



ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

▶ **ELECTRONIC JOURNAL • НОЯБРЬ 2020 № 37 (121)**

▶ **SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

САЙТ ЖУРНАЛА: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)

ИЗДАТЕЛЬСТВО: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](https://scientificpublications.ru)

СВИДЕТЕЛЬСТВО РОСКОМНАДЗОРА ЭЛ № ФС 77–65699



ISSN 2542-081X



9 772542 081007

Вопросы науки и образования

№ 37 (121), 2020

Москва
2020





Вопросы науки и образования

№ 37 (121), 2020

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

**Главный редактор
ЕФИМОВА А.В.**

Издается с 2016 года.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77 – 65699

Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2542-081X



Содержание

ГЕОЛОГО-МИНЕРАЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ.....	4
<i>Фролова А.А., Ханнанова Ф.Ф.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ПРОДУКТИВНЫХ ПЛАСТОВ РЫБКИНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ В СКВАЖИНАХ	4
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ.....	9
<i>Чаленко Д.Д.</i> ОЦЕНКА И УЧЕТ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ СТОИМОСТИ ПРИ ПРИОБРЕТЕНИИ ЦЕННЫХ БУМАГ	9
<i>Андреева С.С.</i> НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ УЧЕТА ЗАТРАТ (РАСХОДОВ) НА ПРОДВИЖЕНИЕ ТОВАРОВ, РАБОТ И УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	16
МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.....	20
<i>Алиева Д.А., Аскарлова З.З., Каримова Г.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	20
<i>Нуралиева Р.М., Тураев Х.Н., Сиддиков О.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАНТОРОЛА В ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОПОЛИСА.....	27
<i>Ташпулатов Ш.А., Самибоева У.Х., Умрзоков З.Б., Узакова Г.З.</i> СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПОЛИСИНДРОМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЁЗА	32
<i>Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М.</i> ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ И ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ	41

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ПРОДУКТИВНЫХ ПЛАСТОВ РЫБКИНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ В СКВАЖИНАХ

Фролова А.А.¹, Ханнанова Ф.Ф.²

¹Фролова Анна Александровна – студент;

²Ханнанова Фанзиля Фанисовна – студент,
кафедра геологии, геолого-географический факультет,
Оренбургский государственный университет,
г. Оренбург

Аннотация: на Рыбкинском месторождении пробурено три скважины, причем две из них вскрыли нижнедевонские и одна – бийские отложения. Осадочный комплекс представлен девонскими, каменноугольными, пермскими и триасовыми отложениями. Промышленная нефтеносность установлена в пласте Дфр-2, приуроченном к нижней карбонатной части верхнефранского подъяруса.

Ключевые слова: Рыбкинское месторождение, залежь, пласт, Западно-Рыбкинская, Северо-Жоховская, Южно-Жоховская, неоднородность продуктивных пластов.

Рыбкинское нефтяное месторождение открыто в 1990 году. Первооткрывательницей является скважина 166, пробуренная в своде Западно-Рыбкинского поднятия.

В административном отношении Рыбкинское месторождение расположено на территории Новосергиевского района Оренбургской области.

В результате геологоразведочных работ, проведенных в 1987-1992 гг., на месторождении в продуктивном пласте Дфр-2 верхнефранского подъяруса выявлено 3 залежи нефти. Всего в процессе поисковых работ пробурено 3 скважины – 166, 167, 168, в 2 скважинах – 166, 168 получены фонтанные притоки нефти и ведется пробная эксплуатация, в скважине 167 получен приток нефти с водой.

Пласт Дфр-2 литологически представлен пористыми доломитами и известняками. Общая толщина пласта изменяется в значительных пределах, составляя 69,2 м (скв. 166), 81 м (скв. 168) и 20,4 м (скв.167). Во всех скважинах отмечено неоднородное строение пласта. В скважине 166 он представлен 15-ю пропластками толщиной от 0,8-1 м до 11,4 м при суммарной эффективной толщине 42 м. В скважине 168 выделены 9 пропластков, причем толщины их изменяются от 0,6-0,8 м до 1,2-1,4 м. Суммарная толщина эффективных прослоев составляет 9 м. В скважине 167 выделено 8 пропластков при суммарной эффективной толщине пласта – 12,2 м.

Западно-Рыбкинская залежь (скв. 166) выявлена в отложениях франского яруса. Она представлена чередованием плотных и проницаемых участков трещиноватых доломитов. Глубина залегания кровли проницаемых разностей составила 3872,8 м. Залежь вскрыта одной скважиной и имеет размеры 2×1,8 км, высоту – 69,2 м [1].

Общая толщина пласта в скважине составляет 69,2 м, эффективная нефтенасыщенная – 42 м. Толщина пористых пропластков изменяется от 0,8 до 3,4 м, коэффициенты песчаности и расчлененности равны 0,61 и 15 соответственно. Пористость, по данным исследования керна, равно 9,8 % (отобрано 3 представительных образца) по ГИС – 10 %, для дальнейших расчетов принята 10 %. Нефтенасыщенность, по данным ГИС, составила 90 %, проницаемость по 3-м образцам – $9,138 \times 10^{-3}$ мкм².

Плотность нефти и пересчетный коэффициент определены по глубинной рекомбинированной пробам и приняты равными 844 кг/м³ и 799 кг/м³.

Северо-Жоховская залежь (скв. 168) также приурочена к пласту Дфр-2, представлен чередованием плотных и проницаемых разностей карбонатных пород. Глубина залегания составила 3871,6 м. Залежь вскрыта также одной скважиной, при опробовании интервала 3864-3890 м (-3698,9-3724,9 м) получен приток нефти. Размеры залежи составили 1,9×1,5 км, высота – 41,3 м. Залежь массивного типа.

Положение ВНК определено на абсолютной отметке 3747,8 м, УПУ – 3728,1 м. Общая толщина пласта до предполагаемого ВНК составила 41,3 м, нефтенасыщенная – 4,4 м. Пласт представлен 9-ю пористыми пропластками, толщина которых изменяется от 0,6 до 1,4 м. Коллекторские свойства изучены по ГИС. Пористость изменяется от 6,5 % до 8%. Нефтенасыщенность, по данным ГИС, равна 94 % и 91 % соответственно. Плотность нефти и пересчетный коэффициент определены по глубинной пробе и приняты равными 800 кг/м³ и 0,544 [2].

Южно-Жоховская залежь (скв. 167) открыта также в отложениях франского подъяруса. При опробовании в колонне интервала 3888-3892 м (-3776,1-3780,1 м) получен приток нефти с водой. Водонефтяной контакт принят на абсолютной отметке минус 3779,5 м, размеры залежи составили 0,7×1,9 км, этаж нефтеносности установлен равным 3,4 м. Пласт представлен 8-ю пористыми пропластками, коэффициент песчаности – 0,598, расчлененности – 8, пористость определена по ГИС и керну. Всего отобрано 7 представительных образцов керна, средневзвешенное значение составило 10,5 %. По ГИС пористость равна 14 %. Нефтенасыщенность пропластков изменяется от 93 % до 94,5, составляя в среднем 93 %.

Плотность нефти и пересчетный коэффициент определены по глубинной пробе, отобранной в скв. 168, и приняты равными 800 кг/м³ и 0,544 соответственно [3].

Неоднородность продуктивных пластов по проницаемости

Проницаемость продуктивного пласта Дфр-2 Рыбкинского месторождения изучена на 4-м кондиционном образце керна материала. По 3-м образцам скв. 166, среднее значение проницаемости составило 0,009 мкм², по одному образцу скв. 167-0,102 мкм², в целом среднее значение проницаемости по керну продуктивного пласта Дфр-2 равно 0,032 мкм².

В связи с малым количеством определений проницаемости, для характеристики неоднородности

продуктивного пласта Дфр-2 по проницаемости можно использовать материалы по пласту Д_у афонинского горизонта Зайкинско-Росташинской группы месторождений с близкими фильтрационно-емкостными свойствами [4]. В качестве аналога взято Зоринское месторождение, где в результате статистической обработки значений проницаемости по керну установлен закон распределения проницаемости и его параметры. Основные характеристики закона определены по диаграмме квантилей и приведены в нижеследующей таблице 1.

Таблица 1. Основные характеристики закона распределения проницаемости

Параметры	Значения
Закон распределения	Логарифмически нормальный
Математическое ожидание	$M(k) = 4,12 \times 10^{-3} \text{ мкм}^2$
Дисперсия	$\sigma^2(k) = 0,0001 \text{ мкм}^4$
Стандартное отклонение	$\sigma(k) = 0,01 \text{ мкм}^2$
Коэффициент вариации	$V(k) = 2,431$
Параметры закона распределения	$\varepsilon = 1,568, \sigma(\ln k) = 1,39$
Среднее значение проницаемости – $0,004 \text{ мкм}^2$, по промысловым данным – $0,016 \text{ мкм}^2$	

Промышленная нефтеносность месторождения связана с продуктивным пластом Дфр-2 девонской системы франского яруса.

Продуктивные пласты характеризуются следующими геолого-промысловыми особенностями:

- значительной глубиной залегания (3870-3950 м);
- невысокой плотностью запасов, приходящихся на единицу площади (0,07-0,88 т/м²).

По величине извлекаемых запасов нефти Рыбкинское месторождение относится к группе мелких.

Список литературы

1. Борисов Ю.П., Рябинкина З.К., Волков В.В. Особенности проектирования разработки нефтяных месторождений с учетом их неоднородности. М. Недр, 1976. 286 с.

2. *Гиматудинов Ш.К.* Эксплуатация и технология разработки нефтяных и газовых месторождений. М. Недра, 1978. 356 с.
3. *Кузнецов В.И. и др.* Проект пробной эксплуатации Рыбкинского нефтяного месторождения Оренбургской области, Оренбург, 1995. 254 с.
4. Методическое руководство по расчету коэффициентов извлечения нефти из недр. РД-39-0147035-214-86, 1996. 128 с.

ОЦЕНКА И УЧЕТ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ СТОИМОСТИ ПРИ ПРИОБРЕТЕНИИ ЦЕННЫХ БУМАГ

Чаленко Д.Д.

*Чаленко Денис Дмитриевич – студент,
кафедра бухгалтерского учета и анализа,
Институт магистратуры
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург*

Аннотация: статья посвящена рассмотрению актуальных проблем оценки и учета первоначальной стоимости приобретения различных ценных бумаг. В статье был проведен комплексный анализ бухгалтерского учета и первоначальной оценки ценных бумаг. Выявлены основные расхождения в оценке ценных бумаг между налоговым и бухгалтерским учетом.

Ключевые слова: проблемы учета, ценные бумаги, первоначальная стоимость, оценка, бухгалтерский учет.

УДК 331.225.3

Бухгалтерский учет различных операций с ценными бумагами регулируется и проводится на основании Положения по бухгалтерскому учету «Учет финансовых вложений» ПБУ 19/02, утвержденного Приказом Минфина РФ от 10.12.2002 г. №126н, вступившим в силу с 01.01.2003 г.

ПБУ 19/02 «Учет финансовых вложений» определяет правила формирования в бухгалтерском учете и бухгалтерской отчетности информации о финансовых вложениях организаций.

Соответственно с ПБУ 19/02 «Учет финансовых вложений», ценные бумаги признаются финансовым вложением, если они соответствуют следующим пунктам:

Во-первых, ценные бумаги должны быть правильно оформлены согласно текущему законодательству.

Во-вторых, организация, к которой поступили ценные бумаги, должна получать новые финансовые риски,

связанные с этими ценными бумагами. К таким рискам можно отнести: риск банкротства эмитента, риск падения цены, риск ликвидности при котором организация не сможет вовремя избавиться от данной ценной бумаги, и также другие финансовые риски, в частности, падение цены ценной бумаги.

В-третьих, чтобы признаваться ценной бумагой согласно ПБУ 19/02, необходимо, чтобы данные финансовый инструмент имел возможность приносить доход организации в будущем, в различном виде, к примеру, в виде дивидендов, процентов по облигациям, дисконту по облигациям, или же с помощью обычной разницы цены приобретения и продажи.

В том случае, когда ценная бумага полностью соответствует всем вышеперечисленным пунктам, на неё начинают распространяться все нормы, которые установлены в ПБУ 19/02.

Если все вышеперечисленные условия выполнены в бухгалтерском учете организации, то полная стоимость приобретения данных ценных бумаг должна быть перенесена со счета 76 «Расчеты с разными дебиторами и кредиторами» в дебет счета 58 «Финансовые вложения».

Когда возникает ситуация, при которой перечисленные выше условия выполнены, но данные ценные бумаги ещё не оплачены полностью организацией покупателем, то на счет 58 «Финансовые вложения» принимается вся сумма затрат на покупку ценных бумаг согласно договору, а не погашенная сумма находится в данном случае на счете 76 «Расчеты с разными дебиторами и кредиторами» в качестве кредиторской задолженности до погашения задолженности. В остальных же случаях, когда внесенные суммы идут в счет подлежащих к покупке ценных бумаг, тогда они должны учитываются в качестве дебиторской задолженности организации.

В соответствии с ПБУ финансовые вложения принимаются в бухгалтерском учете по своей первоначальной стоимости. При этом указано, что под первоначальной стоимостью понимаются разные цены ценных бумаг в зависимости от

операций с ними. В связи с этим для полноты анализа необходимо определить различия между правилами бухгалтерского и налогового учета при приобретении ценных бумаг, т.к., единообразие налогового и бухгалтерского учета улучшит эффективность регулирования налогообложения для государства, а также уменьшит временные разницы, которые негативно сказываются на работе организаций.

При этом оценка ценных бумаг в бухгалтерском и налоговом учете может быть разной.

Таблица 1. Различия в оценке ценных бумаг в бухгалтерском и налоговом учете

№	Способ приобретения	Первоначальная оценка	
		в бухгалтерском учете	в налоговом учете
1	За плату	Фактические затраты на приобретение (п.9 ПБУ 19/02)	Фактические затраты на приобретение (п.2 ст. 280 НК РФ)
2	Ценные бумаги полученные в качестве взноса в УК	Денежная оценка, согласованная учредителями организации, если иное не предусмотрено законодательством (п.12 ПБУ 19/02)	Стоимость определяется по данным налогового учета у передающей стороны (ст. 277 НК РФ)
3	Ценные бумаги полученные безвозмездно	Текущая рыночная стоимость на дату принятия к учету(п.13 ПБУ 19/02)	В налоговом учете безвозмездно полученные ценные бумаги никакой первоначальной стоимости не имеют, но в случае её последующей реализации определяется исходя из рыночной стоимости. (ст. 329 НК РФ)
4	Ценные бумаги купленные за неденежные средства	Устанавливается исходя из цены, по которой в сравнимых обстоятельствах обычно организация определяет стоимость аналогичных активов. (п.14 ПБУ 19/02)	Фактические затраты на приобретение передаваемого имущества, подтвержденные в договоре (ст. 252 НК РФ)

(Источник: составлено автором).

Можно заметить определенные различия, касающиеся бухгалтерского и налогового учета операций по приобретению ценных бумаг. И если при приобретении ценных бумаг за плату как в бухгалтерском, так и в налоговом учете включаются лишь фактические затраты на приобретение, то уже касательно внесения ценных бумаг в качестве УК организации бухгалтерский и налоговый учет расходятся. В связи с данными различиями могут возникнуть временные разницы, что в свою очередь может привести к увеличению отложенных налоговых активов, или же наоборот отложенных налоговых обязательств, что может являться негативным событием для организации.

В соответствии с п. 9 ПБУ 19/02 можно подчеркнуть, что фактическими затратами на покупку любых активов, в том числе и ценных бумаг, в качестве финансовых вложений являются:

- суммы, которые уплачиваются в соответствии с договором продавцу;
- суммы, которые выплачивают организациям и иным лицам за информационные и консультационные услуги, сопровождающие приобретение ценных бумаг;
- вознаграждения, посредническим организациям или иным лицам, с помощью или при посредничестве которых были приобретены данные финансовые вложения;
- прочие затраты, которые непосредственно связаны с операцией приобретения данных финансовых вложений.

Соответственно необходимо обратить внимание, что в фактические расходы на покупку финансовых вложений, и ценных бумаг в частности, не включаются общехозяйственные и другие расходы, кроме тех случаев, когда они прямо связаны с покупкой данных ценных бумаг. Схожий порядок используется и для налогового учета.

Расходы, перечисленные выше, кроме сумм, которые уплачиваются продавцу, не избавляются от НДС. Если учитывать, что операции по продаже ценных бумаг не облагаются налогом на добавленную стоимость, то расходы, которые непосредственно связаны с приобретением ценных

бумаг должны включаться в их первоначальную стоимость как в бухгалтерском, так и в налоговом учете.

В том случае, когда ценные бумаги организация покупает за счет заемных средств, согласно п. 9 ПБУ 19/02 проценты по кредитам и займам должны учитываться в соответствии с ПБУ 10/99, и в соответствии п. 11 ПБУ 10/99 проценты по кредитам и займам должны входить в состав прочих затрат организации. В свою очередь п. 16 ПБУ 10/99 предусмотрено, что данные расходы организации должны признаваться в том отчетном периоде, в котором они были произведены в независимости от оплаты.

Необходимо также рассмотреть учет процентов согласно ПБУ 15/01 при приобретении ценных бумаг, чтобы определиться можно ли учитывать проценты по займам и кредитам в первоначальную стоимость финансовых вложений, а именно в первоначальную стоимость ценных бумаг. В данном ПБУ 15/01 подобных случаях рассмотрено всего два.

В первом случае, который описан в п. 23 ПБУ 15/01 затраты (проценты) по полученным займам и кредитам, которые прямо относятся к операции покупки и (или) строительству инвестиционного актива, включаются в стоимость данного актива. Инвестиционный актив - это объект имущества, подготовка которого к использованию требует довольно длительного времени и существенных расходов для организации. В нашем случае ценные бумаги нельзя считать «инвестиционным активом».

Во втором случае, в п. 15 ПБУ 15/01 описано, что при приобретении полученных займов и кредитов для предварительной оплаты МПЗ, ТРУ и иных ценностей, затраты по обслуживанию указанных выше кредитов и займов включаются организацией в дебиторскую задолженность. При поступлении в организацию активов последующее зачисление процентов и других расходов, которые связаны с обслуживанием займов и кредитов данной организации, принимаются к бухгалтерскому учету в общем порядке с отнесением всех затрат указанных выше на прочие расходы.

В налоговом учете в соответствии с подпунктом 2 п. 1 ст. 265 НК РФ расходы в виде процентов по долговым обязательствам любого вида, в том числе процентов, начисленных по ценным бумагам и иным обязательствам должны признаваться внереализационными расходами. Согласно п. 8 ст. 272 НК РФ расход по договорам займа и иным похожим договорам, срок действия которых подпадает на более чем на один отчетный период для организации признается реализованным и входит в состав соответствующих расходов на конец отчетного периода.

В связи данными статьями НК РФ можно сделать вывод, что проценты не включаются в налоговый учет в стоимость финансовых вложений, а именно ценных бумаг в частности.

Но если проценты по займам будут включены в первоначальную стоимость ценных бумаг при их оценке, то это приведёт к образованию временных налогооблагаемых разниц.

Чтобы этого избежать, необходимо обратиться к п. 11 ПБУ 19/02, в котором предусмотрено следующее:

В п. 11 ПБУ 19/02 указано, что, если величина этих самых прочих затрат, которые связаны с приобретением данных ценных бумаг, является несущественной по сравнению с суммой, которая уплачивается продавцу этих самых ценных бумаг, то такие дополнительные затраты можно считать прочими расходами, но только в том отчетном периоде, в котором данные финансовые вложения были приняты к бухгалтерскому учету.

Также в качестве дополнения к параметру несущественности затрат можно применять принцип рациональности ведения бухгалтерского учета (п. 7 Положения по бухгалтерскому учету «Учетная политика организации» ПБУ 1/98, утвержденного приказом Минфина России от 09.12.1998 № 60н).

При этом критерий существенности определяется организацией самостоятельно и отражается ею в учетной политике.

Согласно п.11 ПБУ 19/02 можно включить в состав прочих расходов в момент принятия ценных бумаг к учету не только

проценты, но другие расходы, которые связаны с покупкой ценных бумаг, в случае если их можно считать несущественными.

Однако минус в том, что данный учет приведет к образованию временных вычитаемых разниц с налоговым учетом. Это связано с тем, что в налоговом учете любые расходы (кроме процентов по долговым обязательствам) признаются в соответствии с пп. 7 п. 7 ст. 272 НК РФ только в момент реализации или же прочего выбытия ценных бумаг.

В данном случае для сочетания бухгалтерского и налогового учета в части начальной оценки ценных бумаг организациям разумно включать расходы, которые связаны с покупкой ценных бумаг, в состав прочих расходов.

Список литературы

1. О бухгалтерском учете. Федеральный закон от 06.12.2011 № 402-ФЗ. (ред. 26.07.2019).
2. О рынке ценных бумаг. Федеральный закон от 22.04.1996 № 39-ФЗ. (ред. 02.08.2019).
3. Положение по бухгалтерскому учету «Учет финансовых вложений» (ПБУ 19/02) (ред. 06.04.2015).
4. *Воронин В.П.* Учет ценных бумаг / В.П. Воронин, Н.Г. Сапожникова, Л.А. Яковенко. М.: КноРус, 2017. 321 с.
5. *Ендовицкий Д.А.* Учет ценных бумаг / Д.А. Ендовицкий, Н.А. Ишкова. М.: КноРус, 2016. 336 с.
6. *Карзаева Н.Н.* Бухгалтерский и налоговый учет расходов по долговым ценным бумагам // Бухгалтерский учет, 2014. № 12.
7. *Чалдаева Л.А.* Обращение ценных бумаг, операции с ценными бумагами // Дайджест-финансы, 2016. № 11. С. 6-10.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ УЧЕТА ЗАТРАТ (РАСХОДОВ) НА ПРОДВИЖЕНИЕ ТОВАРОВ, РАБОТ И УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Андреева С.С.

*Андреева Светлана Сергеевна — студент,
кафедра бухгалтерского учета и анализа,
институт магистратуры*

*Санкт-Петербургский государственный экономический
университет, г. Санкт-Петербург*

Аннотация: *в статье анализируются нормативно-правовые источники Российской Федерации, регулирующие учет затрат (расходов) на продвижение товаров, работ и услуг. Автором изучается проблема недостаточной регламентации учетных операций такого вида расходов (затрат). Рассматриваются преимущества и недостатки недостаточной регламентации.*

Ключевые слова: *затраты (расходы) на продвижение товаров, работ и услуг, бухгалтерский учет затрат на продвижение товаров, работ, услуг.*

Основной проблемой в сфере исследования учета затрат (расходов) на продвижение товаров, работ и услуг в Российской Федерации является их недостаточное нормативно-правовое регулирование, имеющее свои положительные и отрицательные стороны. Если в случае с налогообложением расходов мы имеем возможность обращаться к налоговому законодательству, то с бухгалтерским учетом все обстоит сложнее.

Определение расходов на продвижение в целях налогообложения не встречается в российском налоговом законодательстве, однако существует критерий признания расходов на рекламу. Согласно п. 1 ст. 11 НК РФ понятия и термины различных отраслей законодательства РФ, используемые в Кодексе, применяются в том значении, в каком они используются в этих отраслях законодательства. Таким

образом, порядок отнесения расходов к рекламным напрямую зависит от критериев рекламы, приведенных в ст. 3 Федерального закона от 13.03.2006 N 38-ФЗ «О рекламе». Исходя из перечня характеристик, поименованных в законе, к расходам на рекламу относятся расходы на рекламу производимых и реализуемых товаров, работ и услуг, деятельности налогоплательщика, товарного знака и знака обслуживания, включая участие в выставках и ярмарках.

Зачастую проблема неоднозначного определения критериев расходов вызывает споры между налогоплательщиками и регулирующими органами. Так, к рекламе не относятся расходы на изготовление почтовых конвертов, содержащих информацию рекламного характера и предназначенных для ведения деловой переписки с партнерами, так как деловые партнеры являются конкретными адресатами информации. Также нельзя учесть в качестве рекламных расходов стоимость подарков, которые передаются не всем, а только особо важным клиентам (VIP-клиентам) или расходы, связанные с проведением корпоративного мероприятия.

Федеральный закон дает ответ на вопрос, что не относится к рекламе. Согласно ст. 2 Федерального закона «О рекламе» не является рекламой информация, раскрытие которой обязательно в соответствии с законодательством и не имеющая в качестве основной цели продвижение товара на рынке, а также информация, не содержащая сведений рекламного характера и др.

Согласно п. п. 28 п. 1 ст. 264 НК РФ расходы на рекламу относятся к прочим расходам, связанным с производством и реализацией с учетом положений п. 4 ст. 264 НК РФ. В данном пункте установлен перечень маркетинговых мероприятий, признаваемых расходами на рекламу в целях налогообложения. При этом существуют расходы на рекламные мероприятия, которые относятся к нормируемым и признаются для целей налогообложения в размере, не превышающем 1% выручки от реализации без учета НДС и акцизов. Согласно Письму Минфина России от 18.03.2014

№ 03-03-06/1/11641 к нормируемым расходам следует относить затраты поставщика на приоритетную, в том числе палетную, выкладку товаров покупателем — организацией розничной торговли.

Расходы налогоплательщика, возникающие в связи с осуществлением мероприятий, соответствующих положениям Федерального закона № 38-ФЗ, учитываются для целей исчисления налоговой базы по налогу на прибыль организаций в порядке, предусмотренном в п. 4 ст. 264 НК РФ. Все расходы на рекламу, не входящие в перечень ненормируемых расходов, признаются в размере не более 1 процента от выручки. При этом перечень расходов, не учитываемых в целях налогообложения прибыли организаций, установлен в статье 270 НК РФ.

В составе нерекламных способов продвижения выделяются маркетинговые исследования. П. п. 27 п. 1 ст. 264 НК РФ гласит, что расходами на маркетинговые услуги являются расходы на текущее изучение (исследование) конъюнктуры рынка, сбор информации, непосредственно связанной с производством и реализацией товаров (работ, услуг). Зачастую данный вид продвижения путают с рекламным, ссылаясь на то, что согласно Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности ОК 029-2014 рекламная деятельность и исследование конъюнктуры рынка относятся к одному классу — 73. С нашей точки зрения, маркетинговые услуги можно считать самостоятельным видом деятельности, так как этому виду маркетинговой активности свойственны, отличные от рекламных, характеристики, его определению в налоговом законодательстве отводится отдельное место. Для целей налогообложения прибыли расходы на данные услуги могут быть приняты полностью, никаких ограничений и условий их принятия п. п. 27 п. 1 ст. 264 НК РФ не установлено. Соответственно, по общему правилу данные затраты должны отвечать только нормам ст. 252 НК РФ: быть обоснованными и документально подтвержденными.

При определении расходов на продвижение не учитываемых в целях налогообложения следует руководствоваться ст. 270 НК РФ, в которой содержится закрытый перечень расходов, ни при каких обстоятельствах не уменьшающих доходов организации. Также для принятия к учету расходов они должны соответствовать требованиям п. 1 ст. 252 НК РФ и не должны быть направлены на получение необоснованной налоговой выгоды.

Подводя итог проведенному анализу нормативно-правовых источников по вопросу экономической обоснованности затрат (расходов), связанных с продвижением товаров, автор делает вывод, что данная категория затрат (расходов) в большинстве случаев вызывает вопросы как со стороны организации, так и со стороны регулирующих органов. В связи с чем, в каждом конкретном случае должностным лицам организации следует обратить пристальное внимание на формирование доказательной базы при принятии к учету и отнесении рассматриваемых затрат (расходов) в уменьшение налогооблагаемой базы. Осмотрительность в принятии к учету затрат (расходов) на продвижение товаров, работ и услуг обуславливается не только пристальным вниманием со стороны регулирующих органов, но и влиянием таких затрат на конечный финансовый результат компании.

Список литературы

1. *Абрамова А.С.* Информационно-аналитическая система учета расходов на продвижение товаров: Дис. ... канд. экон. наук. Новосибирск, 2012. 181 с.
2. Гражданский кодекс РФ. Часть 1: Федер. закон от 30.11.1994 № 51-ФЗ.
3. Налоговый кодекс РФ. Часть 2: Федер. закон от 05.08.2000 № 117-ФЗ.
4. О бухгалтерском учете: Федер. закон от 06.12.2011 № 402-ФЗ.
5. О рекламе: федер. закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ.

ЗНАЧЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Алиева Д.А.¹, Аскарова З.З.², Каримова Г.С.³

¹Алиева Дилфуза Абдуллаевна – профессор,
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский Центр акушерства и гинекологии, г. Ташкент;

²Аскарова Зебо Зафаржоновна – соискатель;

³Каримова Гулчехра Саматовна – ассистент,
кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд,
Республика Узбекистан

Аннотация: нами наблюдались женщины в перименопаузе, страдающие аномальными маточными кровотечениями, в возрасте 45 - 48 лет, которые были разделены на 2 группы. I группа - основная - 35 женщин с АМК в перименопаузе, которым проводилась офисная гистероскопия с целью диагностики и лечения. II группа сравнения - 35 женщин с АМК в перименопаузе, которым с целью диагностики проводили УЗИ обследования и выскабливание полости матки. Сравнительное исследование диагностической гистероскопии и УЗИ при диагностике аномальных маточных кровотечений у женщин в перименопаузе показало преимущество диагностической гистероскопии перед ультразвуковыми методами чувствительности, специфичности: 81% и 65% соответственно.

Ключевые слова: гистероскопия, аномальные маточные кровотечения.

Актуальность. Внедрение в клиническую практику гистероскопии существенно расширило возможности диагностики патологических состояний эндометрия. Сегодня гистероскопия приобретает все большее значение как метод,

позволяющий выявлять внутриматочную патологию у пациенток с аномальными маточными кровотечениями [11-14].

Патология эндометрия и полости матки представлена гиперпластическими процессами, лейомиомой тела матки, аномалиями развития (Мюллеровыми аномалиями), воспалительными и иммунопатологическими состояниями, опухолевыми процессами, которые клинически проявляются аномальными кровотечениями, а также изменениями соседних органов и систем, возникающими в результате опухолевого поражения. Для оценки патологии полости матки и эндометрия в клинической практике используются следующие подходы: [2-5]

1) непосредственная визуализация с помощью гистероскопа, определения наличия полипов, лейомиом, рака, субмукозных миоматозных узлов, анатомических аномалий строения и др. [1, 3, 4, 7];

2) визуализация с помощью методов лучевой диагностики: УЗИ для оценки толщины и структуры, соногистерография и МРТ для оценки аномалий полости матки (субмукозные миомы, опухоли) [10, 17, 18];

3) гистологическое исследование биопсированного или резецированного эндометрия. Используется для оценки характеристик клеток ткани при аномальных маточных кровотечениях, гиперплазии эндометрия, подозрении на рак эндометрия, а также для получения данных о воспалительном процессе в эндометрии или инфекции, особенно в случаях аномальных маточных кровотечений или необычных находок при УЗИ или гистероскопии [6, 8, 19].

Современные методы исследования эндометрия включают изучение генетической структуры эндометрия при нормальном, физиологическом, и аномальном, патологическом, состоянии. С этой целью проводятся полимеразно-цепная реакция, иммуногистохимия с целью выявления специфических протеинов, Western blotting, а также иммунные исследования продуктов, секретируемых клетками эндометрия и культивируемых в искусственной среде культурами клеток эндометрия [10].

Золотым стандартом диагностики состояния полости матки и эндометрия считается морфологическая диагностика. Однако изменения эндометрия в разных участках матки часто имеют различный характер (смешанная гиперплазия, очаговая гиперплазия, полипы эндометрия) [5, 14]. Данный факт диктует необходимость проводить внутриматочные диагностические и лечебные мероприятия под визуальным контролем. Гистероскопия значительно расширяет диагностические возможности выявления внутриматочной патологии, позволяет проводить контроль за эффективностью лечения и выполнять манипуляции в полости матки [3, 4, 7, 13, 19]. Гистероскопии, совмещенной с прицельной биопсией эндометрия является преимущественным, по сравнению с УЗИ, биопсией эндометрия при традиционном выскабливании в полости матки [4, 16].

Цель исследования. Определить диагностическую чувствительность гистероскопии с прицельной биопсией по сравнению с ультразвуковыми методами исследования женщин с аномальными кровотечениями в перименопаузе.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдались женщины в перименопаузе страдающие аномальными маточными кровотечениями в возрасте 45-48 лет которые были разделены на 2 группы.

I группа-основная 35 женщин с АМК в перименопаузе, которым проводилась офисная гистероскопия с целью диагностики и лечения.

II группа сравнения 35 женщин с АМК в перименопаузе которым с целью диагностики проводили УЗИ обследования и выскабливание полости матки.

Методами обследования явились:

-общеклинические-сбор анамнеза, объективный статус, лабораторные методы исследования.

-гинекологический анамнез и гинекологический статус.

-УЗИ доплер картирование.

-выскабливание полости матки с последующей гистологией

-гистероскопия с прицельной биопсией.

Результаты обсуждения:

Сравнительный анализ диагностической ценности гистероскопии с прицельной биопсией и стандартного выскабливания, проведенный при диагностике патологии полости матки у 70 пациенток, подтвердил 100%-ю специфичность методов в обеих группах, однако показал их различную чувствительность: 81 и 65 % соответственно .

Цветовое доплер картирование проведено всем обследуемым женщинам обеих групп. После УЗИ исследований группы сравнения выявлено что у 7(21,2%) из них обнаружены полипы эндометрия, у 8(23,4%) гиперплазия эндометрия, аденомиоз был у 3(8,5%) женщин, лейомиома матки 5(16%), сочетание лейомиомы и аденомиоза 4(14%).

Выскабливание полости матки с последующей гистологией произведено у 35 обследуемых пациенток с целью диагностики и остановки кровотечения. Ответы гистологии были следующими: железистая гиперплазия эндометрия у 5(13,4) больных, железисто-кистозная гиперплазия у 3(7,5%) больных, полипоз эндометрия у 4(12%), лейомиома у 2(3%), у остальных 23(64,1%) выявился воспалительный процесс эндометрия. Диагноз лейомиомы и сочетания лейомиомы с аденомиозом не подтвердился гистологией у в 3х и 4х случаях соответственно. Чувствительность методов диагностики у сравнительной группы составило 65%.

Гистероскопия с прицельной биопсией проведено у 35 (100%) больных основной группы. : полипы эндометрия 14 (40% случаев), гиперплазия эндометрия 3(9,0%), хронический эндометрит 2(7,0%), субмукозная миома матки 5 (14,0 %), синехии полости матки 2 (5,5%), рак эндометрия 1(2,3 %), перегородка в полости матки 1 (2,3%), лигатуры в полости матки 2 (5,4%), полипы цервикального канала 4 (12,0%). При анализе результатов гистероскопии и гистологических заключений установлено, что количество правильных диагнозов составило 81%, неправильных – 8%. Не подтвердилась гистологическим диагнозом следующая

патология эндометрия: полипы эндометрия (проферативный эндометрий) – 1 случай, гиперплазия эндометрия (атрофический эндометрий и пролиферативный эндометрий) – 1, хронический эндометрит (очаговая гиперплазия эндометрия) – 1 случай.

Выводы: Сравнительное исследование диагностической гистероскопии и трансвагинального УЗИ при диагностике аномальных маточных кровотечений у женщин перименопаузе показало преимущество диагностической гистероскопии перед ультразвуковыми методами по чувствительности, специфичности: 81% и 65% соответственно.

Таким образом, диагностическая гистероскопия, совмещенная с хирургическим вмешательством, в ее современном офисном варианте является одним из основных методов комплексной диагностики и лечения женщин с аномальными маточными кровотечениями в перименопаузе.

Список литературы

1. *Аскарова З.З., Курбаниязова М.З.* Результаты изучения структуры патологии эндометрия у женщин с аномальными маточными кровотечениями в период перименопаузы // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 4. Том. 120. С. 25-27. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.4.00183>.
2. *Алиева Д.А., Аскарова З.З.* Значение гистероскопии в диагностике аномальных маточных кровотечений в перименопаузе // Достижения науки и образования, 2020. № 4 (58). С. 64-66.
3. *Агабабян Л.Р., Насирова З.А.* Послеабортный уход - особенности контрацепции // Фундаментальные и прикладные исследования науки XXI века. Шаг в будущее, 2017. С. 48-50.
4. *Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т.* Возможности коррекции климактерических расстройств у женщин с противопоказанием к заместительной гормональной терапии // Problemy Reproduktsii, 2017. Т. 23. № 3. С. 37-41.

5. *Ахмедов Ф.К.* Изучение роли почечного кровотока и концентрации мочевой кислоты в крови и моче в диагностики преэклампсии // Теоретическая и клиническая медицина, 2015. № 3. С. 63-66.
6. *Ахмедов Ф.К.* Особенности кардиогемодинамики и почечного кровотока у беременных с тяжелой формой преэклампсией // Теоретическая и клиническая медицина, 2015. № 3. С. 66-70.
7. *Ахмедов Ф.К., Аваков В.К., Негматуллаева М.Н.* Особенности почечного кровотока и динамика концентрации мочевой кислоты у женщин при беременности, осложненной преэклампсией // Клиническая нефрология, 2018. № 1. С. 38-40.
8. *Ахмедов Ф.К., Қосимова Д.С.* Почечный кровоток у беременных осложненных преэклампсией // «XXI Асринтеллектуал авлод асри» худудий илмий-амалий анжумани, 2015. С. 105-107.
9. *Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н. Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.* Роль алендроновой кислоты (Осталон) в лечении перименопаузального остеопароза // Вестник врача, 2019. № 3. С. 53–56.
10. *Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н.* Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2020. № 1. С. 39-42.
11. *Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И.* Опыт применения трансдермального препарата Лензетто у женщин перименопаузального возраста с сопутствующими заболеваниями // Новый день медицины, 2020. № 2 (30/2). С. 286-288.
12. *Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К.* Вопросы послеродовых кровотечений в Бухарской области // Новый день медицины, 2019. № 2(26). С. 186-189.
13. *Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К.* Клинический анализ историй родов с послеродовым кровотечением с учетом реабилитационных мер // Новый день медицины, 2019. № 1(25). С. 186-190.

14. *Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К.* Некоторые биохимические механизмы дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения при родах // Вестник врача, 2020. № 2(94). С. 47-51.
 15. *Негматуллаева М.Н., Хомидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.* Геморрагический шок при акушерских кровотечениях // Новый день медицины, 2019. № (25). С. 139-142.
 16. *Негматуллаева М.Н., Хомидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.* Фактор риска акушерских кровотечений // Вестник врача, 2019. № 3. С. 85 –87.
 17. *Хомидова Н.Р., Негматуллаева М.Н. Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.* Роль показателей системы гемостаза в прогнозирование акушерских кровотечений // Новый день медицины, 2019. № 3(27). С. 272-274.
 18. *Хомидова Н.Р., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К.* Роль гемостатической терапии в профилактике ранних послеродовых кровотечений // Новый день медицины, 2020. № 2(30/2). С. 257-259.
 19. *Туксанова Д.И., Курбанова З.Ш., Ахмедов Ф.К.* Особенности состояние изучаемых параметров органного и маточно-плацентарного кровотока у женщин присоединившейся преэклампсией // Проблемы биологии и медицины, 2019. № 2. С 109-111.
-

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАНТОРОЛА В ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОПОЛИСА

Нуралиева Р.М.¹, Тураев Х.Н.², Сиддиков О.А.³

¹Нуралиева Рано Матъякубовна – ассистент;

²Тураев Хикматулло Негматович – ассистент;

³Сиддиков Олим Абдуллаевич – ассистент,

кафедра клинической фармакологии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: с точки зрения современных представлений гастроэнтерологии, язвенная болезнь желудка в большинстве случаев имеет инфекционную природу. В конце двадцатого века американские ученые Уоррен и Маршалл доказали роль микроорганизма *Helicobacter Pylori* в развитии язвенной болезни желудка. Этот микроорганизм выявлен в желудочном содержимом большинства больных, страдающих от язвенной болезни желудка и ДПК.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, трехкомпонентная антихеликобактерная терапия, эффективность применения ланторола и прополиса.

Актуальность темы. Язвенная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительного тракта и чаще встречается у людей среднего возраста. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки - это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В развитых странах от 6 до 10% населения страдают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчины чаще страдают, чем женщины (4:1). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки чаще встречается у молодых людей, а язвенная болезнь желудка – чаще встречается у пациентов среднего возраста.

Городское население подвержено заболеванию чаще, чем сельское население. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в основном поражает наиболее активную часть населения и может способствовать временной или полной потере трудоспособности. Ежегодно в разных странах мира публикуются различные монографии, статьи, научные работы, посвященные язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Это указывает на то, что заболевание очень широко распространено, и что поражает в основном трудоспособный контингент населения, и что затруднена её диагностика и отсутствуют надежные методы лечения [1,2,3].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее распространенным заболеванием внутренних органов. За последние десять лет в нашей стране заболеваемость ею возросла на 39,2%. В последние годы были предприняты различные усилия для диагностики и лечения этого заболевания, но тема язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается актуальной [5]. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - это заболевание, которое может вызвать серьезные осложнения и поставить под угрозу жизнь человека. Поэтому сегодня внимание гастроэнтерологов сосредоточено на профилактике заболевания, его раннем выявлении, повышении эффективности лечения, а также профилактике опасных осложнений [1, 4, 6].

Но теперь хорошо известно, что только у части пациентов, инфицированных *Helicobacter pylori*, развивается язвенная болезнь. Это в свою очередь доказывает, что патогенез язвенной болезни зависит от многих факторов [9]. Таким образом, одновременное воздействие на все основные факторы в лечении имеет положительный эффект [7,8].

С учетом причин, способствующих развитию язвенной болезни определяются следующие три способа медикаментозного лечения:

- 1) антисекреторная терапия;

2) усиление защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны;

3) проведение антихеликобактерной терапии[8].

Целью исследования: является изучение эффективности взаимодействия ланторола и прополиса. Ланторол является ингибитором протонной помпы 2 поколения, эффективно, быстро и длительно снижает кислотность.

Материалы и методы исследования. Для оценки эффективности проводимой терапии на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки в области язв в Самаркандской городской больнице был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с язвенной болезнью, а также проспективные обследования 81 пациентов из 3-х групп (27 пациентов в каждой группе) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования. 1 группа: лечение традиционной 3-компонентной терапией. Пантопразол по 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней; Трихопол по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней; Амоксициллин по 1,0 г 2 раза в день в течение 7 дней. Данная схема применялась у 27 больных. Через 14 дней лечения у 7 больных наблюдались симптомы дисбактериоза, а у 5 больных выявлен *Helicobacter pylori*, у 9 больных обнаружены рубцовые изменения язвы, у 6 больных не наблюдалось полного заживления язвы.

2 группа: традиционное 3-х компонентное лечение дополнено эубиотиком (бифидумбактерин). Пантопразол по 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней; Трихопол по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней; Амоксициллин по 1,0 г 2 раза в день в течение 7 дней; Бифидумбактерин по 5 доз 2 раза в день перед едой в течение 10 дней. Данное лечение применялось 27 больным язвенной болезнью. Через 14 дней лечения у 2 пациентов появились симптомы дисбактериоза, у 3-х - выявлен *Helicobacter pylori*, у 18 больных обнаружены рубцовые изменения язвы, у 4-х больных не наблюдалось полного заживления язвы.

3 группа: при традиционном трехкомпонентном лечении из группы ингибиторов протонной помпы применялся

препарат ланторол+ эубиотик (бифидумбактерин) добавлен прополис в виде 10%-го спиртового раствора. Ланторол по 30 мг дважды в сутки в течение 14 дней; Трихопол по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней; Амоксициллин по 1,0 г 2 раза в день в течение 7 дней; Бифидумбактерин по 5 доз 2 раза в день перед едой в течение 10 дней; 10%-ый спиртовый раствор Прополиса по 1 ч.л. 3 раза в день перед едой, предварительно разбавив кипяченной водой, в течение 14 дней. Данная схема лечения применялась также у 27 больных. Через 14 дней лечения у 2 больных выявлены симптомы дисбактериоза и у 3 больных выявлен *Helicobacter pylori*, у 20 больных – выявлено безрубцовое заживление язвы и у 2 больных – язва осталась в неизмененном виде.

Выводы. Согласно результатам исследования, ланторол превосходит по скорости наступления, длительности и интенсивности антисекреторного эффекта другие препараты из группы ингибиторов протонной помпы. Обладает большей продолжительностью действия, более высокой антихеликобактерной активностью и цитопротекторными свойствами. А использование 10% -го спиртового раствора прополиса при лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки способствует усилению антибактериального, противогрибкового, противовоспалительного эффектов, а также стимулирует иммунитет и тканевую регенерацию. Уменьшилась частота дисбактериоза (в 10 раз меньше, чем в 1 группе и в 6 раз меньше, чем в 2 группе), увеличилось количество безрубцового заживления язв (на 84-88% больше, чем в 1 и 2 группах), было обнаружено ускорение репаративного процесса слизистых оболочек гастродуоденальной области.

Таким образом, комбинированное использование ланторола и 10%-ного спиртового раствора прополиса при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с трехкомпонентной схемой антихеликобактерной терапии повышает её эффективность и

снижает неблагоприятное влияние трехкомпонентной терапии на механизмы гастродуоденальной защиты.

Список литературы

1. *Жебрун А.Б., Александрова В.А., Гончарова Л.Б., Ткаченко Е.И.* Диагностика, профилактика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori* – инфекцией. Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2002. 44 с.
2. *Ценева Г.Я, Рухляда Н.В., Назаров В.Е., Попов Е.А., Жебрун А.Б.* Патогенез, диагностика и лечение инфекции, обусловленной *Helicobacter pylori*. СПб. Человек, 2003. 96 с.
3. *Орзиев З.М.* Зависимость эффективности противоязвенного лечения от уровня инфицированности слизистой оболочки желудка *H. Pylori* // Клини. мед., 2001. № 4. С. 35-36.
4. *Василенко В.Х.* Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. М.: Медицина, 2016. 344 с.
5. *Ильин В.Ф.* Болезни желудка. Лучшие методы лечения: моногр. / В.Ф. Ильин. М.: Вектор, 2013. 127 с.
6. *Круглов Виктор.* Диагноз: болезни желудка / Виктор Круглов. М.: Феникс, 2017. 160 с.
7. *Минина Татьяна Дмитриевна.* Гастрит и язвенная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику / Минина Татьяна Дмитриевна. М.: Весь, 2014. 590 с.
8. *Попова Юлия.* Болезни желудка и кишечника. Диагностика. Лечение. Профилактика / Юлия Попова. М.: Крылов, 2014. 320 с.
9. *Нуралиева Рано Матъякубовна.* Применение Энтерола для устранения дисбактериоза и диарей различного происхождения у детей // Вопросы науки и образования, 2019. № 28 (77). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-enterola-dlya-ustraneniya-disbakterioza-i-diarey-razlichnogo-proishozhdeniya-u-detey/> (дата обращения: 17.11.2020).

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПОЛИСИНДРОМНЫЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЁЗА**
**Ташпулатов Ш.А.¹, Самибаева У.Х.², Умрзоков З.Б.³,
Узакова Г.З.⁴**

¹*Ташпулатов Шавкат Абдурахимович - ассистент;*

²*Умрзоков Зокир Бахриддинович – ассистент;*

³*Самибаева Умида Хушидовна – ассистент,
кафедра эпидемиологии;*

⁴*Узакова Гавхар Закировна – ассистент,
кафедра инфекционных болезней,*

*Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: *актуальность: в современных условиях бруцеллез продолжает представлять высокую эпидемическую опасность, связанную с угрозой распространения возбудителя из многочисленных естественных источников, а также искусственным способом в результате биотеррористических акций. Несмотря на обширный комплекс проводимых во всем мире мероприятий по ликвидации бруцеллеза, он до настоящего времени остается эндемичным для многих регионов земного шара. Цель исследования: при полисиндромных проявлениях хронического бруцеллёза своевременно поставить диагноз на первичных звеньях здравоохранения. Материал и методы исследования: ретроспективный анализ истории больного с диагнозом «Хронический бруцеллез с поражением костно-суставной системы. В стадии обострения. Хронический пиелонефрит» за 2018 г. Методом выборки проведен клинико-эпидемиологический анализ госпитализированного больного с бруцеллезом. Заключение. В данном клиническом случае учитывается важность полного анамнеза и обследования больных с полисиндромными проявлениями. Участковой врач-терапевт должен помнить о том, что генез суставного синдрома на фоне неспецифических проявлений интоксикационного синдрома может иметь не только ревматическую природу, но в сочетании с имевшими*

место особенностями профессионального и эпидемиологического анамнеза необходимы углубленный направленный диагностический поиск бактериальной этиологии и специфическое лабораторное подтверждение заболевания. Своевременная диагностика увеличивает эффект от терапии и снижает вероятность развития хронических форм инвалидности.

Ключевые слова: *суставной синдром, ревматизм, эпидемиологический анамнез, пиелонефрит, бруцеллез.*

Актуальность. В современных условиях бруцеллез продолжает представлять высокую эпидемическую опасность, связанную с угрозой распространения возбудителя из многочисленных естественных источников, а также искусственным способом в результате биотеррористических акций. Несмотря на обширный комплекс проводимых во всем мире мероприятий по ликвидации бруцеллеза, он до настоящего времени остается эндемичным для многих регионов земного шара. Ситуация усугубляется экологической экспансией возбудителя бруцеллеза на ранее несвойственные виды естественных хозяев, сопровождающейся появлением новых видов бруцелл, часть из которых представляет опасность и для человека. Бруцеллез - тяжелое инфекционно-аллергическое заболевание человека, характеризующееся склонностью к хроническому рецидивирующему течению с развитием стойких полисистемных поражений организма, нередко приводящих к инвалидизации. Возбудителем бруцеллеза является микроорганизм рода *Brucella*. Естественным резервуаром бруцелл в природе являются животные. В естественных условиях заражение людей происходит посредством потребления инфицированных продуктов, прямого контакта с больными животными или ингаляцией контаминированного аэрозоля [1].

Наиболее широко заболевание распространено в странах Средиземноморья, Малой Азии, Юга и Юго-Восточной Азии, Африки, Центральной и Южной Америки. Данные об

истинной распространенности бруцеллеза среди населения Узбекистана отсутствуют, что связано не только с низкой обращаемостью сельских жителей за медицинской помощью, уменьшением частоты плановых диспансерных обследований людей, работающих в животноводстве, но и с несовершенством лабораторной диагностики бруцеллеза, особенно его хронических форм. До настоящего времени эпидемическая ситуация по бруцеллезу в нашей стране остается достаточно напряженной и характеризуется периодическими колебаниями интенсивности эпидемического процесса [3, 5, 9]. Анализ эпидемиологических данных показывает, что заболеваемость людей бруцеллезом напрямую связана с эпизоотиями данного заболевания среди сельскохозяйственных животных. Несмотря на проведение широкого комплекса санитарно-ветеринарных мероприятий и оздоровление существующих неблагополучных по бруцеллезу хозяйств, в нашей стране постоянно регистрируются новые. Клинические проявления весьма разнообразны и могут выражаться лихорадкой или длительным субфебрилитетом, ознобом, повышенной потливостью, гепатоспленомегалией, поражением опорно-двигательного аппарата (в виде артритов, миозитов, бурситов, тендовагинитов, периоститов, перихондритов), нервной, сердечно-сосудистой, урогенитальной и других систем организма. В очагах инфекции нередко встречается латентный бруцеллез [4, 8, 11].

Несмотря на сравнительно невысокий уровень официально регистрируемой заболеваемости людей бруцеллезом в нашей стране, в связи с объективными трудностями диагностики инфекции истинное количество больных выше. При диагностике бруцеллеза учитывают эпидемиологический анамнез, клинические данные и результаты лабораторного обследования. Последнее включает бактериологические, серологические и аллергологические методы. Материал для исследований - кровь, моча, грудное молоко, пунктат костного мозга. Для выявления применяют антител к бруцеллам в сыворотке крови используют реакцию Райта,

реакцию агглютинации Хеддельсона, реакцию Кумбса, ИФА и др. Из аллергологических методов используют реакцию Бюрне путем внутрикожного введения бруцеллина, дающего результат к концу 1 месяца от момента постановки пробы. В специальных лабораториях возможно проведение бактериологических исследований. Выделение культуры бруцелл от больных является несомненным подтверждением диагноза [5, 9, 12]. Основная задача по выявлению и лечению бруцеллеза возложена на врачей-инфекционистов. Однако в связи с отсутствием специфичной клинической симптоматики и первичной обращаемостью населения (особенно сельского) за медицинской помощью к врачам-терапевтам весьма важно знание ими данной нозологии, соотнесения данных анамнеза (в первую очередь, профессионального и эпидемиологического) с разнообразными проявлениями заболевания.

Цель исследования: при полисиндромных проявлениях хронического бруцеллёза своевременно поставить диагноз на первичных звеньях здравоохранения.

Материал и методы исследования: ретроспективный анализ истории больного с диагнозом «Хронический бруцеллез с поражением костно-суставной системы. В стадии обострения. Хронический пиелонефрит» за 2018 г. Методом выборки проведен клинико-эпидемиологический анализ госпитализированного больного с бруцеллезом.

Результаты исследования и их обсуждение. Приведем клинический случай из практики.

Больной М., 45 лет, житель одной из сельских районов Самаркандской области, обратился к участковому терапевту с жалобами общей слабости, головных болей, периодически повторяющихся болей внизу живота и учащенного, болезненного мочеиспускания. Болеет в течение 15 дней. Жалобы были на повышение температуры до 39 С, с озноб, боли в коленных, локтевых и тазобедренных суставах, а также в поясничной области и внизу живота, частое мочеиспускание, отмечались боли вовремя мочеиспускание, слабость.

С анамнеза уточнили следующие перенесенные хронические заболевания: хронический пиелонефрит, хронический простатит, артрит коленного, тазобедренного и локтевого суставов (более 5 лет). В 2015 году проведено эндоскопическая операция по удалению аппендикса (аппендэктомия). Он работает ветеринарным врачом, указывает на профессиональный контакт с животными, не отрицает случайной контакт без перчаток с животными. Вредных привычек не имеет. При объективном осмотре выявлено малоподвижные безболезненные шейные и подмышечные лимфатические узлы размером 4-5 мм эластичной консистенции. На основании жалоб, данных анамнеза поставлен предварительный диагноз:

Хронический пиелонефрит. В стадии обострения. Соп: Хронический простатит. Больной сперва лечился самостоятельно, симптоматическими средствами. Дома принимал амоксилав, канефрон и нимесил виде порошка. В связи с отсутствием результата была госпитализирована в терапевтическое отделение районной больницы с предварительным диагнозом «Обострение хронического пиелонефрита». При обследовании в стационаре были выявлены гепатомегалия, спленомегалия и изменения общий анализа мочи. В стационаре ему назначили комбинация двух антибиотиков (цефтриаксон и левофлоксацин), антигистамины, нестероидные противовоспалительные препараты. После проведенной терапии общее состояние больного немного улучшилось: прекратился озноб, уменьшились боли в пояснице и головные боли, температура тела упала до субфебрильных цифр. Однако после проведенного лечения полного выздоровления не было, поэтому было рекомендовано обратиться к врачу-инфекционисту для уточнения диагноза. После осмотра инфекциониста было принято решение о госпитализации больного в инфекционный стационар для верификации диагноза. При этом, учитывая сохранение длительного субфебрилитета, персистирующий суставной синдром,

особенности профессионального анамнеза (работа ветеринар врачом) было высказано подозрение на бруцеллез.

Результаты анализа при поступлении. Общий анализ крови: Нв -76 г/л, эритроциты $2,87 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты $262 \cdot 10^6$ /л. Количество лейкоцитов в крови составило $10,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ -47 мм/ч. Свертываемость крови по Сухареву - начало 2" 35 сек конец 3" 25 сек.

В биохимическом анализе крови: АСТ - 2,40 мк/моль/л, АЛТ -3,80 мк/моль/л, билирубин -13,9 мкмоль/л, прямой билирубин -5,3 мкмоль/л, щелочная фосфатаза -506 ммоль/л, глюкоза -5,5 мм/л, креатинин - 599 ммоль/л (норма 45 - 105 ммоль/л), мочевины - 23,7 ммоль/л (норма 1,8 -6,4 ммоль/л).

Общий анализ мочи: мутная, с осадками. Белок-0,33 г/л, слизь++, лейкоциты 4-6-8-10 в.п.з. Эритроциты 2-4-6 в.п.з.

Анализ мочи по Нечипоренко: Лейкоциты -8500/мл, Эрит - 5000/мл, цилиндры –в малом количестве.

Ревмапроба: С-реактивный белок -10,4 мг/л, ревматоидный фактор -72 мЕ/мл, антистрептолизин О -61,6 U/ml.

Реакция Хеддельсона положительная, реакция Райта положительная в титре 1:800. Бак посев: пол. УЗИ: увеличение селезенки, явления хронического пиелонефрита. Диффузные изменения печени.

Правильно собранный эпидемиологический анамнез важен при определении случая хронического бруцеллеза. На основании клинико-anamnestических данных, отягощенного профессионально-эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторной и инструментальной диагностики был поставлен заключительный клинический диагноз:

Хронический бруцеллез с поражением костно-суставной системы. Стадия обострения. Хронический пиелонефрит. В стадии обострения.

Была назначена антибактериальная терапия в виде цефепима внутривенного введения в сутки по 1,0*2 раза, доксицилина по 1,0 г x 2 раза в сутки и фурамага по 1 капс 2 раза в сутки. С целью патогенетической терапии назначено антигистаминные, нестероидные противовоспалительные препараты, дезинтоксикационная терапия. Местно назначили

мазь ортофена. На фоне проводимой терапии состояние больного постепенно улучшилось: температура нормализовалась, боли в поясничной области и суставах стали затихать, а затем исчезли. К выписке СОЭ 20 мм/ч, СРБ 2,5 мг/л, креатинин 69 ммоль/л, ревматоидный фактор 18 мЕ/мл. Нормализовалось анализ мочи. Реакция Райта снизилось до 1:200. Проведено осмотр нефролога, терапевта, кардиолога. При выписке рекомендуется повторное серологическое обследование и УЗИ органов брюшной полости в динамике, а также амбулаторные консультации нефролога, терапевта и инфекциониста через 3 месяца.

Заключение: В данном клиническом случае учитывается важность полного анамнеза и обследования больных с полисиндромными проявлениями. Участковой врач-терапевт должен помнить о том, что генез суставного синдрома на фоне неспецифических проявлений интоксикационного синдрома может иметь не только ревматическую природу, но в сочетании с имевшими место особенностями профессионального и эпидемиологического анамнеза необходимы углубленный направленный диагностический поиск бактериальной этиологии и специфическое лабораторное подтверждение заболевания. Своевременная диагностика увеличивает эффект от терапии и снижает вероятность развития хронических форм инвалидности.

Список литературы

1. *Арашова Г.А., Бобожоджаев С.Н.* Клинико-эпидемиологические особенности бруцеллёза // Российская научно-практическая конференция, 2008. № 4. Часть 1. С. 14-15.
2. *Ахмедова М.Д., Арашова Г.А., Облокулов А.А.* Иммунологические показатели при остром бруцеллёзе // Российская научно-практическая конференция с международным участием, 2009. № 1. Часть 1. С. 33-34.

3. Худойдодова С.Г., Арашова Г.А., Нарзуллаева М.К. Пробиотики в лечении лямблиоза // Международный Евроазиатский конгресс по инфекционным болезням, 2008. № 2. Том 1. С. 250-253.
4. Касимов И.А., Шаджалилова М.С., Фарманова М.А., Шомансурова Ш.Ш. Бруцеллез инфекциясининг клиник-эпидемиологик хусусиятлари ва иктисодий жихатларини баҳолаш// Тиббиётда янги кун, 2020. № 2 (30). С. 396-400.
5. Мансурова М.Х., Атаева М.А., Саъдуллаева Г.У. Features of the course of disease in reacting positively to brucellosis // Вестник врача. Samarkand, 2015. № 2. P. 8-11.
6. Мансурова М.Х., Саъдуллаева Г.У. Control measures for brucellosis // Замонавий инфектология: юкумли ичак вирусли ва паразитар касалликларнинг даволашига замонавий ёндашув. Республика илмий анжуман. Ургенч, 2017. С. 115-116.
7. Ниязова Т.А., Облоқулов А.Р., Магзумов Х.Б., Тохтамуродов Х.Д., Бобожонов Ш.Ж. Резидуал бруцеллезни даволаш самарадорлигини ошириш. // Тиббиётда янги кун, 2020. № 2(30). С. 473-476.
8. Облоқулов А.Р., Ниязова Т.А., Мирзажанова Д.Б., Нуруллаев Р.Р. Клиническая эффективность применения экдистена при первично хроническом бруцеллезе // Инфекция иммунитет и фармакология, 2014. № 3-2. С. 32.
9. Рахимова Ш.Ш., Арашова Г.А., Худойдодова С.Г. Иммунологические показатели при остром бруцеллезе // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2011. Часть 1. № 1. С. 299-301.
10. Фарманова М.А., Касимов И.А., Атажаджаева Д.Р., Зайниддинова М.Б. Бруцеллез касаллигининг клинко-эпидемиологик хусусиятлари // Тиббиётда янги кун, 2020. № 1(29). С. 436-439.
11. Холмуратов У.К., Рустамова Ш.А., Ярмухаммедова Н.А. «Клинко эпидемиологические аспекты течения бруцеллеза за последние годы по Самаркандской области» Журнал «Вестник науки и образования». Декабрь, 2019. № 33(83). 120-126 с.

12. *Ярмухаммедова Н.А., Джураева К.С., Самибаева У.Х., Шодиева Д.А., Бахриева З.Ж.* “Клинико-эпидемиологические аспекты нейробруцеллёза по данным областной инфекционной больницы города Самарканда”. Журнал "Вестник науки и образования", 2020, июль. № 14 (92). С. 61-66.
-

ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ И ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ

Мурадова Р.Р.¹, Хайдаров М.М.²

¹Мурадова Раиля Рустамовна – ассистент;

²Хайдаров Мусо Мухаммадиевич – ассистент,
кафедра клинической фармакологии,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в данной работе проведён обзор современных лекарственных средств и некоторых растений, вызывающих фототоксические и фотоаллергические реакции, а также рассматриваются механизмы развития фотосенсибилизации, методы её лечебной коррекции и профилактики.

Ключевые слова: фотосенсибилизация, механизмы фотосенсибилизации, фототоксия, фотоаллергия.

Фотосенсибилизация - это явление повышенной чувствительности организма к действию ультрафиолетового или видимого излучений, которое чаще отмечается со стороны кожи и слизистых оболочек. Она возникает в результате взаимодействия ультрафиолетовых лучей с чувствительным веществом в коже [1,2]. Это может быть средство наружного применения (парфюм, крем или мазь) или же молекула, перенесённая в кожу с кровотоком (фотосенсибилизирующие лекарственные препараты или компоненты некоторых лекарственных трав). Из парфюмерии фотосенсибилизаторами являются амбретта, мускус, аскариндол, амбра, бергаптен денатурат, 6-метилкумарин. Также SPF содержащие кремы, которые содержат витамин В10 (парааминобензойную кислоту, витамин Н1, ПАБК, РАВА) и его производные, бензофенон, октокрален, глицериламинобензолат, изоанил, диметиламинобензолат. Применение многих, в том числе

жизненно важных препаратов, ограничивается или даже полностью исключается из-за лекарственной фотосенсибилизации (ЛФ), частота которой варьирует 1:5000. ЛФ - это извращенная реакция кожи на излучение ультрафиолетового или видимого диапазонов на фоне действия лекарственных средств, либо химических средств [6].

Выделяют два типа реакций: фототоксические, которые могут возникнуть у любого человека и протекают по типу «солнечного» ожога (эритема, отек, пузыри); фотоаллергические, которые возникают только у сенсибилизированных людей и опосредуются иммунными механизмами (папулы, везикулы, мокнутие, лихенизация) [7].

Фотоаллергия чаще возникает после того, как на кожу попадает вредоносный агент (мазь, крем, лосьон). Солнечный свет превращает это вещество в сильный аллерген. Кожные покровы отвечают на это сыпью вроде экземы, которая возникает спустя несколько дней и может распространяться по всему телу, даже там, куда солнечные лучи не попадали [3,4]. Фототоксия отличается тем, что вещества фотосенсибилизаторы, накапливаются в эпидермисе и поглощая ультрафиолетовый свет, сами начинают его высвобождать, вызывая при этом гибель клеток. Начинается это как воспалительный процесс, который приводит к покраснению и отёку кожи, зуду, появлению волдырей, гиперпигментации и развитию аутоиммунных заболеваний, например волчанки или поражению щитовидной железы; другими изменениями является развитие онкологии. Подобный эффект могут вызвать инжир, варенье из лепестков розы, острая пища. Травы для фитотерапии и в составе сборов (зверобой, клевер, донник, дудник, репешок, якорцы), которые вызывают нежелательные реакции на солнечные лучи. Часто возникают ожоги при контакте кожи с луговыми травами, при этом развивается луговой дерматит. Крапива, лебеда, ясень, лютиковые, листья смородины и осоки при контакте с кожей могут вызвать солнечные ожоги. Надо отметить, что контакт кожи с борщевиком сосновским может привести к тяжелейшим ожогам вплоть до

реанимации. Поэтому нельзя такого рода растения рвать, разминать и тем более пробовать на вкус [5]. Если все таки такие ожоги произошли от таких растений, необходимо промыть места поражения водой, прекратить воздействие УФО и смазать пораженные места пантотенолом, в более тяжелых случаях обратиться к специалисту. Ультрафиолетовое излучение может вызвать воспаление в глубоких слоях кожи и снижать иммунитет, именно поэтому после загара у многих лиц активизируется вирус герпеса в виде всем известной простуды на губах. Солнечные лучи стимулируют химические процессы в коже и на ее поверхности. При этом первыми признаками фотосенсибилизации могут быть неравномерное покраснение, зуд, сыпь, чувствительность и ожоги. В диагностике лекарственной фотосенсибилизации велико значение анамнеза, так как многие медикаменты способствуют возникновению заболевания, в их числе: антимикробные средства (амоксциллин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, сульфаниламиды), НПВС, нейролептики (галоперидол, хлорпромазин, перфеназин), диуретики (метолазон, фуросемид, амилорид), пероральные сахароснижающие средства (ацетогексамид, толбутамид), противоопухолевые средства (винбластин, дакарбазин, метотрексат), антипаразитные средства (хинин, хлорохин, тианбендазол); средства, применяемые в косметологии (метилантранилат, бензокаин, амбровый мускус, масла - бергамотовое, лаймовое). Список не ограничивается только указанными препаратами, их достаточно много. Для профилактики фотодерматоза необходимо тщательно собирать анамнез, использовать минимально возможное количество препаратов с целью профилактики полипрагмазии, назначать препараты последовательно, тщательно изучать инструкции лекарственных средств, рекомендовать пациентам ограничивать время пребывания на солнце во время лечения, применять солнцезащитные средства, носить защитную одежду и головные уборы. При лечении применяются антигистаминные средства; наружно -

препараты, содержащие кортикостероиды; диетотерапия; а также отмена всех лекарственных препаратов, вызвавших заболевание. Таким образом, можно использовать средства с противовоспалительным, противозудным и заживляющим действием, такие как Д-пантенол, Биодерма, Цицабио, метилурацил, фенистил гель. Для купирования острого воспалительного процесса используют противовоспалительные гормональные препараты “Элоком”, “Адваantan”, “Синафлан”. При мокнущих явлениях необходимо использовать вяжущие и подсушивающие средства (сукрольфат, оксид цинка, силикат магния), также используются антигистаминные препараты для снятия зуда и отечности (лоратадин, эриус, тавегил).

Список литературы

1. Комарова Л.А., Кирьянова В.В. Применение ультрафиолетового излучения в физиотерапии и косметологии. СПб., 2006. С. 17.
2. Карандашов В.И., Петухов Е.Б., Зродников В.С. Фототерапия. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001. С. 392.
3. Озерская О.С. Косметология. СПб., 2004. С. 165-172.
4. Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология, 2007. С. 286-294.
5. Уилкинсон Д., Шоу С. Дерматология. М., 2007. С. 36-37.
6. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2005. С. 797-799.
7. Шахтмейстер И.Я., Шимановский Н.Л. Проблемы совершенствования фармакотерапии воспалительных и аллергических дерматозов с помощью наружных лекарственных средств глюко-кортикоидной природы // Вестник дерматологии и венерологии, 1998. № 2. С. 27-30.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**ИЗДАТЕЛЬСТВО
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:
153008, Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ
ТЕЛ.: +7 (910) 690-15-09.**

**[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)**

**ИЗДАТЕЛЬ:
ООО «ОЛИМП»
УЧРЕДИТЕЛЬ: ВАЛЬЦЕВ СЕРГЕЙ ВИТАЛЬЕВИЧ
117321, Г. МОСКВА, УЛ. ПРОФСОЮЗНАЯ, Д. 140**



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»
HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU
EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU

 **РОСКОНАДЗОР**
СВИДЕТЕЛЬСТВО ЭЛ № ФС 77–65699



INTERNATIONAL STANDARD
SERIAL NUMBER 2542-081X

Российская
книжная палата
ТАСС

 Google™
scholar

 **РОССИЙСКИЙ
ИМПАКТ-ФАКТОР**
IMPACT-FACTOR.RU



Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ЦЕНА СВОБОДНАЯ