Turkestan city³; Director of SPE "Antigen", Doctor of Veterinary Science, professor⁴; researcher SPE "Antigen", Almaty region⁴; Master student of National Medical University named after S.D. Asfendiyarov¹

FAT HORSE – AS A PROMISING SOURCE OF ACTIVE PHARMACEUTICAL INGREDIENTS AND EXCIPIENTS IN MEDICINES

Horse fat with a rich content of polyunsaturated fatty acids have the property to activate the metabolism, improve the activity of the digestive tract, reduce the processes of decay in the gut by changing the composition of intestinal microflora.

Horse fat, like all low-melting fats have a pronounced choleric and anti-atherogenic effect. It is rich in a chemical composition of unsaturated fatty acids (linoleic, linolenic). In this article provides information on the chemical, pharmacological properties, and workflow processing of horse fat.

Key words: horse fat, choleric effect, anti-atherogenic effect, ointment bases.

8. Арутюнян Н.С., Арищева П.А., Янова Л.И., Камышан М.А. Лабораторный практикум по технологии переработки жиров. – М.: Легкая и пищевая промышленность. – 1993. – 152 с.
9. Кадырова Р.Х., Шакиева Р.А. Конина в лечебном питании. – Алма-Ата: «Кайнар». – 1989. – 175 с.
10. Орлов В.К., Серветник-Чалая Г.К., Загибайлова Н.Б. Фракционный и жирнокислотный состав липидов конины и верблюжатины. – Вопросы питания. – №4, 1985. – с.71-76.
11. Рскелдиев Б.А., Исаков М.Х. Эффективная технология национальных мясопродуктов//Казахский научно-исследовательский и конструкторский институт мясной и молочной промышленности. – Семипалатинск, 2000, 318 с.
12. Датхаев У.М. Жылқы майының құрамын, физика-химиялық параметрлерін зерттеу // Медицина. – 2008. – №7(73). – с. 69-70.
13. Евстигнеева Р.П., Звонкова Е.Н., Серебренникова Г.А., Швец В.И. Химия липидов. – М.: Химия, 1983, 336 с.
14. Беззубов Л.П. Химия жиров. – М.: Пищевая промышленность. – 1975. – 291 с.
15. Датхаев У.М., Дильбарханов Р.Д. К проблеме использования липидов в медицине и фармации. Сообщение II. Теоретические основы процессов окисления жиров и стабилизации липидов. //Фармация Казахстана. – 2004, №11. – с. 35-37.

Referense:

1. Sadykov B.H. Konina – Alma-Ata: Kajnar. – 1981. – 88 s.
2. Bagirova V.L., Demina N.B. Mazi. Sovremennyy vzgljad na lekarstvennuju formu. // Farmacija. – 2002. – №2. – S. 24-26.
3. Dilbarhanov R.D., Dathaev U.M., Amantaeva M.E. Zhaqparamajlar. – Almaty. – 2004. – 124 b.
4. Alekseeva I.V. Razrabotka lekarstvennyh form dlja lechenija ran. // Farmacija. – 2003. – №2. – s. 43-45.
5. Dzhidzhoeva A.A., Zakieva F.R. Maz' dlja lechenija ozhogov. – Patent RU 2083199. – 1997.
6. Dil'barhanov R.D., Dathaev U.M., Amantaeva M.E., Berdibekov M.A. K probleme ispol'zovanija lipidov v medicine i farmacii (obzor literatury). // Farmacija Kazahstana. – 2004. – №9. – S. 36-41.
7. Ashirmatova M.N., Mahatov B.K., Abdullabekova R.M., Faleeva I.I. Vspomogatel'nye veshhestva v proizvodstve kosmeticheskikh preparatov. Metodicheskaja razrabotka. – Almaty, 1999, 46 s.
8. Arutjunjan N.S., Arishheva P.A., Janova L.I., Kamyshan M.A. Laboratornyj praktikum po tehnologii pererabotki zhirov. – M.: Legkaja i pishhevaja promyshlennost'. – 1993. – 152 s.
9. Kadyrova R.H., Shakieva R.A. Konina v lecebnoe pitanii. – Alma-Ata: «Kajnar». – 1989. – 175 s.
10. Orlov V.K., Servetnik-Chalaja G.K., Zagibajlova N.B. Frakcionnyj i zhirnokislotnyj sostav lipidov koniny i verbluzhatiny. – Voprosy pitaniija. – №4, 1985. – s. 71-76.
11. Rskeldiev B.A., Iskakov M.H. Jeffektivnaja tehnologija nacional'nyh mjasoproduktov // Kazahskij nauchno-issledovatel'skij i konstruktorskij institut mjasnoj i molochnoj promyshlennosti. – Semipalatinsk, 2000, 318 s.
12. Dathaev U.M. Zhylyk majunıń quramyn, fizika-himijalyq parametrlerin zertteu // Medicina. – 2008. – №7(73). – s. 69-70.
13. Evstigneeva R.P., Zvonkova E.N., Serebrennikova G.A., Shvec V.I. Himija lipidov. – M.: Himija, 1983, 336 s.
14. Bezzubov L.P. Himija zhirov. – M.: Pishhevaja promyshlennost'. – 1975. – 291 s.
15. Dathaev U.M., Dil'barhanov R.D. K probleme ispol'zovanija lipidov v medicine i farmacii. Soobshhenie II. Teoreticheskie osnovy processov okislenija zhirov i stabilizacii lipidov. //Farmacija Kazahstana. – 2004, №11. – s. 35-37.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

В США исследовательские центры не публикуют часть клинических данных

Согласно результатам исследования, опубликованного в Британском медицинском журнале (The British Medical Journal), треть результатов клинических исследований лекарственных препаратов, проведенных в 51 университетском исследовательском центре, не публикуется и не размещается на сайте ClinicalTrials.gov. Как отметил соавтор исследования д-р Харлан КРУМХОЛЬЦ, университетские исследовательские центры должны быть примером для подражания, однако очевидно, что это не так. Исследователи проанализировали результаты 4 347 клинических испытаний, завершенных в период между октябрём 2007 г. и сентябрём 2010 г. в ряде исследовательских центров, в том числе Стэнфордском университете, Институте раковых исследований Dana-Farber и Корнелльском университете. Из общего количества клинических испытаний 50% составляли клинические исследования II-IV фазы. Эксперты выявили, что всего было предано гласности 66% результатов, из которых 35,9% – через 24 месяца после завершения клинических исследований.

В ходе примерно трети проанализированных клинических испытаний исследовались препараты для лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а также психических расстройств. Около 10% КИ спонсировали Национальные институты здравоохранения США (НИЗ), 12% – фармкомпании. Количество опубликованных в научных журналах результатов клинических испытаний в течение 24 месяцев после завершения широко варьируется в зависимости от учреждения с 11% в Университете Небраски до 40% в Йельском университете. Среди учреждений с высоким процентом публикаций также университеты Флориды и Огайо, с самым низким показателем – Бостонский университет, Корнелльский университет и Университет здравоохранения и естественных наук штата Орегон.



УДК 616-08.616.361:366:36-002.2

SARTAEVA K.A.¹, KUTTYKOZHAEVA S.A.², DOLANOVA G.O.¹, JAKIPBEKOVA ZH. ZH.¹, MYRZABEKOVA G.ZH.¹,
International Hoca Ahmet Yesevi Turkish-Kazakh University, Shymkent Medical Institute, Candidate of Medical Science¹;
"Regional Advisory and diagnostic medical center" State Public Utility Enterprise, Shymkent city, Doctor gastroenterolog,
endoscopist 2 categories²; International Hoca Ahmet Yesevi Turkish-Kazakh University, Shymkent Medical Institute,
teachers¹

THE ROLE OF BILE, HEPATOPROTECTIVE PHYTO MEDICINES IN GASTROENTEROLOGY

Biliary dyskinesia refers to common diseases. Women suffer 10 times more often than men. The causes of biliary dyskinesia hitherto not completely understood. By origin we distinguish primary and secondary dyskinesia of the gallbladder and biliary tract.

ANNOTATION

Biliary dyskinesia is a rather frequent pathology in patients of all age categories. Clinicians are noted to underestimate this status and significance of its influence on the functioning of the whole digestive apparatus. As per the results of the conducted research the good therapeutic effect was observed when taking phytopreparations by this group of patients. Phytopreparations are the most effective when treating, in particular, gastroenterological patients including patients with alcoholic hepatitis and hepatic steatosis. It is necessary to improve physicians' knowledge in phytotherapy sphere in order to improve efficiency of treating the gastroenterological patients.

Key words: a cholic bubble, bile duct, holeretic, choleretic, chronic cholecystitis without stones, alcoholic hepatitis, steatosis, hepatoprotectors, "Zerde-Phyto".

Primary dyskinesia occurs due to violation of neuromuscular regulation of motor activity of the gallbladder and biliary tract sphincters. It is believed that this type of psoriasis occurs in asthenic physique of patients with neurotic or psycho-emotional disorders. Such patients, in addition to the diagnosis of biliary dyskinesia, often establish the diagnosis of neuro dystonia or vas-



cular dysfunction. The causes of psoriasis are diseases of the endocrine system, such as thyroid, gonads, menopause. Secondary dyskinesia of the gallbladder and biliary tract occurs in patients with other diseases of the gastrointestinal tract (chronic gastritis, duodenitis, enteritis, colitis). Secondary dyskinesias occur also in patients with cholelithiasis and chronic cholecystitis acalculous [1,2,3,4].

V.A. Galkin claims that the notion of the gallbladder dyskinesia as a purely functional disorders is currently being revised. In all forms of dyskinesias occur organic changes at the level of hepatocyte, which is a kind of primary factor contributing to the disruption of not only the intra- and extrahepatic biliary tract, including the gall bladder. This pathology is a certain type of cholestasis. However, not excluded the role of vascular (neuro) dystonia in the development of dyskinesias of the biliary system. Thus, the two main factors leading to the breakdown of the gallbladder motility:

- 1) violation of the functional state of the hepatocyte and hence-diskholiya (change in the composition of bile);
- 2) malfunctions of neurogenic regulation of the muscular wall of the gallbladder as the central (neuro-circulatory dysfunction, neurosis) and peripheral (in the patho-

logy of the gastrointestinal tract by type viscerovisceral reflexes interoceptors) genesis.

Violation of rhythmic bile entering the intestine reduces bactericidal properties of the upper gastrointestinal tract, leading to goiter, intestinal dyskinesia. Long flowing dyskinesia, causing bile stasis and infection, as well as the casting of intestinal contents into the gallbladder (reflux) leads to cholecystitis. With the predominance of the tone of the sympathetic part of the nervous system in a patient characterized by hypotonic dyskinesia (80% of all dyskinesias), while parasympathicotony – hypertensive [1,2,3,4].

In connection with this evaluation of the effectiveness of co-prescription drugs, regulate biliary excretion, and in the treatment of hepatic biliary tract dyskinesia (primary and secondary on the background of calculous cholecystitis, alcoholic hepatitis and hepatic steatosis) is relevant.

AIMS OF WORK

Rate the healing properties of herbal remedies and herbal cholagogue hepatoprotectors in the treatment of patients with primary biliary dyskinesia, and with chronic calculous cholecystitis, alcoholic hepatitis, and hepatic steatosis.

MATERIALS AND METHODS

The research covered patients receiving inpatient care in gastroenterology department of the clinic, as well as patients who applied in the clinic. In a group of patients of primary and secondary biliary dyskinesia (in the background acalculous cholecystitis in remission, alcoholic hepatitis and hepatic steatosis) included 33 patients, mean age of 39 years. Patients were conducted physical examination, clinical tests such as:

- blood test, urine test, koproscitogramma;
- biochemical tests – total bilirubin and its fractions, liver ultrasound, gallbladder and bile ducts before and after treatment.

Treatment was conducted for 9 months. All patients were prescribed phyto medications of LLP “Zerde-Phyto” for the type of biliary dyskinesia and hepatoprotective action [4,5,6,7,8].

Bile – matter of vegetable or synthetic origin, increases the secretion of bile and promote its release in the duodenum.

According to the classification of cholagogue (N.P. Racehorse, A.J. Gubergrits, 1972) we distinguish two main groups:

- Drugs that stimulate liver function – original Bile (true cholagogue).
- Drugs that stimulate the biliary excretion. The first group includes four subgroups containing bile acids, synthetic, vegetal origin.

Preparations of the second group on the mechanism of action divided into cholekinetics, increase the tone of the gall bladder, and cholerospasmalitics causing relaxation of the tone of the biliary tract [1,4,8,9,10,11].

ACTION MECHANISM OF CHOLERETICS

The mechanism of action of cholagogue include the following:

- increase the secretion of bile directly by stimulating the secretory function of the liver parenchyma;
- stimulation of the receptors of the mucous membrane of the small intestine which increases bile formation;
- increase biliary bile flow paths, which prevents climbing infection and reduces inflammation.

Cholekinetics irritate the mucous membrane of the duodenum, causing release of cholecystokinin, which promotes the reduction of the gall bladder, relaxes the sphincter of Oddi [1,2,4,7,9,11].

Selection of rational Cholagogue carried out depending on the phase of cholecystitis and concomitant type of dyskinesia (hypo- or hyperkinetic).

Cholagogues of vegetable origin are used in various pathological processes in the liver, as many of them not only have cholagogue, antispasmodic and, hepatoprotective properties, improves metabolic processes in the liver.

It is very important to have the individual selection of the most appropriate for a particular patient medications. Vegetable means of this group can also be used as a component of a comprehensive detoxification therapy in various diseases and pathological processes of adaptation reactions.

The mechanism of action of herbal remedies of cholagogue action is associated with the contained flavonoid glycosides, phytosterols, resins, essential oils and vitamins.

Such plants include: immortelle, corn silk, peppermint, parsley, yarrow, dandelion, tansy, watch a three-sheeted, rose, caraway, chicory roots, celandine.

Herbal preparations of these plants improve the secretion of bile, reducing its viscosity, increase the content in the composition of bile cholates, have antimicrobial action and cholospasmodic [3,5,6,9].

We also include xylitol, sorbitol, magnesium sulfate, berberine (an alkaloid of barberry), tincture of barberry leaves, decoction of cornflower blue and tansy, sunflower oil, olive oil, sea buckthorn oil to cholagogues [4,5,7,9,11].

Depending on the driving mechanism of action cholagogue divided into two subgroups: the means of enhancing the formation of bile, and bile acids (Cholagogue, Cholesecretica), and means to facilitate their release from the gallbladder into the duodenum (Cholagogue or Cholekinetica).

This division is rather arbitrary, because it is the most Cholagogue simultaneously and increases the secretion of bile and facilitates its entry into the intestine.

To achieve the recommended herbal cholagogue effect of belladonna, sweet, peppermint, elecampane, and other aromatic plants [6,7,9,10,11]. Patients with biliary dyskinesia recommend herbal medicines acting on the central nervous system: valerian, adonis, peony, motherwort, hawthorn [5,6,7,8,9].

When complications of biliary dyskinesia intestinal dyspepsia the recommended herbal medicines that in-

hibit putrefaction: highlander, pepper, oak bark, oregano, strawberry timber, coriander sowing, nettle, onion, garlic, raspberries, mountain ash juice, calendula, chamomile, black currant (fruit, leaves, branches), pine, wild cherry buds ordinary, bilberry, salvia officinalis [7,8,9,10].

Of hepatoprotective we prescribe milk thistle (source of silimarine acid), Acorus Calamus, grain oats, oat milk, licorice naked (source of glycyrrhizic acid), Viola tricolor [5,6,7,8,9,10,12].

In practice we widely use herbal medicines, such as Allohol (thickened bile, garlic extract, activated carbon), Flamen (dry concentrate immortelle) Sibektan, Silimar, Corso Legalon, Silibinin, Silibor, Silymarin-hexane, Sili-gon, Geparsil, Simepar (Mepha) Gepabene, Gepabene-Ratiopharm (thistle and Fumaria officinalis), Gepatofalk-plant (thistle and celandine) Levasil (Levasil™-140; milk thistle and vitamin B), Tanotsehol (tansy), Konvoflavin (lily of the valley), Holagol (turmeric root, buckthorn), Holosas (rosehip syrup), Berberine bisulfate (barberry), Solari ("Farmak") Hofitol (artichoke extract), Bondzhigar (Herbion Pakistan, Ltd) [6,7,8, 9,10,11,12].

RESULTS AND DISCUSSIONS

In the study, 18 patients from 33 primary and secondary (in the background acalculous cholecystitis in remission alcoholic hepatitis and hepatic steatosis), biliary tract dyskinesia discontinued treatment or were treated irregularly. They made a second, control group. To monitor the effectiveness of herbal remedies with biliary dyskinesia were assessed such factors as the frequency of pain in the right upper quadrant, intestinal dyspepsia, serum total bilirubin and its fractions, ALT, GGT, alkaline phosphatase, and ultrasound picture. Before treatment, the deviations were observed in biochemical terms.

In the first group the frequency of pain before treatment was 38%, after – 7% ($P > 0.01$); intestinal dyspepsia to – 27%, after – 5% ($P > 0.01$). Patients of the second group of frequency pain before treatment was 14%, after – 40% ($P > 0.01$); intestinal dyspepsia to – 13%, after – 45% ($P > 0.01$).

According to ultrasound data, hypo- and hyperkinetic changes found in patients in the first group 37%; second – 30% of cases. After phytotherapy change of ultrasonography in the first group were kept in 4% of cases; and the second up to 67% ($P > 0.05$) [13]. In the first group of exacerbations of chronic calculous cholecystitis was not observed.

In patients with alcoholic hepatitis before treatment in 31% of cases observed increased levels of total bilirubin and its fractions, ALT. The therapy these changes persisted in only 8% ($P > 0.05$). Increased levels of GGT and alkaline phosphatase before treatment was available to 34% of patients after treatment, these changes normalized in 27% of patients and remained 7% ($P > 0.05$).

CONCLUSION

Dyskinesia of the gallbladder and biliary tract repeated courses of herbal remedies.

Phytocorrection of the secondary dyskinesia of the gallbladder and biliary tract repeated courses of chronic cholecystitis secondary lengthens remission and prevents relapse of chronic process. Application of hepatic long courses with dyskinesia of the gallbladder and biliary tract improves biliary excretion and maintain normal liver function.

Patients with dyskinesia of the gallbladder and biliary tract repeated courses of herbal remedies are recommended for 5-9 days every 15-20 days, and hepatic courses is recommended for 3 months to appoint a few times a year with a 2.3-month hiatus.

ТҮЙІНДЕМЕ

**САРТАЕВА Қ.А.¹, ҚҰТТЫҚОЖАЕВА С.А.²,
ДОЛАНОВА Г.О.¹, ДЖАКИПБЕКОВА Ж.Ж.¹,
МЫРЗАБЕКОВА Г.Ж.¹,**

медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты дәрігер-терапевт, Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.¹; дәрігер гастроэнтеролог, 2 санатты эндоскопист, Облыстық консультативтік-диагностикалық орталық, Шымкент қ.²; оқытушылар, Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент медицина институты¹

ӨТ АЙДАЙТЫН, ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛЫҚ ФИТОДӘРМЕКТЕРДІҢ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯДАҒЫ РӨЛІ

Өт қапшығы мен жолдарының дискинезиясы барлық жастағы адамдарда жиі кездесетін патология, клиницистер жағынан осы жағдайдың жиілігін және басқа органдардың қызметіне әсерін жете бағаламау жиі байқалады.

Жүргізілген зерттеу нәтижелері өт ағымын жақсартатын фитодәрмектерді қайталап жүргізілетін курстар арқылы қолданудың жақсы нәтиже беретіндігін көрсетті.

Фитодәрмектер гастроэнтерологиялық дерттері бар науқастардың емінде өте нәтижелі, соның ішінде алкогольді гепатиті мен бауыр стеатозы бар науқастардың емінде гепатопротекторлардың маңызы зор.

Дәрігерлердің фитотерапия саласынан білімін жақсарту гастроэнтерологиялық аурулардың нәтижелі еміне тікелей әсер етеді.

Түйін сөздер: өт қабы, өт шығару жолдары, холикинетик, холелитик, созылмалы тассыз холецистит, алкогольді гепатит, стеатоз, гепатопротекторлер, «Зерде-Фито».

РЕЗЮМЕ

**САРТАЕВА Қ.А.¹, ҚҰТТЫҚОЖАЕВА С.А.²,
ДОЛАНОВА Г.О.¹, ДЖАКИПБЕКОВА Ж.Ж.¹,
МЫРЗАБЕКОВА Г.Ж.¹,**

кандидат медицинских наук, врач терапевт высшей категории, медицинский институт Международного

Казахско-Турецкого университета им. Х.А. Яссави¹,
врач гастроэнтеролог, эндоскопист 2 категории
Областного консультационно-диагностического
центра²; преподаватели медицинского
института Международного Казахско-Турецкого
университета им. Х.А. Яссави¹, г. Шымкент

РОЛЬ ЖЕЛЧЕГОННЫХ, ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Дискинезия желчевыводящих путей является довольно частой патологией у пациентов всех возрастных категорий. Клиницисты часто недооценивают ее зна-

чимость и влияние на пищеварительную систему. По результатам проведенного исследования хороший терапевтический эффект наблюдался при приеме фитопрепаратов этой группой пациентов.

Фитопрепараты являются наиболее эффективными при лечении, в частности, гастроэнтерологических пациентов, включая пациентов с алкогольным гепатитом и жировой дистрофией печени. Необходимо повышение уровня знаний врачей о фитотерапии для повышения эффективности лечения гастроэнтерологических больных.

Ключевые слова: желчный пузырь, желчные пути, холекинетики, холелитики, хронический бескаменный холецистит, алкогольный гепатит, стеатоз, гепатопротекторы, «Зерде-Фито».

Literature:

1. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: практическое руководство. – Минск, 2008. Том. – 1. – С. 428-433.
2. Бушева Н. Газета «Врачебные тайны». – №6. – 2003 г.
3. Галкин В.А. / под ред. «Поликлиническая терапия». – М.: Мед., 2000, с 152.
4. Григорьев П.Я. / Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. / Григорьев П.Я. Яковенко Э.П. – Москва: 1990, с. 260-260.
5. П.А. Кольцов. Практическая гастроэнтерология. / П.А. Кольцов, А.И. Шатихин. – Москва: 1994, с. 187-198.
6. Лычев В.Г. Основы клинической гастроэнтерологии. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород, Изд. НРМА, 2000, с.110.
7. Соколов С.Я. Справочник по лекарственным растениям. Фитотерапия. / Соколов С.Я., Замотаев И.П. – Москва: Мед., 1998, с.177-199; 319-339.
8. Блинков И.Л. Лекарственные растения в клинике. – Москва: 1999, 72 с.
9. Задорожный А.М. / Справочник по лекарственным растениям. / Кошкин А.Г., Соколов С.Я., Шретер А.И. – М.: 1992, «Экология». – с. 25-30; 58-60; 65-72; 80-88; 93-110; 112-116; 119-121; 143-145; 165-169; 177-180; 196-199; 203-206; 222-225; 229-242; 254-258; 279-283; 281-283; 287-293; 306-316; 346-348; 354-359; 365-374; 385-390; 393-401.
10. Преображенский В.Н. / Практическая гастроэнтерология. / Преображенский В.Н., Златкина А.Р., Уметова М.Д. – Алматы: «Медицина баспасы». 1999, с.191-194.
11. Комаров Ф.И. / Под ред. «Руководство по гастроэнтерологии». – М.: Том 2, с. 407-409.
12. Задонченко В.С. Поликлиническая гастроэнтерология. / Задонченко В.С., Кольцов П.А. Руководство для врачей. – М.: СТАРКО, 1998. – с.134-135; 138-140.
13. Истории болезни больных отделения профпатологии, амбулаторные карты.
14. Сартаева К.А., С.А. Куттыкожаева С.А., Шагиева Г.А. Роль желчегонных, гепатопротекторных фитопрепаратов в гастроэнтерологии. – «Фармация Казахстана». – №6. – 2013. – с. 39-42.

Reference:

1. Okorokov A.N. Lechenie boleznej vnutrennih organov: prakticheskoe rukovodstvo. – Minsk, 2008. Tom. – 1. – S. 428-433.
2. Busheva N. Gazeta «Vrachebnye tajny». – №6. – 2003 g.
3. Galkin V.A. / pod red. «Poliklinicheskaya terapiya». – M.: Med., 2000, s 152.
4. Grigor'ev P.YA. / Diagnostika i lechenie hronicheskikh boleznej organov pishchevareniya. / Grigor'ev P.YA. YAkovenko E.H.P. – Moskva: 1990, s. 260-260.
5. P.A. Kol'cov. Prakticheskaya gastroehnterologiya. / P.A. Kol'cov, A.I. SHatihin. – Moskva: 1994, s. 187-198.
6. Lychev V.G. Osnovy klinicheskoy gastroehnterologii. – M.: Medicinskaya kniga, N. Novgorod, Izd. NRMA, 2000, s.110.
7. Sokolov S.YA. Spravochnik po lekarstvennym rasteniyam. Fitoterapiya. / Sokolov S.YA., Zamotaev I.P. – Moskva: Med., 1998, s. 177-199; 319-339.
8. Blinkov I.L. Lekarstvennye rasteniya v klinike. – Moskva: 1999, 72 s.
9. Zadorozhnyj A.M. / Spravochnik po lekarstvennym rasteniyam. / Koskin A.G., Sokolov S.YA., Shreter A.I. – M.: 1992, «Ekologiya». – s. 25-30; 58-60; 65-72; 80-88; 93-110; 112-116; 119-121; 143-145; 165-169; 177-180; 196-199; 203-206; 222-225; 229-242; 254-258; 279-283; 281-283; 287-293; 306-316; 346-348; 354-359; 365-374; 385-390; 393-401.
10. Preobrazhenskij V.N. / Prakticheskaya gastroehnterologiya. / Preobrazhenskij V.N., Zlatkina A.R., Umetova M.D. – Almaty: «Medicina baspasy». 1999, s. 191-194.
11. Komarov F.I. / Pod red. «Rukovodstvo po gastroehnterologii». – M.: Tom 2, s. 407-409.
12. Zadionchenko V.S. Poliklinicheskaya gastroehnterologiya. / Zadionchenko V.S., Kol'cov P.A. Rukovodstvo dlya vrachej. – M.: STARKO, 1998. – s. 134-135; 138-140.
13. Istoriy bolezni bol'nyh otdeleniya profpatologii, ambulatornye karty.
14. Sartayeva K.A., S.A. Kuttykozhaeva S.A., SHagieva G.A. Rol' zhelchegonnyh, gepatoprotektoornyh fitopreparatov v gastroehnterologii. – «Farmaciya Kazahstana». – №6. – 2013. – s. 39-42.

УДК (615.212+615.28): 615.12 (574)

ЖАПАРКУЛОВА К.А.,

PhD студентка, фармацевтический факультет Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

ОБЗОР ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА АНТИМИКРОБНЫХ И АНАЛЬГЕЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Казахстан обладает достаточной сырьевой базой растительного сырья, которую нужно максимально использовать для создания новых лекарственных средств. Пока же на отечественном рынке преобладают импортные лекарства на основе синтетических фармакологически активных веществ.



АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты маркетингового обзора фармацевтического рынка антимикробных и анальгезирующих препаратов Республики Казахстан. Нами вывлено количество зарегистрированных препаратов этих групп в национальном реестре РК за 2015 год. Проведен сравнительный анализ по производителям и лекарственным формам, а также по происхождению активных веществ антимикробных и анальгезирующих препаратов фармацевтического рынка РК.

Результаты исследования показывают преобладание импорта зарубежных лекарственных средств с синтетическими и полусинтетическими фармакологически активными веществами над препаратами природного происхождения, в том числе растительного.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, фитопрепараты, маркетинговый анализ, противомикробные препараты, анальгезирующие препараты, классификация, лекарственные средства.

АКТУАЛЬНОСТЬ

На фармацевтическом рынке сегодня растет доля препаратов на основе лекарственного растительно-

го сырья. Широкий спектр их действия объясняется многокомпетентным составом биологически активных веществ и одновременным присутствием различных природных соединений. Мягкое терапевтическое действие, малая токсичность, редкое возникновение побочных явлений, экономическая доступность – вот одни из многочисленных достоинств растительных средств [1]. По данным Государственного реестра ЛС РК установлено, что в Казахстане зарегистрировано более семи тысяч наименований лекарственных препаратов. Из них препараты синтетического и биологического происхождения составляют 96%, препараты растительного происхождения – 4%. Суммарное количество препаратов растительного происхождения, зарегистрированных на казахстанском рынке, составляет 294 наименования, из которых основная доля приходится на лекарственные средства – 77,71%, гомеопатические препараты – 16,29%, лекарственное растительное сырье – 6% [2]. Казахстан обладает достаточной сырьевой базой растительного сырья, которую необходимо развивать, а также максимально использовать ее потенциал в рамках развития отечественного производства.

Перспективным лекарственным растением является Зизифора семейства Яснотковых (Lamiaceae). Научно-исследовательская работа по изучению Зизифоры Бунге (известной в народной медицине как лечебное средство от желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых заболеваний) показала, что экстракт и эфирное масло этого растения обладают антибактериальной и анальгезирующей активностью [3].

Данное обстоятельство послужило основанием для выбора этих групп препаратов в качестве объектов нашего исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение маркетингового обзора антимикробных и анальгезирующих препаратов фармацевтического рынка РК. Для этого необходимо выполнить комп-лекс задач: изучить государственный реестр по виду лекарственной формы, стране-производителю, фирме-производителю, происхождению активных ингредиентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованию был подвергнут информационный массив лекарственных препаратов антимикробного и анальгезирующего действия, сформированный в результате контент анализа официальных источников информации, то есть Государственного реестра лекарственных средств Республики Казахстан. В работе использовались методы маркетингового анализа, классификация, группировка, сравнительные и графические анализы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

По данным Государственного реестра ЛС РК, на данном этапе развития отечественного фармацевтического рынка количество зарегистрированных антибактериальных препаратов составляет 783 наименования [4].

На фармацевтическом рынке антибактериальные препараты представлены следующими лекарственными формами: мазью для наружного применения, таблетками, мазью глазной, каплями глазными, порошком для приготовления раствора для инъекций, суппозиториями вагинальными, линиментом, раствором спиртовым, капсулами, порошком для приготовления суспензии для приема внутрь, порошком лиофилизированным для приготовления раствора для инфузий, кремом, суспензией для перорального применения, концентратом для приготовления раствора для инфузий, кремом вагинальным, гелем для наружного применения, раствором для наружного применения, каплями ушными, раствором для приготовления инъекций и инфузий (рисунок 1).

В Казахстан поставляют антибактериальные лекарственные средства производства более чем 30 иностранных фармацевтических фирм. В числе стран-производителей – Индия, Турция, Италия, Франция, Кипр, Германия, Словения, Польша и другие. Также

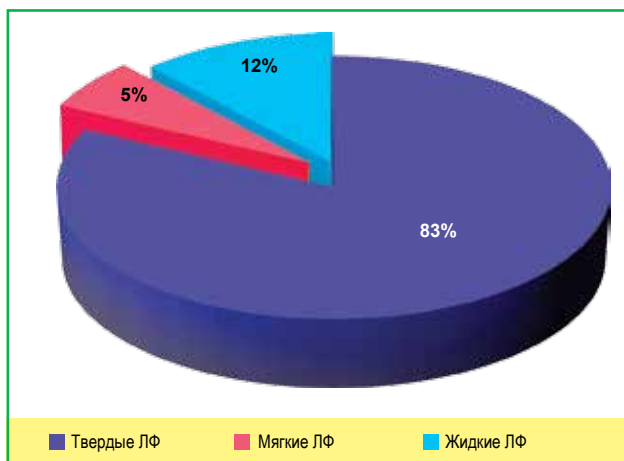


Рисунок 1 – Лекарственные формы антибактериальных препаратов, присутствующие на фармацевтическом рынке РК

активно завозятся лекарственные средства из России, Беларуси, Украины. Доля казахстанских производителей составляет 13,67%.

Антибактериальные препараты системного действия, завозимые на отечественный рынок странами-производителями, в процентном отношении представлен на рисунке 2.

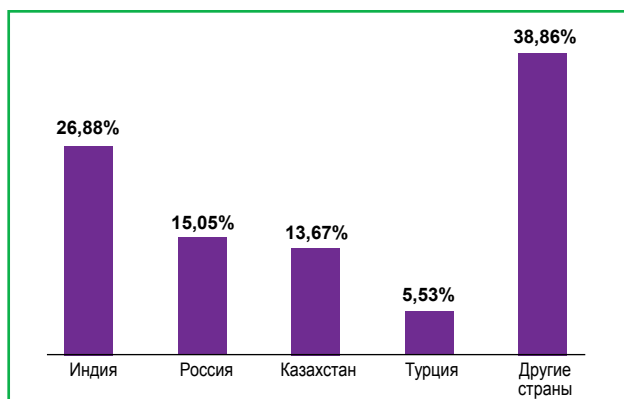


Рисунок 2 – Доля стран-производителей антибактериальных препаратов на фармацевтическом рынке РК

В Казахстане антибактериальные препараты производят предприятия, представленные на рисунке 3 с указанием их доли участия в процентном выражении.

Анализ действующих веществ антимикробных препаратов показал, что преобладают синтетические и полусинтетические ЛП и полностью отсутствуют препараты растительного происхождения (таблица 1).

ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

По данным Государственного реестра ЛС РК, количество зарегистрированных противогрибковых препаратов системного действия составляет 108 наименований с соответствующими лекарственными формами следующих групп: производные имидазола, производные триазола и другие противогрибковые препараты системного действия.

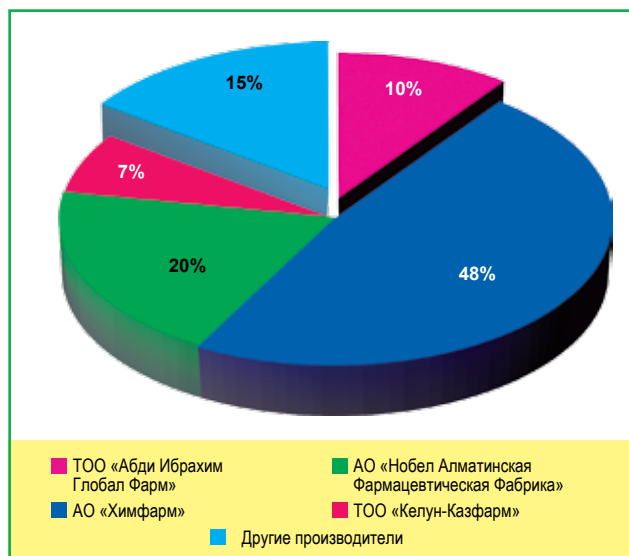


Рисунок 3 – Сегмент антибактериальных препаратов отечественных производителей в процентном отношении на рынке Казахстана

На рисунке 4 показано, какова доля отечественных производителей противогрибковых препаратов на рынке РК.

Таблица 1 – Классификация активных веществ антибактериальных препаратов по происхождению

Природные (био-синтетические) ЛС	Синтетические ЛС	Полусинтетические ЛС
Тетрациклин Эритромицин Спирамицин Джозамицин Мидекамицин Линкомицин Стрептомицин Торбамицин Гентомицин Канамицин Ванкомицин Тейкопланин Спектиномицин Фосфомицин	Хлорамфеникол Дорипенем Меропенем Эртапенем Сульфаниламид Сульфадиметоксин Ко-тримоксазол Клиндамицин Офлоксацин Ципрофлоксацин Левифлоксацин Гатифлоксацин Налидиксовая кислота Пипемидовая кислота Метранидозол Тинидазол Орнидазол Нитрофурантаин Линезолид Нитроксалин	Ампициллин Амоксициллин Доксициллин Цефазолин Цефалексин Цефамандол Цефуроксим Цефатоксим Цефподоксим Цефтриаксон Цефепим Цефтаролина фосамил Рокситромицин Кларитромицин
14	20	16

Противогрибковые препараты представлены таблетками, покрытыми пленочной оболочкой, лиофилизатами для приготовления раствора для инфузий, капсулами, растворами для приема внутрь, суспензиями для приема внутрь, шампунями, кремами, суппозиториями вагинальными, сиропами, растворами для инфузий, гелями для наружного применения (рисунок 5).

Анализ действующих веществ противогрибковых препаратов показал присутствие синтетических и полусинтетических ЛП и отсутствие препаратов растительного происхождения (таблица 4).

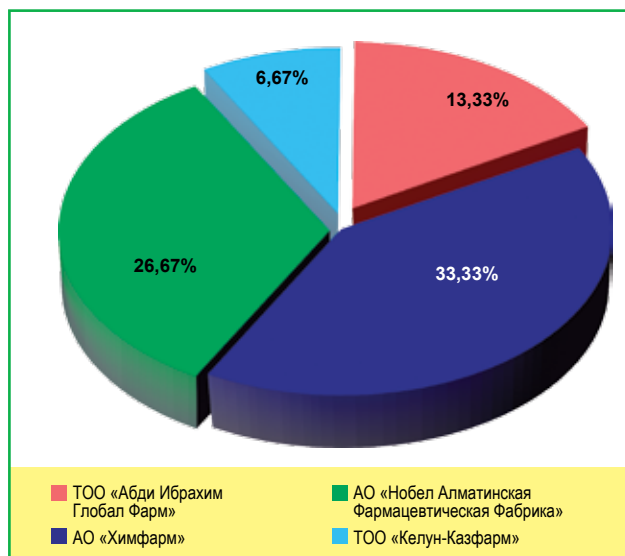


Рисунок 4 – Сегмент противогрибковых препаратов отечественных производителей на фармацевтическом рынке Республики Казахстан

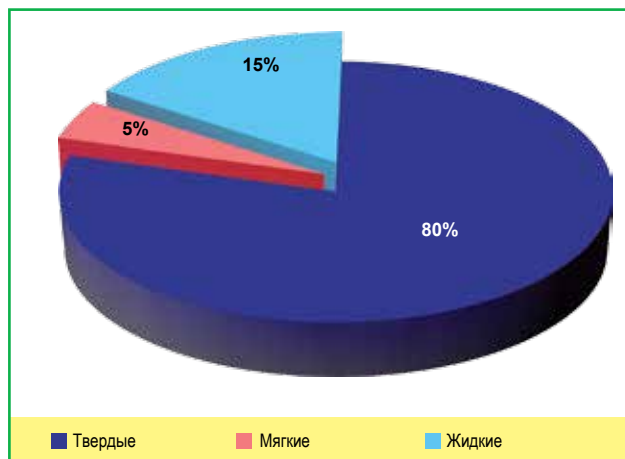


Рисунок 5 – Распределение противогрибковых препаратов по лекарственным формам

Таблица 4 – Классификация действующих веществ противогрибковых препаратов по способу получения

Синтетические ЛП	Полусинтетические ЛП
Кетоконазол Вориконазол Итраконазол Позаконазол Флуконазол	Анидулафунгин Каспофунгин Микафунгин
5	3

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

По данным Государственного реестра ЛС РК, количество зарегистрированных анальгезирующих препаратов составляет 111 наименований с соответствующими лекарственными формами из следующих групп:

- Производные морфина.
- Производные фенилпиперидина.
- Анальгетики и антипиретики другие.
- Противомигренозные препараты.

Активные вещества (по способу получения – синтетические) представлены следующими компонентами:

- Метамизол натрия;
- Нефопам;
- Парацетамол;
- Флупиритин;
- Салициламид;
- Ацетилсалициловая кислота;
- Буторфанол;
- Золмитриптан;
- Суматриптан;
- Элетриптан.

На фармацевтическом рынке анальгезирующие препараты представлены лекарственными формами: раствор для инъекций, таблетки, капсулы, суппозитории ректальные, концентрат для приготовления раствора для инфузий, суспензия для приема внутрь, раствор для приема внутрь, гранулы для приема внутрь, спрей назальный (рисунок 6).

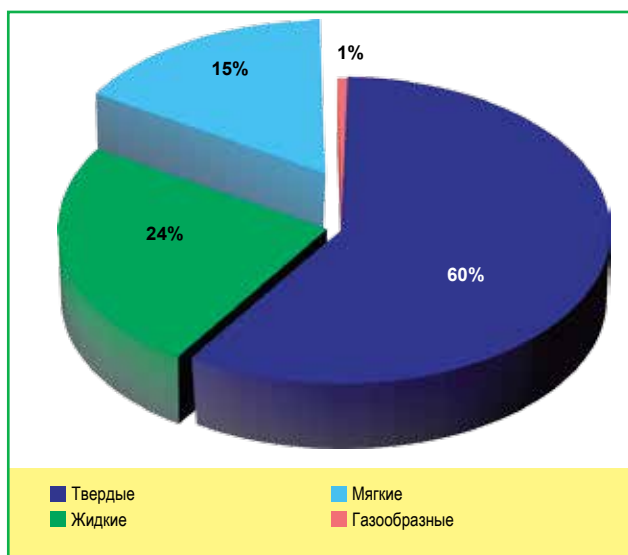


Рисунок 6 – Процентное соотношение анальгезирующих препаратов по лекарственной форме

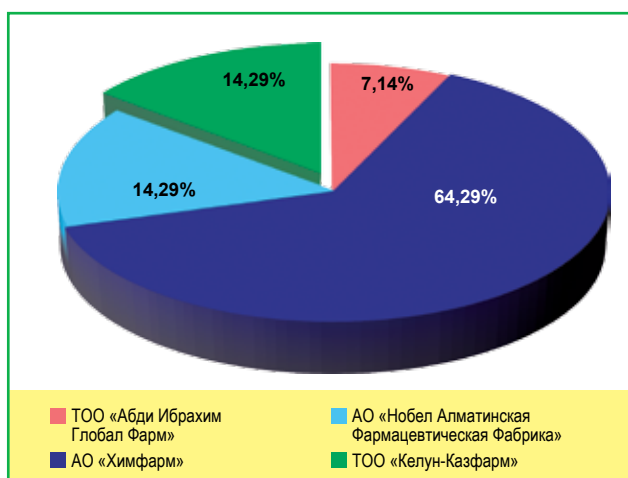


Рисунок 7 – Доля отечественных производителей анальгезирующих препаратов на рынке РК

ВЫВОДЫ

Маркетинговый обзор фармацевтического рынка антимикробных и анальгезирующих препаратов Респуб-

лики Казахстан показал значительное преобладания импорта зарубежных лекарственных препаратов с синтетическими и полусинтетическими активными веществами. Учитывая сложившуюся тенденцию, можно рекомендовать отечественным производителям ориентироваться на импортозамещение именно этой категории лекарственных средств и форм. Данный процесс будет способствовать снижению импортозамещения и развитию отечественной фармацевтической промышленности, а также производству лекарственных препаратов на растительной основе.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАПАРҚҰЛОВА Қ.А.,

фармацевтикалық факультет PhD студенті,
Қазақ Ұлттық медициналық университеті

МИКРОБҚА ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАР МЕН АНАЛЬГЕТИКТЕР НАРЫҒЫН ШОЛУ ҚАЗАҚСТАНДА

Казахстан Республикасының фармацевтикалық нарығының микробтарға қарсы және анальгетикалық препараттарына маркетингтік шолу жасалынды. ҚР ұлттық реестрінде 2015 жылда тіркелген осы топтардың дәрілер саны анықталды. ҚР фармацевтикалық нарығындағы өндірушілер мен дәрілік қалыптар бойынша, сондай ақ микробтарға қарсы және анальгетикалық препараттардың белсенді заттарының шығу жолдарына байланысты салыстырмалы талдау жасалынды. Зерттеу нәтижелері синтетикалық және жартылай синтетикалық шетел дәрілік заттарының импортының басымдылығын, аз көлемде табиғи, сонын ішінде өсімдіктерден алынатын белсенді заттары бар микробтарға қарсы және анальгетикалық препараттарды көрсетті.

Түйін сөздер: фармацевтикалық нарық, фитопрепараттар маркетингтік шолу, микробқа қарсы препараттар, анальгетиктер, классификация, дәрілік заттар.

SUMMARY

ZHAPARKULOVA K.A.,

PhD student, Faculty of Pharmacy of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

REVIEW OF ANTIMICROBIAL DRUGS AND OF ANALGESICS IN THE PHARMACEUTICAL MARKET IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The results of a marketing overview of the pharmaceutical market of antimicrobial and analgesic drugs the Republic of Kazakhstan. Reduce quantity of registered preparations of these groups in the national registry of the Republic of Kazakhstan in 2015. A comparative analysis on manufacturers and dosage forms, as well as the origin of antimicrobial active substances and analgesic drugs the pharmaceutical market of Kazakhstan. The results show the predominance of the foreign import of

drugs with synthetic and semi-synthetic pharmacologically active substance a small amount of drugs of natural origin, including herbs.

Key words: pharmaceutical market, phytomedicine, antimicrobial drugs, analgesic drugs, classification, drugs.

Литература:

1. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Разработка инновационных препаратов – основа повышения качества лекарственного обеспечения в Республике Казахстан. // Российский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 33-37.
2. Омарова Б.А., Сермухамедова О.В., Сакипова З.Б., Кесикова А.А., Евтушенко Е.Н., Датхаев У.М. Обзор казахстанского рынка лекарственных средств растительного происхождения. // журнал «Фармация Казахстана». – 2015. – №6. – С.14-19.
3. K. Zhaparkulova, R Srivedavyasari, Z. Sakipova, SA Ross Phytochemical and biological studies on Ziziphora bungeana. Planta Med 2015; 81-PB27.
4. Государственный реестр лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Республики Казахстан. [Электронный ресурс]: www.dari.kz.

Referense:

1. Bagirova V.L., Sataeva L.G. Razrabotka innovacionnyh preparatov – osnova povyshenija kachestva lekarstvennogo obespechenija v Respublike Kazahstan. // Rossijskij medicinskij zhurnal. – 2008. – № 3. – S. 33-37.
2. Omarova B.A., Sermuhamedova O.V., Sakipova Z.B., Kesikova A.A., Evtushenko E.N., Dathaeu U.M. Obzor kazahstanskogo rynka lekarstvennyh sredstv rastitel'nogo proishozhdenija. // zhurnal «Farmacija Kazahstana». – 2015. – №6. – S.14-19.
3. K. Zhaparkulova, R Srivedavyasari, Z. Sakipova, SA Ross Phytochemical and biological studies on Ziziphora bungeana. Planta Med 2015; 81-PB27.
4. Gosudarstvennyj reestr lekarstvennyh sredstv, izdelij medicinskogo naznachenija i medicinskoj tehniky Respubliki Kazahstan. [Elektronnyj resurs]: www.dari.kz.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Исследования Роспотребнадзора подтвердили содержание тадалафила в БАД «Сеалекс» и «Аликапс»

Исследования Роспотребнадзора подтвердили содержание в БАДах для улучшения потенции «Сеалекс» и «Аликапс» незаявленного производителем и запрещенного к применению в биодобавках синтетического вещества группы ИФДЭ-5 тадалафила. Тадалафил входит в состав отпускаемых по рецептам лекарств от эректильной дисфункции и запрещен к применению в биодобавках. При передозировке этот препарат может приводить к гибели человека.

Исследования проводились по утвержденной 12 февраля 2016 года официальной методике Роспотребнадзора МУК 4.1.3331-16, позволяющей безошибочно определить наличие в БАД или пищевой продукции синтетических ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (тадалафила, варденафила и силденафила).

Как рассказала член рабочей группы Роспотребнадзора по разработке официальной методики доктор медицинских наук, профессор Светлана ОРЛОВА, впервые синтетические ингибиторы ФДЭ-5 были обнаружены в составе БАД в РФ в 2012 году и повторно – при расширенных проверках в 2015 году. Методика выявления и определения количественного содержания синтетических ингибиторов ФДЭ в БАД была разработана Российским университетом дружбы народов совместно с НИИ питания РАН. Эта методика позволяет определять тадалафил, силденафил и варденафил как в содержимом капсулы (таблетки), так и в оболочке БАД.

«В процессе разработки были изучены свойства растений и натуральных экстрактов, которые способны оказывать стимулирующее действие на потенцию у мужчин, – заявила Орлова. – Не смотря на схожесть биологического действия, натуральные растительные и синтетические ингибиторы ФДЭ-5 отличаются друг от друга хроматографической картиной, УФ- и масс-спектрами и другими анализируемыми показателями. Методика позволяет проводить количественный анализ с высокой точностью, определяя содержание незарегистрированных ингибиторов ФДЭ-5 в фальсифицированных БАД от нескольких десятых до нескольких сотен миллиграммов».



medportal.ru

КЕДЕЛЬБАЕВА К.М., ЖУСИПОВА С.Н., КОЖАХМЕТОВА А.К., ЕРМАГАНБЕТ Б.М.,
ассистент, интерны 2-го года обучения кафедры интернатуры и резидентуры по терапии
№1 Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

РОЛЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ

В ЛЕЧЕНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АВ УЗЛОВОЙ RE-ENTRY ТАХИКАРДИИ

Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия (АВУРТ) – самая частая форма НЖТ. Чаще наблюдается у женщин. Сопровождается сердцебиением, головокружением, пульсацией в области шеи. Как правило, АВУРТ не связывают со структурным заболеванием сердца. Пульс при тахикардии, как правило, в пределах 140-250 уд/мин [1].



В статье рассмотрен случай нарушения ритма по типу пароксизмальной формы АВ узловой Re-entry тахикардии, которая клинически проявлялась приступообразным учащенным сердцебиением, сопровождающимся одышкой, слабостью и дискомфортом за грудной. Учитывая наличие частых гемодинамически значимых приступов тахикардии с ЧСС – 200 в минуту, бесперспективность консервативного лечения, а при отсутствии операции – риск возникновения ФП, прогрессирование сердечной недостаточности, было показано проведение катетерной абляции «медленных путей» АВ соединения.

Представленный случай диагностики и лечения пароксизмальной формы АВ узловой Re-entry тахикардии с помощью радиочастотной абляции показывает возможность улучшить прогноз заболевания.

Ключевые слова: АВ узловая Re-entry тахикардия, пароксизм, диагностика, радиочастотная абляция, «медленные пути» АВ соединения, аритмия, импульс, учащенное сердцебиение.

Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия (АВУРТ) – самая частая форма НЖТ. Чаще

наблюдается у женщин. Сопровождается сердцебиением, головокружением, пульсацией в области шеи. Как правило, не связана со структурным заболеванием сердца. Пульс при тахикардии в пределах 140-250 уд/мин [1].

Под термином «пароксизмальные атриовентрикулярные реципрокные тахикардии» (ПАВРТ) в настоящее время принято понимать пароксизмальную атриовентрикулярную узловую реципрокную тахикардию (ПАВУРТ) и пароксизмальную атриовентрикулярную реципрокную тахикардию с участием дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС) при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ).

Их объединяет ряд общих свойств, среди которых обязательными следует считать:

- расположение круга re-entry в атриовентрикулярном (АВ) соединении, в которое входят и многообразные дополнительные предсердно-желудочковые соединения;
- устойчивость АВ узлового проведения типа 1:1 в тех случаях, когда атриовентрикулярный узел включается в круг Re-entry, оно не может быть нарушено без того, чтобы не прекратилась сама тахикардия;

• круговое движение импульса прерывается и при одномоментной блокаде в каком-либо другом участке круга Re-entry [2].

Пароксизмальные атриовентрикулярные реципрокные тахикардии наблюдаются в разных возрастных группах как у практически здоровых (без явных заболеваний сердца), так и у больных людей с пороками сердца, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Провоцирующими приступы факторами могут быть эмоциональный стресс, курение, употребление кофе, алкоголя, физические нагрузки, иногда прием сердечных гликозидов [3].

В основе механизма пароксизмальной АВУРТ лежит продольная диссоциация АВ узла на несколько (два и более) функционально и анатомически различных АВ узловых канала с разной скоростью проведения электрического импульса. Это так называемые «медленные» и «быстрые» каналы (пути). При типичной форме пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии, что составляет до 90% всех случаев, медленный канал проводит импульс в антероградном, а быстрый – в ретроградном направлениях. При атипичной форме движение импульса противоположно [4-7].

Катетерная абляция была внедрена в начале 1980-х годов и стала методом выбора для лечения аритмий. В 1992 году в Соединенных Штатах было выполнено более 10 000 процедур абляции с частотой осложнений менее 2%. Она заменила многие хирургические операции на открытом сердце при лечении ряда видов аритмий и стала признанной альтернативой лекарственной терапии. Роль катетерной абляции, как терапии первого ряда, была изложена в методических документах и технологических руководствах Американской медицинской ассоциации, Американского колледжа кардиологов и Северо-Американского общества по кардиостимуляции и электрофизиологии [8].

РАДИОЧАСТОТНАЯ КАТЕТЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ (RE-ENTRY) ТАХИКАРДИИ (АВУРТ)

Предсердно-желудочковый узел (ПЖУ) включает в себя «быстрые» пути, расположенные перед местом соединения ПЖУ с предсердием и «медленные» пути, расположенные сзади – в месте соединения с телом ПЖУ. При наиболее распространенном типе АВУРТ медленный путь является антеградным колесным тахикардии, а быстрый – ретроградным. Для поддержания АВУРТ приемлемы оба пути. Область соединения быстрого либо медленного пути с предсердием может быть подвергнута абляции, что приводит к ликвидации АВУРТ. Абляция медленного АВ пути предпочтительна, поскольку в этом случае реже развивается АВ блокада, выше вероятность сохранения нормального интервала PR при нормальном синусо-

вом ритме, а также выше эффективность при атипичных формах АВУРТ [1].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ РЧА ПРИ АВУРТ

Класс I.

Пациенты с устойчивой АВУРТ, сопровождающейся симптоматикой, в случае резистентности к препаратам или непереносимости препаратов пациентом или нежелании пациента длительно принимать антиаритмические препараты.

Класс II:

1. Пациенты с устойчивой АВУРТ, выявленной при электрофизиологическом исследовании или катетерной абляции другой аритмии.

2. Обнаружение двойной природы АВ узлового проведения и предсердных эхоответов при электрофизиологическом исследовании, но без АВУРТ у пациентов с клинической картиной, позволяющей заподозрить АВУРТ.

Класс III:

1. Пациенты с АВУРТ, поддающейся медикаментозной терапии в случае, если пациент хорошо переносит терапию и предпочитает ее проведению абляции.

2. Обнаружение двойной природы АВ узлового проведения (с эхоответами или без них) при электрофизиологическом исследовании у пациентов с отсутствием клинических проявлений АВУРТ [1].

ИЗ ПРАКТИКИ

В НИИ кардиологии и внутренних болезней поступила женщина с жалобами на приступообразное возникающее учащенное сердцебиение, сопровождающееся одышкой, чувством нехватки воздуха, слабостью, дискомфортом за грудиной.

Из анамнеза заболевания: Со слов пациентки, периодически возникающие приступы сердцебиения беспокоят в течение 2-х лет. Первое приступообразно возникающее учащенное сердцебиение, сопровождающееся одышкой, появилась после интенсивной физической нагрузки и злоупотребления кофе, которое купировалось самостоятельно. Через год после физической нагрузки (подъем тяжести) повторно появились учащенное сердцебиение, сопровождающееся одышкой, сжимающие боли за грудиной с потерей сознания. По СМГ на ЭКГ зарегистрирована наджелудочковая тахикардия с ЧСС – 200 уд/мин. После оказания помощи (финоптин и дофамин) была доставлена в стационар с кардиологическим профилем. Во время госпитализации проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями, сопровождающимися болью в груди – ЭКГ, ЭХОКГ, ХМЭКГ, ВЭМ. Диагноз ИБС снят. После выписки принимала изоптин по 40 мг при приступах, эгилок – 50 мг утром (1 раз в сутки). Приступы сердцебиения появлялись каждые 2-3 месяца, купировала изоптином или обращалась за помощью в СМГ.

Максимальное повышение АД – до 150/90 мм.рт.ст. АД, при котором чувствует себя удовлетворительно, составляет 110/70 мм.рт.ст. Повышение АД отмечала только несколько раз.

Получила консультацию у руководителя отдела аритмологии НИИК и ВБ. Рекомендовано лечение в условиях НИИК и ВБ, с проведением ВСЭФИ и РЧА медленных путей АВ узлового соединения.

Из анамнеза жизни: курит в течение 5 лет. В последний год – по 12 сигарет в день. Употребляет много кофе в течение суток. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно при поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет. Рост – 172 см, вес – 96 кг.

Бронхо-лёгочная система: дыхание свободное, через нос, грудная клетка обычной формы. Бронхиальное дыхание одинаково симметричное. Лёгочный звук перкуторный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в 1 мин.

Сердечно-сосудистая система: сосуды шеи без особенностей. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок в 5-е межреберье, локализован. Границы относительной сердечной тупости: правая – у правого края грудины, верхняя – в 3-м межреберье, левая – по СКЛ. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС: 76 ударов в 1 минуту, АД $\text{sin}=130/90$ мм рт.ст, $\text{dex}=130/90$ мм рт.ст.

Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, чистый. Живот округлой формы, мягкий, чувствителен в правом подреберье. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.

Мочеполовая система: симптом «поколачивания» (-) с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Нейроэндокринный статус: в сознании. Интеллект сохранен. Неврологической симптоматики нет.

Проведены обследования: в общем анализе крови гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – 4.58×10^{12} , тромбоциты 208×10^9 , лейкоциты – 7.3×10^9 , СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 100.0, цвет – с/ж, белок – отрицательный, относительная плотность – 1028, плоский эпителий – 2-4 в п/з, лейкоциты – 4-5 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69, мочевины – 5.5. креатинин – 90. АЛТ – 35, АСТ – 27, билирубин общий – 15,3, холестерин – 4,9, глюкоза – 5.8 ммоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ – 40 сек, МНО – 1.07. Фибриноген – 2.5 РФМК – отрицательный, ТВ – 17 сек.

Липидный спектр: холестерин – 4,93 ммоль/л, холестерин ЛПВН – 1,07 ммоль/л, ЛПНП – 3,15, триглицериды – 1,21 ммоль/л, КА – 3,6 ммоль/л.

Электролиты: кальций – 1,24 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

Аллергодиагностика: йод, новокаин, омнипак – отрицательно.

Гормоны щитовидной железы от 20.10.14: ТТГ – 0,764, FT3св. – 5,20 ммоль/л, FT4св. – 15,64.

ИФА на маркеры ВГ «В» и «С»: Анти – HBcAgIgGотр., HBsAg – отрицательно.

Кровь на ВИЧ: отрицательно.

Группа крови: A(II) Rh-положительная.

Инструментальные обследования: рентгенография ОГК – без патологии. Эхо КГ: АО – 3,0 см, ЛП – 3,9 см, КДР – 4,73. КСР – 2,53 см. ФВ – 51%. МЖП – 0,89-1,31 см. ЗСПЖ – 0,97-1,1.

Заключение: Атеросклеротическое уплотнение стенок аорты. Расширение ЛП. Клапаны интактны. Умеренное снижение сократительной функции ЛЖ. Зоны гипокинезии, акинезии не выявлены. Нарушение диастолической функции ЛЖ по 2 типу.

Заключение ЧПЭхоКГ: Данные за тромбообразование в полостях сердца и в ушке ЛП не выявлены.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 60 ударов в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка.

УЗИ ОБП: Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Неравномерное утолщение стенок желчного пузыря. Конкременты в желчном пузыре. Деформация желчного пузыря. Застой желчи. Уплотнение ЧЛС в обеих почках. Дилатация чашечек обеих почек.

ОПЕРАЦИЯ ВС ЭФИ

РЧА медленных путей АВ узлового соединения (за 4 дня до операции «Эгилок», 50 мг, был отменен).

Пациентка доставлена в рентген операционную на синусовом ритме с ЧСС – 70 уд/мин. Под местной анестезией пунктированы левая подключичная и правая бедренная вены по Селдингеру, проведен 10-полюсный электрод в КС, 4-полюсный электрод – в ПЖ.

Проведено ЭФИ. Ретроградное проведение по ГПС, декрементное. ЭРП ПЖ – 240 мс. При антеградной программируемой стимуляции проведение по АБУ. На ИС 360 мс отмечается «скачок» проведения с быстрых путей на медленный путь. АЭРП АБУ – 280 мс. Антеградная точка Венкебаха – 380 мс.

Внутривенно введен атропин 1,0. АТВ – 260 мс. АЭРП – 240 мс, «скачок» на ИС – 340 мс.

Выполнено. Аблационный электрод проведен в правое предсердие, установлен в области медленных путей. Проведено несколько радиочастотных аппликаций в этой области до появления ускоренного АВ-узлового ритма.

Проведено ЭФИ. АЭРП АБУ – 320 мс. Антеградная точка Венкебаха – 360 мс. При антеградной частой и программированной стимуляции аритмия не индуцируется, «скачка» проведения нет. Электроды извлечены. Асептические наклейки на места пункций. Пациентка процедуру перенесла удовлетворительно, осложнений не было. Переведена в профильное отделение.

Эхо КГ-контроль перикарда после РЧА: Выпот в перикарде не визуализируется.

Был проведен повторный осмотр аритмологом НИИК и ВБ через 3 месяца после операции с данными контрольного суточного монитора ЭКГ по Холтеру. За этот период пароксизмы не повторялись. На суточной ЭКГ по Холтеру пароксизмы АВ узловой Re-entry тахикардии не обнаружены. Состояние пациента удовлетворительное.

ВЫВОДЫ

Представленный случай диагностики и лечения пароксизмальной формы АВ узловой Re-entry тахикардии с помощью радиочастотной абляции показывает возможность улучшить прогноз заболевания. При отсутствии операции есть риск возникновения ФП, прогрессирование сердечной недостаточности возрастает.

На сегодняшний день катетерная абляция является наиболее перспективным и стремительно развивающимся методом лечения. По данным ведущих мировых аритмологических центров, ее эффективность достигает 60-95% от всех случаев. В связи с впечатляющими успехами современной кардиологии в лечении больных с ПАВУРТ решение этой проблемы является вопросом ближайшего будущего.

ТҮЙІНДЕМЕ

КЕДЕЛЬБАЕВА К.М., ЖУСИПОВА С.Н., ҚОЖАХМЕТОВА А.Қ., ЕРМАҒАНБЕТ Б. М., С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің интернатура және резидентура бойынша №1 терапия кафедрасының ассистенті; интернатура және резидентура бойынша №1 терапия кафедрасының екінші оқу жылының интерндері

ПАРОКСИЗМАЛЬДЫ АВ ТҮЙІНДІ RE-ENTRY ТАХИКАРДИЯ ЕМІНДЕ РАДИОЖИІЛІКТІ АБЛЯЦИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ

Мақалада клиникасында ұстама тәрізді жиі жүрек қағу, ентігу, әлсіздік және төс артында ауырлық сезіммен жүретін Пароксизмальды АВ түйінді Re-entry тахикардия типі бойынша ырғақ бұзылысы жайында жағдай қарастырылды. ЖСЖ 200 рет минутына жететін гемодинамикалық маңызды жиі тахикардия ұс-

тамасының бар болуы, консервативтік емнің келешексіз болуы және операция жасалмаса: жүрекше жыпылықтауы, жүрек жеткіліксіздігінің үдеуі пайда болуының қауіпте болуынан науқасқа АВ түзілімнің «баяу жолдарының» радиожілікті абляциясы жасалу керектігі көрсетілді.

АВ түйінді Re-entry тахикардияның пароксизмальды формасын радиожілікті абляция көмегімен емдеу және диагностика жасауға болатыны жайлы қарастырылған жағдай, ауру болжамын жақсарту мүмкіндігі бар екенін көрсетеді.

Түйін сөздер: АВ түйінді Re-entry тахикардия, диагностика, пароксизмдер, радиожілікті абляция, АВ түзілімнің «баяу жолдары» АВ соединения, аритмия, импульс, жиі жүрек соғу.

SUMMARY

KEDELBAEVA K.M., ZHUSUPOVA S.N., KOZHAKHMETOVA A.K., ERMAGANBET B.M., assistant, interns 2nd year of study Department of internship and the residency of therapy №1, S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University

ROLE OF RADIO FREQUENCY ABLATION IN TREATMENT OF PAROXYSMAL AV NODAL RE-ENTRY TACHYCARDIA

In this article case of the disruptions of the type of paroxysmal AV nodal Re-entry tachycardia, which clinically manifested paroxysmal palpitation, accompany by shortness of breath, weakness and discomfort behind the breastbone was investigated. Given the frequent bouts of hemi dynamically significant tachycardia with a heart rate of 200 per minute, the futility of conservative treatment, without operation: the risk of AF progression of heart failure, was shown holding catheter ablation “slow-paths” AV connections.

Presented diagnosis and treatment of a case of paroxysmal AV nodal Re-entry tachycardia by radiofrequency ablation shows the possibility to improve the prognosis of the disease.

Key words: AV nodal Re-entry tachycardia, paroxysm, diagnostics, radiofrequency ablation, “slow paths” AV connections, arrhythmia, impulse, cardiopalmus.

Литература:

1. Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревивили: Рекомендации по лечению больных с нарушениями ритма сердца, 2005. 120 с., 169-170 с.
2. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. – СПб.: Фолиант, 2004, 672 с.
3. Мазур Н.А. Пароксизмальные тахикардии. – М.: Медпрактика-М, 2005, 252 с.
4. Jazayeri M.R. Atrioventricular nodal reentrant tachycardia: characterization of the reentrant circuit before and after selective fast or slow pathway ablation. // Cardiac mapping / M. Shenasa, M. Borggreffe, G. Breithardt, eds. Mount Kisko N.Y.: Futura Publishing Company, Inc., 1993, p. 411-435.
5. Electrophysiologic characteristics of atrioventricular nodal reentrant tachycardia: implications for the reentrant circuits. / D. Lockwood, K. Otomo, Z. Wang [et al.] // Cardiac electrophysiology: from cell to bedside / D.P. Zipes, J. Jalife, eds. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004. P. 537-557.
6. Katritsis D.G., Camm A.J. Classifications and differential diagnosis of atrioventricular nodal re-entrant tachycardia. // Europace. 2006, Vol. 8., P. 29-36.

7. Оферкин А.И., Петш А.И., Мамчур С.Е. Радиочастотная абляция атриовентрикулярной узловой тахикардии. – Томск.: Изд-во Томск. ун-та, 2007, 203 с.

8. Flowers N.C., Abildskov J.A., Armstrong W.F., et al. ACC policy statement: recommended guidelines for training in adult clinical cardiac electrophysiology. Electrophysiology / Electrocardiography Subcommittee, American College of Cardiology. J Am CollCardiol 1991; 18: 637-40.

Referense:

1. L.A. Bokerija, A.Sh. Revishvili: Rekomendacii po lecheniju bol'nyh s narushenijami ritma serdca, 2005. 120 s., 169-170 s.
2. Kushakovskij M.S. Aritmii serdca. – SPb.: Foliant, 2004, 672 s.
3. Mazur N.A. Paroksizmal'nye tahikardii. – M.: Medpraktika-M, 2005, 252 s.
4. Jazayeri M.R. Atrioventricular nodal reentrant tachycardia: characterization of the reentrant circuit before and after selective fast or slow pathway ablation. // Cardiac mapping / M. Shenasa, M. Borggreffe, G. Breithardt, eds. Mount Kisko N.Y.: Futura Publishing Company, Inc., 1993. P 411-435.
5. Electrophysiologic characteristics of atrioventricular nodal reentrant tachycardia: implications for the reentrant circuits. / D. Lockwood, K. Otomo, Z. Wang [et al.] // Cardiac electrophysiology: from cell to bedside / D.P. Zipes, J. Jalife, eds. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004. P. 537-557.
6. Katritsis D.G., Camm A.J. Classifications and differential diagnosis of atrioventricular nodal re-entrant tachycardia. // Europace. 2006, Vol. 8., P. 29-36.
7. Oferkin A.I., Petsh A.I., Mamchur S.E. Radiochastotnaja ablacija atrioventrikuljarnoj uzlovoj tahikardii. – Tomsk.: Izd-vo Tomsk. un-ta, 2007, 203 s.
8. Flowers N.C., Abildskov J.A., Armstrong W.F., et al. ACC policy statement: recommended guidelines for training in adult clinical cardiac electrophysiology. Electrophysiology / Electrocardiography Subcommittee, American College of Cardiology. J Am CollCardiol 1991; 18: 637-40.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

В России фармдистрибьютора оштрафовали на 1 млн рублей из-за поддельного лекарства

Компания-дистрибьютор «Протек» выплатит штраф размером в 1 млн рублей за продажу лекарственного средства против аллергии «Кларитин», имеющего признаки фальсификации.

В Татарстане Арбитражный суд рассмотрел дело по заявлению территориального органа Росздравнадзора. Ведомство в ходе проверки обнаружило, что ЗАО Фирма ЦВ «Протек» (Москва) через филиал «Протек-10» (Казань) продавала фальсифицированный препарат «Кларитин, таблетки 10 мг №7» серии 3RXFA05002, на упаковках которого указан производитель – «Шеринг Плау Лабо Н.В.», Бельгия.

Препарат реализовывался в двух аптеках – «РАН» в республике Татарстан и «Аптеки Айболит» в Удмуртской республике.

«Протек» привлекли к административной ответственности по ч.1 ст. 6.33 КоАП РФ (Производство, продажа или ввоз на территорию Российской Федерации фальсифицированных лекарственных средств). Фирма заплатит штраф – 1 миллион рублей. В 2015 году в России обнаружили сразу несколько серий фальсифицированного препарата против аллергии.

doctorpiter.ru

В России изымают из обращения фальсифицированные лекарственные препараты Энтеродез®, Стрептоцид и Аскорбиновую кислоту

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения на основании сведений, предоставленных ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора (филиал города Ростова-на-Дону), информирует о необходимости изъятия фальсифицированного лекарственного препарата «Энтеродез», порошок для приготовления раствора для приема внутрь 5 г, пакеты из комбинированного материала» серии 60815, на упаковках которого указан производитель – ОАО «Мосхимфармпрепараты» им. Н.А. Семашко (Россия).

Также Управление Росздравнадзора по Санкт-Петербургу обнаружило партию некачественного витамина С и Стрептоцида в одной из городских аптек. «Стрептоцид» в порошке не соответствовал стандартам сразу по трем показателям: «Растворимость», «Подлинность» и «Количественное определение». Проверку не прошла и «Аскорбиновая кислота» (в порошке, срок годности до 2018 г.) по показателю «Количественное определение». ЗАО «Фармакор», где были обнаружены некачественные препараты, предписано изъять их из продажи.

vademec.ru



УДК 616.3:616-089

МАЛЕНКОВА С.А.¹, КАНЫБЕКОВ А.¹, МЕДЕТБЕКОВ Т.А.¹, КАНЫБЕКОВА А.А.²,
 кандидат медицинских наук, доцент; кандидат медицинских наук, ассистент; кандидат
 медицинских наук, доцент, кафедра общей хирургии, Казахский Национальный
 медицинский университет С. Д. Асфендиярова¹; врач, г. Алматы²

САМОАМПУТАЦИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

При гангренозном аппендиците в воспалительный процесс активно вовлекаются окружающие органы. Между сальником, кишечными петлями и брюшиной образуются спайки, на поверхности этих органов появляются кровоизлияния и фибриновый налет. Нередко происходит самоампутация аппендикса или его перфорация.



АННОТАЦИЯ

В статье описан случай самоампутации червеобразного отростка при остром аппендиците, осложнившимся аппендикулярным инфильтратом с абсцедированием.

Ключевые слова: острый аппендицит, гангрена, абсцесс, самоампутация червеобразного отростка, дренирование, тампонирование.

АКТУАЛЬНОСТЬ

На современном этапе развития медицины, особенно хирургии, осложнения острого аппендицита протекают тяжело, с развитием гнойного перитонита, а из дооперационных осложнений актуален аппендикулярный инфильтрат, который зачастую своевременно не диагностируется, и больные доставляются в хирургический стационар с его нагноением. В случае нагноения прогноз ухудшается. Решением этой проблемы является ранняя диагностика и своевременная аппендэктомия. [1,3,5]

При несвоевременной диагностике острый аппендицит может осложниться аппендикулярным инфильтратом, который или рассасывается, или нагнаивается (абсцесс, гангрена) и крайне редко сопровождается самоампутацией червеобразного отростка [2,4].

ЦЕЛЬ

Приводим случай из практики, когда после абсцедирования аппендикулярного инфильтрата произошла самоампутация червеобразного отростка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больная Т., 46 лет, поступила на плановую аппендэктомию в ЦГКБ г. Алматы 12 декабря 1996 г. В анамнезе 6 месяцев тому назад оперирована по поводу абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Были выполнены вскрытие, санация, дренирование области абсцесса. Жалоб при поступлении не предъявляла.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела в норме, пульс – 76 ударов в мин., АД – 115/80 мм рт. ст., дыхание – 18 в мин., аускультация легких – везикулярное дыхание. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. В правой подвздошной области имелся послеоперационный рубец длиной до 10 см и контрапертурный втянутый рубец на месте выведения тампона.

14 декабря 1996 г. взята на плановую операция под местной инфильтрационной анестезией S. Novocaini 0,25% (300 мл). После иссечения послеоперационного рубца и вскрытия брюшной полости произведено

рассечение плоскостных спаек, найдено место вдавления подвздошной кишки в слепую, где, кроме небольшого втяжения купола на ограниченном участке, не обнаружено ничего. Больной дан наркоз, мобилизован купол слепой кишки, ревизована его задняя стенка, но отростка не обнаружено. Ситуация расценена как самоампутация червеобразного отростка вследствие гнойного расплавления его стенки и отхождения деструктивных масс по дренажу и тампону полгода назад. Брюшная полость послойно ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны осуществилось первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии 21 декабря 1996 г.. Повторный осмотр производился через 3 месяца. Состояние удовлетворительное, жалоб у больной не было.

Самоампутация гангренозного измененного аппендикса сопровождается развитием гнойного перитонита. Распространение гнойного процесса на окружающие ткани может привести к периаппендикулярному абсцессу с последующим разрастанием фиброзной ткани и к переходу воспаления на забрюшинную клетчатку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив литературу по этому вопросу, мы нашли авторов, утверждающих, что нередко в условиях гнойно-инфильтративного воспаления происходит значительная деструкция или даже самоампутация аппендикса. Случаи, описанные в литературе, относятся к экстренным пособиям, когда в условиях гангренозного аппендицита и тифлита диагностируется самоампутация.

Диагностика самоампутации через полгода после деструкции отростка нам в литературе не встрети-

лась, что явилось поводом для описания этого случая из практики.

ТҮЙІНДЕМЕ

МАЛЕНКОВА С.А.¹, КАНЫБЕКОВ А.¹, МЕДЕТБЕВ Т.А.¹, КАНЫБЕКОВА А.А.²,
медицина ғылымдарының кандидаты, жалпы хирургия кафедрасының доценті; медицина ғылымдарының кандидаты, жалпы хирургия кафедрасының ассистенті; медицина ғылымдарының кандидаты, жалпы хирургия кафедрасының доценті, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ¹, дәрігер, Алматы қ.²

АППЕНДИЦИТТІҢ ӨЗДІГІМЕН АМПУТАЦИЯЛАУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ

Жедел аппендициттің асқынуынан дамыған аппендикулярлық инфильтраттың абсцесске айналып кетуінің салдарынан құрт тәрізді өсіндінің өздігінен үзіліп түсіп қалуы туралы баяндалады.

Түйін сөздер: жедел аппендицит, гангрена, абсцесс, құрт тәрізді өсіндінің өздігінен үзіліп түсіп қалуы, дренаж қою, тампон қалдыру.

SUMMARY

MALENKOVA S.A.¹, KANYBEKOV A.¹, MEDETVKOV T.A.¹, KANYBEKOVA. A.A.²,
candidate of medical sciences, associate professor; candidate of medical sciences, assistant; candidate of medical sciences, associate professor, Department of General Surgery, KazNMU named after S.D. Asfendiyarov¹; doctor, Almaty city²

SELF AMPUTATION OF APPENDIX

Self amputation of appendix in the abscedig case of the appendicular infiltratis had been decribed.

Key words: Acute appendicitis gangrene, abscess, self amputation of appendix, drainage, tamponage.

Литература:

1. Волков Д. С. Гангренозный аппендицит. [Электронный ресурс]: http://www.ayzdorov.ru/lechenie_appendicit_gangre.php.
2. Причины, симптомы и лечение гангренозного аппендицита. [Электронный ресурс]: <http://appendicit.net/simptomyl/lechenie-gangrenoznogo-appendicita.html>.
3. Острый аппендицит. [Электронный ресурс]: <http://vse-zabolevaniya.ru/patologicheskaja-anatomija/appendicit.html>.
4. Гангренозная форма острого аппендицита. [Электронный ресурс]: <http://ozhivote.ru/gangrenoznyiy-appenditsit>.
5. Аппендицит [Электронный ресурс]: http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus8Appendistit.html.

Referense:

1. Volkov D. S. Gangrenoznyj appendicit. [Elektronnyj resurs]: http://www.ayzdorov.ru/lechenie_appendicit_gangre.php.
2. Prichiny, simptomiy i lechenie gangrenoznogo appendicita. [Elektronnyj resurs]: <http://appendicit.net/simptomyl/lechenie-gangrenoznogo-appendicita.html>.
3. Ostryj appendicit. [EHlektronnyj resurs]: <http://vse-zabolevaniya.ru/patologicheskaja-anatomija/appendicit.html>.
4. Gangrenoznaya forma ostrogo appendicita. [Elektronnyj resurs]: <http://ozhivote.ru/gangrenoznyiy-appenditsit>.
5. Appendicit [Elektronnyj resurs]: http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus8Appendistit.html.

УДК 615.03: 661.12:001.891

СУЛЕЙМАНОВ Т.А., АЛИЕВА С.Э.,

профессор, заведующий кафедрой фармацевтической химии, декан фармацевтического факультета; старший преподаватель, диссертант кафедры фармакогнозии и ботаники, Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ **SALVIA GLUTINOSA L. ИЗ ФЛОРЫ АЗЕРБАЙДЖАНА**

Вид *Salvia officinalis* L. в Азербайджане не произрастает, поэтому завозится из-за рубежа. Для замены импортного сырья отечественным исследуются местные виды шалфея.



АННОТАЦИЯ

Проведено количественное определение флавоноидов в траве *Salvia glutinosa* L. из флоры Азербайджана спектрофотометрическим методом. Содержание суммы флавоноидов составило 0,93%.

Ключевые слова: *Salvia glutinosa*, флавоноиды, спектрофотометрия, рутин, количественное определение, шалфей железистый, экстракция.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на появление в арсенале современного врача новейших синтетических средств интерес к фитотерапевтическому направлению возрастает, открываются новые возможности лечебного применения лекарственных растений.

В медицине шалфеем известен своими противовоспалительными и противомикробными свойствами. Он используется при лечении избыточной лактации, чрезмерного слюнотечения, женском бесплодии и проблемах в менопаузе [1].

В составе *S. officinalis* содержатся эфирные масла, дубильные вещества, терпеновые кислоты и флавоноиды [1,2]. Среди биологически активных веществ значительный интерес у исследователей вызывают соединения шалфея дитерпеновой и фенольной природы [3,4]. Официальный вид *Salvia officinalis* L. у нас в республике не произрастает и закупается за рубежом. Для замены импортного сырья отечествен-

ным исследуются виды шалфея, которые широко представлены в местной флоре.

Шалфеем железистый – *Salvia glutinosa* L., семейства *Lamiaceae* – широко распространён на территории Азербайджана [5], отличается достаточным запасом сырья, однако не был изучен в фармакогностическом аспекте.

Нами проводятся исследования по фармакогностическому изучению видов рода шалфея из флоры Азербайджана. Из сырья видов рода шалфея выделены и исследованы флавоноиды, оксикоричные кислоты, эфирные масла, аминокислоты [6,7]. В продолжение ранее начатых исследований проводилось количественное определение флавоноидов в сырье *S. glutinosa* L. [8].

ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования служила надземная часть растения *Salvia glutinosa* L. Сырьё для исследований собрано в Кубинском районе летом 2014 года в фазе цветения растения.

Аналитическую пробу сырья измельчают до размера частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 1 мм. Около 1 г (точная навеска) измельчённого сырья помещают в колбу со шлифом вместимостью 150 мл, прибавляют 30 мл 50-процентного спирта. Колбу присоединяют к обратному холодильнику и нагревают на кипящей водяной бане в течение 30

минут, периодически встряхивая для смывания частиц сырья со стенок. Горячее извлечение фильтруют через вату в мерную колбу вместимостью 100 мл так, чтобы частицы сырья не попадали на фильтр. Вату помещают в колбу для экстрагирования и прибавляют 30 мл 50-процентного спирта.

Экстракцию повторяют ещё дважды в описанных выше условиях, фильтруя извлечение в ту же мерную колбу. После охлаждения объем извлечения доводят 50-процентным спиртом до метки и перемешивают.

В мерную колбу вместимостью 25 мл помещают 1 мл раствора алюминия хлорида в 95-процентном спирте и доводят объем раствора 95-процентным спиртом до метки. Через 40 мин измеряют оптическую плотность раствора на спектрофотометре при длине волны 415 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве раствора сравнения используют раствор, состоящий из 1 мл извлечения, 1 капли разведенной уксусной кислоты и доведенный 95-процентным спиртом до метки в мерной колбе вместимостью 25 мл.

Параллельно измеряют оптическую плотность раствора государственного стандартного образца (ГСО) рутина, приготовленного аналогично испытываемому раствору.

Содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин и абсолютно сухое сырьё в процентах (X) вычисляют по формуле:

$$X = \frac{D \times m_0 \times 100 \times 100 \times 100}{D_0 \times m \times 100(100-W)},$$

где

D – оптическая плотность испытуемого раствора;

D_0 – оптическая плотность раствора ГСО рутина;

m – масса сырья в граммах;

m_0 – масса ГСО рутина в граммах;

W – потеря в массе при высушивании сырья в процентах.

Примечание. Приготовление раствора государственного стандартного образца (ГСО) рутина: около 0,05 г (точная навеска) ГСО рутина, предварительно высушенного при температуре 130-135° С в течение 3 ч, растворяют в 85 мл 95-процентного спирта в мерной колбе вместимостью 100 мл при нагревании на водяной бане, охлаждают, количественно переносят в мерную колбу вместимостью 100 мл, доводят объем раствора тем же спиртом до метки и перемешивают.

Литература:

1. Кюсев П.А. Полный справочник лекарственных растений – М.: Изд-во ЭКСМО, 2005. – С. 992.
2. Chun-Lei, Yan Wang, Yan-Fei Liu, Gang Ni et al. Iridal-type triterpenoids with neuroprotective activities from *Iris tectorum*. / *Journal of Natural Products*. – 2014. – Vol. 77. – № 2. – P. 411-415.
3. Fontana G., Savona G., Rodriguez B. Clerrodane diterpenoids from *Salvia splendens*. *J. Natur. Prod.* – 2006. – №12, p. 1734-1738.
4. Бубенчикова Р.А., Дроздова И.Л. Флавоноиды фиалки трёхцветной. // *Фармацевтическая химия и фармакогнозия*. – 2004. – № 2. – С. 11-12.
5. Флора Азербайджана. – Баку: 1961, том VII, с. 330-352.

Таблица – Результаты исследований количественного определения флавоноидов травы *Salvia glutinosa* L. (n=6)

Масса навески сырья	Оптическая илотность	Найдено в%	Метрологическая характеристика
0,983	0,441	0,94	X=0,93%;
0,974	0,441	0,94	S=0,01;
0,983	0,440	0,93	S _x =0,00408;
0,974	0,439	0,92	e _a =0,01049;
0,985	0,441	0,94	A=±1,12796%
0,972	0,439	0,92	

Результаты количественного определения суммы флавоноидов в траве шалфея железистого представлены в таблице [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведено количественное определение суммы флавоноидов в траве шалфея железистого из флоры Азербайджана. Разработана спектрофотометрическая методика определения суммы флавоноидов в пересчете на рутин в траве шалфея железистого. Содержание суммы флавоноидов составляет 0,93%, относительная ошибка определения равна 0,13%.

SUMMARY

SULEYMANOV T.A., ALIYEVA S.E.,

Professor, Head of the Chair of Pharmaceutical Chemistry, Dean of the Faculty of Pharmacy; dissertator, Senior Lecturer, Chair of Pharmacognosy and botany, Azerbaijan Medical University, Baku city

QUANTITATIVE DETERMINATION OF FLAVONOIDS BY SPECTROPHOTOMETRY IN THE RAW MATERIAL OF SALVIA QLUTINOSA L. FROM FLORA OF AZERBAIJAN

The raw material of the *Salvia glutinosa* L. has been collected in the area of Quba, which have sufficient reserve in the flora of Azerbaijan. The composition of raw material have been identified flavonoids by spectrophotometric method. As a result, flavonoids in the herb of *Salvia glutinosa* (0,93%) have been determined.

Key words: *Salvia glutinosa* L., flavonoids, spectrophotometric method.

6. Сулейманов Т.А., Алиева С.Э. Изучение состава эфирного масла вида Салвия глутиноса Л. – Азербайджанский фармацевтический и фармакотерапевтический журнал. – 2014.– №2. – С. 26-29.
7. Сулейманов Т.А., Алиева С.Э. Изучение аминокислотного состава видов рода Салвия флоры Азербайджана. – Журнал «Фармаком». – 2011. – №3. – С. 32-34.
8. Государственная фармакопея СССР, издание 11, выпуск 2. – М.: «Медицина», 1990, с. 324-325.
9. Дерффель К. Статистика в аналитической химии. – М.: Мир, 1994, с. 268.

Referense:

1. K'osev P.A. Polnyj spravochnik lekarstvennyh rastenij – M.: Izd-vo JeKSMO, 2005. – S. 992.
2. Chun-Lei, Yan Wang, Yan-Fei Liu, Gang Ni et al. Iridal-type triterpenoids with neuroprotective activities from Iris tectorum. / Journal of Natural Products. – 2014. – Vol. 77. – № 2. – P. 411-415.
3. Fontana G., Savona G., Rodriguz B. Clerrodane diterpenoids from Salvia splendens. J. Natur. Prod. – 2006. – №12, p. 1734-1738.
4. Bubenchikova R.A., Drozdova I.L. Flavonoidy fialki trjohcvetnoj. // Farmaceuticheskaja himija i farmakognozija. – 2004. – № 2. – S. 11-12.
5. Flora Azerbajdzhana. – Baku: 1961, tom VII, s. 330-352.
6. Sulejmanov T.A., Alieva S.Je. Izuchenie sostava jefirnogo masla vida Salvia glutinosa L. – Azerbajdzhanskij farmacevticheskij i farmakoterapevticheskij zhurnal. – 2014.– №2. – S. 26-29.
7. Sulejmanov T.A., Alieva S.Je. Izuchenie aminokislотного состава видов рода Salvia flory Azerbajdzhana. – Zhurnal «Farmakom». – 2011. – №3. – S. 32-34.
8. Gosudarstvennaja farmakopeja SSSR, izdanie 11, vypusk 2. – M.: «Medicina», 1990, s. 324-325.
9. Derffel' K. Statistika v analiticheskoj himii. – M.: Mir, 1994, s. 268.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Побочные эффекты при приеме глюкокортикоидов детьми

В педиатрической практике широко распространено применение коротких курсов глюкокортикоидов. Длительное использование данных препаратов зачастую сопровождается развитием ряда побочных эффектов. Британские ученые решили выяснить, какие нежелательные явления чаще всего возникают у детей при кратковременном курсе глюкокортикоидов. Результаты проведенного ими систематического обзора были опубликованы в журнале Archives of Disease in Childhood.

Исследователи использовали информацию из баз данных EMBASE, MEDLINE, International Pharmaceutical Abstracts, CINAHL, Cochrane Library и PubMed. Были выделены исследования, в которых глюкокортикоиды назначались пациентам в возрасте от 28 дней до 18 лет на протяжении 14 дней и меньше. Всего 38 исследований соответствовало критериям включения в систематический обзор, в том числе и 22 рандомизированных контролируемых исследования. В общей сложности в исследования были включены 3 200 детей. Препараты чаще всего назначались для лечения астмы, бронхита, крупа, острой почечной недостаточности, аллергического ринита, лихорадки Денге, судорожного синдрома, острого лейкоза, нефротического синдрома, системной красной волчанки. В большинстве случаев детям назначались преднизолон и дексаметазон.

Всего было зафиксировано 850 нежелательных явлений на фоне приема глюкокортикоидов. Чаще всего у детей отмечались следующие побочные эффекты: рвота (5,4%), поведенческие реакции (4,7%) и нарушение сна (4,3%). Также были зафиксированы такие нежелательные явления как тошнота, повышение аппетита, боли в животе, отек лица, инфекции, кашель. 44 ребенка прекратили принимать глюкокортикоиды по причине развития побочных эффектов.

Анализ данных показал, что наиболее серьезными нежелательными явлениями были инфекционные заболевания, которые в одном случае привели к летальному исходу. У 144 детей из 369 было зафиксировано повышение артериального давления, у 21 ребенка из 75 – увеличение массы тела, у 43 пациентов из 53 – подавление гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. У всех детей нормальный уровень секреции эндогенного кортизола был достигнут в течение 10-12 дней после отмены кортикостероидов.

Исследователи отмечают, что риск развития рвоты был в 3,6 раза выше при приеме преднизолона по сравнению с дексаметазоном.



БАХТИЯРОВА Б.А., ОРЫНБАСАРОВА К.К., НУРГАЗИЕВА Г.А.,

магистрант 2 года обучения по специальности «Фармация»; и.о. профессора, кандидат фармацевтических наук; кандидат медицинских наук, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ, СВОЙСТВА И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ **ЭФИРНОГО МАСЛА ПОЛЫНИ ТУРАНСКОЙ И ПОЛЫНИ ЦИТВАРНОЙ**

Исследования показали, что полынь богата эфирными маслами, ценными компонентами которых являются азулены, обладающие противовоспалительным и ранозаживляющим действием, что позволяет отечественной промышленности активно использовать местное лекарственное сырье.



АННОТАЦИЯ

Методом хромато-масс-спектрометрии проведён сравнительный анализ химического состава эфирного масла растений *Artemisia turanica* и *Artemisia cina*, произрастающих в Республике Казахстан. В эфирных маслах идентифицированы 38 компонентов. Установлено, что 12 соединений обнаруживается в эфирных маслах изучаемых растений.

Ключевые слова: полынь туранская, полынь цитварная, эфирные масла, хромато-масс-спектрометрия, химический состав, биологические свойства, воспаление, стоматология.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важных задач современного здравоохранения и фармации является поиск новых источников биологически активных компонентов. Учитывая, что в настоящее время большое внимание уделяется рациональному использованию лекарственно-го растительного сырья, сохранению естественных

фитоценозов способствует интродукция лекарственных растений [1].

В народной медицине полынь известна своими бактерицидными и фунгицидными свойствами. Благодаря ненасыщенным углеводородам эфирное масло оказывает тонизирующее и обезболивающее действие на кожу. В стоматологии настой полыни используется для лечения грибковых поражений, инфекций во рту, зеве и устранения запаха изо рта [2].

Исследования показали, что растения рода полынь богаты эфирными маслами, ценными компонентами которых являются азулены [3,4]. Азуленами называют группу природных соединений, родоначальником которой является бициклодекапентадиен или азулен. Название этих соединений связано с характерной окраской (azurblau с нем. – лазурный, лазоревый), которую они придают эфирным маслам, получаемым из некоторых растений путем перегонки водяным паром. Таким образом эфирные масла – наиболее доступный источник азуленов. Предшес-

твенниками азуленов в растениях являются сескви-терпеноиды, получившие название «проазулены».

Установлено противовоспалительное и ранозаживляющее действие хамазуленсодержащих эфирных масел полыней [5]. В настоящее время в практику здравоохранения внедрен целый ряд азулен образующих препаратов, применяющихся при воспалительных дерматозах, трофических язвах, спастическом колите, стоматитах и гингивитах. Большой популярностью пользуются польский препарат «Азулан», румынский «Ромазулан», чешский *Derma-sulen* на основе экстрактов азуленсодержащих растений.

Многие эфирные масла оказывают анальгетическое действие, а при определенных дозах наркотируют организм. По экспериментальным данным, эфирные масла, содержащие азуленобразующие соединения, обладают анальгетической способностью [6]. Доказано, что болеутоляющая активность хамазулена равнозначна бутадиону.

Известно, что в структуре большинства природных и синтетических антиоксидантов присутствует фенольный фрагмент, который и обуславливает ингибирующий эффект в свободнорадикальных процессах. Однако, согласно М. Буритс и др. [7], эфирные масла полыней также обладают выраженными антиоксидантными свойствами. Например, эфирные масла *Artemisia afra* и *A. abyssinica* были исследованы на потенциальную радикальную активность, при этом они показали положительные результаты. Эфирные масла также могут иметь выраженный антиоксидантный эффект и участвовать в системе регуляции перекисного окисления липидов.

В настоящее время доказано, что эфирные масла полыни – хорошие антисептики, бактерицидное свойство которых основано на окислении бензольного кольца и образовании фенола. Многие биологически активные вещества, входящие в состав эфирных масел полыни, обладают фунгистатической активностью.

Антимикробное действие терпеноидов распространяется практически на все группы микроорганизмов. Они способны подавлять развитие грамположительных и грамотрицательных кокков, различных представителей семейств *Enterobacteriaceae* и *Bacillaceae*, вибрионов, многих видов грибов и простейших [8].

Антибактериальный эффект обусловлен присутствием в эфирном масле кислородсодержащих соединений. Все кислородсодержащие монотерпены обладают определенной антибактериальной активностью, которая варьирует в зависимости от типа штаммов [9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили образцы сырья надземной части полыни туранской (*Artemisia turanica*) и полыни цитварной (*Artemisia cina*), собранные в период с 2014 по 2015 гг. в Южно-Казахстан-

ской области, Ордабасинском районе, в селе Кожатай в период цветения.

Эфирное масло было выделено гидродистилляцией из надземных частей растений [10]. Химический состав эфирных масел исследовался методом хромато-масс-спектрометрии на газовом хроматографе Agilent Technologies GX 7890A, MS 5975, инертность – XL MSD детектором тройной оси и 7693 автообразец [11]. Идентификация веществ проведена путём сравнения полученных масс-спектров отдельных веществ с базой масс-спектров из двух коммерческих библиотек (Wiley and NIST library). Процентный состав эфирного масла вычислялся по площадям пиков без использования корректирующих коэффициентов [12].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Таблица – Химический состав эфирных масел *Artemisia turanica* и *Artemisia cina*

Наименование компонента	Содержание, % от цельного-масла	
	Artemisia turanica	Artemisia cina
1,7,7-триметил-трицикло [2.2.1.0(2,6)]гептан	0.24	
α-пинен	0.79	0.51
Сантолинтриен	0.17	
Камфен	4.76	
4-метилен-1-(1-метилэтил)-циклогексан	0.73	
Гвайазулен	1.98	2.24
Гексанал	0.09	0.09
β-фелландрен	0.31	24.18
β-пинен	0.09	4.56
3,7,7-триметил-бицикло[4.1.0]	0.28	
Эукалипт	14.18	
2-гексанал	0.11	0.61
1-метил-4-(1-метилэтил)-1,4-циклогексадиен	1.26	0.74
1-метил-X-(1-метилэтил)-бензен	2.95	7.98
Камфора	32.20	
3,7-диметил-1,6-Октадиен-3-ол	0.52	4.71
4-метил-1-(1-метилэтил)-3-циклогексан 1-ол	4.40	9.01
6,6-диметил-бицикло[3.1.1]-2-ene-2-карбокисальдегид	1.65	
3-(1,5-диметил-4-гексенил)-6-метилен-циклогексан	2.52	0.49
6,6-диметил-2-метилен бицикло[3.1.1]гептан-3-ол	1.64	
1,5-диметил-1-винил-4-гексенил бутират		2.02
Хамазулен	15.98	16.75
4-триметил-3-циклогексан-1-метанол	0.76	
1,7,7-триметил-бицикло[2.2.1]гептан-2-ол	5.55	
декагидро-4а-метил-1-метилен-7-(1-метилэтенил)-нафталан		0.72
3,7-диметил-2,6-Октадиен-1-ол, ацетат		0.51
6,6-диметил-бицикло[3.1.1]-2-ene-2-метанол	1.19	
α,α-4-триметил-бензенметанол	0.30	0.49
транс-2-метил-5-(1-метилэтенил)-2-циклогексан-1-ол	0.31	
2,2-диметил-окись пропана,фенилметил		0.31
Окись кариофиллена	1.17	3.53
Дигидро-1,1,7-триметил-4-метилен-1Н-циклопроп[е]азулен-7-ол	3,03	
Фитол	0,33	
Дибутилфталат		1,42
Изоборнил ацетат		0,77
1-октен-3-ол		1,22

По литературным данным, макрокомпонентами эфирного масла *Artemisia turanica* являются 1,8-цинеол, камфора и хамазулен, обладающие антисептическим, противовоспалительным и болеутоляющим действием [13, 14]. Эфирное масло *Artemisia turanica* представляет собой легкоподвижную жидкость желто-зеленого цвета с характерным запахом, выход масла составил 0,35%.

В нашем исследовании методом хромато-масс-спектрометрии в эфирных маслах *Artemisia turanica* и *Artemisia sina* идентифицированы 38 соединений. Константными (обнаружены во всех образцах) компонентами эфирного масла являются 12 соединений, в том числе α -пинен (0,51-0,79%), гексанал (0,09-0,09%), β -фелландрен (24,18-0,31%), β -пинен (4,56-0,09%), α -гексанал (0,61-0,11%), окись кариофиллена (3,17-1,53%), 1-метил-4-(1-метилэтил)-1,4-циклогексидин (0,74-1,26%), 1-метил-х-(1-метилэтил)-бензен (7,98-2,95%), 4-метил-1-(1-метилэтил)-3-циклогексен-1-ол (9,01-4,40%), 3-(1,5-диметил-4-гексенил)-6-метилленциклогексан (0,49-2,52%), α -4-триметил-бензен метанол (0,49-0,30%), хамазулен (15,98-16,75%).

Анализ хроматограммы (таблица) показал, что основными компонентами эфирного масла полыни туранской являются камфора (32,20%), эвкалипт (14,13%), хамазулен (15,98%).

Так, нами установлено, что состав основных компонентов эфирных масел полыни туранской и полыни цитварной одинаков, но их количественное содержание разное.

ВЫВОДЫ

Полученные данные позволяют считать, что в дальнейшем полынь туранскую и цитварную можно использовать как источник ценного эфирного масла, потенциал которого открыт еще не в полной мере. Обобщая литературные данные по основным направлениям применения растений рода Полынь в народной медицине, можно отметить, что данные виды полыни представляют собой перспективные растения для применения в комплексной терапии воспалительных заболеваний полости рта.

ТҮЙІНДЕМЕ

**БАХТИЯРОВА Б.А., ОРЫНБАСАРОВА К.К.,
НУРГАЗИЕВА Г.А.,**

Литература:

1. Д.Л. Макарова, М.А. Ханина, Д.В. Домрачев. Фитохимический анализ эфирного масла *Artemisia pontica* L., выращенной в условиях интродукции. // Новые достижения в химии и химической технологии растительного сырья. – Барнаул. – 2009. – №2. – С. 272-274.
2. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование. Asteraceae (Compositae). – СПб., 1993, 352 с.
3. Ханина, М.А. Полыни Сибири и Дальнего Востока (фармакогностические исследования и перспективы использования в медицине): автореф. дис. док. фарм. наук – Пермь, 1999, 46 с.
4. Березовская Т.П. Полыни Сибири: систематика, экология, химия, хемосистематика, перспективы использования. / Т.П. Березовская, В.П. Амелеченко, И.М. Красноборов и др. – Новосибирск, 1991, 125 с.
5. Валджи Х. Ароматерапия. / Х. Валджи. – Ростов-на-Дону, 1997, 353 с.

«Фармация» мамандығы 2 оқу жылының магистранты; фармацевтикалық ғылымдарының кандидаты, профессор м.а.; медицина ғылымдарының кандидаты, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

ТУРАН ЖУСАН МЕН ДЕРМЕНЕ ЖУСАННЫҢ ЭФИР МАЙЫНЫҢ КОМПОНЕНТТІК ҚҰРАМЫ, ОНЫҢ СТОМАТОЛОГИЯДА ҚОЛДАНУ ПЕРСПЕКТИВАСЫ

Қазақстан Республикасында өсетін туран жусаны мен дермене жусанның эфир майының компоненттік құрамын газо-хромато-масс-спектрометрия әдісімен салыстырмалы зерттеу жүргізілді. Эфир майында 38 компонент идентификацияланды. Эфир майында константы компонент ретінде 12 қосылыс анықталды.

Түйін сөздер: туран жусаны, дермене жусан, эфир майы, газо-хромато-масс-спектрометрия, химиялық құрам, биологиялық құрамы, суықтау, стоматология.

SUMMARY

**BAKHTIYAROVA B.A., ORYNBASAROVA
K.K., NURGAZIYEVA G.A.,**

MA student, 2 year of training, specialty "Pharmacy"; acting Professor, Candidate of Pharmaceutical Sciences; Candidate of Medical Sciences, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city

COMPONENT COMPOSITION, PROPERTIES AND APPLICATIONS PERSPECTIVES IN DENTISTRY ESSENTIAL OIL ARTEMISIA TURANICA AND ARTEMISIA CINA

By gas-chromatography-mass-spectrometry was studied comparative analysis of the chemical composition of the essential oil of wormwood *Artemisia Cina* and *Artemisia Turanica* growing in the Republic of Kazakhstan. It identified in the essential oil component 38. Constant components of essential oils are compounds 12.

Key words: *Artemisia Turanica*, *Artemisia Cina*, gas-chromatography-mass-spectrometry chemistry, biological properties, inflammation, dentistry.

6. Сейдахметова Р.Б. Противовоспалительные свойства эфирного масла *Artemisia glabella* Kar. et Kir. / З.Б. Сейдахметова, Р.Н. Пак, А.А. Бейсенбаев и др. // Растительные ресурсы. – 2002. – Вып. 1 – С. 102-107.
7. Burits M. The antioxidant activity of the Essentials Oils of *Artemisia afra*, *Artemisia abyssinica* and *Jupenirus procera*. / M. Barits, K. Asters, F. Bucar // *Phytoterapy Res.* – 2001. – №15. – P. 103.
8. Николаевский В.В. Биологическая активность эфирных масел / В.В. Николаевский, А.Е. Еременко, И.К. Иванов. – М.: Медицина, 1987, с. 144.
9. Макаrchук Н.М. Фитонциды в медицине / Н.М. Макаrchук, Я.С. Лещинская. – Киев: Наукова думка, 1990, 216 с.
10. Государственная Фармакопея СССР XI изд. – М.: 1990, Вып. 2, 398 с.
11. Государственная Фармакопея РК.
12. Ткачев А.В. Библиотека хромато-масс-спектрометрических данных летучих веществ растительного происхождения. – Новосибирск: НИОХ им. Н.Н. Ворожцова СО РАН, 2006.
13. С.В. Жигжитжапова, Л.Д. Раднаева, Л.И. Чимитцыренова. Компонентный состав эфирного масла полыни холодной флоры Бурятии. // *Вестник Бурятского государственного университета.* – 2013. – №12. – С. 71-74.
14. Атажанова Г.А. Эфирные масла растений рода *Artemisia* L. Свойства и применение. / Г.А. Атажанова. Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов. – Караганда, 2006, с. 18-37.

Referense:

1. D.L. Makarova, M.A. Hanina, D.V. Domrachev. Fitohimicheskiy analiz ehfirnogo masla *Artemisia pontica* L., vyrashchennoj v uloviyah introdukcii. // *Novye dostizhenie v himii i himicheskoy tekhnologii rastitel'nogo syr'ya.* – Barnaul. – 2009. – №2. – S. 272-274.
2. Rastitel'nye resursy SSSR: Cvetkovye rasteniya, ih himicheskij sostav, ispol'zovanie. Asteraceae (Compositae). – SPb., 1993, 352 s.
3. Hanina, M.A. Polyni Sibiri i Dal'nego Vostoka (farmakognosticheskie issledovanie i perspektivy ispol'zovaniya v medicine): avtoref. dis. dok. farm. nauk – Perm', 1999, 46 s.
4. Berezovskaya T.P. Polyni Sibiri: sistematika, ehkologiya, himiya, hemosistematika, perspektivy ispol'zovaniya. / T.P. Berezovskaya, V.P. Amel'chenko, I.M. Krasnoborov i dr. – Novosibirsk, 1991, 125 s.
5. Valdzhii H. Aromaterapiya. / H. Valdzhii. – Rostov-na-Donu, 1997, 353 s.
6. Sejdahmetova R.B. Protivovospalitel'nye svoystva ehfirnogo masla *Artemisia glabella* Kar.etKir. / Z.B. Sejdahmetova, R.N. Pak, A.A. Bejsenbaev i dr. // *Rastitel'nye resursy.* – 2002. – Vyp. 1 – S. 102-107.
7. Burits M. The antioxidant activity of the Essentials Oils of *Artemisia afra*, *Artemisia abyssinica* and *Jupenirus procera*. / M. Barits, K. Asters, F. Bucar // *Phytoterapy Res.* – 2001. – №15. – P. 103.
8. Nikolaevskij V.V. Biologicheskaya aktivnost' ehfirnyh masel / V.V. Nikolaevskij, A.E. Eremenko, I.K. Ivanov. – M.: Medicina, 1987, s. 144.
9. Makarchuk N.M. Fitoncidy v medicine / N.M. Makarchuk, YA.S. Leshchinskaya. – Kiev: Naukova dumka, 1990, 216 s.
10. Gosudarstvennaya Farmakopeya SSSR HI izd. – M.: 1990, Vyp. 2, 398 s.
11. Gosudarstvennaya Farmakopeya RK.
12. Tkachev A.V. Biblioteka hromato-mass-spekrometricheskikh dannyh letuchih veshchestv rastitel'nogo proiskhozhdeniya. – Novosibirsk: NIOH im. N.N. Vorozhцова SO РАН, 2006.
13. S.V. Zhigzhitzhapova, L.D. Radnaeva, L.I. Chimitcyrenova. Komponentnyj sostav ehfirnogo masla polyni holodnoj flory Buryatii. // *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta.* – 2013. – №12. – S. 71-74.
14. Atazhanova, G.A. Ehfirnye masla rastenij roda *Artemisia* L. Svoystva i primenenie. / G.A. Atazhanova. Razvitie fitohimii i perspektivy sozdaniya novyh lekarstvennyh preparatov. – Karaganda, 2006, s. 18-37.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Прием ингибиторов протонной помпы повышает риск развития деменции

Использование ингибиторов протонной помпы повышает риск развития деменции, считают немецкие ученые. Они провели исследование на базе Немецкого центра нейродегенеративных заболеваний (Бонн), полученные результаты были опубликованы в журнале *JAMA Neurology*.

Анализ данных практически 73 тысяч пациентов в возрасте старше 75 лет за период с 2004 года по 2011 год показал, что у 29,5 тысяч пациентов со временем развилась деменция. Около трех тысяч человек регулярно принимали ингибиторы протонной помпы. Исследователи отмечают, что у пациентов, получивших лечение этими препаратами, риск развития деменции был на 44% выше.

Ингибиторы протонной помпы зачастую назначаются для лечения язвы желудка и рефлюксной болезни. Считается, что использование данных лекарственных средств не приводит к развитию серьезных побочных эффектов. Однако есть данные, согласно которым длительное применение ингибиторов протонной помпы приводит к развитию метаболических и инфекционных нарушений, а также их прием связан с повышением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и заболевания почек. При назначении терапии лечащий врач должен учитывать вероятность возникновения данных нарушений.

med-content.com



Приложение 1
к Правилам проведения фармаконадзора
лекарственных средств и мониторинга
побочных действий лекарственных
средств, изделий медицинского
назначения и медицинской техники

Форма

КАРТА-СООБЩЕНИЕ
**О ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ, СЕРЬЕЗНЫХ
ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ОБ ОТСУТСТВИИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

При подозрении на побочное действие, передозировку, злоупотребление или отсутствие эффективности, применение у беременных и кормящих, передачу инфекционного агента посредством ЛС, лекарственные взаимодействия с одним или более препаратом/вакциной просьба заполнить данную карту-сообщение.

Пожалуйста, заполните максимально полно все разделы (синей/черной шариковой ручкой или на компьютере, кликнув по серому полю для заполнения). Сведения о пациенте и лице, предоставившем отчет, останутся конфиденциальными.

1. Наименование организации:

Адрес:

Телефон/факс, e-mail:

Внутренний номер:

Номер (медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента):

Тип сообщения: спонтанный литературное клиническое исследование
постмаркетинговое исследование

Начальное сообщение: Дата получения: « ____ » _____ г.

Последующее сообщение: Дата последующего наблюдения: « ____ » _____ г.

2. Информация о пациенте: Инициалы: _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. **Возраст:** _____ (лет, мес., нед., дней, часов)

Пол: Мужской Женский Неизвестно **Рост:** _____ см **Вес:** _____ кг

Национальность: азиат азиат (Восточная Азия) европеец
другая (указать) _____

3. Клинический диагноз (Заполняется только сотрудниками здравоохранения)

код МКБ10

Основной: _____

Сопутствующий: _____

4. Информация о беременности

Беременность? Да Нет Неизвестно Если да Дата последней менструации: _____

Предполагаемая дата родов: _____ . _____ . _____

Количество плодов _____ **Зачатие нормальное (включая прием лекарств)**

In vitro

Исход беременности:

- беременность продолжается
 живой плод без врожденной патологии
 живой плод с врожденной патологией
 прерывание без видимой врожденной патологии
 прерывание с врожденной патологией
 спонтанный аборт без видимой врожденной патологии (<22 недель)
 спонтанный аборт с врожденной патологией (<22 недель)
 мертвый плод без видимой врожденной патологии (>22 недель)
 мертвый плод с врожденной патологией (>22 недель)
 внематочная беременность
 пузырный занос
 дальнейшее наблюдение невозможно
 неизвестно

Если беременность уже завершилась: Дата родов: _____ . _____ . _____

Гестационный срок при рождении/невынашивании/прерывании: _____ . _____ . _____

Тип родов: нормальный вагинальный Кесарево сечение патологические вагинальные (щипцы, вакуум экстракция)

Вес ребенка: _____ гр. Рост _____ см **Пол:** Мужской Женский

Шкала Апгар: 1 минута _____, 5 минута, _____ 10 минута

Дополнительная информация: _____

5. Подозреваемый препарат/вакцина*1 (Непатентованное & коммерческое название)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Путь введения, частота приема	Серия/партия №, срок годности	Показания

Предпринятые меры

- Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
 Доза увеличена Неизвестно Другое _____

5. Подозреваемый препарат/вакцина*3 (Непатентованное & коммерческое название)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Путь введения, частота приема	Серия/партия №, срок годности	Показания

Предпринятые меры

- Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
 Доза увеличена Неизвестно Другое _____

2. Побочное действие	Дата начала	Дата окончания	Исход			Связь с ЛС	
			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация	<input type="checkbox"/> Вр. аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть	<input type="checkbox"/> Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение <input type="checkbox"/> Иной*	<input type="checkbox"/> Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано	<input type="checkbox"/> Возможная <input type="checkbox"/> Не известно
1.							
2.							
3.							

*Указать в описании нежелательного явления

3. Рассматриваете ли Вы это побочное действие как СЕРЬЕЗНОЕ? Да Нет

Если да, пожалуйста, укажите, почему это явление рассматривается, как серьезное (поставьте все, что применимо): _____

<input type="checkbox"/> Угрожает жизни?	<input type="checkbox"/> Выраженная или постоянная инвалидность?	<input type="checkbox"/> Требуется или удлиняет госпитализацию?
<input type="checkbox"/> Врожденные аномалии?	<input type="checkbox"/> Медицински значимое?	<input type="checkbox"/> Пациент умер?

Описание побочного действия, ЛС для коррекции, дополнительная информация:
Если пациент умер, что явилось причиной смерти?
Предоставьте результаты аутопсии, если возможно

*Если вакцина, введите номер дозы. Если номер дозы неизвестен, напишите П для первичной вакцинации и Б – для бустерной дозы.

Пожалуйста, укажите, если какие-либо вакцины были введены в одном шприце.

Был ли подозреваемый препарат или курс вакцинации отменен?

5. Сопутствующее ЛС 1 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное & коммерческое название)	Лекарственная форма/номер серии	Общая суточная доза/путь назначения/сторона	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания

Предпринятые меры
 Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
 Доза увеличена Неизвестно Другое _____

5. Сопутствующее ЛС 2 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное & коммерческое название)	Лекарственная форма/номер серии	Общая суточная доза/путь назначения/сторона	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания

Предпринятые меры
 Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
 Доза увеличена Неизвестно Другое _____

5. Сопутствующее ЛС 3 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное & коммерческое название)	Лекарственная форма/номер серии	Общая суточная доза/путь назначения/сторона	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания

Предпринятые меры

- Препарат отменен
 Курс остановлен
 Доза снижена
 Без изменений
 Доза увеличена
 Неизвестно
 Другое _____

6. Значимые данные анамнеза, сопутствующие заболевания, аллергия (включая курение и употребление алкоголя)	Продолжается?	Значимые данные анамнеза, сопутствующие заболевания, аллергия (включая курение и употребление алкоголя)	Продолжается?

7. Данные об источнике информации, и/или лице заполнившем карту-сообщение (врач, провизор, пациент, другие)

- Врач (специальность) _____
 Медсестра
 Фармацевт
 Пациент/Потребитель
 Другой _____

Имя:

Контактные данные Тел. _____ Моб. _____ Факс: _____
e-mail: _____

Я (врач, пациент) подписывая эту форму, разрешаю уполномоченной организации в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения связаться со мной или с моим лечащим врачом (включая врача, который сообщил о нежелательном явлении) для уточнения дополнительной информации, включая информацию о состоянии здоровья и принятых назначенных лекарствах.

- Да (Ф.И.О., контактные данные врача/ей) _____
 Да, другое (я не знаю, кто мой врач, впишите дополнительные данные название клиники и т.д.) _____

- Нет, не разрешаю

Подпись лица, направляющего сообщение:

_____ Дата: _____ . _____ . _____

Примечание:

Обязательный минимальный объем информации в карте-сообщении, требуемый для установления оценки причинно-следственной связи между развитием побочных реакций/действий и/или отсутствием эффективности применением лекарственного средства:

информация о пациенте: возраст, пол и краткая история болезни.

информация о побочных реакциях/действиях и/или отсутствии эффективности: описание (вид, локализация, тяжесть, характеристика), результаты исследований и анализов, время начала, течение и исход реакции.

информация о подозреваемом лекарственном средстве: торговое название, международное непатентованное название, дозировка, способ введения, дата начала и окончания приема, показания к применению, номер серии.

информация о сопутствующих препаратах (включая средства самолечения): торговые названия, дозы, способ применения, дата начала и окончания приема.

факторы риска (например, снижение почечной функции, применение подозреваемого препарата ранее, предшествующие аллергии, периодический прием наркотиков).

информация о репортере, направившем сообщение о возникновении побочных реакций/действий и/или отсутствии эффективности (информация является конфиденциальной и используется только для проверки и дополнения данных, а также динамического наблюдения).

Приложение 2
к Правилам проведения фармаконадзора
лекарственных средств и мониторинга
побочных действий лекарственных
средств, изделий медицинского
назначения и медицинской техники

Форма

КАРТА-СООБЩЕНИЕ
О ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ, СЕРЬЕЗНЫХ
ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ОБ ОТСУТСТВИИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО
НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Получатель _____
адрес государственной уполномоченной организации в области здравоохранения

Дата уведомления _____

Номер документа, присвоенный уведомителем _____

Тип документа: первоначальный, продолжающийся, комбинированный, завершающий (нужное подчеркнуть).

Представляет ли происшествие серьезную опасность для общественного здоровья? (да/нет).

Классификация происшествия: смерть, серьезное нарушение здоровья, другое (нужное подчеркнуть).

Отметка об отправке сообщения уполномоченному органу в области здравоохранения.

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, ПРЕДСТАВИВШЕМ УВЕДОМЛЕНИЕ

Статус лица, представившего уведомление: держатель регистрационного удостоверения (уполномоченный представитель или производитель), медицинская организация, пользователь, оператор, пациент или его опекун (нужное подчеркнуть).

Информация о производителе (заполняется, если подателем является производитель):

Наименование (контактное наименование) _____

Почтовый индекс и адрес _____

Телефон _____

e-mail _____

Информация об уполномоченном представителе производителя (заполняется, если лицом, представившим уведомление, является уполномоченное лицо):

Наименование _____

Контактное лицо уполномоченного представителя, ответственное за мониторинг медицинских изделий _____

Почтовый индекс и адрес _____
Телефон _____
Факс _____
e-mail _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГОМ О ЛИЦЕ, ПРЕДСТАВИВШЕМ УВЕДОМЛЕНИЕ

Наименование _____
Контактное лицо, представившее уведомление _____
Почтовый индекс и адрес _____
Телефон _____
Факс _____
e-mail _____

ОПЕРАТОР ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Профессиональный медицинский работник _____
Пациент _____
Другой _____

ДАННЫЕ О ПРИМЕНЕНИИ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ (ВЫБРАТЬ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

первичное использование;
повторное применение одноразового изделия;
повторное применение изделия для повторного применения;
после повторного сервиса/восстановленное;
другое;
проблема выявилась перед использованием.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Исход _____
Лечебные действия, примененные к пациенту _____
Пол _____
Возраст _____
Вес _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДЕЛИИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКЕ

Класс: активные медицинские имплантируемые изделия, изделия класса риска I, изделия класса риска IIa, изделия класса риска IIb, изделия класса риска III, IVD общие, IVD для само-тестирования (нужное подчеркнуть).

Подпись

Клуб практикующих врачей **iVrach.com** -

площадка для Вашего быстрого
профессионального роста
и успешного развития карьеры
в практической медицине!

МЕДИЦИНСКИЙ АНГЛИЙСКИЙ

- + Интерактивный курс для врачей
- + Уникальная авторская методика
- + Для различных уровней знаний

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

- + Информационно-обучающие модули
- + Подписка на профессиональные издания
- + Врачебный онлайн консилиум

КАРЬЕРНЫЙ РОСТ

- + Развитие профессиональных контактов
- + Календарь мероприятий для врачей
- + Общение на форуме в атмосфере «своего круга»

Профессиональная
врачебная сеть,
объединяющая элиту
практической медицины.

Присоединяйтесь!



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