



Вестник

ВОЛГОГРАДСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор

В.И. Петров, академик РАМН

Зам. главного редактора

М.Е. Стаценко, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.Р. Бабаева, профессор
А.Г. Бебуришвили, профессор
А.А. Воробьев, профессор
С.В. Дмитриенко, профессор
В.В. Жура, доцент
М.Ю. Капитонова, профессор
(научный редактор)
С.В. Клаучек, профессор
Н.И. Латышевская, профессор
В.Б. Мандриков, профессор
И.А. Петрова, профессор
В.И. Сабанов, профессор
Л.В. Ткаченко, профессор
С.В. Туркина (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.Б. Зборовский, академик РАМН
(Волгоград)
Н.Н. Седова, профессор
(Волгоград)
А.А. Спасов, чл.-кор. РАМН
(Волгоград)
В.П. Туманов, профессор
(Москва)
А.К. Косоуров, профессор
(Санкт-Петербург)
Г.П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П.В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Саратов)
В.А. Батурин, профессор
(Ставрополь)

4 (28)

**ОКТАБРЬ–
ДЕКАБРЬ
2008**

VOX
AUDITA LATET,
LITTERA SCRIPTA
MANET
ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

ISSN 1994-9480



9 771994 948340 >

ЛЕКЦИЯ

УДК 616.85—085.214:615.272:616—08—039.57

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СТРЕССА: ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

М. Ю. Фролов

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ

Статья посвящена лечению клинически значимых стресс-индуцированных состояний в амбулаторно-поликлинической практике. Особое внимание уделено фармакотерапии с применением дневных транквилизаторов, современных антидепрессантов и препаратов медиаторных (нейроактивных) аминокислот.

Ключевые слова: стресс, реакция на тяжелый стресс, нарушения адаптации, амбулаторные пациенты, фармакотерапия, антидепрессанты, транквилизаторы.

TREATMENT AND PREVENTIVE MANAGEMENT OF CLINICALLY SIGNIFICANT CONSEQUENCES OF STRESS IN THERAPEUTIC OUTPATIENT DEPARTMENTS

M. Yu. Frolov

The article surveys preventive maintenance and treatment of some stress-induced diseases in out-patient-polyclinic practice. The special attention is given to pharmacotherapy by day tranquilizers, modern antidepressants and drugs containing some mediator (neuroactive) amino acids.

Key words: stress, reaction to heavy stress, adjustment disorders, out-patients, pharmacotherapy, antidepressants, tranquilizers.

Неадекватность приспособительных реакций, патологический ответ человеческого организма на стрессовые воздействия, развитие в дальнейшем у значительной части населения тяжелой дезадаптации различной психической и соматической патологии — все это является одной из актуальных проблем современной клинической медицины в связи с высокой распространенностью этой патологии и недостаточной степенью контроля над клиническими последствиями стресса [3, 4].

В настоящее время выделяют [4] две группы психосоматических расстройств, отражающих разные уровни коморбидности соматической и психической патологии: психосоматические состояния и психо-реактивные состояния.

1. Психосоматические состояния:

- 1.1. Соматическая патология, амплифицированная (усиленная) конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами.
- 1.2. Соматическая патология, дублированная атрибутивными (ситуационно возникающими) соматоформными расстройствами.
- 1.3. Психическая патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств (органные неврозы).

2. Психореактивные состояния

- 2.1. Психогенные реакции (нозогении).
- 2.2. Экзогенные реакции (соматогении).

Психогенные заболевания и синдромы вследствие переживания человеком острой или хронической стрессовой ситуации в международной классификации болезней 10-го пересмотра помещены в раздел F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации».

- F43.0 Острая реакция на стресс;
- F43.00 Легкая реакция на стресс;
- F43.01 Умеренная реакция на стресс;
- F43.02 Тяжелая реакция на стресс;
- F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство;
- F43.2 Расстройство приспособительных реакций;
- F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации;
- F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации;
- F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации;
- F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций;
- F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения;
- F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации;

F43.28 Другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации;

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс;

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная.

Психосоматические заболевания (состояния). Одно из определений психосоматических расстройств — «группа болезненных состояний, проявляющихся обострением соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов — соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание» [4]. Примером может служить ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, бронхиальная астма, дерматозы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональный синдром раздраженного кишечника и др. При этом расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в узком понимании этого термина, но и значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание [1, 7]. К ним также относят психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после торакальных операций и т.д.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕССА

- **Фармакотерапия** (фармакологическая коррекция нарушенных функций).

- **Физические и комплексные реабилитационные методики:** санаторно-курортное лечение, физиотерапия, бальнеотерапия, фитотерапия, музыкотерапия и др.

- **Психотерапевтические методы,** психологическая реабилитация.

- **Предоставление информации и индивидуальная разъяснительная работа.**

Важность каждого из перечисленных пунктов общепризнанна и не вызывает сомнений [5], подобные мероприятия должны проводиться как в отношении жертв социальных, природных и техногенных катаклизмов, так и лиц, перенесших значимое стрессовое воздействие личностного или профессионального характера.

Объемы и соотношения лечебных воздействий будут зависеть от большого количества факторов: характера вредного воздействия (он может заметно отличаться в зависимости от ведущего заболевания или клинического синдрома, отдаленности воздействия по времени (стадийности процесса), индивидуальных особенностей индивида, социальных условий, в которых

находится тот или иной пациент, а также доступности качественной медицинской помощи на местах [5].

Важным методом лечебного воздействия является **психотерапия**, включающая элементы психокоррекции. Проводимая параллельно с лекарствами симптоматическая психотерапия помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, придать личностный смысл лечебному процессу. При соучастии в генезе наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения [4].

Тем не менее предпочтение отдается индивидуально подобранной медикаментозной терапии [2, 7].

Цели проводимой фармакотерапии:

Снижение риска развития осложнений и смерти от них (в том числе коррекция всех модифицируемых факторов риска и лечение сопутствующих заболеваний).

Достижение значимой динамики суррогатных критериев эффективности лечения (целевого уровня АД, снижения выраженности депрессии и/или астении, выраженности биохимических нарушений, выраженности ведущих симптомов и т.д.) у всех больных.

Минимизация или отсутствие нежелательных лекарственных эффектов.

Повышение или сохранение качества жизни.

К основным направлениям фармакотерапии следует отнести базисную терапию, дополнительное назначение психотропных лекарственных средств (ЛС) и метаболическую терапию [2, 9].

Назначение базисной терапии. Предполагает адекватное лечение основного соматического (язвенная болезнь, инфекция, атеросклероз, артериальная гипертензия и др.) и/или психического заболевания, что обеспечит снижение долгосрочных рисков негативных исходов. Так, например, кардио- и церебропротективные свойства ряда представителей основных классов сердечно-сосудистых препаратов — бета-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, статинов, антиагрегантов и некоторых других препаратов хорошо обоснованы, подтверждаются многочисленными клиническими испытаниями и признаются подавляющим большинством исследователей [2].

Назначение психотропных ЛС. Амбулаторная практика (профессиональная, социальная и другая активность) накладывают ряд ограничений на выбор ЛС. Выраженная седация и/или миорелаксация, обеднение эмоциональной сферы для человека, ведущего активный образ жизни, малопривлекательны даже на незначительный период времени. Возможные проявления нежелательных лекарственных реакций (гиперсаливация, слабость, угнетение когнитивных функций и так далее) резко снижают комплаентность, являясь причиной самовольного прекращения лечения пациентами в амбулаторной практике.

Антидепрессанты. Эффективные (мягкий тимоаналептический эффект) и безопасные ЛС последних поколений, пользующиеся высокой популярностью во всех развитых странах с высоким уровнем урбанизации и стрессорных факторов:

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):

Флуоксетин (прозак);

Сертралин (Золофт) 50—200 мг внутрь 1 раз в сут.;

Пароксетин (Паксил, Рексетин) 20—50 мг внутрь 1 раз в сут.;

Флувоксамин (Феварин) — 50 мг внутрь 1 раз в сут.

Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС): Тианептин (Коаксил).

Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН): Миансерин (Леривон).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН):

Милнаципран (Иксел) — по 100—25 мг внутрь в сутки в 2 приема.

Как эффективность, так и переносимость антидепрессантов достаточно индивидуальна. Неэффективность одного препарата не исключает эффективности другого ЛС этой же группы.

При сопутствующих заболеваниях печени (цирроз, печеночная недостаточность), а также при явлениях непереносимости антидепрессантов могут использоваться препараты медиаторных аминокислот (см. ниже) либо:

Адеметионин (Гептрал) — 400—800 мг в/в капельно или в/м, курс 2—3 нед.

Транквилизаторы. Транквилизаторы (анксиолитики) широко применяются при органических неврозах, нозогенных реакциях, протекающих с преобладанием невротических (тревожно-фобических и соматизированных) расстройств, явлениями истероипохондрии (конверсии) и нарушениями сна [4]. Используются как адъювантная терапия психосоматических состояний (психогенно спровоцированные приступы стенокардии, бронхоспастической астмы) при ургентных состояниях, сопровождающихся страхом, тревогой, паническими атаками (инфаркт миокарда, астматический статус, гипертонический криз и др.).

Различные клинические ситуации требуют дифференцированного подхода к выбору ЛС. Так, для лечения инсомнии применяют бензодиазепиновые производные:

Нитразепам (Радедорм, Эуноктин) — по 5—10 мг за полчаса до сна;

Феназепам — по 0,25—0,5 мг за полчаса до сна;

Флунитразепам по 1—6 мг за полчаса до сна.

Кроме того, можно назначить практически не вызывающие привыкания и утреннего последействия гипнотики других химических групп:

Зопиклон (Имован) — по 7,5 мг перед сном;

Золпидем (Ивадал) — по 10—20 мг перед сном.

Для лечения астеноневротических расстройств применяют дневные транквилизаторы:

Тофизопам (Грандаксин) — по 50—100 мг 1—3 раза в сут., внутрь, курс от 2 нед.;

Мебикар (Адаптол) — по 500—100 мг 2—3 раза в сут., курс от нескольких дней. Позиционируется как дневной транквилизатор-адаптоген с ноотропным компонентом.

Препараты медиаторных аминокислот. Значимый интерес вызывают возможности, присущие ряду отечественных ЛС из ряда медиаторных (нейроактивных) аминокислот, в частности, глицину, пикамилону и дибикору. Их умеренный по амплитуде мягкий постепенный эффект, отличная переносимость и невысокая цена определили им свою фармакологическую нишу, близкую к таковой у метаболических препаратов [9].

Глицин — по 0,1 г внутрь, 3 раза в сут., курс 2—4 нед.;
Таурин (Дибикор) — 0,5 г внутрь 3 раза в сут., курс 2—4 нед.;

Пикамилон — внутрь по 0,02—0,08 г внутрь 3 раза в сут., курс 1—3 мес.

В плацебо-контролируемых исследованиях по эффективности коррекции постстрессорных астенических проявлений [5] перечисленные ЛС можно расположить в следующий ряд (по возрастанию активности): плацебо > глицин > тауфон > пикамилон.

Важно отметить, что различие механизмов реализации глицина, тауфона и пикамилона делает возможным получение необходимого эффекта от альтернативного препарата при неэффективности первоначально назначенного. Полученные данные позволяют включать перечисленные аминокислоты в комплексные методы фармакологической коррекции постстрессорных нарушений [5].

Ноотропные препараты. Часто используются при лечении психосоматических расстройств. Редкое и незначительное снижение порога судорожной готовности и транзиторные нарушения сна — единственные значимые проблемы у этих ЛС, не нарушающих функции органов и систем, не вступающих в негативные взаимодействия с другими препаратами.

Пирацетам (Ноотропил, Луцетам) — 1,2—4,8 г в сут., внутрь, курс от 3 нед.;

Винпоцетин (Кавинтон Форте) — по 10 мг 3 раза в сут., внутрь, курс от 1 мес.;

Фенотропил — 200—300 мг в сут., внутрь, курс от 2 нед. до 3 мес.

Метаболическая терапия. Дополнительная возможность обеспечения и улучшения течения метаболических процессов является привлекательным способом улучшить результаты основного лечения, тем более что эти препараты, как правило, хорошо переносятся пациентами. Метаболическая терапия может быть использована как в качестве дополнительной стресс-протекции, так и в качестве самостоятельного метода, имеющего собственную доказательную базу [2, 8, 9].

Базисные ЛС (имеются в виду метаболические эффекты этих ЛС):

Мельдоний (Милдронат) — 1000 мг в сут., в/в или внутрь, курс 1 мес.;

Фенотропил — 200—300 мг в сут., внутрь, курс от 2 нед. до 3 мес.;

Церебролизин — 10—20 мл 1 раз в день, в/в, курс 10—20 дней;

Кортексин — 10 мг 1 раз в сут. в/м, курс 5—10 дней;

Таурин (Дибикор) — 0,5 г 3 раза в сутки, курс 2—4 нед.

Другие антиоксиданты и антигипоксанты (мексидол, бемитил и др.).

Участники метаболизма, витамины и витаминоподобные вещества, ЛС, содержащие омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, янтарную кислоту, плазменные дериваты и др.

Несмотря на широкое применение в реальной клинической практике, в отношении большинства этих ЛС доказательная база недостаточна — количество рандомизированных клинических исследований (РКИ) либо незначительно, либо полностью отсутствует, для некоторых существуют лишь экспериментальные доказательства эффекта [2, 9]. С другой стороны, по ряду ЛС продолжается сбор доказательств. Так, в настоящее время перспективными считаются новые препараты с нейропротективным действием, проходящие сейчас оценку в ряде РКИ. Это и новые антагонисты специфических рецепторов, а также ЛС: ламиктал, лубелузол, цитихолин и некоторые другие [4].

Важная роль в лечебном процессе описанного амбулаторного контингента принадлежит правильной организации диагностики и последующей курации. Психиатр должен выступать прежде всего в роли консультанта врачей-терапевтов и неврологов, ведущих пациентов. Возможно и оказание всего объема необходимой помощи, включающей биологическую и психотерапию [4]. В этом случае лечение проводится в условиях психиатрического кабинета поликлиники по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. — М., 2004.
2. Клиническая фармакология: Национальное руководство / Под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепехина, В. И. Петрова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
3. Оруджев Н. Я., Тараканова Е. А. // Вестн. ВолГМУ. — 2008. — № 2 (26).
4. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000.
5. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / Под ред. В. И. Покровского — М., Медицина, 2004. — С. 160—182.
6. Сергеев И. И. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2003. — Т. 5, № 6.
7. Сыркин А. Л., Добровольский А. В. // Consilium Medicum. — 2002. — Т. 11, № 4.
8. Фролов М. Ю. // Психофармакология и биологическая наркология. — 2007. — Т. 7, спец. выпуск, часть 2. — С. 1994.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИЯ

Фролов М. Ю.
КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СТРЕССА: ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА 3

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Чепурина Н. Г.
НОВЫЙ КЛАСС СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
СРЕДСТВ – ИНГИБИТОРЫ С-КОНЦЕВОГО
ФРАГМЕНТА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 7

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Петров В. И., Рогова Н. В., Рязанова А. Ю., Сергеева С. А.,
Качанова М. В., Заболотнева Ю. А., Эпштейн О. И.*
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НОВОГО КЛАССА ПЕРОРАЛЬНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ
СРЕДСТВ — «БАТИОНА» (АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ
ИНСУЛИНА) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 11

Стаценко М. Е., Шилина Н. Н.
ПРИМЕНЕНИЕ СЕРТРАЛИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА,
ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 14

Бакумов П. А., Козыренко Ю. В.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АСТРОЛИНА
(ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ИНУЛИНА) У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 17

Цуканов А. И.
ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК КАК ПЛАСТИЧЕСКИЙ
МАТЕРИАЛ ДЛЯ УРОЛОГИИ 19

*Абакумова Т. А., Спасов А. А., Тёмкин Э. С.,
Мазанова Л. С.*
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
МОДИФИЦИРОВАННОГО ГЕЛЕОБРАЗНОГО
ПРЕПАРАТА «ПОЛИКАТАН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА 23

Бажина А. А., Гнатюк В. П., Брель А. К., Озеров А. А.
РАЗРАБОТКА МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАСТВОРА
ДЛЯ УХОДА ЗА МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ 25

Симонян А. В., Саламатов А. А., Аванесян А. А.
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКИ
АКТИВНЫХ СУБСТАНЦИЙ ИЗ ПРОМЫШЛЕННЫХ
ОТХОДОВ ЯБЛОК 27

*Настаушева Т. Л., Ситникова В. П.,
Бобров М. А., Андреева С. Т.*
РАННИЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-го ТИПА У ДЕТЕЙ 30

Столин А. В.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ
ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА 34

Обраменко И. Е., Егин Е. И.
РОЛЬ МАГНИТОРЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ КИСТИ
ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ 37

LECTURE

Frolov M. Y.
TREATMENT AND PREVENTIVE MANAGMENT OF CLINICALLY
SIGNIFICANT CONSEQUENCES OF STRESS IN THERAPEUTIC
OUTPATIENT DEPARTMENTS 3

SURVEYS

Chepurina N. G.
INHIBITORS OF ANGIOTENSIN-II AT1 RECEPTOR
C-TERMINAL FRAGMENT AS A NEW CLASS OF
CARDIOVASCULAR DRUGS 7

ORIGINAL PAPER

*Petrov V. I., Rogova N. V., Ryazanova A. U., Sergeeva S. A.,
Katchanova M. V., Zabolotneva U. A., Epshtein O. I.*
COMPARATIVE EFFICACY OF A MEMBER OF THE NEW CLASS
OF ORAL BLOOD GLUCOSE-LOWERING AGENT «BATION»
(ANTIBODIES TO THE INSULIN RECEPTOR) IN PATIENTS
WITH TYPE II DIABETES 11

Statsenko M. E., Shilina N. N.
SERTRALIN EFFECTS ON AFFECTIVE DISORDERS
EXPRESSION IN CHRONIC HEART FAILURE
AND DIABETES TYPE 2 PATIENTS
DURING EARLY POST-INFARCTION PERIOD 14

Bakumov P. A., Kozyrenko Yu. V.
METABOLIC EFFECTS OF ASTROLIN
(INULIN-BASED DRUG)
IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 17

Tsukanov A. I.
THE VERMIFORM APPENDIX AS A PLASTIC MATERIAL
FOR UROLOGY 19

*Abakumova T. A., Spasov A. A., Temkin E. S.,
Mazanova L. S.*
CLINICAL EFFECT
OF MODIFIED «POLYKATAN» GEL
USED IN INFLAMMATORY PARODONTAL
DISEASES TREATMENT 23

Bajina A. A., Gnatiuk V. P., Brel A. K., Ozerov A. A.
DEVELOPMENT OF MULTIFUNCTIONAL SOLUTION
FOR SOFT CONTACT LENSES CARE
OF NEW GENERATION 25

Simonyan A. V., Salamatov A. A., Avanesyan A. A.
DRUG FORMS ON THE BASIS
OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES
FROM INDUSTRIAL APPLE WASTE 27

*Nastausheva T. L., Sitnikova V. P., Bobrov M. A.,
Andreeva S. T.*
EARLY MARKERS OF KIDNEY DISORDERS
IN CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS I TYPE 30

Stolin A. V.
SURGICAL TREATMENT OF GANGRENOUS
CHOLECYSTITIS 34

Obramenko I. E., Egin E. I.
ROLE OF MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY
IN HAND ALTERATION DIAGNOSTICS
IN PSORIATIC ARTHRITIS 37