ми в лечении стенокардии. Широко применяются пропранолол (80-320 мг/сут), атенолол (25-100 мг/сут), метопролол (50-200 мг/сут) карведилол (25-50 мг/сут), бисопролол (5-20 мг/сут), небиволол (5 мг/сут). Применение бета-блокаторов, особенно бисопролола не только уменьшает выраженность симптоматики, но и улучшают прогноз и качество жизни. Антагонисты кальция наряду с выраженными антиангинальными свойствами могут оказывать дополнительное антиатерогенное действие (стабилизация плазматической мембраны, препятствующая проникновению свободного холестерина в стенку сосуда). Органические нитраты применяют для предупреждения приступов стенокардии, они обеспечивают долговременную гемодинамическую разгрузку сердца. улучшают кровоснабжение ишемизированных областей и повышают физическую работоспособность. Слабой стороной нитратов является развитие толерантности к ним и побочные эффекты, затрудняющие их использование (головная боль, сердцебиение, головокружение).

Выводы. Применение данных групп препаратов при стенокардии 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.

УРОВЕНЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Полунина В.А., Ахминеева А.Х., Воронина Л.П., Севостьянова И.В.

ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, Астрахань, e-mail: admed@yandex.ru

Цель исследования. Изучить и классифицировать показатели выраженности оксидативного стресса у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Обследовано 276 больных БА и 30 соматически здоровых жителей Астраханского региона. Средняя длительность заболевания составила 14,4 ± 1,2 лет. О выраженности оксидативного стресса судили по содержанию ТБК-активных продуктов, карбонильных производных (КП), активности супероксиддисмутазы (СОД), уровню мочевой кислоты в сыворотке крови. Для количественного определения содержания ТБК-активных продуктов и карбонильных производных в сыворотке крови использовались диагностические наборы «ТБК-АГАТ», Москва, РФ. Определение активности супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови проводилось с помощью коммерческого диагностического набора «SOD kit», United Kingdom. Для определения концентрации мочевой кислоты в биологических жидкостях применялся набор реагентов «Мочевая кислота-02-Витал», Санкт-Петербург, РФ.

Результаты исследования. Методом кластерного анализа было выделено 2 группы пациентов с высоким и низким уровнем оксидативного стресса. По результатам дисперсионного анализа значения средних всех показателей в обоих кластерах значительно отличались ($p < 0,05$). Так, у пациентов кластера 1 (с высоким уровнем оксидативного стресса) средний уровень ТБК-активных продуктов составил 10,48 [8,13; 14,25] мкмоль/л, средний уровень КП составил 18,85 [9,31; 26,23] ед. опт. пл./мл, активность СОД составила 9,39 [3,62; 11,45] у.е./мл, средний уровень МК составил 361,1 [310,26; 382,21] мкмоль/л. У пациентов кластера 2 (с низким уровнем оксидативного стресса) средний уровень ТБК-активных продуктов составил 4,5629 [2,51; 8,17] мкмоль/л, средний уровень КП составил 6,92 [6,03; 9,01] ед. опт. пл./мл, активность СОД составила 17,2 [12,43; 21,15] у.е./мл, средний уровень МК составил 198,38 [153,47; 305,14] мкмоль/л.

Наибольший вклад в разделение больных на группы вносит показатель МК, имеющий наибольшее значение межгрупповой дисперсии.

Выводы. Изучая процессы перекисного окисления белков, липидов и антиоксидантной защиты у больных бронхиальной астмой мы получили, что 119 больных имели низкий уровень оксидативного стресса, а 157 пациентов – высокий уровень оксидативного стресса.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Саркисян К.Х., Ивашев М.Н.

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

Принципы разбора клинической характеристики препаратов для лечения различных заболеваний рассматриваются на кафедре клинической фармакологии [1, 2, 3, 4, 5]. Панкреатит – это воспаление поджелудочной железы. Панкреатит хронический, т.е. хроническое воспаление поджелудочной железы встречается обычно у пациентов старше 35 лет. Это заболевание формируется двумя способами. Часто в хроническую форму переходит затянувшийся

острый панкреатит. А может хронический панкреатит развиваться почти без симптомов, если годами происходят незначительные нарушения работы поджелудочной железы, то, в конце концов, неизбежен сбой. На начальном этапе больные жалуются только на боль в верхней части живота или спины после еды, потом, через некоторое время, появляются другие симптомы хронического панкреатита: отсутствие аппетита, нарушение работы желудочно-кишечного тракта, вздутие живота, тошнота, частая рвота. Но иногда эти явные признаки не появляются. У женщин часто причиной возникновения хронического панкреатита является желчекаменная болезнь, а у мужчин – хронический алкоголизм. Эти причины составляют 75% обстоятельств возникновения заболевания. Другие факторы встречаются реже. Диагностировать хронический панкреатит на современном этапе развития медицины в большинстве случаев не составляет труда. Состав кала, мочи на предмет не переваренной пищи и пищеварительных ферментов, биохимический состав крови, помогут выявить диагноз. Современные технологии, такие как ультразвуковые исследования, компьютерная томография покажут объективную картину состояния поджелудочной железы.

Цель исследования. Показать эффективность и рациональность применения препаратов при хроническом панкреатите.

Методы исследования. Анализ основных клинических литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение хронического панкреатита можно проводить как амбулаторно, так и в стационаре, в зависимости от состояния больного. Фармакотерапия хронического панкреатита направлена на создание наиболее благоприятных условий для функционирования поджелудочной железы и устранения факторов, поддерживающих воспалительный процесс, на борьбу с болевым синдромом, компенсацию нарушений внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Основой лечения хронического панкреатита является диета, в первые два-три дня после приступа назначается голод и минеральная вода. Питание дробное 5-6-разовое, небольшими порциями. Должен соблюдаться временной режим прием пищи.

Купируется болевой синдром – новокаиновые блокады. Эта процедура обеспечивает уменьшение или прекращение болевой импульсации. Анальгетики (ненаркотические – парацетамол, аспирин; наркотические со спазмолитическим компонентом действия – промедол, омнопон) в сочетании с холиноблокаторами (атропин, метацин и др.) и спазмолитиками (папаверин, дротаверин, баралгин и др.).

Назначают стимуляторы регенерации: метилурацил, метионин и др. Эти лекарственные средства, способствуют более быстрому восстановлению функциональных клеток железы.

Пищеварительная функция восстанавливается с помощью ферменто–заместительных препаратов. Ферментные препараты: креон, панкреатин, мезим форте, юниэнзим, панзинорм, пензитал, фестал, энзистал и др. в качестве заместительной терапии. Эти препараты принимают во время еды, и рекомендуют один прием пищи в сутки не сопровождать приемом ферментных препаратов для профилактики атрофии ткани поджелудочной железы.

Назначают витаминные препараты группы В, С, А, никотиновая кислота. Применяют также и коферментные формы витаминов, например: кокарбоксилаза и др. и анаболические средства – нестероидные анаболики (рибоксин и др.).

Исключают воздействие агрессивных факторов и средств, усиливающих дальнейшее повреждение паренхимы органа (например, алкоголь).

Выводы. Применение препаратов при хроническом панкреатите 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. Назарова Л.Е. Влияние кислоты феруловой на систему крови у облученных крыс / Л.Е. Назарова, И.Л. Абисалова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2006. – № 2. –С. 325–326.

5. 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.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОВИЗОР – ВОСТРЕБОВАННАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Сергиенко А.В., Ивашев М.Н.

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

В настоящее время происходят принципиальные изменения в функциональных обязанностях провизора. Расширение номенклатуры безрецептурных препаратов, значительное увеличение доли готовых лекарственных форм, развитие концепции самолечения (ответственного самолечения) приводят к тому, что все большее место в профессиональной деятельности специалиста приобретает консультативно-информационная работа не только для врачей, но и для населения [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования. Показать необходимость подготовки клинического провизора в об-