

2. По результатам ABC-анализа ЛС ГОКБ было установлено, что лидирующие позиции по финансовым затратам среди групп АБП занимают карбапенемы — 32,4 % и цефалоспорины — 23,9 %; уменьшилась доля финансовых затрат на гликопептиды и оксазолиденоны на 7,8 и 5,4 % соответственно.

3. По результатам DDD-анализа ЛС ГОКБ установлено, что DDD/100 к/д в 2018 г. уменьшился на 0,42: в группе основных АБП — 0,17, резерва — 0,25.

4. Лидирующие позиции по потреблению среди групп АБП в ГОКБ занимают цефалоспорины — 37,8 %, метронидазол — 16,19 % и фторхинолоны — 11,37 %.

5. Анализ структуры АБП по доле затрат в категориях А и В и % от общего DDD/100 к/д наглядно подтверждает большие финансовые затраты на антибиотики резерва при низком уровне их потребления в больнице на примере карбапенемов: финансовые затраты — 32,4 %, а уровень их потребления — 3,15–2,99 % от общего DDD/100 к/д.

УДК 615.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ 5-АМИНОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ (обзор литературы)

Палковский О. Л.

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

Введение

На сегодняшний день основу лекарственной терапии воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в качестве *препаратов выбора для стандартной терапии* первую очередь язвенного колита составляют препараты **месалазина, глюкокортикостероиды и иммуносупрессанты**, рассматриваемые в качестве так называемой «альтернативной» стандартной терапии при резистентных (к салазопрепаратам и глюкокортикостероидам) формах ВЗК. В случае неэффективности такой терапии могут быть использованы препараты биологической терапии — ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб) [1].

До появления препаратов месалазина препаратом выбора в лечении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника был сульфасалазин, введенный в клиническую практику в начале 40-х годов. Около 75 % сульфасалазина под действием бактериальных азоредуктаз подвергается расщеплению в толстой кишке на два компонента — 5-аминосалициловую кислоту (месалазин) и сульфонамидную группу — сульфамиридин. В конце 70-х – начале 80-х годов было доказано, что сульфамиридин не обладает собственной противовоспалительной активностью, отвечая при этом за весь спектр побочных явлений сульфасалазина. тошнота, рвота, кожный зуд, головокружение, головная боль, анемии, агранулоцитоз, панцитопении, фульминантный гепатит, импотенция, бесплодие (у 80% мужчин; связано со снижением количества и подвижности сперматозоидов), гемолитическая анемия у плода в связи с лечением матери во время беременности тяжелый дефицит фолиевой кислоты (сульфасалазин — конкурентный ингибитор кишечного транспорта фолатов) может привести к развитию мегалобластной анемии. Частота побочных эффектов достигает 55–60 %, в среднем — 29 % по сравнению с 15 % при применении месалазина (ОР = 0,48, 95 % ДИ: 0,37–0,63) [2].

Имеющиеся на фармацевтическом рынке Беларуси препараты месалазина представлены лекарственным средством «Салюфальк»: таблетки с покрытием из эудрагита L: высвобождение месалазина наступает при pH > 6 и происходит постепенно во время

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