

пассажа по кишечнику, при этом 25–30% высвобождается в терминальном отделе подвздошной кишки, а 70–75 % — в толстой кишке; «Пентаса» — таблетки, содержащие микросферы с покрытием из этилцеллюлозы: высвобождение месалазина не зависит от pH и начинается уже в желудке, при этом 20 % препарата высвобождается еще до поступления в терминальный отдел подвздошной кишки, 25–30 % — в терминальном отделе подвздошной кишки, 25–30 % — в толстой кишке, и до 25 % активного вещества может оставаться в микросферах. На рынке также имеется «Месакол», таблетки с акриловым покрытием. Сравнительное исследование высвобождения 5-АСК в средстве «Месакол» показало, что акриловое покрытие оказалось не резистентными к желудочному соку и таблетки почти полностью растворялись и высвобождали 5-АСК в искусственном кишечном содержимом при pH = 6,8 уже в течение 15 минут, из чего можно заключить, что высвобождение 5-АСК из них происходит, по всей видимости, уже в желудке или, по крайней мере, в двенадцатиперстной кишке [3].

Развитие фармацевтических технологий привело к выходу на рынок стран Западной Европы и Северной Америки новых форм препаратов месалазина, сочетающие в себе достоинства 2 систем доставки 5-АСК к месту воспаления: высвобождение «по времени» (за счет применения матричного ядра) и pH-зависимую защитную оболочку. В настоящее время в мире разработаны всего две подобных технологии: Месалазин ММХ и Салофальк® гранулы [4]. К сожалению, данные средства не зарегистрированы в Республике Беларусь.

Выводы

1. Сульфасалазин на сегодняшний день не может являться полноценной альтернативой препаратам месалазина, в первую очередь из-за значительной разницы в частоте развития побочных явлений.

2. Различные лекарственные формы месалазина не являются взаимозаменяемыми, поскольку имеют разные фармакокинетические свойства.

3. Препараты месалазина должны рекомендоваться в строгом соответствии с профилем высвобождения действующего вещества, т. е. с указанием именно торгового наименования лекарственного средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management / S. P. L. Travis [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. — 2008. — № 2. — P. 24–62.
2. Rachmilewitz, D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomised trial / D. Rachmilewitz // BMJ. — 1989. — Vol. 298. — P. 82–86.
3. Ситкин, С. И. Клиническая эффективность перорального месалазина и выбор терапевтического подхода при воспалительных заболеваниях кишечника / С. И. Ситкин // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2009. — № 4. — С. 2–6.
4. Sandborn, W. J. MMX Multi Matrix System mesalazine for the induction of remission in patients with mild-to-moderate ulcerative colitis: a combined analysis of two randomized, double-blind, placebo-controlled trials / W. J. Sandborn, M. A. Kamm, G. R. Lichtenstein // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2007. — Vol. 26, № 2 — P. 205–215.

УДК 616.1:616.5-004.1

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Порошина Л. А.^{1,2}, Бакалец Н. Ф.¹, Юрковский А. М.¹, Аксенова С. В.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ограниченная склеродермия (ОС), хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани, проявляется очагами хронического воспаления и фиброзно-атрофического

поражения кожи. Недавние исследования показывают, что при ОС может быть также различная морфология поражения и внутренних органов: около 25 % пациентов с ОС имеют хотя бы одно внекожное проявление, а у 4 % пациентов развивается более двух внекожных проявлений склеродермии. У пациентов с ОС отмечается высокая частота аутоиммунных заболеваний, наблюдается атерогенный профиль липидов, субклинический атеросклероз и повышенный риск сердечно-сосудистых событий, а также более высокая встречаемость метаболического синдрома относительно общей популяции.

Цель

Изучить структуру патологии сердечно-сосудистой системы (ССС), параметры эхокардиографии, у пациентов, страдающих ОС.

Материал и методы исследования

Было обследовано 70 пациентов УГОКВД с ОС: 65 женщин и 5 мужчин. Средний возраст пациентов составил $56,39 \pm 14,84$. Критериями включения в группу исследования было наличие у пациентов ОС, добровольное согласие пациента на участие в исследованиях. Критериями исключения из группы был детский возраст, беременность, наличие онкологических заболеваний, системных заболеваний соединительной ткани. У всех пациентов оценивалось наличие сопутствующей патологии ССС, была проведена эхокардиография при помощи ультразвукового сканера Mindray DC-7 (использовались датчики с диапазоном частот 3,5–5 МГц). Группу контроля составили 20 пациентов, соизмеримых по возрасту (средний возраст $57,3 \pm 7,71$).

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения «StatSoft Statistica» 10.0 (USA).

Результаты исследования и их обсуждения

Среди обследованных преобладали пациенты женского пола в соотношении 13:1. У 61 пациента с ОС (87,1 %) была артериальная гипертензия: у 15 — первой степени, у 43 пациентов — второй, у 3 пациентов — третьей степени. У пациентов группы контроля артериальная гипертензия наблюдалась в 60 %. У троих пациентов имелся постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий наблюдалась у четырех человек, застойная недостаточность кровообращения IIa стадии по Василенко-Стражеско имела место у 6 пациентов. Хронической ревматической болезнью сердца страдали трое пациентов с ОС. Данная патология отсутствовала у пациентов группы контроля.

Параметры эхокардиографии у большинства пациентов находились в пределах нормы (таблица 1). Лишь у 2 пациентов с ОС имела место дилатация левого предсердия (размеры более 39 мм). Гипертрофия левого желудочка была диагностирована у 11 пациентов с ОС (15,7 %) и 3 пациентов группы контроля (15 %).

Таблица 1 — Показатели эхокардиографии

Параметры	Пациенты с ОС	Контроль
Аорта: на уровне АоК, мм	$29,41 \pm 3,93$	$28,91 \pm 2,55$
ЛП: передне-задний размер, мм	$34,15 \pm 3,79$	$32,72 \pm 2,49$
ЛЖ: конечно-диастолический размер, мм	$49,60 \pm 5,0$	$49,34 \pm 3,0$
ЛЖ: конечно-систолический размер, мм	$31,21 \pm 4,9$	$29,84 \pm 2,91$
Показатели ЛЖ в М-режиме: КДО, мл	$118,27 \pm 27,46$	$115,88 \pm 16,38$
Показатели ЛЖ в М-режиме: КСО, мл	$40,71 \pm 14,0$	$35,14 \pm 8,41$
Показатели ЛЖ в М-режиме: ФВ, %	$66,63 \pm 5,9\%$	$69,8 \pm 5,04$
Толщина МЖП(д), мм	$9,25 \pm 1,86$	$8,93 \pm 1,75$
Толщина ЗС(д), мм	$8,30 \pm 1,56$	$7,91 \pm 1,24$
ПЖ: передне-задний размер, мм	$25,52 \pm 2,56$	$25,26 \pm 2,19$
Легочная артерия: диаметр ствола, мм	$23,42 \pm 2,19$	$23,40 \pm 2,10$
Диастолическая дисфункция, чел / %	18 / 25,7	3 / 15

Патологическая регургитация на клапанах была выявлена более чем у половины пациентов с ОС (51 %), у группы контроля – выявлялась у 30 % пациентов. Если систолическая функция левого желудочка у всех исследуемых была сохранена, то диастолическая дисфункция левого желудочка была выявлена у 25,7 % пациентов с ОС и 15 % пациентов группы контроля.

Выводы

Таким образом, пациенты с ОС имели следующую структуру коморбидной патологии ССС: 87,1 % пациентов страдали артериальной гипертензией, 43,5 % пациентов — ишемической болезнью сердца, 51 % — недостаточностью клапанов сердца, 25,7 % — диастолической дисфункцией левого желудочка.

По нашему мнению, адекватное лечение патологии ССС будет способствовать не только улучшению прогноза у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, но и достижению ремиссии ОС, учитывая наличие общих звеньев патогенеза, таких как дисфункция эндотелия, хроническое воспаление, окислительный стресс, стимуляция фиброобразования.

УДК 616.367-089.85+616.36-008.5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Рагунович И. М., Ермаков Е. Н., Шевыряев Ю. А.,
Кондратьев А. Н., Нитиш В. Э.*

Учреждение

**«Гомельская областная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) впервые произведена L. Demling и M. Classen в Германии и K. Kawai с соавт. в Японии (1974), а в России — Н. Н. Малкеровой и Л. К. Соколовым (1976). Показаниями к ЭПСТ являются камни внепеченочных желчных протоков, стеноз БСД и терминального отдела холедоха, опухоли БСД и протоков.

Цель

Изучить результаты применения эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении пациентов с механической желтухой.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты применения 247 ЭПСТ 222 пациентам с механической желтухой за 2015–2017 гг. в отделении хирургической эндоскопии УГОКБ.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение пациентов по возрасту и полу представлено на рисунках 1, 2.

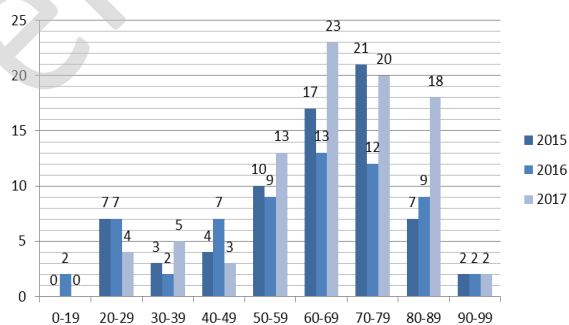


Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрасту

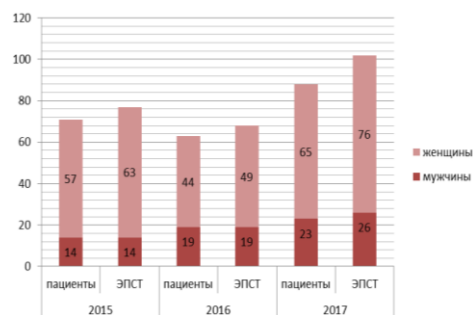


Рисунок 2 — Распределение пациентов по полу