

**«Интеграция науки и образования»,
Мальдивские острова, 15-22 февраля 2013 г.**

Медицинские науки

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ**

Андрева В.В., Арльт А.В., Ивашев М.Н.

*Пятигорский филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ
Минздрава России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru*

Принципы разбора клинической характеристики препаратов для лечения различных заболеваний рассматриваются на кафедре клинической фармакологии [1, 2, 3, 4]. Скарлатина (итал. *scarlattina*, от позднелатинское *scarlatum* – ярко-красный цвет) – острая инфекционная болезнь, вызываемая бета-гемолитическим токсигенным стрептококком группы А – *Streptococcus pyogenes*, характеризующаяся лихорадочным состоянием, общей интоксикацией, ангиной и мелкоточечной сыпью. Впервые клиническую картину болезни описал Т. Сиденгам в 1675 год. Источником заражения при скарлатине является больной или бактерионоситель. Возбудители инфекции попадают в окружающую среду с секретом слизистой оболочки зева и носоглотки при кашле, разговоре; они могут содержаться также в отделяемом различных открытых гнойных очагов (при отите, синусите, гнойном лимфадените и другие). Большое значение в эпидемиологическом отношении имеет скарлатина, протекающая в виде обычной ангины с отсутствием такого важного симптома как сыпь. Наиболее восприимчивы к скарлатине дети в возрасте от 2 до 7 лет. Входными воротами для возбудителя скарлатины является слизистая оболочка зева и глотки. Изредка возбудитель инфекции может проникнуть через поврежденную кожу или слизистую оболочку половых органов (экстрабуккальная, или экстрафарингеальная, форма). Различают три основных компонента заболевания – токсический, инфекционный (септический) и аллергический, тесно связанные между собой. Действие стрептококкового токсина проявляется в первые дни болезни сыпью и комплексом характерных симптомов со стороны центральной нервной системы, эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Аллергическая перестройка организма, происходящая на 2–3-й недели болезни (так называемый второй период скарлатины), служит благоприятным фоном для развития поздних осложнений.

Цель исследования. Показать эффективность и рациональность применения препаратов при скарлатине.

Методы исследования. Анализ основных клинических литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. В фармакотерапии важнейшее место в лечении скарлатины занимают пенициллин и препараты пенициллинового ряда (ампициллин, оксациллин и другие). Применяют также препарат пролонгированного действия – бициллин. При непереносимости пенициллина используют кратковременно макролиды, азалиды, тетрациклины.

При выраженной интоксикации проводят внутривенные вливания плазмозамещающих жидкостей, раствора Рингера-Локка, 5,10 и 25% раствора глюкозы. При тяжёлых формах скарлатины применяют кортикостероиды (преднизолон 1–1,2 мг/кг в сутки, с постепенным снижением дозы через 2–3 дня в течение 5–7 дней). Лечение психических нарушений при скарлатине направлено, прежде всего на основное заболевание, а также включает применение общеукрепляющих и седативных средств. При психозах внутримышечно вводят седуксен, а в более тяжёлых случаях – аминазин, галоперидол.

Выводы. Применение препаратов при скарлатине отвечает основным требованиям клинической фармакологии.

Список литературы

1. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии ВИЧ – инфекции в образовательном процессе / А.В. Арльт [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 43–47.
2. Клиническая фармакология противоязвенных препаратов в образовательном процессе студентов / Е.Е. Зацепина [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 48–49.
3. Пути совершенствования преподавания клинической фармакологии / М.Н. Ивашев [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 82–84.
4. Клиническая фармакология пероральных сахароснижающих лекарственных средств в обучении студентов фармацевтических вузов / А.В. Сергиенко [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 17–20.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ
ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ ТИПА 4
ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО
ДИАБЕТА 2 ТИПА**

Шубин А.В., Ивашев М.Н., Сергиенко А.В.

*Пятигорский филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ
Минздрава России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru*

Сахарный диабет (СД) – группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией. Численность больных СД в мире за последние 30 лет выросла и достигла к 2011 г. 366 млн человек, 80-90% которых составляют больные диабетом 2 типа (СД2). СД2