

пропущенный через фильтровальные стерилизующие пластины СФ ГОСТ 2-480-68, может храниться в стеклянной таре с притертой пробкой при температуре от 4 до 10°C около 6 мес.

Изучение выраженности противовоспалительного действия грязевого экстракта проводили в экспериментах на 20 крысах линии Wistar. Противовоспалительное действие экстрактов оценивали по их влиянию на экссудативную фазу воспаления, вызванного подкожным введением в область спины 0,1 мл флогогенного агента – формалина (2% р-р) наркотизированным эфиром животным. После введения формалина каждый час отмечали размеры воспалительного очага. Обработку грязевым экстрактом в первые сутки проводили через 2 ч, 3 ч и 4 ч после индукции воспалительной реакции, последующие сутки в утренние (11.00) и вечерние часы (16.00). Измерение воспалительного инфильтрата проводили через 1 ч, 2 ч, 12 ч, 24 ч, 36 ч, 48 ч, 60 ч и 72 ч после первого нанесения исследуемого средства. Повязку с раствором грязевого экстракта фиксировали к спине животного лейкопластырем.

В ходе проведенного исследования установлено, что изучаемый экстракт грязи оказывает выраженное ингибирующее действие на экссудативную фазу воспалительного процесса. Через 1 ч и 2 ч после нанесения область индуцированного отека уменьшилась на 20 и 30 % соответственно, тогда как на вторые сутки у 70% животных полностью исчезли признаки воспаления, у остальных 30% животных – площадь воспаления уменьшилась более чем на 50%. На 3 сутки наблюдения у 90% животных признаки воспалительной реакции полно-

стью редуцировались. На 4 сутки все животные были здоровы, тогда как в контрольной группе и группе сравнения (водный грязевой экстракт) зона воспаления уменьшилась не более чем на 40-50% по сравнению с первым днем эксперимента. Таким образом, экстракт из сульфидно-иловой грязи Астраханской области проявляет максимальный антифлогистический эффект уже к концу 3-х суток развития воспалительной реакции.

Список литературы

1. Андреева И.Н. Лечебное применение грязей / И.Н. Андреева, О.В. Степанова, Л.А. Поспехова, С.А. Тимошин. – Астрахань: изд-во Астраханской государственной медицинской академии, 2004. – 70 с.
2. Александров В.А. О механизме и сущности грязелечения // Клиническая медицина. – 1928. – № II. – С. 617-622.
3. Бальнеологическое заключение на иловую сульфидную грязь месторождения «Озеро Лечебное», разработанное ФГУ «РНЦ ВМиК Росздрава», № 14/731 от 30.11.2010.
4. Боголюбов В.М. Бальнеотерапия. Вчера, сегодня, завтра // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2002. – №1. – С.3-7.
5. Брынцева И.А., Тимошин С.А., Самотруева М.А. Санаторно-курортное лечение болезней кожи на курорте «Тинаки» // Курортные ведомости. – 2012. – № 5. – С. 34-35.
6. Гаврилов А.Е. «Тинаки» / Под научн. ред. проф. Л.А. Комаровой. – СПб.: изд. Петроградский и К°, 1997. – 144 с.
7. Казьмин В.Д. Грязелечение // Ростов-на-Дон, 2001. – 148 с.
8. Калинин С.В. Физиология грязелечения как частный случай неспецифической адаптации организма // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2003. – №4. – С. 52-54.
9. Разумов А.Н., Оранский И.Е. Природные лечебные факторы и биологические ритмы в восстановительной медицине. – М., 2004. – 295 с.
10. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А., Павлова Е.С., Ручкина А.С., Алексеенко Н.А. Современные представления о механизмах лечебного действия грязей // Актуальные вопросы грязелечения и бальнеофициотерапии. – Пермь, 2006. – С. 4-36.

Медицинские науки

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

¹Багишева Н.В., ¹Трухан Д.И.,
²Овчинников Б.Б., ³Комleva Н.Г., ⁴Быкова Е.П.,
⁵Асямолов С.В.

¹Омский государственный медицинский университет, Омск;

²Городская поликлиника №11, Омск;

³Городская больница №1, Омск;

⁴Клинический диагностический центр, Омск;

⁵Городская поликлиника №1, Челябинск,

e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), характеризуется учащенным мочеиспусканием с наличием или отсутствием ургентных позывов на мочеиспускание; увеличением частоты мочеиспусканий более 8 раз в сутки и ноктурией; отсутствием инфекции мочевых путей и других заболеваний, приводящих к учащенному моче-

испусканью [1, 2]. Существует ряд препаратов, используемых в терапии сопутствующих заболеваний, которые способствуют учащенному мочеиспусканию. К ним относятся диуретики, альфа- и бета-адреноблокаторы, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, снотворные средства, статины.

Цель исследования: оценить влияние диуретиков (гидрохлортиазида и индапамида) на клинические проявления ГМП и рассмотреть фармакологические возможности коррекции симптомов ГМП у пациенток с артериальной гипертензией (АГ).

В исследование были включены 42 женщины в возрасте от 40 до 56 лет, средний возраст составил $47,1 \pm 2,4$ года с симптомами ГМП и наличием сопутствующей АГ. Пациентки получали комбинированную антигипертензивную терапию (АГТ), включавшую гидрохлортиазид 12,5–25 мг в сутки в сочетании с ингибитором АПФ или БРА. Поскольку антигипертензивный эффект тиазидоподобного диуретика индапамида

проявляется в дозах, меньших, чем необходимо для диуретического эффекта [3, 4], пациенткам была проведена коррекция АГТ, заключающаяся в замене гидрохлортиазида на индап® (индапамид 2,5 мг) 1 раз в сутки в комбинации с ингибитором АПФ периндоприлом. До начала исследования и спустя 2 месяца приема индапа® оценивали частоту мочеиспусканий и ургентных позывов, определяли уровень калия, глюкозы и мочевой кислоты в крови, осуществляли контроль АД.

Через 2 месяца после коррекции АГТ отмечено уменьшение числа мочеиспусканий за сутки с $12 \pm 3,8$ до $10 \pm 2,7$, количество ургентных позывов с $4,5 \pm 2,3$ до $2,8 \pm 1,6$. Исходный уровень калия в сыворотке крови повысился на 2,1%, уровень глюкозы снизился на 1,8%, уровень мочевой кислоты снизился на 1,7%. Уровень АД по сравнению с исходным снизился соответственно на 6,54%/7,72%. Кроме этого, доступная для пациентов в реалиях экономического кризиса стоимость препарата индап® позволила в рамках комбинированной терапии с периндоприлом (перинева®), снизить стоимость АГТ на 30% в месяц по сравнению с комбинированными препаратами, содержащими индапамид.

«Золотым» стандартом фармакотерапии недержания мочи, обусловленной ГМП, на сегодняшний день являются М-холинолитики. Троспия хлорид (**спазмекс®**) обладает наивысшим среди М-холинолитиков средством ко всем видам М-холинорецепторов и наиболее специфичен в отношении связывания с M₂- и M₃-рецепторами, что позволяет предполагать его более высокую эффективность в ослаблении сокращений детрузора. **Спазмекс®** не проникает через гематоэнцефалический барьер и практически не вызывает побочные эффекты со стороны ЦНС и значительно реже побочные эффекты вообще (например, сухость во рту). Безопасность применения **спазмекса®** по сравнению с другими М-холинолитиками обусловлена еще и тем, что это единственный М-холинолитик, не метаболизирующийся в печени и не влияющий на ее функции (не участвует в метаболизме ферментов из группы цитохрома P-450), что предполагает возможность его безопасного применения с другими лекарственными препаратами [1, 2].

В зависимости от выраженности симптомов 35 пациенткам был назначен **спазмекс®** в дозе 5-30 мг 3 раза в сутки. После 8 недель терапии 26 пациенток указали на отсутствие ургентных позывов на мочеиспускание, у оставшихся была увеличена доза препарата до 30 мг 3 раза в сутки. Спустя 12 недель терапии лишь 2 пациентки отмечали сохранение ургентных позывов на мочеиспускание 1-2 раза в неделю.

У пациенток с ГМП и сопутствующей АГ включение индапамида в состав комбинированной АГТ вместо гидрохлортиазида сопровождается снижением частоты симптомов ГМП, улуч-

шением метаболических процессов в организме и улучшением контроля АД. Троспия хлорид является эффективным и безопасным препаратом для купирования симптомов недержания мочи, обусловленных ГМП, у пациенток с АГ.

Список литературы

1. Трухан Д.И., Викторова И.А. Болезни почек и мочевых путей // Практическая медицина. – 2011. – 160 с.
2. Трухан Д.И., Быстрова Д.А., Романов Н.А. Недержание мочи: актуальные аспекты клиники, диагностики и лечения // Справочник поликлинического врача. – 2014; 09: 54-9.
3. Трухан Д.И., Павлова Т.В., Тарасова Л.В. и др. Оптимизация лекарственной терапии артериальной гипертензии в рамках научно-исследовательской, образовательной, оздоровительной программы ПЕРСПЕКТИВА // Справочник поликлинического врача. – 2014; 01:16-203.
4. Трухан Д.И. Рациональная фармакотерапия в кардиологии сквозь призму коморбидности и лекарственной безопасности // Справочник поликлинического врача. – 2015; 01: 26-31

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Епифанцев А.В., Михайленко И.А.,
Андреева М.Г., Коваленко Е.В.

ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону,
e-mail: epifantsev.aleksandr2015@yandex.ru

У детей раннего возраста с неврологическими нарушениями способность к слуховому восприятию снижена, недостаточно сформирована реакция на звучание предметов и голосов. Ребенок затрудняется в различении неречевых и речевых звуков, звучания музыкальных инструментов, выделении лепетной и полной формы слов из речевого потока, у такого ребенка нарушено чувство ритма и слуховое восприятие. Во многих случаях у детей с несформированностью фонематического восприятия наблюдается позднее начало простой фразы и бедность активного словарного запаса, но нужно учитывать возможность патологии слуха.

Несформированность фонематического восприятия, представляющего собой сложное многомодальное нарушение, проявляется на всех уровнях языка и речи (фонологическом, лексическом, грамматическом), для таких детей характерно использование простой, аграмматичной, структурно-нарушенной фразы. Низкий уровень фонематического восприятия, имеющего в своей основе неврологическую природу, может выражаться в нечетком различении на слух фонемы в собственной и чужой речи, в недостатосности слухоречевого ритма и нарушении динамического праксиса, в многочисленных ошибках при передаче ритмического рисунка на уровне слова, в неподготовленности к элементарным формам звукового анализа и синтеза. Не случайно у детей с несформированным фонетико-фонематическим восприятием возникают за-