

вещества: воск пчелиный, подсолнечное масло рафинированное.

Фармакокинетика.

1. Эссенциглив: всасывание. *Эссенциальные фосфолипиды при приеме внутрь обладают низкой биодоступностью*, т. к. фосфолипиды в составе хиломикронов поступают не в печень, а в лимфатическую систему, по которой транспортируются в жировую ткань организма, где накапливаются и метаболизируются.

2. Фосфоглив: биодоступность препарата при внутривенном введении равна 100 %.

Распределение. Биоактивные продукты гидролиза хорошо распределяются в организме, проникают в печень, легкие, кожу и другие органы.

Способ применения. Фосфоглив взрослым и детям старше 12 лет. Внутривенно, предварительно растворив порошок в 10 мл воды для инъекций. Эссенциглив применяют детям от 12 лет и взрослым внутрь во время еды.

Производитель. Фосфоглив-ОАО «Фармстандарт-УфаВИТА», Россия, г. Уфа. Эссенциглив — УП «Минскинтеркапс», Республика Беларусь, г. Минск.

Сравнение стоимости на курс лечения:

Эссенциглив. При острых заболеваниях печени (гепатит, токсические поражения печени, интоксикация) с режимом дозирования 1–2 капсулы 3 раза в сутки, длительность курса составляет 30 дней. Стоимость — 145210 тыс. руб. При хронических заболеваниях (гепатит, псориаз, экзема, нейродермит) с режимом дозирования 1–2 капсулы 3 раза в сутки, длительность курса составляет 6 недель (42 дня). Стоимость — 279250 тыс. руб.

Фосфоглив. При острых заболеваниях печени (гепатит, токсические поражения печени, интоксикация) с режимом дозирования по 2,5 г раствора для инъекций 1–2 раза в день, длительность курса составляет 10–30 дней. Стоимость — 1072000 тыс. руб. При хронических заболеваниях (гепатит, псориаз, экзема, нейродермит) с режимом дозирования по 2,5 г раствора для инъекций 1–2 раза в день длительность курса составляет 6–12 месяцев. Стоимость — 12866400 тыс. руб.

Вывод

Биодоступность препарата Фосфоглив превышает биодоступность препарата Эссенциглив, что связано с внутривенным его введением. Однако стоимость белорусского препарата превышает таковую Эссенциглива при острых заболеваниях печени в 7 раз, а при хронических — в 46 раз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буеверов, А. О. Место гепатопротекторов в лечении заболеваний печени / А. О. Буеверов // Бол. орг. пищевар. — 2001. — № 3 (1). — 1618 с.
2. Блюгер, А. Ф. Биомембраны гепатоцитов и патология заболеваний печени / А. Ф. Блюгер, А. Я. Майоре // Рига. — 1986. — № 7. — С. 11–16.
3. Достижения в лечении хронических заболеваний печени с применением эссенциальных фосфолипидов. Материалы симпозиума 12 апреля 1997 г. / под ред. В. Т. Ивашкина, 1997. — 10 с.
4. Подымова, С. Д. Патогенетическая роль эссенциальных фосфолипидов в терапии алкогольной болезни печени / С. Д. Подымова // Consilium medicum, Экстра выпуск. — 2001. — С. 3–5.
5. Мухин, Н. А. Материалы Всерос. форума «Алкоголь и здоровье населения России 1900–2000» / Н. А. Мухин, Т. Н. Лопаткина, Е. Л. Танащук. — М., 1998. — С. 177–180.

УДК 616.833.5-007.17-031.63

МНОЖЕСТВЕННАЯ ДИСТРОФИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Бельская М. С., Шукалович А. Н.

Научный руководитель: к.м.н. *М. В. Олизарович*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Сопутствующей патологией при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника может быть целый ряд заболеваний, относящихся к дистрофическим и могущих утяжелять клинические проявления [1]. Наиболее часто встречающиеся: грыжа Шморля, спондилез, спондилоартроз, спондилолистез, гипертрофия желтой связки и обызвествление продольных связок [2].

Изучение структуры сопутствующей патологии позволит точнее проводить дифференциальную диагностику при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза.

Цель

Анализ частоты возникновения различных форм дистрофического поражения поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

Проведен анализ патологии поясничного отдела позвоночника у 87 пациентов, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы в течение 2006–2013 гг. в связи с грыжей поясничного МПД. В процессе работы изучались протоколы рентгенографии поясничного отдела позвоночника, компьютерной рентгеновской и магнитно-резонансной томографии. Проанализированы следующие показатели: пол, возраст, нозологические формы поражения поясничного отдела позвоночника.

Результаты исследования

В изученной группе преобладали лица трудоспособного возраста от 20 до 59 лет — 82 (94,3 %) человека, мужчины составили 66,7 %. Средний возраст пациентов — $44,6 \pm 8,2$ лет.

При анализе рентгенограмм и томограмм фиксировался любой найденный патологический процесс, что представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Множественная патология поясничного отдела позвоночника

Вид патологического процесса	Мужчины		Женщины		Всего	
	п	%	п	%	п	%
Спондилоартроз	42	72,4	26	89,7	68	78,2
Спондилез	42	72,4	22	75,9	64	73,6
Грыжа Шморля	20	34,5	7	24,1	27	31,0
Гипертрофия желтой связки	17	29,3	5	17,2	22	25,3
Обызвествление продольных связок	8	13,8	2	6,9	10	11,5
Вакуум-феномен в диске	6	10,3	3	10,3	9	10,3
Спондилолистез	1	1,7	2	6,9	3	3,4
Артроз крестцово-подвздошных суставов	3	5,1	0	0	3	3,4
Рубцово-спаечный процесс	2	3,4	1	3,4	3	3,4
Гемангиома	2	3,4	1	3,4	3	3,4
Утолщение продольной связки	1	1,7	1	3,4	2	2,3
Люмбализация	0	0	2	6,9	2	2,3
Гиперлордоз	0	0	1	3,4	1	1,1
Старые переломы тел позвонков	1	1,7	0	0	1	1,1
Без патологии	3	5,1	2	6,9	5	5,7

Согласно полученным данным, наиболее часто наряду с выпадением грыжи МПД определялись: спондилоартроз — 68 (78,2 %) случаев, спондилез — 64 (73,6 %) случая, грыжа Шморля — 27 (31,0 %) случаев и гипертрофия желтой связки — 22 (25,3 %) случая. Существенное гендерное превалирование установлено для диагноза: артроз крестцово-подвздошного сочленения (мужчины — 5,1 %, у женщин такой диагноз не устанавливался).

Выводы

1. Дискогенная поясничная радикулопатия, наиболее часто сочеталась с такими дистрофическими патологиями как спондилоартроз (78,2 %), спондилез (73,6 %) и грыжа Шморля (31,0 %).

2. Существенное гендерное превалирование установлено при сопутствующем артрозе крестцово-подвздошного сочленения (диагностирован только у мужчин).

ЛИТЕРАТУРА

1. Рачин, А. П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача / А. П. Рачин, С. Ю. Анисимова // Рус. мед. журн. — 2012. — № 19. — С. 964–967.

2. Садоха, К. А. Дорсалгии: факторы риска / К. А. Садоха // ARS medica. Искусство медицины. — 2011. — № 14. — С. 366–367.

УДК 616.12-009.7-079.4

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ НЕВРОГЕННЫХ И КАРДИОГЕННЫХ БОЛЕЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Бельская М. С., Шукалович А. Н.

Научный руководитель: ассистент Т. А. Степанова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В своей практической работе врачи нередко сталкиваются с симптомами кардиалгии, которые не связаны с органическим поражением миокарда, что подтверждается соответствующими лабораторными и инструментальными исследованиями [3]. Такие жалобы часто вызываются органическими заболеваниями сердца, расстройствами автономной регуляции сердечно-сосудистой системы, а также различными формами экстракардиальной патологии. Большой интерес и в то же время диагностические трудности вызывают неврологические расстройства, клинические проявления которых сходны с симптомами сердечно-сосудистых заболеваний. В общесоматической практике у этих пациентов нередко диагностируется синдром вегетативно-сосудистой дистонии, они не получают адекватной терапии.

В ходе специальных исследований, проводимых у больных с жалобами на боль в области сердца с нормальными коронарными артериями, у 37–43 % выявлены признаки панических расстройств [1]. При обследовании 7 тыс. пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи с болями в области сердца, по данным первичного осмотра и электрокардиографии, только в 4 % случаев был установлен диагноз «инфаркт миокарда», в 51 % — были на него подозрения, у 41 % лиц этот диагноз был снят. Среди последних доминировали пациенты с мышечными и психогенными болями [4]. Также показано, что у 80 % пациентов амбулаторного приема кардиалгии носят психоневрогенный характер [2].

Цель

Обобщение данных литературы и наблюдений о природе неврогенных кардиалгии, особенностях их клинического течения и диагностической тактики.

В работе использовались данные, полученные в ходе исследования, проведенного сотрудниками НИИ психиатрии МЗ РФ и кафедры внутренних болезней N1 ММСУ им. Н. А. Семашко [6]. Было обследовано 179 пациентов с кардиалгией: 85 — со стенокардией напряжения, 94 — с вегето-сосудистой дистонией. В группу исследования вошли только женщины.

Выбор группы обусловлен актуальностью для современной кардиологии изучения особенностей сердечного болевого синдрома у женщин.

Результаты исследования