

com/~prime8/Orwell/patee.html **3.** Jefferson D.T.O. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ* 1996; 313: 275-283. Also available at <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/313/7052/275#F07> **4.** Finucane M.M., Stevens G.A., Cowan M.J. et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9,1 million participants. *The Lancet*, 2011; Vol. 377(9765): 557-567. **5.** Oshakbayev K.P., Abylaiuly Zh., Amanov T.I. Prime risk factor of cardiovascular diseases: epidemiologic study in Kazakhstan. *EurAsian Journal of BioMedicine* 2008; Vol.1(7): 13-16. Also available at www.biomedjournal.com **6.** Hall G. ed. *How to write a paper*. London: BMJ Books, 1996. **7.** The Emerging Risk Factors Collaboration. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *The Lancet* 2011; Vol. 377(9771): 1085-1095. **8.** Greenhalgh T., Taylor R. How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; 315: 740-743. **9.** Oshakbayev K.P., Nersesov A.V., Izatullayev E., et al. Correlation between body fat mass and nonalcoholic fatty liver disease. *Medical and Health Science Journal*, 2011; Vol.6: 60-67. **10.** Albert T. The problem with writing. *BMJ* 2002; 325: S180. **11.** Oshakbayev K., Abylaiuly Zh., Zhumabekova B.K., Gazaliyeva M.A., Dukenbayeva B.A., Oshakbayev P. Prime risk factor of cardiovascular diseases and Weight loss program in the Kazakh population: a Panel study. *Journal of Medical and Biological sciences (Scientific Journal International)* 2012; Vol.5, Iss. 1: 75-82. – http://www.scientificjournals.org/current_issue.htm. **12.** Docherty M., Smith R. The case for structuring the discussion of scientific papers. *BMJ* 1999;318:1224-5. **13.** The *Lancet*. About protocol reviews. www.thelancet.com **14.** Thompson D.F. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573-576. **15.** Smith R. Beyond conflict of interest. *BMJ* 1998; 317: 291-292.

ТҰЖЫРЫМ

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖУРНАЛДАРДА ҒЫЛЫМИ-ЗЕРТТЕУ МАҚАЛАСЫН ҚАЛАЙША ДАЙЫНДАП ЖӘНЕ ОНЫ ЖАРИЯЛАУ?

К.П. Ошақбаев, А. Kenneth, Б.К. Жумабекова, М.А. Газалиева, А.Ш. Сейсенбаев, А.Х. Джаксыбаева, Б.А. Дукенбаева, Т.С. Султангазиев

«Республикалық жедел медициналық жәрдем ғылыми орталығы» АҚ,

«Ұлттық медициналық орталық» АҚ, Астана с. Медициналық университеті, Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті, Трансляциялық және дәлелдеу медицинасы институты

Бұл мақалада қалайша ғылыми-зерттеу мақаласын дайындап және оны халықаралық журналдарда жариялау жағдайын зерттеп бақыланған. Қалайша халықаралық редакторлармен байланысып, олардың қандай мақалаларға көңілдері бұрылатындықтары, және де өз авторлық мақалаларының деңгейін көтеру жолдары көрсетілген

SUMMARY

HOW TO WRITE A RESEARCH PAPER IN MEDICINE AND GET IT PUBLISHED IN INTERNATIONAL JOURNALS?

K.P. Oshakbayev, A. Kenneth, B.K. Zhumabekova, M.A. Gazaliyeva, A.Sh. Seisenbayev, A.Kh. Dzshaksybayeva, B.A. Dukenbayeva, T.S. Sultangazyiev

Republican Scientific Centre for Emergency Care JSC, National medical Holding JSC, Astana Medical University, Karaganda State Medical University, Institute of Translational and Evidentiary Medicine

In the manuscript is presented how to write a research paper in medicine and get it published in international journals. This article gives an insider's guide to what makes an editor accept or reject a paper, and how you can improve your publishing hit rate.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ПРОБИОТИКИ В СВЕТЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Нормальная микрофлора кишечника играет ведущую роль в обеспечении здоровья человеческого организма. Она не только участвует в процессе пищеварения, но и поддерживает его биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие. Значению микробиоты, роли ее нарушений в патогенезе различных заболеваний и методам коррекции была посвящена Международная научно-практическая конференция «Пробиотики в педиатрии и гастроэнтерологии с позиции доказательной медицины», состоявшаяся 20 апреля в г. Алматы. Спонсором конференции выступила старейшая датская компания «Ферросан», которая уже 20 лет занимается разработкой и производством качественных и эффективных пробиотиков Бифиформ для лечения дисбактериоза кишечника, с учетом потребностей взрослых и детей. Мероприятие прошло при поддержке Управления здравоохранения г. Алматы. Участники конференции – врачи различных специальностей лечебных организаций города – получили возможность заслушать доклад заместителя директора Центрального НИИ гастроэнтерологии Департамента здравоохранения г. Москвы,

заведующего отделом внутриспросветной эндоскопии, доктора медицинских наук, профессора П.Л. Щербакова. С докладами также выступили ведущие казахстанские гастроэнтерологи – заведующая кафедрой гастроэнтерологии НИИ педиатрии и детской хирургии профессор Л.М. Карсыбекова и доцент кафедры детских болезней КГМУ А.Б. Кузгибекова.

Микробиота – это эволюционно сложившееся сообщество микроорганизмов, которые населяют открытые полости организма человека. Однако наибольшая их масса обитает именно в кишечнике. В норме в ней преобладает облигатная микрофлора, представленная анаэробными сахаролитическими бактериями (бактероидами, бифидобактериями, лактобациллами, эубактериями, пропионобактериями, эшерихиями, энтерококками и другими). Именно они образуют на поверхности слизистой оболочки кишечника своеобразную биопленку, защищая, тем самым, энтероциты и организм в целом от воздействия патогенных микроорганизмов и продуктов их обмена. Помимо этого нормальная микрофлора выполняет целый ряд полезных функций. Она является источником неза-



менимых аминокислот, витаминов (витаминов группы В, витамина К, никотиновой, фолиевой кислот) и других биологически активных веществ; усиливает активность пищеварительных ферментов и эвакуаторную функцию кишечника; обладает антиоксидантной, антиканцерогенной и антимутагенной активностью. Нормальная микрофлора участвует в гидролизе продуктов метаболизма белков, липидов, углеводов и инактивации вредных биологически активных веществ, за счет чего реализуется ее детоксикационная и антиаллергенная функции. Она также участвует в формировании иммунобиологической реактивности организма, что обусловлено ее способностью индуцировать синтез иммуноглобулинов, лизоцима, интерферона, противовоспалительных цитокинов. Важнейшей функцией нормальной микрофлоры является сдерживание размножения и роста патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Например, продукты обмена бифидобактерий – молочная, уксусная, муравьиная и янтарная кислоты – создают кислую среду кишечника. Лактобактерии в процессе брожения молочной кислоты образуют перекись водорода и вещества с антибактериальными свойствами. И то и другое неприемлемо для жизнедеятельности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Микрофлора кишечника формируется в первые дни жизни ребенка. Желудочно-кишечный тракт обсеменяется при прохождении родовых путей. При этом особенное значение приобретает состояние биоценоза влагалища матери и вид родоразрешения. Сегодня доказано, что при кесаревом сечении первая контаминация кишечника происходит микроорганизмами, присутствующими в родовом блоке, среди которых преобладают патогенные и, в большинстве своем, антибиотикорезистентные штаммы. При этом задержка формирования иммунитета составляет в среднем от 1 до 1,5 года. Становление микрофлоры кишечника зависит от характера вскармливания и эпидемиологической обстановки. Наиболее уязвим ребенок в первые 40 дней жизни. Недаром, испокон веков именно в этот период малыша никому не показывали и доступ к нему имели только самые близкие люди. С позиций сегодняшних знаний это вполне объяснимо – контаминация «чужими» микроорганизмами (даже кратковременное присутствие в одном помещении) может привести к самым непредсказуемым последствиям. Среди причин развития дисбиоза в новорожденном периоде можно также отметить искусственное вскармливание, позднее прикладывание к груди, инфекции, применение антибиотиков и другие. У детей среднего и старшего возраста данное состояние может возникать в результате хронических заболеваний, антибактериальной терапии, пребывания в закрытых детских коллективах, аллергии, психоэмоционального



напряжения и гормонального дисбаланса. У взрослых к дисбиозу могут приводить болезни органов пищеварения и ферментопатии, аллергия и прием лекарств, вирусные инфекции, глистные инвазии и другие.

Функции микробиоты разнообразны, поэтому дисбиоз самым серьезным образом сказывается на здоровье человека. Он сопровождается нарушением процессов пищеварения и всасывания, приводит к сбоям в обмене витаминов, липидов, углеводов и жирных кислот. На его фоне развиваются или обостряются аллергические заболевания, снижается активность местной и системного иммунитета.

При лечении пациентов необходимо различать состояния дисбиотической реакции и дисбиоза. Первая представляет собой кратковременные изменения в микробиоценозе, которые самопроизвольно исчезают после устранения вызвавшего их фактора без каких-либо специальных терапевтических мероприятий. Второе – стойкие выраженные изменения, не проходящие даже после устранения причинного фактора и требующие лечения.

Медикаментозная терапия должна производиться с учетом степени микробиологических нарушений биоценоза кишечника. При I-II степени дисбиоза рекомендовано назначение функционального питания, адсорбентов, эубиотиков и пребиотиков. При III и IV степени дисбиоза целесообразно применять пробиотики и проводить антибактериальную терапию.

На рынке представлен широкий спектр биотических препаратов, применяемых для восстановления нормальной микрофлоры кишечника. Однако все их можно разделить на три группы: пребиотики, включающие вещества немикробного происхождения, которые стимулируют рост нормальной микрофлоры (инулин, лактулоза); пробиотики, содержащие живые микроорганизмы и продукты их обмена; эубиотики, представляющие собой биосинтетические продукты, способствующие поддержанию физиологических функций слизистой оболочки кишечника.

Среди всех групп препаратов, применяемых для коррекции микрофлоры кишечника, особое место занимают пробиотики. Однако, сегодня, с позиций современных научных знаний, к ним предъявляются определенные требования:

- пробиотик должен содержать не менее 10^6 – 10^9 пробиотически штаммов, проявляющих высокий антагонизм по отношению к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам, сохранять их стабильность и заявленную концентрацию в течение всего срока годности,
- наиболее частой причиной возникновения дисбиоза является антибиотикотерапия, поэтому микроорганизмы, входящие в их состав, должны быть защищены от воздействия антибиотиков,

– большая часть бактерий погибает в агрессивных средах желудочно-кишечного тракта, следовательно, микроорганизмы должны быть защищены от воздействия желудочного сока и пищеварительных ферментов,

– пробиотическая культура должна быстро и эффективно способствовать колонизации кишечника нормальной микрофлорой и при этом выводиться из него в неизменном виде;

– бактерии, входящие в состав пробиотика, должны иметь высокие адгезивные свойства и оседать на слизистой оболочке кишечника, иначе они будут быстро удалены из него и не успеют оказать благотворное влияние. Всем этим требованиям отвечает препарат Бифиформ. Это единственный комбинированный пробиотик с кишечнорастворимой капсулой, защищенной двухслойной защитной оболочкой, которая растворяется в дистальных отделах тонкой кишки. В его состав, помимо высоких дозировок культур *Bifidobacterium longum* и *Enterococcus faecium*, устойчивых к антибиотикам, входит питательная среда (лактоза, глюкоза и фактор роста), которая необходима для роста и размножения бактерий. Кроме того, препарат содержит фактор адгезии (камедь), за счет чего обеспечивается «прилипание» бактерий к слизистой оболочке. Все это способствует быстрой и активной колонизации кишечника. Препарат не имеет побочных эффектов. Может назначаться детям с 2-х лет, беременным, использоваться параллельно с антибиотиками.

Бифиформ является одним из немногих пробиотиков, имеющих солидную доказательную базу. В частности, данные, полученные Е.А. Корниенко, С.Н. Дроздова, Н.Б. Серебряная (Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт особо чистых биопрепаратов) подтверждают, что Бифиформ повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* у детей. Это обусловлено снижением уровня IgE, усилением

выработки SIgA (основного иммунного компонента слизистой барьера пищеварительного тракта), подавлением продукции провоспалительных цитокинов (IL-1 и ФНО), играющих ключевую роль в формировании эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны.

При использовании Бифиформа в качестве средства монотерапии в лечении ОКИ у детей положительная динамика на 2-е сутки наблюдалась у 88,3% больных. Бифиформ, в отличие от антибактериальных препаратов, способствовал нормализации микробиоценоза кишечника. По окончании 5-дневного курса лечения log-концентрации бифидобактерий нормализовалась у 85%, лактобактерий – у 95%, энтерококков – у 60% больных. Препарат оказывал также выраженный санирующий эффект в отношении патогенных (шигелл, сальмонелл) и условно-патогенных бактерий (клебсиелл, энтеробактера, стафилококка и грибов рода *Candida*) (Новокшенов А.А., Соколова Н.В., Галеева Е.В., Портных О.Ю. и др. Пробиотик Бифиформ – альтернатива этиотропной антибиотико- и химиотерапии ОКИ у детей // Детские инфекции. – 2003. – №3. – С. 36-40).

На сегодняшний день накоплено большое количество исследований, которые свидетельствуют об эффективности препарата Бифиформ в терапии антибиотико-ассоциированной диареи, лактазной недостаточности. Показано также, что его включение в схему лечения лямблиоза позволяет существенно повысить эффективность базисной противолямблиозной терапии.

Препарат Бифиформ выпускается на предприятии, соответствующем стандартам GMP ЕС. Производителем штаммов, входящих в состав Бифиформ, является ведущая микробиологическая лаборатория «Кристиан Хансен» (Дания).

*Статья предоставлена газетой
«Казахстанский Фармацевтический Вестник»,
автор О. Баимбетова*

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ

**С.М. ЖУМАМБАЕВА, У.Ш. САЛТАБАЕВА,
Р.И. РОЗЕНСОН, М.А. МОРЕНКО**

Медицинский Университет Астана, г. Астана

Аллергические заболевания занимают лидирующие позиции в структуре детских болезней как по социально-экономическому ущербу, так и по влиянию на уровень здоровья и качество жизни пациентов [1, 2, 3, 4]. Одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний является аллергический ринит, характеризующийся IgE-опосредованным воспалением, которое развивается в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа, и наличием классических симптомов: заложенность носа, выделения из носа, чихание и зуд [5, 6, 7]. За последние несколько десятилетий отмечается неуклонный рост числа детей, страдающих этой патологией во многих странах мира, в том числе и в Казахстане. По данным разных авторов его распространенность среди населения варьирует от

10 до 35%, и удельный вес аллергического ринита (АР) в структуре аллергопатологии весьма высок, занимая 60-70% [8, 9]. Исследование распространенности симптомов аллергических заболеваний у детей в рамках программы ISAAC показало, что от 0,8 до 14,95% детей 6-7 лет, и от 39,7 до 61,4% детей в возрасте 13-14 лет имеют симптомы АР [10, 11, 12, 13].

Постоянная заложенность носа, ринорея, нарушение сна, ежедневно беспокоящие пациентов, способствуют снижению физической, профессиональной и социальной активности, появлению психологических расстройств. Тем самым резко снижается качество жизни пациентов [14, 15, 16, 17]. Особенно актуальна данная проблема у детей в связи с нарушением адаптации ребенка в обществе. Кроме того, нередко для устранения симптомов