



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)
Г. П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П. В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Москва)
В. А. Батурин, профессор
(Ставрополь)

2 (34)

**АПРЕЛЬ–
ИЮНЬ
2010**

VOX
AUDITA LATET,
LITTERA SCRIPTA
MANET

ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

ISSN 1994-9480



9 771994 948340 >

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ У ВЗРОСЛЫХ В Г. ВОЛГОГРАДЕ

А. В. Разваляева*, Н. В. Малюжинская*, Д. О. Михайлова

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ,
Лаборатория клинической фармакологии ВНЦ РАМН*

В работе приведены результаты регионального фармакоэпидемиологического исследования лекарственной терапии хронических крапивниц. Анализ назначений выявил нерациональное использование антиаллергических препаратов, а также недостаточную информированность врачей различных специальностей в отношении рациональной фармакотерапии крапивниц.

Ключевые слова: фармакоэпидемиология, хроническая крапивница, аллергические заболевания, антиаллергические препараты.

PHARMACOEPIDEMIOLOGIC STUDY OF DRUG THERAPY OF CHRONIC URTICARIA IN ADULTS IN VOLGOGRAD

V. I. Petrov, A. V. Razvalyaeva, N. V. Malyuzhinskaya

The article presents results of regional pharmacoepidemiologic research of chronic urticaria drug therapy. The analysis of therapy reveals insufficient antiallergic knowledge of rational pharmacotherapy of urticaria among doctors.

Key words: pharmacoepidemiologic study, chronic urticaria, allergic disease, antiallergic drugs.

Аллергические болезни кожи, к которым относятся в частности крапивница и ангиоотек, являются довольно распространенными и занимают второе место после бронхиальной астмы и поллиноза [10]. Эти заболевания встречаются в любом возрасте и представляют собой важную клиническую проблему, актуальность которой обусловлена как серьезным влиянием болезни на все стороны жизни пациентов, так и трудностями диагностики и лечения. По данным эпидемиологических исследований, один случай крапивницы в течение жизни отмечает 10—20 % (иногда до 25 %) населения, максимальная частота регистрируется в возрасте до 40 лет [4]. Хроническая крапивница (ХК) чаще встречается у женщин среднего возраста. Если ХК персистирует более 6 месяцев, то в последующие 10 лет ее симптомы сохраняются у 40 % больных [3, 7, 10].

В последние годы были разработаны и приняты ряд международных и национальных согласительных документов, в которых освещаются вопросы классификации, диагностики и лечения крапивницы и ангиотека (BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema, 2007; EAACI/GA2LEN/EDF guideline, definition, classification and diagnosis of urticaria, 2006; EAACI/GA2LEN/EDF guideline: management of urticaria, 2005; Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек», 2007) [1, 5, 8, 9]. Несмотря на принятие этих документов, реальная клиническая практика лечения больных с этой патологией существенно не изменилась. До настоящего времени отсутствует систематизированная информация о структуре потребления лекарственных средств при ХК, мотивах, обо-

снованности и приоритетах их назначения. Имеющиеся данные о структуре и длительности назначения лекарственных средств носят разрозненный и противоречивый характер. При этом одной из возможностей фармакоэпидемиологии является оценка особенности использования лекарственных средств, в частности, степень следования врачей имеющимся рекомендациям, и на основании полученных данных разработка программы рационального использования лекарственных средств.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение практики назначения врачами различных специальностей антиаллергических препаратов в соответствии с данными первичной медицинской документации.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в дизайне фармакоэпидемиологического ретроспективного аналитического исследования по данным 272 историй болезни пациентов в возрасте 18—50 лет с верифицированной ХК. Анализ подлежали все истории болезни пациентов с ХК, госпитализированных за 2008 год в отделения терапевтического профиля. В случае если история болезни соответствовала критериям включения в исследование, данные из нее переносились в индивидуальную регистрационную карту (ИРК). В ИРК содержались вопросы, касающиеся формулировки диагноза, сопутствующих аллергических и неаллергических заболеваний, тактики лечения больных врачами различных специальностей (аллергологов-иммунологов, терапевтов, дерматологов), наблюдавших пациентов

во время стационарного лечения по поводу ХК, а также рекомендаций, которые получали больные после выписки из соответствующего стационара.

Все полученные результаты были обработаны с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel 2007» и STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA). Результаты исследований обрабатывали методами математической статистики путем расчета среднего арифметического (M), стандартной ошибки среднего значения (m), относительными (%) частотами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил ($32,2 \pm 1,3$) года. Среди больных с хронической крапивницей, истории болезни которых были включены в исследование, 74 % составляли женщины и 26 % — мужчины.

Анализ данных, отражающих применение современной классификации крапивниц, предложенной Российским национальным согласительным документом «Крапивница и ангиоотек» (2007) [1] показал, что только в 35,6 % случаев пациентам, включенным в исследование, был выставлен диагноз «хроническая крапивница» и только в 10,3 % случаев указывалась степень тяжести заболевания. На долю диагнозов, не соответствующих современным Российским и международным рекомендациям приходится 64,4 % историй болезни: у терапевтов в 86,7 % случаев встречается «иная» формулировка диагноза («состояние после аллергической реакции по типу крапивницы», «аллергическая реакция по типу крапивницы»), у дерматологов — в 4,5 % случаев («крапивница»), у аллергологов — в 8,8 % случаев («рецидивирующая крапивница» без указания формы крапивницы) (рис. 1).

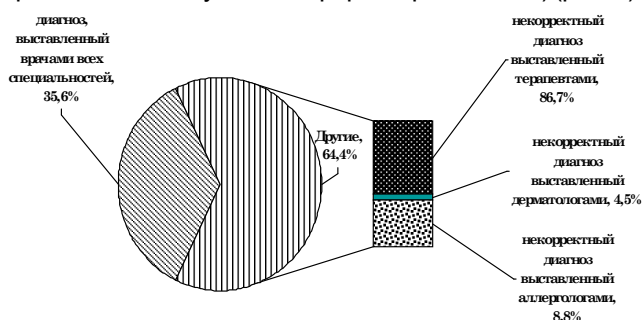


Рис. 1. Частота встречаемости различных формулировок диагноза «хроническая крапивница»

При проведении общеклинического обследования у подавляющей части больных были выявлены сопутствующие аллергические и неаллергические заболевания. В большинстве случаев ХК была ассоциирована с аллергическим ринитом (АР) (52,94 %), дисбактериозом (39,71 %) и хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori* (37,87 %), терапия которых, по данным историй болезни и преды-

дущего анамнеза, не приводила к видимому улучшению состояния.

Лечение пациентов с ХК проводят, придерживаясь принципов ступенчатого подхода [7, 9]. В этом случае препаратами первого ряда являются Н1-антигистаминные лекарственные средства (ЛС), которые к тому же являются единственной патогенетически обоснованной группой препаратов, безусловно рекомендованной для лечения данной группы больных. При этом предпочтение должно быть отдано препаратам 2-го поколения (АГП), которые не обладают седативным действием и не утрачивают свою фармакологическую активность при длительном использовании [2]. Кроме того, в Российском национальном согласительном документе «Крапивница и ангиоотек» (2007) предложен ступенчатый подход к выбору средств для лечения ХК, основанный на принципах доказательной медицины [1].

При анализе назначаемых лекарственных препаратов, выявлено, что частота назначения АГП 2-го поколения при ХК составила 19 % среди врачей терапевтов, 26,3 % — среди дерматологов, 100 % — среди аллергологов-иммунологов.

При анализе частоты назначения различных АГП 2-го поколения установлено, что наиболее часто применялись цетиризин (85,5 % назначений), лоратадин (8,9 %), дезлоратадин (4,6 %), другие АГП 2-го поколения — менее 1 % (рис. 2).

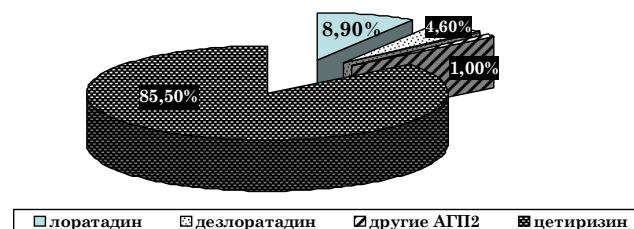


Рис. 2. Спектр назначения антигистаминных препаратов 2-го поколения

В соответствии с национальными и международными рекомендациями, длительность терапии ХК АГП 2-го поколения должна быть не менее 3 месяцев [5, 7]. Длительность курса терапии АГП 2-го поколения для лечения ХК, согласно данным истории болезни, составила в среднем: у терапевтов — 3,6 дня, у аллергологов — 14 дней, у дерматологов — 5,8 дней. По результатам рекомендаций выписных эпикризов было выявлено, что для долговременного контроля над симптомами ХК АГП 2-го поколения назначались в среднем аллергологами-иммунологами стационара на 1,7 месяца (у 56,4 % больных), дерматологами и терапевтами длительная терапия АГП 2-го поколения не назначалась вообще (рис. 3).

Надо отметить, что при лечении ХК вне зависимости от специальности врача и степени тяжести крапивницы, назначаемые средние суточные дозы АГП 2 поколения соответствовали рекомендуемым терапевтическим дозам.

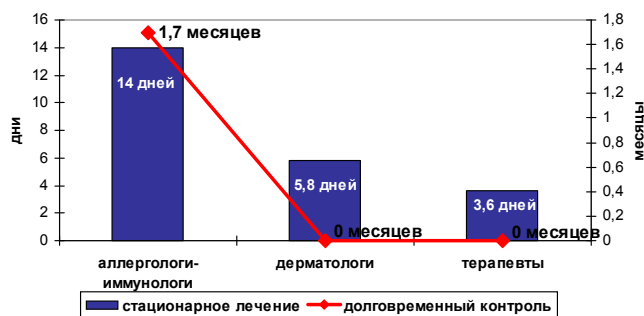


Рис. 3. Длительность терапии больных ХК антигистаминами 2 поколения

Согласно национальным и международным рекомендациям, вопрос о назначении парентеральных форм АГП 1-го поколения может быть рассмотрен в случае наличия тревожных состояний и обострении заболевания в ночное время [1, 5, 9]. Анализ полученных результатов выявил, что наиболее часто и в одинаковом проценте случаев (по 44 %) назначались хлоропирамин и клемастин. В числе оставшихся 12 % назначались дифенгидрамин, хифенадин, мебгидролин. В 89,8 % случаев использовались парентеральные формы, перорально препараты были назначены в 10,2 % случаев, при этом дозы назначаемые *per os* были значительно ниже рекомендованных терапевтических.

Также врачами всех специальностей отмечено совместное с АГП 1-го поколения назначение гидроксизина (атаракс) длительностью до 14 дней в средней терапевтической дозе, что является нерациональным при лечении ХК.

Длительность курса терапии АГП 1-го поколения составляла: у дерматологов — 8,6 дней, у аллергологов — 5,6 дней, у терапевтов — 5,8 дней.

В 10,6 % случаев врачами дерматологами было рекомендовано пероральное применение хлоропирамина после выписки из стационара с средним на 7 дней.

Системная фармакотерапия глюкокортикостероиды (ГКС) должна рассматриваться как терапия острых состояний и неэффективность терапии АГП 2-го поколения, ее применение при ХК должно быть тщательно обосновано с учетом сопоставления ожидаемой пользы и возможных нежелательных эффектов [1]. До настоящего времени еще не опубликованы результаты рандомизированных клинических исследований лечебной эффективности ГКС при ХК.

При анализе историй болезни выявлено, что назначение системных ГКС осуществлялось в условиях стационара врачами всех специальностей, с целью достижения быстрого противовоспалительного и иммуносупрессирующего эффекта. Обращает на себя внимание нерациональное использование системных ГКС врачами всех специальностей: нет оценки степени тяжести ХК, оценки эффективности и специфичности предыдущей терапии. Врачами всех спе-

циальностей чаще всего использовался преднизолон (54,6 %), несколько реже дексаметазон (43,4 %). В 26,8 % случаев отмечено совместное назначение преднизолон и дексаметазон в максимальных суточных дозах при описанной средней степени тяжести ХК. Длительность курса терапии системными ГКС составила в среднем 6,9 дней.

При анализе историй болезни выявлено, врачами дерматологами в 28,3 % случаев назначаются мембраностабилизирующие препараты (кетотифен). Длительность курса кетотифеном составила 15,6 дней. С точки зрения доказательной медицины и рационального использования ЛС, назначение данной группы препаратов при ХК может рассматриваться в случае холодовой крапивницы [6], в остальных случаях является нерациональным.

Топические ГКС (ТГКС) для терапии ХК назначались врачами различных специальностей в 26,3 % случаев, без видимой связи с тяжестью заболевания и показаний к их назначению. Установлено, что самым часто назначаемым врачами аллергологами-иммунологами и терапевтами ТГКС является метилпреднизолон ацепонат (адвантан) — 38,5 % назначений. Второе место в структуре назначений ТГКС занимает преднизолоновая мазь — 26,4 %. Частота назначения других ТГКС составила: для бетаметазона дипропионат+клотримазол+гентамицин (тридерм) — 16,3 %, бетаметазон (целестодерм) — 12,6 %, флуоцинолона ацетонида (синаflan) — 9,6 %, мометазона фуроат (элоком) — 8,6 %. Длительность курса для ТГКС составила 12,3 дня.

Также было отмечено назначение врачами дерматологами димедроловой мази в 96,7 % случаев, фенистил-геля (2,3 %), врачами терапевтами — дерматолового крема (36,8 %), крема с анестезином (3,8 %), то есть тех лекарственных средств, которые не рекомендованы и не имеют патогенетического значения для терапии ХК.

Обращает на себя внимание частое назначение глюконата кальция (86,7 %) курсом 12 дней, тиосульфата натрия (89,8 %) курсом 10 дней, гипосульфата натрия (23,6 %), раствора перманганата калия для перорального приема (76,2 %) курсом до 14 дней, парентерального применения витамина В6 (56,2 %), В1 (43,6 %) курсом до 10 дней, а также сантиметровой микроволновой терапии (СМВ-терапии) на область проекции надпочечников — 26,7 %, иглорефлексотерапии. Эти рекомендации даны врачами дерматологами, но не имеют доказанной эффективности при терапии ХК.

Особую патогенетическую значимость для поддержания и/или прогрессирования симптомов ХК имеет целый ряд сопутствующих заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта [4]. Они не только поддерживают аллергический воспалительный процесс в коже, но и могут являться его причиной. Поэтому устранение этих факторов является необхо-

димым и неременным условием, обеспечивающим длительный контроль над симптомами ХК. Российскими рекомендациями по терапии ХК в качестве средств, уменьшающих аллергическое воспаление кишечной стенки и понижающих проницаемость кишечного барьера, рекомендованы энтеросорбенты. Назначение данных групп препаратов позволяет снизить поступление высокомолекулярных соединений в системный кровоток, тем самым косвенно уменьшить выраженность и объем кожного поражения. Энтеросорбенты для лечения ХК назначались в 68,7 % случаев. Анализируя частоту назначения различных энтеросорбентов, установили, что наиболее часто из них применялись полисорб (в 48,2 % случаев), лактофильтрум (45,8 %), на долю фильтрума, энтеросгеля, смекты, угля активированного пришлось всего 6 % назначений. Выявлены различия в степени участия врачей разных специальностей к назначению энтеросорбентов при ХК. Так, чаще всего данная группа ЛС назначалась аллергологами стационара (92,7 %). Реже энтеросорбенты назначали терапевты (25,8 %) и дерматологи (19,4 %).

В историях болезни больным с ХК врачами были даны рекомендации по поводу заболевания (письменное свидетельство). Перечень таких мероприятий был стандартный: гипоаллергенный режим, включающий соблюдение гипоаллергенной диеты (86 %), элиминацию домашней пыли (54 %), меры по уменьшению контакта с аллергенами домашних животных (43 %), рекомендации по уменьшению воздействия крайних значений температуры и влажности (38,9 %) и в 25,3 % — рекомендации по выбору постельных принадлежностей и одежды.

Согласно международным и Российским согласительным документам всем пациентам с ХК необходимо назначение гипоаллергенной диеты с исключением из рациона питания гистаминолибераторов, продуктов, содержащих гистамин и тирамин, а также ксенобиотиков, как минимум на 3—6 месяцев [1, 5, 9]. Данные рекомендации без указания сроков соблюдения диеты были даны аллергологами-иммунологами в 89,6 % случаев, терапевтами — в 76,3 %, дерматологами — в 3,1 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при анализе назначения лекарственных средств у пациентов с хронической крапивницей выявлено, что к наиболее типичным ошибкам фармакотерапии антиаллергическими препаратами хронической крапивницы относятся:

- необоснованно малое использование антигистаминных препаратов 2-го поколения,
- сокращение длительности лечения противоаллергическими препаратами,
- назначение препаратов, приводящих к субъективному улучшению состояния больного, но не позволяющих объективно достигнуть выздоровления (кетотифен, топические кортикостероиды),
- использование препаратов и методов лечения с недоказанной клинической эффективностью (глюконата кальция, тиосульфата натрия, гипосульфата натрия, раствора перманганата калия для перорального приема витамина В6, В1, СМВ терапии на область проекции надпочечников, иглорефлексотерапии).

Все это требует проведения большего количества образовательных программ для врачей различных специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек». Рекомендации для практических врачей / Под общей ред. И. С. Гущина, М.: «Фармфрус Принт Медиа», 2007. — 128 с.
2. Black A. K., Greaves M. W. // Clin. Allergy Immunol. — 2002. — Vol. 17. — P. 249—286.
3. Greaves M. W. Chronic idiopathic urticaria. // Curr. Opin. Allergy. Clin. Immunol. — 2003. — Vol. 3. — P. 363—368.
4. Kaplan A. P. // N. Engl. J. Med. — 2002. — Vol. 346. — P. 175—179.
5. Powell R. J., Du Toit G. L., Siddique N., et al. // Clinical and Experimental Allergy. — 2007. — Vol. 37. — P. 613—650.
6. St-Pierre J. P., Kobric M., Rackham A. // Ann. Allergy. — 1985. — Vol. 55. — P. 840—843.
7. Tedeschi A. // Am. J. Clin. Dermatol. — 2003. — Vol. 4. — P. 297—305.
8. Zuberbier T., Bindslev-Jensen C., Canonica W., et al. // Allergy. — 2006. — Vol. 61. — P. 316—320.
9. Zuberbier T., Bindslev-Jensen C., Canonica W., et al. // Allergy. — 2006. — Vol. 61. — P. 321—331.
10. Zuberbier T., Greaves M. W., Juhlin L., et al. // J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. 2001. — Vol. 6. — P. 123—127.

Контактная информация:

Развалаева Анжелика Викторовна — к. м. н., ассистент курса клинической аллергологии ФУВ кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ, заведующая лабораторией клинической фармакологии ГУ Волгоградский научный центр РАМН, e-mail: angelvr@yandex.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИЯ

Крамарь О. Г., Савченко Т. Н.
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

3

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Крамарь Л. В., Хлынина Ю. О.
ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Петров В. И., Rogova Н. В.,
Ледяев Я. М., Сердюкова Д. М.
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ПРОИЗВОДНЫМИ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ НА ЕМКОСТЬ
ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПЕЧЕНИ (ИЗОФЕРМЕНТ
CYP2C9) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2
В ВОЛГОГРАДЕ

14

Петров В. И., Сабанов А. В.,
Голубев Н. А., Михайлова Д. О.
РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НА ОСНОВАНИИ
ДАННЫХ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА

17

Заячникова Т. Е., Леденев Б. Б., Бурзак И. Н.,
Сафанеева Т. А., Ледяев М. Я.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ

22

Мареев Д. В.
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ
АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

23

Рябуха А. Ф., Сучков Е. А., Мекеня А. В.,
Дьякова Е. В., Ковалев Д. Г., Смирнова Л. А.
РАЗРАБОТКА МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО
ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОГЕННЫХ АМИНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ
В СТРУКТУРАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС

25

Сабанов В. И., Иваненко В. В.
АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

31

Арсеньев А. А., Макаров В. К. (Тверская ГМА)
ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

35

Разваляева А. В., Малюжинская Н. В., Михайлова Д. О.
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ У ВЗРОСЛЫХ В
ВОЛГОГРАДЕ

37

Спиридонов Е. Г., Акинчиц А. Н.,
Антонов Ю. В., Панина А. А.
ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ
С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

39

LECTURE

Kramar O. G., Savtchenko T. N.
HOSPITAL INFECTIONS

3

SURVEYS

Kramar L. V., Hlynina U. O.
SICKLY CHILDREN: PROBLEMS AND WAYS OF SOLVING THEM

15

ORIGINAL PAPER

Petrov V. I., Rogova N. V., Ledyayev Y. M., Serdukova
D. M.
INFLUENCE OF LONG TERM THERAPY
WITH SULPHONYLUREA DERIVATIVES
ON THE CAPACITY OF THE HEPATIC CYP2C9
ENZYME SYSTEM OF DRUG BIOTRANSFORMATION
IN DIABETIC TYPE II PATIENTS IN THE CITY
OF VOLGOGRAD

14

Petrov V. I., Sabanov A. V.,
Golubev N. A., Mihaylova D. O.
DEVELOPMENT OF METHODOLOGY PROGNOSTICATION
OF DRUGS CONSUMPTION FOR TREATMENT
OF THE BRONCHIAL ASTHMA BY MEANS OF THE
PHARMACOEPIDEMOLOGICAL ANALYSIS O
N THE BASIS OF THE PERSONIFIED ACCOUNT DATA

17

Zayachnikova T. E., Ledenev B. B., Burzak I. N.,
Safaneeva T. A., Ledyayev M. Y.
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS
OF PATHOLOGICAL CONDITIONS
IN NEWBORNS

22

Mareev D. V.
CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS
OF ABDOMINAL SEPSIS

23

Rjabuha A. F., Suchkov E. A., Mekenja A. V.,
Djakova E. V., Kovalev D. G., Smirnova L. A.
DEVELOPMENT OF A METHOD FOR QUANTIFICATION
BIOGENE AMINES AND THEIR METABOLITES
IN RATS BRAIN STRUCTURES

25

Sabanov V. I., Ivanenko V. V.
THE AUTOMATED SYSTEM
OF MONITORING MEDICAL AID QUALITY
IN IN-PATIENT MEDICAL INSTITUTIONS

31

Arsenyev A. A., Makarov V. K.
STUDY OF IMMUNOREACTIVITY
IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS
AND PROSTATE CANCER

35

Razvalyaeva A. V., Malyuzhinskaya N. V., Mihailova D. O.
PHARMACOEPIDEMOLOGIC STUDY
OF DRUG THERAPY OF CHRONIC URTICARIA
IN ADULTS IN VOLGOGRAD

37

Spiridonov E. G., Akinchits A. N.,
Antonov A. V., Panina A. A.
CHANGES OF SOME INDICATORS
OF IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH FOCAL
HEPATIC LESIONS

39