



**Адрес редакции:**

100008, Республика Казахстан,  
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 133  
тел.: (721-2)-51-34-79 (138)  
сот. тел. 8-701-366-14-74  
факс: 51-89-31  
e-mail: rio@kgmu.kz

Редакторы: Е. С. Сербо  
Т. М. Еремекбаев  
Компьютерный набор и верстка:  
В. Н. Архипова

**Собственник:**  
Республиканское  
государственное  
предприятие  
«Карагандинский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Казахстан  
(г. Караганда)

Журнал зарегистрирован  
Министерством культуры и  
информации  
Республики Казахстан  
14 ноября 2009 г.  
Регистрационный номер 10488-ж.

Журнал отпечатан в типографии  
КГМУ  
Адрес: г. Караганда,  
ул. Гоголя, 40, к. 226  
Тел.: 51-34-79 (128)

Начальник типографии  
Г. С. Шахметова

Подписной индекс 74609

Тираж 300 экз., объем 45,6 уч. изд. л.,  
печать Ризо. Подписано в печать  
12.02.2013. Формат 60x84 1/8

# МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

№ 1 (66) 2013

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЕЖЕКВАРТАЛЬНОМУ  
НАУЧНОМУ ЖУРНАЛУ

**Главный редактор – д. м. н. А. А. Турмухамбетова**  
**Зам. главного редактора – д.м.н., профессор И. С. Азизов**

Редакционная коллегия:

**Председатель редакционной коллегии – доктор  
медицинских наук, профессор Р. С. Досмагамбетова**

М. Г. Абдрахманова, профессор  
К. А. Алиханова, профессор  
Р. Х. Бегайдарова, профессор  
И. Г. Березняков, профессор (Харьков, Украина)  
С. К. Жаугашева, профессор  
Н. В. Козаченко, профессор  
А. Г. Курашев, доктор медицинских наук  
С. В. Лохвицкий, профессор  
Л. Е. Муравлева, профессор  
К. Ж. Мусулманбеков, профессор  
В. Н. Приз, доктор медицинских наук  
Н. В. Рудаков, профессор (Омск, Россия)  
И. А. Скосарев, профессор  
Е. Н. Сраубаев, профессор  
М. К. Телеуов, профессор  
С. П. Терехин, профессор  
Е. М. Тургунов, профессор  
М. М. Тусупбекова, профессор, ответственный секретарь  
Ю. А. Шустеров, профессор

КРОВОИЗЛИЯНИЙУ НОВОРОЖДЕННЫХ .....	190
<i>Ким Н. Б., Костылева О. А., Котов Е. А., Ныгызбаева Р. Ж., Стабаева Л. М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ .....	191
<i>Киндий Л. С., Попенко О. А., Грибанова А. В., Тарасова Ю. А., Мазяркин А. Е., Слободчикова Т. С.</i> К ВОПРОСУ О МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С СИНИЛЬНЫМ КОЛЬПИТОМ. ....	193
<i>Койчубеков Б. К., Пашев В. И., Сорокина М. А.</i> ОСОБЕННОСТИ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЭЭГ У ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ АУДИОГЕННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ.....	194
<i>Колпачкова О. В.</i> РОЛЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА - ЛАБОРАНТА. ....	196
<i>Костылева О. А., Косицын Д. Л., Ким Н. Б., Камышанский Е. К., Эди О. В.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....	197
<i>Кудабаяева Х. И., Базаргалиев Е. Ш., Карабаева А. И.</i> ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ДЕВЯСИЛА ВЫСОКОГО НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА .....	199
<i>Кудерина М. К., Ставнистая Е. В., Медешова А. Т., Ержанова Ж. С., Абдуллабекова Р. М.</i> ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ И КРИТЕРИИ ПОВЕДЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТОМ .....	201
<i>Куйкенова Д. А., Тулеутаева С. Т., Каспакова Л. А.</i> СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ .....	202
<i>Лавриненко А. В., Азизов И. С., Бисенова Н. М., Терехова В. К., Беляев И. А., Канатчикова В. А., Курабаева С. Е.</i> АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ШТАММОВ S.AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА. ....	205
<i>Лаушкина О. А., Боргуль Л. Г., Морозова Т. В., Шакабаева Р. Д.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО ФОРМИРОВАНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН .....	208
<i>Литвиненко Е. Р., Мусин Е. К., Свиридова В. В., Ибраева А. Б., Мусулманбекова М. К.</i> ПОВТОРНОЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА .....	209
<i>Литвиненко Е. Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ЗУБОВ .....	211
<i>Литвиненко Е. Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ МАЛЛИФЕР-ТЕРМАФИЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КАРИЕСОМ.....	212
<i>Любченко М. Ю., Базяк Ю. И., Смирнова О. В.</i> КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАСТРОЙСТВ .....	213
<i>Мамашалиева С. Б., Газалиева М. А., Жумабекова Б. К., Бегимова С. Д., Мазурчак О. М.</i> GINA: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ .....	215
<i>Мамашалиева С. Б., Мадиева Л. С., Газалиева М. А., Жанасова М. М., Нурамчина А. К.</i> ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ .....	219
<i>Марасулова Б. А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУРАЦИЛИНА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КОНЪЮНКТИВИТАХ У ДЕТЕЙ.....	221
<i>Марденов А. Б., Нажметдинов А. Л., Сыздыков Н. Е., Шапуров О. А., Шонтаев А. С., Ковалев П. А.</i> БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК. ....	223
<i>Марденов А. Б., Нажметдинов А. Л., Сыздыков Н. Е., Шапуров О. А., Шонтаев А. С., Ковалев П. А.</i> К ВОПРОСУ О ПЕРЕКРУТЕ ГИДАТИД МОРГАНЬИ У ДЕТЕЙ. ....	224
<i>Марденов А. Б., Нажметдинов А. Л., Сыздыков Н. Е., Шапуров О. А., Шонтаев А. С., Ковалев П. А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ. ....	226
<i>Матросова А. Р.</i> ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ. ....	227
<i>Матросова А. Р.</i> НЕЙРОФИБРОМАТОЗ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА. ....	228
<i>Матросова А. Р.</i> ЭПИДЕРМОЛИЗ БУЛЛЕЗНЫЙ У ДЕТЕЙ .....	230
<i>Медешова А. Т., Лосева И. В., Ногаева А. Н., Реметова Н. С.</i> БҰТАШЫҚ ТАУ ЖУСАН ШӨБІНЕН КӨМІР ҚЫШҚЫЛДЫ СІРІНДІНІҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ .....	231
<i>Мершенова Г. Ж., Графкина Я. В., Бобырев С. С., Вострова О. П., Доблер К. Э.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	234
<i>Мирзо Е. И., Мамашалиева С. Б., Макеева Е. В., Пак Т. П., Сариева С. С.</i> НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ НОЛИПРЕЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ .....	235
<i>Мирзо Е. И., Мамашалиева С. Б., Капенова К. К.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ .	236
<i>Молдажанова А. Г., Мусин Е. К., Ибраева А. Б., Ильинская Е. В.</i> ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИЙ ДНА ИЛИ СТЕНКИ ПОЛОСТИ ЗУБА .....	238
<i>Морозов Е. С., Бейсембаева Г. А., Канатчикова В. А., Садыкова С. Е.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ	

срастания и деформации пальцев. Характерна также дистрофия ногтей, волос, зубов. Возможны нарушения эндокринной (гипофункция щитовидной железы, гипофиза), нервной (эпилепсия, отставание умственного развития) систем. Отмечается высокая летальность в раннем детском возрасте от сепсиса, анемии, нарушения питания, в более старшем возрасте – от злокачественных новообразований кожи, пищевода, органов полости рта.

Эпидермолиз буллезный дистрофический доминантный (эпидермолиз буллезный дистрофический гиперпластический) характеризуется образованием пузырей в дерме (дерматолиз) ниже lamina densa за счет гибели опорных коллагеновых фибрилл; возможна пренатальная диагностика (по аналогии с дистрофическим полидиспластическим буллезным эпидермолизом). Тип наследования аутосомно-доминантный. Первые проявления болезни появляются в раннем детском возрасте или несколько позднее (4–10 лет). Пузыри возникают после незначительной травмы, чаще в области конечностей. Они напряженные, плотные, с серозным или геморрагическим содержимым: вскрываясь, образуют эрозивно-язвенные поверхности, заживающие медленно с образованием мягкой или келоидоподобной рубцовой атрофии вначале розового, затем белого цвета. В области суставов на месте пузырей (формируются обширные поля поражения в виде рубцовой ткани с множеством эпидермальных кист (милиумы). Симптом эпидермальной отслойки положительный. Ногти, вовлеченные в процесс, утолщены, дистрофичны. Слизистые оболочки поражаются редко. Волосы, зубы и общее развитие обычно не изменяются, однако часто отмечается ассоциация с ихтиозом, фолликулярным кератозом, гипертрихозом. Диагноз буллезного эпидермолиза основывается на клинических и гистологических данных. Возможна пренатальная диагностика заболелания. Дифференциальный диагноз в раннем детском возрасте проводят с эпидермолитическим ихтиозом, при котором доминирует кератоз; эпидемической пузырчаткой новорожденных, для которой характерно острое начало с лихорадкой, интоксикацией и воспалительными пузырями в результате некротических процессов в эпидермисе, вызванных стафилококком. У детей более старшего возраста некоторые формы буллезного эпидермолиза дифференцируют от доброкачественного буллезного пемфигоида, который отличается линейным отложением IgA вдоль назальной мембраны. Антитела к lamina densa, VII типу коллагена, пемфигоидные и др. помогают установить характер дефекта и уточнить диагностику. Прогноз для жизни большей частью благоприятный. В редких описаниях летального исхода болезни в качестве причин смерти приводят септические процессы, пневмонии, туберкулез, нефрит, карциному и саркому, стеноз пищевода, кахексию, амилоидоз. Описаны случаи развития рака кожи и слизистых на очагах дистрофического эпидермолиза.

Лечение симптоматическое. При простой форме буллезного эпидермолиза важна защита кожи от травматизации, воздействия высокой температуры, тесных одежды и обуви, а также от присоединения вторичной инфекции. Внутрь назначают витамины (А, группы В, С), фитин; пузыри вскрывают и пропитывают (не срывая покрывки) анилиновыми красителями, мазями с антибиотиками, эпителизирующими мазями. При дистрофическом эпидермолизе, помимо указанных средств, в тяжелых случаях назначают кортикостероидные препараты (1–3 мг/кг в сутки) в комбинации с антибиотиками, препараты железа, переливания эритроцитарной массы (при анемии), для ингибирования коллагеназы используют фенитоин. При стенозе пищевода – бужирование.

Таким образом, пациенты с врожденным буллезным эпидермолизом нуждаются в междисциплинарном подходе, в основе которого лежит защита чувствительной кожи от травмы с использованием разных перевязочных средств, медикаментозных и/или хирургических вмешательств с целью коррекции возможных осложнений.

**А. Т. Медешова, И. В. Лосева, А. Н. Ногаева, Н. С. Реметова**

#### **БҰТАШЫҚ ТАУ ЖУСАН ШӨБІНЕН КӨМІР ҚЫШҚЫЛДЫ СІРІНДІНІҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ**

*Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Хиия курсымен фармацевтикалық пәндер кафедрасы, Қарағанды қаласы*

Бұташық тау жусаннан дәрілік өсімдік шикізатын алу үшін объект ретінде, өндірілетін өсімдіктің жер үсті бөлігіне қызығушылық тууда.

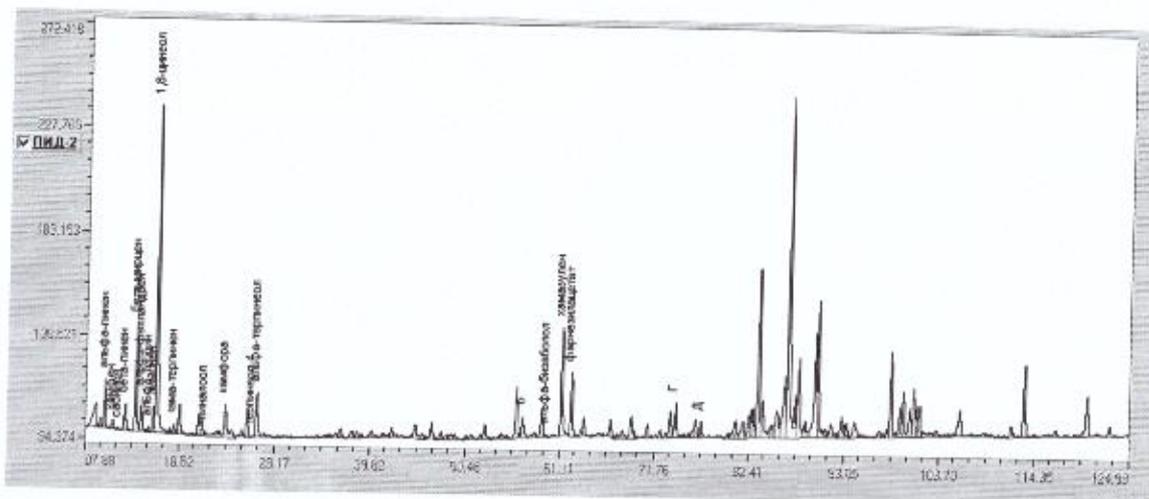
Фитохимиялық мониторинг көрсеткендегідей, бұташық тау жусан– эфир майлы өсімдік, сонымен де эфир майға, хамазуленге бай жараны жазатын препарат технологиясын жасау үшін бірінші объект болып табылады. Бірақ та, бұташық тау жусан өсімдігінің барлық жер үсті бөлігінде әртүрлі ББЗ класы, соның ішінде эфир май құрамындағы компоненттерінің көп мөлшерде құрайтындығы белгілі [1].

Бұташық тау жусанның барлық жер үсті бөлігін пайдалана отырып, аталған өсімдіктен ББЗ кешенін бөліп алуға жоғары технологияны қолдану, технологиялық өнімнің байытылған фракциясын алуда тиімді шешімдер болып табылады. Бұл қолдану кезінде уыттылығы жоқ дәрілік түр жасау үшін бұташық тау жусан шикізатынан көмір қышқылды сірінді алуда және сығылған көміртегінің диоксидімен қол жеткілікті сірінділеу әдістерін пайдалану мүмкіндігіне ие.

**Зерттеу нысандары және әдістері.** Бұташық тау жусан шөбінің CO<sub>2</sub>-сіріндісін алуда, эксперимент сериясы көмір қышқыл экстракциялаушы қондырғысында УЭ –1 жүргізілді, экстракциялау режимі қысымы 20 МПа, 50 °С температурада құрамында 1,8–цинеол, хамазулен және басқа да компоненттері

максимальды мөлшерде байытылған фракциясы алынды. Бұташық тау жусан көмір қышқылды сіріндінің құрам компоненттерін талдау әсер етуші заттардың физика- химиялық қасиеттерін ескере отырып және көмір қышқылды сіріндіге, ГСХ әдісін пайдалана отырып келесідегідей шарттармен жүргізілді: жалынды-ионизациялау детекторы (ЖИД). Ұзындығы 30 м, ішкі диаметрі 0.25 мм және пленка қалыңдығы 0.25 мкм капиллярлы колонка ZB-5 (5%-фенил-95%-диметилполисилоксан сополимері). Газ-тасымалдағыш – аргон, жылдамдығы 20 см<sup>3</sup>/мин, сутегі– 60 см<sup>3</sup>/мин, ауа – 550 см<sup>3</sup>/мин. Колонканың бастапқы температурасы 35 °С, біртіндеп жылдамдығы минутына 2 °С –тан 270 °С дейін артады. Детектор температурасы – 270 °С. Буландырғыш температурасы – 250 °С. Әрбір сынаманы 5 реттен кем емес хроматография әдісімен зерттейді.

**Зерттеу нәтижесі:** Бұташық тау жусан көмір қышқылды сіріндісінің компонентті құрам хроматограммасы сурет 1 көрсетілген.



Сурет 1- Бұташық тау жусан шөбінің көмір қышқылды сірінді

Сурет 1 келтірілген хроматограммдан көріп отырғанымыздай, бұташық тау жусан шөбінің CO<sub>2</sub> сіріндісінде терпендерге жататын 110-нан астам компонент табылған, жүргізілген талдауда 17 компонент жеке бөлініп алынды. Компоненттік құрам бойынша мәлімет кесте 1 берілген.

Кесте 1 – Бұташық тау жусанның көмір қышқылды сіріндісінің компонентті құрамы

№ р/н	Компоненттер	Ұстау уақыты, мин	Аудан, мв*мин	Мөлшері, %
1	α - түйен	10,15	0,10	0,082
2	α -пинен	10,15	0,10	0,082
3	Камфен	11,03	0,97	0,811
4	β -пинен	12,48	0,10	0,080
5	β -мирцен	13,71	0,76	0,633
Жалғасы Кесте 1				
6	α -феландрен	14,32	0,09	0,078
7	α -терпинен	15,11	0,03	0,026
8	Лимонен	15,64	0,07	0,550
9	1,8 - цинеол	16,05	1,30	1,083
10	γ - терпинен	17,97	0,09	0,071
11	α - терпинолен	19,98	0,01	0,011
12	Линалоол	21,08	0,05	0,041
13	Камфора	23,77	0,13	0,109
14	Терпинеол-4	26,24	0,20	0,168
15	α -терпинеол	27,29	0,16	0,134
16	β -эвдесмол	51,31	0,15	0,126
17	Хамазулен	62,43	0,23	0,193

Кесте 1 көріп отырғанымыздай, ішкі нормалау әдісімен есептеу барысында көп мөлшерде 1,8 – цинеол, 1 % құрайтындығы байқалды, екінші камфен – 0,81%, әрі қарай бета- мирцен, ол – 0,63% құрайды, сосын лимонен–0,55% кемиді, ал сосын хамазулен – 0,19 % құрайды. Көмір қышқылды сіріндіде хамазулен мөлшерін анықтау барысында сыртқы стандарт СЕУ– хамазулен пайдаланылды [2]. Хамазуленнің СЕУ ерітіндісінің хроматограммасы сурет 3 келтірілген.



Сурет 2- Хамазуленнің СЕУ ерiтiндiсiнiң хроматограммасы

Шарты жоғарыда сипатталынған ГСХ–талдау мәліметінде берілгендей, бұташық тау жусан шөбінің көмір қышқылды сірiндiсiндегi хамазуленнiң сандық мөлшерi 0,9 % құрайды.

Жүргізілген фармакологиялық зерттеу мәліметі бойынша бұташық тау жусан эфир майының, терпеноидты компонентті құрамында азулен құрылымды – хамазулен, жараны жазатын белсенділік көрсететіндігі айқындалған. Осы қатарға эфир майдың қабынуға қарсы белсенділік көрсететін 1,8 – цинеол, бұташық тау жусан шөбінің көмір қышқылды сірiндiсiнде сандық мөлшерi анағұрлым басқа компоненттерден жоғары екендігі дәлелденген. Бұташық тау жусан шөбінің көмір қышқылды сірiндiсi эфир майлар, сесквитерпенді лактондар, флавоноидтар, стеариндер, парафиндер, хлорофиллдер, балауыздар, органикалық қышқылдар және басқа да биологиялық белсенді класс қосылыстар компонентті құрамына бай.

CO<sub>2</sub> өсімдік сірiндiлерi өсімдік майларының құнды жоғары концентрлі липоидты қоспасы болып табылады. Кешенді фитосірiндiлер көптеген таза түрде бөлін алынған биологиялық белсенді қосылыстардан анағұрлым жұмсақ және ұзартылған әсерімен ерекшеленеді. Синтетикалық фармакологиялық препараттардан айырмашылығы өсімдік сірiндiлерi негiзінде соның ішінде, құрамында адам эволюциясы мен өсімдік табиғаты үрдісінде тиімді балансталған қажетті емдік компоненттері бар көмір қышқылды ағзаға бөгде заттар болып келетін дәрілік заттарды қолдану болып табылатын, ағзаның алмасу үрдісінде физиологиялық қалыптау әдісі ретінде қарастыруға болады.

Экспериментальды зерттеу үрдісінде көмір қышқылды сірiнді сериясы бұташық тау жусан шөбін экстракциялау үрдісін жүргізу шарттарына байланысты, жасылдан сарыға, ақшыл қызылдан күрең түске ауысып отыратын, паста тәрізді жұмсақ консистенциялы және балауыз тәрізді қатты масса. Бұташық тау жусанның көмір қышқылды сірiндiсiн алудың экспериментальды зерттеу нәтижесі әсер етуші зат хамазуленнің шығымы технологиялық факторларға (температураға, қысымға, экстракциялау ұзақтығына) тәуелділігі кесте 2 келтірілген.

Кесте 2 – Бұташық тау жусанның CO<sub>2</sub>- сірiндiсiндегi хамазуленнiң сандық мөлшерi

№ р/н	Үлгілер	Салмағы, г	Қысымы, МПа	Температурасы, оС	Экстракциялау уақыты, мин	CO <sub>2</sub> - сірiндiдегi хамазуленнiң сандық мөлшерi, %
1	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 010610	405	10	50	180	0,6
2	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 020610	265	15	50	180	0,6
3	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 030610	340	20	50	180	0,9
4	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 040610	300	25	50	180	0,01
5	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 050610	250	30	50	180	0,3
6	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 060610	290	20	60	180	0,5
7	Бұташық тау жусанның CO <sub>2</sub> сірiндiсi с. 070610	225	20	40	180	0,7

**Қорытынды:** Көмір қышқылды сіріндінің нәтижесінде көріп отырғанымыздай, фармакологиялық белсенді зат— хамазуленнің мөлшері бойынша қысымы 20 МПа, 50 °С температурадағы, экстракциялау үрдісінің ұзақтығы 3 сағат болып келетін режимі тиімді етіп алынды.

**Әдебиеттер**

1. ВФС РК 42-1618-06 от 29.09.2006. Аянии кустарничковый трава.- Алматы, 2006.- 7 с.
2. ВФС РК 42-1655-06 от 13.12.2006. Хамазулен – стандартный образец.- Алматы, 2006.- 4 с.

**Г. Ж. Мершенова, Я. В. Графкина, С. С. Бобырев, О. П. Вострова, К. Э. Доблер**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Карагандинский Государственный медицинский Университет, кафедра Общей врачебной практики №2*

Согласно данным ВОЗ за последние 20 лет во всем мире наметилась отчетливая тенденция к росту числа заболеваний печени, обуславливающих высокую смертность населения. Сегодня в мире количество больных с различной гепатобилиарной патологией превышает 2 млрд человек.

Современная программа комплексного лечения патологии печени включает два основных направления: этиотропную и патогенетическую терапию. Именно средства патогенетической терапии принято обозначать термином «гепатопротекторы». К ним относятся представители различных групп лекарственных средств, повышающие устойчивость гепатоцитов к патологическим воздействиям; усиливающие их обезвреживающую функцию и способствующие восстановлению нарушенных функций печеночных клеток.

В настоящее время в развитых странах основной медицинской идеологией является доктрина «доказательной медицины». Поэтому ответ на вопрос, является ли лекарственный препарат эффективным, могут дать лишь тщательно спланированные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ).

Силимарин. Обобщая имеющиеся данные можно констатировать, что накоплено достаточно экспериментальных данных, чтобы уверенно рекомендовать дальнейшее его изучение при хронических заболеваниях печени. Однако новые работы должны быть хорошо спланированными РКИ. Накопленных сведений не достаточно, чтобы широко применять силимарин при всех острых или хронических заболеваниях печени.

Другие растительные гепатопротекторы. Экстракт листьев артишока. Несмотря на широкое применение в качестве гепатопротектора, каких-либо доказательных исследований относительно его эффективности не имеется. Кроме того, препарат не рекомендуется использовать при желчнокаменной болезни, остром гепатите и синдроме холестаза.

К гепатопротекторам растительного происхождения относят также многокомпонентные препараты из индийских и китайских трав. Эти лекарственные средства имеют сложный состав, в связи с чем их действие недостаточно изучено, применение многокомпонентных сборов при острой патологии печени и синдроме холестаза может усугублять выраженность цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов. Кроме того, с веществами растительного происхождения напрямую связана проблема генетического полиморфизма метаболизма, ассоциированная с цитохромом P450. Межэтнический генетический полиморфизм определяет индивидуальную реакцию организма на растительные вещества. Учитывая это, можно с высокой степенью вероятности утверждать, что растения, эффективные в азиатской популяции, могут оказывать иное действие у европеоидов.

Гепатопротекторы животного происхождения (сирепар, гепадиф). В связи с недоказанной эффективностью и большой потенциальной опасностью для организма препараты этой группы в клинической практике применяться не должны и пациентов следует отговаривать от их применения.

Эссенциальные фосфолипиды. Препараты, содержащие ЭФЛ (эссенциале, энерлив), восстанавливают структуру и функции клеточных мембран и обеспечивают торможение процесса деструкции клеток. В настоящее время в клинической практике препараты ЭФЛ широко используются при токсических (особенно алкогольных) поражениях печени, неалкогольном стеатогепатите, а также для «медикаментозного прикрытия» при назначении гепатотоксичных лекарств. В то же время применение препаратов ЭФЛ при активных гепатитах требует осторожности, так как в ряде случаев может способствовать усилению холестаза и активности процесса.

Аминокислоты или их производные. Адеметионин. Метаанализ проведенных клинических исследований свидетельствует о выраженной гепатопротекторной и клинической эффективности адеметионина при холестатических заболеваниях печени, в частности при первичном билиарном циррозе, алкогольной болезни печени, хронических вирусных гепатитах, медикаментозных поражениях печени.

Витамины-антиоксиданты и витаминopodobные соединения. При заболеваниях печени чаще всего используют витамины Е и С, а также липоевую кислоту. Препарат показан и применяется при вирусном гепатите А, неалкогольном стеатогепатите, хронических токсических и алкогольных гепатитах, циррозе печени.

Препараты разных групп. В терапии заболеваний печени из препаратов разных групп наибольшее значение имеет урсодезоксихолевая кислота (УДХК). Патогенетическая терапия УДХК рекомендуется