

- *База знаний*

База знаний представляет собой структуры и параметры прогностических моделей, а именно:

- алгебраические модели, отражающие взаимосвязь уровней стоматологической заболеваемости в отдельных административных единицах и в регионе в целом;

- модели временных трендов, отражающих тенденции развития заболеваемости в отдельных административных единицах и в регионе в целом;

- искусственные нейронные сети, позволяющие прогнозировать развитие заболеваемости;

- *Модуль формирования протокола анализа.*

В данном модуле осуществляется формализация полученных результатов анализа и прогноза и формируется протокол отчета в форме: «Согласно..., предполагается, что ...».

- *Модуль формирования базы знаний.*

База знаний формируется под управлением интерфейса путем использования базы данных, а именно:

- алгебраические модели идентифицируются посредством применения линейного и нелинейного, парного и множественного регрессионного анализов;

- дифференциальные модели идентифицируются методами численного дифференцирования и регрессионного анализов;

- искусственные нейронные сети идентифицируются после получения латентных значений;

- *Интерфейс параметров прогноза по параметрам.*

В данном модуле осуществляется диалог с Лицом Принимающим Решение (ЛПР) на предмет задания им таких параметров прогноза как:

- время прогноза; - характер прогноза (абсолютные или относительные единицы):

- *Модуль формирования вариантов прогноза.*

Здесь, на основании заданной информации в интерфейсе параметров прогноза, формируются наиболее и наименее вероятные варианты прогноза динамики уровней определенной заболеваемости с вычислением значений коэффициентов уверенности на определенный промежуток времени.

- *Модуль формирования протокола анализа.*

Данный модуль предназначен для формирования результатов в определенные форматы протокольной информации итогов анализа под управлением дружественного интерфейса и передачи информации: на печать, в файл или на экран монитора.

**МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ
ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ
ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА
ПРИМЕНЯЕМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ**

Касаткина Т.И., Кирилочев О.О.

*Кафедра клинической фармакологии
с курсом клинической аллергологии
и фитотерапии ГОУ ВПО АГМА Росздрава,
Россия*

Бронхиальная астма является одним из самых распространенных аллергических заболеваний у детей. Несмотря на изученность данной патологии, в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости в детской популяции и тяжёлому её течению.

Несмотря на многочисленные попытки улучшить качество оказания медицинской помощи детям с респираторными аллергиями, остается ряд нерешенных вопросов. Основная цель мирового сообщества детских аллергологов – достижение и поддержание контроля над бронхиальной астмой. Однако при назначении ребёнку необходимой фармакотерапии внимание специалистов должно уделяться не только ожидаемой эффективности, но и безопасности применяемых лекарственных препаратов.

Известно, что многие лекарственные препараты, применяемые для базисного и симптоматического лечения бронхиальной астмы, являются липофильными, следствием чего становится необходимость их биотрансформации в печени. Поэтому в метаболизме данных лекарственных средств в системе цитохрома P450 непосредственное участие принимает глутатион, т.е. мы можем говорить о его детоксицирующей функции.

Лекарственные препараты, применяемые при бронхиальной астме, имеют ряд побочных эффектов. Недостаточная ферментативная активность печени может привести к нарушению их метаболизма, накоплению и, как следствие, к появлению нежелательных побочных реакций.

С помощью метода определения уровня восстановленного глутатиона цельной крови возможна заблаговременная оценка функции печени и участия её в метаболизме лекарственных препаратов, позволяющая вовремя корректировать назначаемую фармакотерапию и уменьшить частоту развития возможных побочных эффектов.

Цель исследования: на основании лабораторного исследования восстановленного глутатиона крови изучить возможные изменения метаболизма лекарственных препаратов, применяющихся для патогенетической терапии бронхиальной астмы у детей.

Объект исследования: дети с бронхиальной астмой, получающие базисную и симптоматическую терапию.

Метод исследования: клинический мониторинг, лабораторное определение уровня восстановленного глутатиона крови путём титрования по методу Вудворта-Фрея.

Результаты исследования: проведено динамическое исследование уровня восстановленного глутатиона у 55 детей, страдающих бронхиальной астмой в различные периоды заболевания. Возраст детей от 5 до 18 лет. Половая принадлежность детей распределилась примерно одинаково.

Диагноз бронхиальная астма atopического генеза интермиттирующая форма был поставлен 7 больным (13,7%), легкая персистирующая бронхиальная астма 8 больным (14,5%), средней степени тяжести 25 больным (45,4%) и тяжелая форма бронхиальной астмы – 15 больным детям (27,2%).

Все дети получали необходимую стандартную фармакотерапию.

Препаратами выбора при лёгкой интермиттирующей бронхиальной астме была группа короткодействующих β_2 -адреномиметиков.

Препаратами выбора при лёгкой персистирующей бронхиальной астме была группа стабилизаторов мембран тучных клеток.

При среднетяжёлой форме бронхиальной астмы основу терапии составили ингаляционные глюкокортикостероиды.

При тяжёлой форме бронхиальной астмы стандартом фармакотерапии явилась комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов с β_2 -агонистами длительного действия. Большинству больных удалось достигнуть контроля над заболеванием, однако четверть больных была госпитализирована повторно.

Часть больных с разными формами заболевания в качестве симптоматической терапии получали препараты теофиллина.

В результате динамического исследования уровня восстановленного глутатиона крови были выявлены следующие закономерности. Снижение данного показателя коррелировало с тяжестью заболевания, а также имело чёткую связь с длительностью заболевания. Это связано, во-первых, с количеством назначаемых лекарственных препаратов, во-вторых, с давностью заболевания, а следовательно, с длительностью получения метаболизирующихся в печени лекарственных препаратов.

Дети, получающие препараты теофиллина, имели чёткую тенденцию к снижению уровня глутатиона на время лечения данной группой лекарственных средств. Это связано с активным участием цитохрома P450 и глутатиона, в метаболизме этого лекарственного препарата в печени.

Выводы: динамическое исследование уровня глутатиона у детей, страдающих бронхиальной астмой, позволяет заблаговременно оценить состояние метаболизма лекарственных препаратов в печени и своевременно произвести коррекцию терапии, выявить детей с риском развития побочных эффектов, уменьшить частоту их возможного развития.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА СТРУКТУРУ СУБЪЕКТИВНЫХ ЖАЛОБ В ХОДЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Кашкина Е.И., Листишенкова Ю.В.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава
Саратов, Россия.

Цель. Изучить влияние показателей психологического профиля личности больных хроническим билиарнозависимым панкреатитом на структуру субъективных жалоб в ходе проводимого лечения.

Материалы и методы. Был использован СМОЛ – сокращенный вариант Минесотского многофакторного личностного опросника, позволяющий оценить профиль личности по нескольким шкалам. С помощью опросника СМОЛ опрошено 100 пациентов с хроническим билиарнозависимым панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в двух крупных клиниках г.Саратова (Областная Клиническая Больница и 3-я Городская Клиническая Больница). Возраст пациентов варьировался от 18 до 70 лет. Среди опрошенных преобладали женщины (69 %) с длительностью заболевания более 7 лет. Для оценки влияния психологического профиля личности на структуру жалоб пациенты были разделены на группы с нормальными оценками по шкалам психологического профиля личности, с повышенными оценками по шкалам истерии, паранойяльности и гипомании (1 группа) и повышенными оценками по шкалам депрессии и психастении (2 группа).

Результаты. Данные анализа объективного обследования исследуемых групп носили сопоставимый характер. При УЗИ поджелудочной железы у пациентов отмечалась неоднородность структуры, повышенная эхогенность и нечеткие контуры. Уровень α -амилазы мочи и панкреат-амилазы крови колебался в пределах нормы во всех группах обследуемых. При изучении соотношений частоты встречаемости различных жалоб при поступлении в стационар, результаты в обследуемых группах так же были сопоставимы. Так, болевой синдром встречался у 55,7% и 57,2% в первой и второй