

«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

характеризуется нарушениями секреции инсулина в бета-клетках островков поджелудочной железы и снижением чувствительности тканей к этому гормону. В последние годы получило развитие новое направление в лечении СД2, основывающееся на использовании инкретинового эффекта, суть которого сводится к стимуляции глюкозозависимой секреции инсулина и снижении секреции глюкагона гастроинтестинальными гормонами. Новой группой в лечении СД2 являются ингибиторы дипептидилпептидазы типа 4 (ИДПП4), действие которых основано на их способности повышать концентрацию инкретинов за счёт подавления активности фермента дипептидилпептидазы типа 4 [1, 2].

Цель исследования. Показать эффективность применения препаратов группы ингибиторов дипептидилпептидазы типа 4 в лечении сахарного диабета 2 типа.

Методы исследования. Анализ основных экспериментальных и клинических литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. ИДПП4 приводят к необратимому энзиматическому разрушению ДПП4. Современное понимание адекватного гликемического контроля, основанное на анализе результатов экспериментальных и клинических исследований, сфокусировано на том, что ИДПП4 не повышают массу тела, что благоприятно отличает их от глитазонов и производных сульфаниламочевины. ИДПП4 не приводят к гипогликемии, что является серьезным аргументом в их пользу, также они обладают защитным эффектом в отношении бета-клеток. ИДПП4 предлагаются в качестве одного из классов препаратов первого выбора в монотерапии начальных стадий СД2 при уровне гликированного гемоглобина (HbA1c) 6,5–7,5%. На фоне монотерапии ИДПП4 снижают уровень HbA1c на 0,5–1%. Следует отметить, что 75% российских эндокринологов назначают препараты класса ИДПП4 [1].

В Российской Федерации в настоящее время для клиники зарегистрировано три препарата указанной группы – ситаглиптин (янувия), вилдаглиптин (галвус) и саксаглиптин (онглиза). Различия имеющихся на сегодняшний день ИДПП4 определяются особенностями метаболизма (саксаглиптин и вилдаглиптин метаболизируются в печени в отличие от ситаглиптина), экскреции, рекомендуемых доз, кратности приема. Вместе с тем по эффективности препараты сходны в отношении степени снижения HbA1c, профиля безопасности и переносимости. Вилдаглиптин и ситаглиптин назначаются перорально в дозе 100 мг, а саксаглиптин в дозе 5 мг один раз в день. При комбинированном назначении они используются в сочетании с метформином и/или глитазонами. При применении ИДПП4 не наблюдается выраженных побочных эффектов. Чаще, чем в контроле, описываются инфекции верхних дыхательных путей. Эти эффекты отмечались не более чем у 5% больных [3, 4]. При применении ситаглиптида выявлен риск развития панкреатитов, однако частота панкреатитов была достоверно меньше, чем на фоне других пероральных сахароснижающих препаратов [5].

Выводы. Ингибиторы дипептидилпептидазы типа 4 – эффективные сахароснижающие средства для перорального применения.

Список литературы

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Сахарный диабет. – Вып. 5-й. – 2011. – № 3. – Прил. 72 с.
2. 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.
3. Inhibition of dipeptidyl peptidase IV improves metabolic control over a week study period in type 2 diabetes / B. Ahren [et al.] // Diabetes Care. – 2002. – Vol. 25. – P. 869–875.
4. Barnett, A. DPP-4 inhibitors and their potential role in the management of type 2 diabetes // Int J Clin Pract. – 2006. – Vol. 60. – P. 1454–1470.
5. Tolerability of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: a review / K.R. Richard [et al.] // Clin Ther. – 2011. – Vol. 33(11). – P. 1609–29.

*«Качество жизни больных с различными нозологическими формами»,
Маврикий, 18-25 февраля 2013 г.*

Медицинские науки

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ

Епифанцев А.В., Милокост С.А.,
Михайленко И.А.

ГБУ РО «Областная детская больница»,
Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru

Лечебная ритмика при алалии является одной из форм своеобразной активной терапии.

Основной принцип системы музыкально-ритмического воспитания заключается в тесной связи движения с музыкой. Музыка как одно

из наиболее доступных искусств с её огромным эмоциональным влиянием, с её богатыми средствами выразительности дает возможность разнообразить приемы движения и характер упражнений.

Особенность логоритмических занятий заключается в том, что в упражнениях уделяется большое внимание слову. Музыка в данном случае используется для создания особого метода, направленного на исправление форм речевых расстройств. Введение слова дает возможность создавать также и целый ряд упражнений, ру-