

рат анизокитного типа. Стенки клеток местами четковидно утолщенные. Кутикула слегка морщинистая. Пыльца округлая, шиповатая, трехпоровая.

Вывод. Таким образом, проведено морфолого-анатомическое изучение надземной части перспективного лекарственного сырья *Brassica napus L.* и установлены следующие диагностические признаки: клетки верхнего эпидермиса слабо извилистые; нижний эпидермис представлен клетками с более выраженной угловатой извилистостью клеточных стенок; устьица анизокитного типа многочисленные на обеих сторонах листа; на поперечном срезе стебля отмечены проводящие коллатеральные пучки открытого типа.

Список литературы

1. Гаврилин М.В., Съедин А.В., Сенченко С.П. Количественное определение веществ анти-канцерогенного действия в надземной части некоторых растений семейства Brassicaceae // Хим.-фармац. журн. – 2012. – Т. 46, № 6. – С. 32-35.
2. Съедин А.В., Орловская Т.В. Изучение углеводов травы рапса обыкновенного // Между-нар. журн. приклад. и фундамент. исследований. – 2014. – № 8. – С. 146-147.
3. Orlovskaya T.V., Sedin A.V., Malikova M.Kh. Carbohydrates from seeds of *Raphanus sativus* and *Brassica napus* // Chemistry of Natural Compounds. – 2013. – Т. 49. № 2. – С. 327-328.
4. Изучение химического состава некоторых пищевых растений, культивируемых в Ставропольском крае / Челомбитко В.А. [и др.]. // Вопросы биол., мед. и фармац. химии. – 2012. – № 4. – С. 44-47.
5. Съедин А.В., Орловская Т.В., Гаврилин М.В. Использование метода ИК-спектроскопии для экспресс – идентификации тиогликозидов в растительном сырье // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.
6. Государственная Фармакопея СССР. 11-е издание / МЗ СССР. – Вып. 1: Общие методы анализа. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.

Медицинские науки

ЖЕЛЕЗИСТЫЕ И НЕРВНЫЕ ФОРМЫ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г.,
Девдариани Х.Г., Алшынбекова Г.К.,
Дюсембаева А.Е.

*Карагандинский Государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан,
e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru;
ГУ «Областная инфекционная больница»,
Караганда, Караганда, Казахстан,
e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru*

Одно из ведущих мест в инфектологии занимает паротитная инфекция (ПИ) как у детей, так и у взрослых. Наиболее часто данная инфекция протекает с поражением слюнных (околоушных) желез, поджелудочной железы и нервной системы. Авторы в разные годы наблюдали 219 больных с ПИ, из них 42 ребенка и 177 взрослых.

Поражение околоушной подчелюстной железы регистрировались преимущественно в детском возрасте, что касается сублингвита – это прерогатива взрослых больных. Серозные менингиты встречались исключительно у детей дошкольного и раннего школьного возраста. Панкреатит у взрослых отмечался на порядок чаще, нежели у детей.

ПИ с вовлечением околоушных слюнных желез протекало в классическом варианте с благоприятным исходом. Панкреатиты и серозные менингиты, как проявление ПИ происходило на 3-5 день болезни. Исход панкреатитов также был преимущественно благоприятным, исключение составляли ряд взрослых больных, у которых процесс репарации затягивался до 1-1,5 месячного срока.

Продолжительность госпитализации больных с серозным менингитом ориентировано на 14 день. В редких случаях, течение серозного менингита осложнялась менингоэнцефалитом, что являлось критерием особой тяжести.

По неполным данным до 60% случаев заболеваемости в Казахстане имеет инфекционную природу. Одно из ведущих мест в инфектологии занимает паротитная инфекция (ПИ), актуальность которой не вызывает сомнения. Это вызвано не только её широким распространением, особенно среди детского населения, но и частым поражением нервной системы и железистых органов.

Заболевание протекает нередко тяжело, длительно, в комбинированных формах, с вовлечением нервной системы (менингиты, менингоэнцефалиты), поражением половых органов (орхиты), поджелудочной железы (панкреатиты) и других железистых органов [1, 2, 3, 4, 5].

Развитие менингита при ПИ объясняется нейрореактивными факторами и механизмами, снижающими функцию гемато-энцефалитического барьера; частыми заболеваниями, гиповитаминозом, травмами и др. [6].

В последние годы существенно изменилась возрастная структура заболеваемости. ПИ, как и многие другие, так называемые детские инфекции, «повзрослела», что неукоснительно требует к себе пристального внимания не только педиатров, но и терапевтов [7].

Цель исследования: изучение клинических особенностей железистых и нервных форм ПИ у детей и взрослых.

Дизайн исследования. Под наблюдением находились, больные госпитализированные в областную инфекционную клиническую больницу г. Караганды в разные годы. В работе использованы архивные медицинские карты стационарных больных и личные наблюдения авторов.

Результаты исследования и обсуждения. Под наблюдением находилось 219 больных с ПИ. Из них 42 ребенка до 18 лет и 177 подростков и взрослых.

Преобладающий возраст больных ПИ приходился на подростков и взрослых. Высокий уровень заболеваемости в старших возрастных

группах можно объяснить вероятным истощением или даже полным исчезновением вакцинальных антител. Достоверно высокий процент приходится на лиц мужского пола и лишь 13,2% составили девочки и женщины.

Из суммарных данных, явствует, что наиболее часто поражается околоушная слюнная железа, на втором месте стоит поражение подчелюстных и на третьем – подъязычных слюнных желез.

Менингиты серозной этиологии, как и по литературным данным, развивались в наших наблюдениях в 3,7% случаев. Анализируя распределение клинических форм в возрастном аспекте, можно отметить, что, если поражение околоушной слюнной железы было равнозначным как у детей, так и у взрослых, то поражение подчелюстной слюнной железы отмечалось чаще у взрослых, а сублингвит исключительно у лиц старше 18 лет. Наиболее уязвимый возраст при серозных менингитах – дети от 3 до 9 лет.

Орхит развивался преимущественно у больных в возрасте от 16 до 27 лет.

Паротитный панкреатит в сочетании с поражениями других органов и систем достоверно чаще отмечался у взрослых лиц. Так, поражение поджелудочной железы, по нашим данным, было у 60 (33,9%) взрослых больных и лишь у 4 (9,5%) детей.

У взрослых преобладали тяжелые формы ПИ, у детей – напротив, легкие и среднетяжелые.

ПИ обычно начиналась остро с короткого продромального периода. В процесс, как правило, вовлекалась одна околоушная железа, через 2-3 дня – другая. Одновременно с повышением температуры тела до субфебрильных, реже – фебрильных цифр, появлялись симптомы интоксикации, головная боль у 5 (11,9%), снижение аппетита – у 40 (95,2%), нарушение сна – у 21 (50%) детей.

У всех больных в первый день болезни появлялась боль в области слюнных желез, особенно выраженная во время жевания или разговора.

При пальпации слюнная железа была тестоватой консистенции, болезненна. Симптом Филатова определялся у 37 (88%) больных детей, симптом Мурсу – у 18 (42,9%).

Средняя продолжительность госпитализации детей с эпидемическим паротитом составила 14 дней.

У 6 (14,3%) больных детей последовательно или реже одновременно поражались и другие слюнные железы (подчелюстные и подъязычные). Изолированное поражение подъязычной слюнной железы встречалось исключительно редко. Субмаксиллит проявлялся припухлостью в подчелюстной области в виде округлого или удлинненно-го образования тестоватой консистенции.

У 3 (7,1%) больных на 7-10 день болезни на фоне снижения проявлений эпидемического паротита развивался серозный менингит, а у од-

ного больного (2,4%) менингит сочетался с энцефалитом. Нервная система у всех больных вовлекалась вслед за поражением слюнных желез.

Паротитный панкреатит у детей развивался обычно в сочетании с поражением слюнных желез и начинался остро с повышения температуры, синдрома интоксикации и болевого синдрома. При копрологическом исследовании отмечалось значительное повышение мышечных волокон, крахмала, жирных кислот. Течение панкреатита у всех больных было благоприятным и скоротечным, и лишь у одного больного функция поджелудочной железы восстановилась к 3-4 недели болезни.

У подростков и взрослых заболевание протекало тяжелее, нередко в комбинированных формах с вовлечением в процесс нервной системы и половых органов. Возраст больных не превышал 33 года. Если продолжительность госпитализации детей в среднем составляла 14 дней, то у взрослых она была достоверно выше и в среднем варьировала от 20 до 25 койко-дней.

Течение паротитного панкреатита у взрослых, как и у детей, было благоприятным, но болевой синдром у них был выражен значительнее. Боли носили опоясывающий характер, иррадиировали в спину и правое подреберье, у всех больных отмечалась повторная рвота. Восстановление функции поджелудочной железы отмечалось к 1-1,5 месяцам, что требовало проведения корригирующей терапии и в дальнейшем диспансерного наблюдения.

Нервные формы ПИ проявлялись вовлечением мягких мозговых оболочек. Показателем особой тяжести являлся менингоэнцефалит.

Серозный менингит начинался остро. С первых дней болезни выявлялись менингеальные симптомы. Со стороны ликвора определялся лимфоцитарный цитоз (в пределах 600-1000 клеток в 1 мкл) и незначительное повышение содержания белка (от 0,4 до 0,65 г/л), количество глюкозы и хлоридов оставалось в норме.

Вся симптоматика болезни у 100% больных укладывалась в три клинических синдрома: гидроцефально-гипертензионный, менингеальный и интоксикационный. Тяжесть состояния определялась не выраженностью интоксикационного синдрома, а ликворной гипертензией. Наиболее манифестными проявлениями болезни был менингеальный синдром.

У больных нередко наблюдалась диссоциация менингеальных знаков – при выраженной ригидности затылочных мышц симптомы Кернига или верхнего и нижнего Брудзинского были слабо выражены или вовсе отсутствовали. У трех детей школьного возраста на высоте заболевания и лихорадки отмечались кратковременные судороги, потеря сознания, психомоторное возбуждение. Быстрое исчезновение отмеченной симптоматики указывало на энцефалитическую реакцию. В анамнезе у этих де-

тей имелись указания на имеющиеся дефекты центральной нервной системы; частые простудные заболевания.

При присоединении энцефалита, кроме имеющихся менингеальных симптомов, появлялись энцефалитические знаки. Течение болезни было благоприятное и через 7-10 дней явления менингита ликвидировались. Воспалительные явления со стороны ликвора исчезали более медленно – на 3-4 неделе болезни.

Список литературы

1. Алшинбаева Г.У., Смагулова З.К., Тимченко И.В., Баймагамбетова Ж.Б. Клиническая характеристика паротитной инфекции у взрослых в г. Астана // Астана мед. журнал. – 2004. – №4. – С. 163-165.

2. Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Алтынбекова Г.К., Нургалиева Р.Т. Особенности течения паротитной инфекции в разных возрастных группах, 11. стр.58. Медицина и экология 2005 г.

3. Бегайдарова Р. Х., Стариков Ю. Г., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей. – М., ГЭОТАР – МЕДИА, 2013 – 138 с.

4. Смагулова З.К. «Современное течение паротитной инфекции и кори у взрослых». Автореферат диссертация на соиск. ст. к.м.н., – Алматы: Б.И. 2008 – 18 с.

5. Стариков Ю.Г., Идрисова З.С., Акылбекова Н.З., Джунусова В.Т. Клинические особенности паротитной инфекции в возрастном аспекте. Медицина и экология 2006, №1, с.20.

6. Учайкин В.Ф. Научные и организационные приоритеты инфекционной патологии у детей. //Педиатрия. – 2003. – №3. – С. 6-10.

7. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей. – М., ГЭОТАР – МЕДИА, 2010 – 688 с.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМВАСТАТИНА И РОЗУВОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: kuwshinka1991@mail.ru

В настоящее время имеются немногочисленные данные о фармакоэпидемиологии препаратов, в том числе гиполипидемических, но они не дают возможности выявить региональные особенности в фармакотерапии гиперлипидемии.

Материалы и методы: под наблюдением находились 118 больных ИБС с первичной изолированной гиперхолестеринемией (ГХС) или сочетанной гиперлипидемией (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет ($55,7 \pm 2,9$).

Результаты проведенных исследований: При фармакотерапии симвастатином у больных ИБС с изолированной и сочетанной ГЛП 1% снижения ХС и его фракций можно представить следующим образом: при изолированной ГХС: 1% снижения ХС составил 35,0 руб., 1% ХС ЛНП – 23,7 руб., ТГ 80,2 руб., 1%, 1% АИ – 21,4 руб. и 1% повышения ХС ЛВП – 67,46 руб., при сочетанной ГХС: 1% снижения ХС составил

38,3 руб., 1% ХС ЛНП – 26,2 руб., ТГ 57,0 руб., 1%, 1% АИ – 23,1 руб. и 1% повышения ХС ЛВП – 68,1 руб. Суммарная стоимость 8-ми недельного курса лечения составила 851,2 руб.

При фармакотерапии розувастатином – при изолированной ГХС: 1% снижения ХС составил 49,2 руб., 1% ХС ЛНП – 35,3 руб., ТГ 105,5 руб., 1%, 1% АИ – 34,6 руб. и 1% повышения ХС ЛВП – 219,6 руб., при сочетанной ГЛП: 1% снижения ХС составил 47,7 руб., 1% ХС ЛНП – 34,2 руб., ТГ 75,3 руб., 1%, 1% АИ – 33,4 руб. и 1% повышения ХС ЛВП – 141,9 руб. Суммарная стоимость составила 1603 руб.

Настоящее исследование подтвердило возможность использования дженериков наряду с оригинальными препаратами, что может позволить расширить фармакоэкономический потенциал гиполипидемической терапии.

ДИХОТОМИЯ И ОДОНТОГЛИФИКА ЗУБОВ ЧЕЛОВЕКА

Постолаки А.И.

ГУМФ «Н. Тестемицану», Кишинев, Республика Молдова, e-mail: yarushkin-vasek@mail.ru

С позиции гомологии всех небологических и биологические явлений, приводятся факты о влиянии дихотомии на рост и формирование тканей и органов в фило- и онтогенезе.

Изучение механизмов формообразования и законов изменчивости строения зубов является одной из фундаментальных задач антропологической одонтологии. Установлено, что каждый класс зубов обладает своей собственной структурой соответствующий выполняемой функции, а любой зуб представляет звено единой непрерывной морфологической цепи форм. Отличие заключено лишь в степени дифференциации зачатка в процессе роста, что генетически запрограммировано, хотя детали архитектуры подвержены индивидуальной изменчивости [1, с. 102-103]. В то же время, остается под вопросом механизм эволюционного детерминизма при слиянии борозд, тем более, что приводятся убедительные доказательства [1, с. 95] существования единой стандартной схемы повторяющихся узоров формирующих окклюзионный рельеф. По мнению [2, с. 41-61] все основные структуры и функции биообъектов имеют своего эволюционного предшественника в мире минералов, химических элементов и элементарных частиц, еще до возникновения генетического аппарата. Поэтому все небологические и биологические явления гомологичны, то есть имеют общее происхождение, варьирует только степень гомологии, в связи с тем, что новый уровень эволюции возникает путем комбинирования исходных физико-химических процессов и минеральных компонентов. Это объясняет тот факт, что, несмотря на природу происхождения, большая часть геометрических форм,