

Методы исследования. Инсульт моделировали с помощью методики, описанной ранее [3]. В качестве наркоза использовали хлоралгидрат (300 мг/кг, внутривенно). Кислоту аминокaproновую вводили в дозе 0,8 г/кг; пирарцетам – 100 мг/кг. Результаты эксперимента обрабатывали с использованием стандартных методов статистики [5, 10].

Результаты исследования. В результате проведенных исследований показано, что по сравнению с ложно оперированными животными у крыс с геморрагическим инсультом наблюдался выраженный неврологический дефицит, нарушение координации движений, ослабление процессов обучения и памяти и повышение гибели животных. Углубление патологической симптоматики наблюдали к 14-му дню эксперимента. Кислота аминокaproновая в сочетании с пирарцетамом при введении животным через 5ч после операции, а затем ежедневно в течение 7 дней вызывало значительное уменьшение выраженности постинсультных нарушений. По сравнению с применением только одного пирарцета аминокaproновая кислота улучшала показатели неврологического дефицита уже через сутки после инсульта, а при курсовом применении повышала мышечный тонус и улучшала координацию движений на 7-е и 14-е сутки после инсульта. Сочетание кислоты аминокaproновой с пирарцетамом при курсовом введении восстанавливает нарушенную в результате экспериментального инсульта память, улучшает воспроизведение условного рефлекса пассивного избегания крыс на 7-е и 14-е сутки после инсульта. Механизм действия сочетанного применения аминокaproновой кислоты с пирарцетамом возможно заключается в потенцированном синергизме двух препаратов из разных фармакологических групп: антиферментного фибринолитика и ноотропного средства. Данный эффект по-видимому связан с тем, что аминокaproновая кислота обеспечивает большую фармакокинетическую проницаемость через гематоэнцефалический барьер.

Выводы. Кислота аминокaproновая и пирарцетам, при совместном применении обладают лечебным синергизмом.

Список литературы

1. Арльт А.В. Влияние предуктала и триметазидина на мозговой кровоток / А.В. Арльт, А.М. Салман, М.Н.Ивашев // Фармация. – 2007. - №2. – С.32-34.
2. Арльт А.В. Влияние аминокaproновой кислоты на мозговой кровоток / А.В. Арльт // Фармация. – 2010. – №1. – С.44-45.
3. Арльт А.В. Эффекты кавинтона на показатели церебральной гемодинамики / А.В. Арльт, М.Н.Ивашев, Г.В.Масликова // Успехи современного естествознания. – 2013. – №3. – С. 121-122.
4. Арльт А.В. К вопросу эпидемиологии нарушений мозгового кровообращения / А.В. Арльт, М.Н.Ивашев // Успехи современного естествознания. – 2013. – №3. – С.148-148.
5. Арльт А.В. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при неустановленном инсульте мозга / А.В. Арльт, М.Н.Ивашев, И.А.Савенко // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 3. – С. 101.
6. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н.Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – Ч. 2. – С. 441-444.
7. Влияние бутанольной фракции из листьев форзиции промежуточной на мозговое кровообращение / А.В. Арльт, В.С.Давыдов, М.Н.Ивашев, Г.В. Масликова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 10-12.
8. Влияние ГАМК и пирарцетама на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н.Ивашев [и др.] // Фармакология и токсикология. – 1984. – № 6. – С.40-43.
9. Влияние катадолона на мозговой кровоток / Ю.С.Струговщик, А.В.Арльт, И.А.Савенко, М.Н.Ивашев // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 142.
10. Исследование роли нейро – гуморальных систем в патогенезе экспериментальной хронической сердечной недостаточности / С.Ф. Дугин, Е.А. Городецкая, М.Н.Ивашев, А.Н.Крутиков // Информационный бюллетень РФФИ. – 1994. – Т. 2. – № 4. – С. 292.
11. Сулейманов, С.Ш. Юридические и этические аспекты применения лекарственных средств / С.Ш. Сулейманов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 9. – С. 13-19.
12. Природные азулены / Д.А. Коновалов // Растительные ресурсы. – 1995. – Т. 31. – № 1. – С. 101.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫДЕЛЯЮЩИХ ГРИБЫ РОДА CANDIDA

Хренов П.А, Честнова Т.В.

Тульский государственный университет, Тула,
e-mail: hrenov.pawel@yandex

Цель. Изучение особенностей показателей гемограммы у детей с острой кишечной инфекцией и выделяющих грибы рода Candida.

Материалы и методы. Для анализа гемограмм провели ретроспективный анализ 204 историй болезни детей. I группа – 102 человека – дети с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), у которых выделялись грибы Candida из фекалий; II группа – 102 пациента – дети с диагнозом ОКИ, но без выделения из материала грибов Candida. Грибы идентифицировали изучая морфологические, тинкториальные, культуральные и биохимические свойства с применением стандартных методик.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ историй болезней (учитывались данные общего анализа крови на момент госпитализации ребёнка до начала лекарственной терапии) дал следующие результаты. Достоверные различия в показателях гемограммы у детей обеих групп имелись только по гемоглобину (I группа – $113 \pm 9,2$, II группа – $120,3 \pm 9,6$, $p < 0,05$), лимфоцитам (I группа – $48,7 \pm 12,3$, II группа – $44,4 \pm 10,2$, $p < 0,05$) и сегментоядерным нейтрофилам ($39 \pm 11,1$ – I группа и $44,9 \pm 10,1$ – II группа, $p < 0,05$). Количество моноцитов хотя и было выше у пациентов I группы ($4,2 \pm 1,7$ по сравнению с детьми II группы $2,9 \pm 1,1$), однако различия не достигли критерия достоверности. Остальные данные гемограммы (скорость оседания эритроцитов, количество эритроцитов, эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов,

и цветовой показатель) не отличались у детей обеих групп.

Выводы. Вышесказанное позволяет предположить возможную роль грибов *Candida* в патогенезе кишечной инфекции. Достоверно более высокий уровень лимфоцитов у детей I группы, может свидетельствовать о стимуляции иммунной системы антигенами грибов в дополнение к антигенам ассоциантов. Достоверное превышение числа сегментоядерных нейтрофилов

у пациентов II группы может свидетельствовать в пользу более адекватного ответа клеточного звена, так как общеизвестен факт более частого инфицирования грибами иммунокомпромированных лиц. Можно предположить, что достоверное снижение уровня гемоглобина в I группе обусловлено нарушением процесса всасывания железа и других микроэлементов, необходимых для нормального процесса гемопоэза, в кишечнике.

**«Проблемы и опыт реализации болонских соглашений»,
Черногория (Будва), 9-16 сентября 2013 г.**

Медицинские науки

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА**

Маль Г.С., Звягина М.В.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава РФ, Курск,
mgalina.2013@mail.ru

Цель исследования: изучить количественный вклад факторов риска на выраженность гипохлипидемического эффекта при коррекции изолированной и сочетанной гиперлипидемии у пациентов с ИБС.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 98 больных ИБС с первичной изолированной и сочетанной гиперлипидемией (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет, из них 28 пациентов составили контрольную группу, не имеющие факторов риска (ФР). Средний возраст в исследуемой и контрольной группах был сопоставим: 55,7±2,9 и 56,2±3,1 лет. Коррекция изолированной и сочетанной гиперлипидемии осуществлялась с помощью комбинированной терапии, включающей ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы (розувастатин) в дозе 20 мг в сутки, а при отсутствии эффекта в терапию вводился ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб) в дозе 10 мг в сутки.

Результаты исследования. При сравнении эффективности гипохлипидемического эффекта розувастатина в монотерапии и в комбинации с эзетимибом у пациентов с ИБС и атерогенными гиперлипидемиями в зависимости от наличия ФР оказалось, что эффективность в снижении уровня ХС, ЛПНП, ТГ у пациентов, имеющих 3 и менее ФР была достоверно выше, чем у больных, имеющих 4 и более ФР. Наибольший вклад в возможность снижения достигаемого эффекта вносили некорректируемые ФР, такие как пол, возраст, которые имели место почти у половины больных ИБС. Указанная ранее степень снижения достигнутого гипохлипидемического эффекта была обусловлена наличием в подгруппе пациентов некорректируемых ФР – артериальной гипертензии, гиперлипидемии, курения. Аналогичная тенденция по ослаблению гипохлипидемического эффекта розувастатина в монотерапии была характерна для пациентов с пятью ФР, где дополнительным пятым фактором явилась гиподинамия.

Полученные результаты свидетельствуют о неоспоримой роли и значимости количественного и качественного набора ФР в возможности достижения и степени выраженности гипохлипидемического эффекта статинами у больных ИБС с различными типами ГЛП, как при моно-, так и при комбинированной терапии.

**«Технические науки и современное производство»,
Франция (Париж), 15-22 октября 2013 г.**

Технические науки

**ПОДХОДЫ ПРИ СОЗДАНИИ
МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ
СИСТЕМ (МИС)**

Безнос О.С.

Кубанский государственный технологический
университет, Краснодар,
e-mail: olga_beznos@mail.ru

Создание МИС предполагает этапность внедрения в ЛПУ. На первом этапе запускаются

такие службы, как приемное отделение, медицинская статистика. На следующем этапе подключаются клинические службы. и научно-исследовательская работа. Сравним реляционный и объектный подход к управлению данными.

Реляционное управление данными. Достоинства: доминирование этой структуры данных в большинстве организаций, поддержка параллельной обработки, надёжность, отказоустойчивость, эффективность, безопасность,