

существует множество факторов риска, которые способствуют развитию атеросклероза и его осложнений. Так, разрыв бляшки напрямую связан с изменением уровней ЛПНП и ЛПВП, повышением общего холестерина (ОХС) в плазме, курением, повышением АД, ожирением, сахарным диабетом. При этом окисленные ЛПНП приводят к повреждению поверхностного слоя бляшки, вызывая продукцию медиаторов воспаления и стимулируя адгезию моноцитов.

Повышение концентрации атерогенных липопротеидов (ЛП) в циркулирующей крови вызывается снижением скорости их выделения из кровеносного русла в печень, повышением скорости их синтеза, нарушением метаболизма ЛП в плазме крови, включая образование модифицированных ЛП. Особого внимания заслуживают «новые» факторы риска атеросклероза, которые поддаются медикаментозной коррекции. Одним из таких факторов является гомоцистеин. Развитию гомоцистеинемии способствуют генетические факторы, пожилой возраст, курение, недостаточное потребление витаминов группы В, фолиевой кислоты и некоторые заболевания (сахарный диабет, почечная недостаточность). Повреждение эндотелия, усиление пролиферации ГМК, свертывания крови – возможные механизмы атерогенеза при гомоцистеинемии [5].

Наиболее распространёнными осложненными поражениями при атеросклерозе являются:

- развитие инфаркта (при остром тромбозе)
- эмболия как тромботическими, так и атероматозными массами
- образование аневризмы сосуда в месте его изъязвления
- артериальное кровотечение при разъедании стенки сосуда атероматозной язвой.

Выделяют первичную и вторичную профилактику развития атеросклероза. Первичная профилактика направлена на предотвращение развития данной патологии. Она проводится с целью недопущения воздействия на организм факторов риска и включает в себя:

- регулярную физическую активность
- употребление достаточного количества витаминов
- отказ от курения
- соблюдение принципов здорового и рационального питания
- нормализацию веса
- избегание стрессовых ситуаций, контроль за эмоциональным состоянием
- ограничение употребления алкоголя

Вторичная профилактика атеросклероза проводится у конкретных больных при наличии атеросклероза и нацелена на уменьшение его клинических проявлений и осложнений, а также предупреждение его обострений, торможение патологического процесса в разных артериях и обратное его развитие. Зачастую вторичная

профилактика проводится на фоне лечения. Она включает:

- ежегодный контроль всего липидного спектра крови
- постоянный контроль АД
- проведение исследования артериальных сосудов (коронарография, аортография) с целью наблюдения за атеросклеротическим процессом [6].

Таким образом, атеросклеротический процесс характеризуется значительной распространенностью, на данный момент эта патология способна сопутствовать человеку на протяжении всей жизни, претерпевая при этом ряд изменений-начиная стадией липидных пятен и полосок и заканчивая развитием разнообразных осложнений со стороны различных систем человеческого организма. Первичная профилактика направлена на предотвращение развития данной патологии. Она проводится с целью недопущения воздействия на организм факторов риска. Вторичная профилактика атеросклероза проводится у конкретных больных при наличии атеросклероза и нацелена на уменьшение его клинических проявлений и осложнений.

Список литературы

1. Глушенко В.А., Иркиенко Е.К. Сердечно-сосудистая заболеваемость – одна из важнейших проблем здравоохранения // Основы кардиологии. 2019. С. 57.
2. Сергиенко С.В., Аншелес А.А., Кухарчук В.В. Атеросклероз и дислипидемии: современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения. 2017. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/kardiologicheskij-vestnik/2021/1/1207767642021011064> (дата обращения: 04.02.2023).
3. Куранов А.А., Балеев М.С., Митрофанова Н.Н., Мельников В.Л. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза и факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // Фундаментальные исследования. 2014. № 10-6. С. 1234-1238.
4. Гуревич В.С. Современные представления о патогенезе атеросклероза // Болезни сердца и сосудов. 2006. Том 1, №4.
5. Смирнова И.П., Коновалова Т.Т. Современное состояние проблемы атеросклероза: факторы риска, роль курения в атерогенезе // Сибирский медицинский журнал. 2006. № 1. С. 15-23.
6. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза. URL: <https://meduniver.com/Medical/Cardiologia/240.html> (дата обращения: 04.02.2023).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНТИНГЕНТА ЛЮДЕЙ, НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Иванова П.Е., Степкин Д.И.,
Лущик М.В., Остроухова О.Н.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: danya.stepkin.00@bk.ru

Холецистит – воспалительное заболевание стенки желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыводящей системы [1]. Холецистит относится к числу широко распространенных заболеваний, ею страдает около 10% населения в мире [2]. Наиболее часто холецистит вызывают бактерии

(стрептококк, стафилококк, кишечная палочка), но также встречаются токсическая и аллергическая форма. Предрасполагающим фактором возникновения заболевания является застой желчи в желчном пузыре, что может быть следствием наличия желчных камней, сдавления и перегибов желчных протоков, избыточной массы тела и так далее. Хронический холецистит может быть следствием острого, но чаще развивается как самостоятельное заболевание с постепенным развитием. К основным симптомам холецистита можно отнести боль в верхней части живота справа, субфебрильную температуру, вздутие живота, потливость и тошноту. Обычно они усиливаются после приема пищи, особенно жирной. Актуальность изучения современных клинических рекомендаций обусловлена ростом осложненных форм холецистита [3].

Цель исследования: провести статистический анализ обращений по поводу хронического холецистита и определить контингент людей, наиболее подверженных возникновению данной патологии.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе 1 хирургического отделения ЧУЗ КБ «РЖД-медицина» города Воронеж. С помощью архива были проанализированы медицинские карты 100 пациентов с хроническим холециститом, поступивших в отделение в период с сентября по ноябрь 2022 года. Анализ включал в себя, во-первых, распределение по критериям: пол, возрастная группа (молодой, средний, пожилой и старческий возраст), сопутствующие заболевания. Во-вторых, подсчет полученных показателей в каждой категории с определением процентного соотношения.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании проведенных исследований было установлено, что женщины примерно в 2 раза чаще страдают от хронического или острого холецистита, чем мужчины (М-32 человека, Ж-68 человек) (рис. 1).



Рис. 1. Соотношение частоты возникновения холецистита у мужчин и женщин

Помимо этого, была установлена зависимость частоты проявления холецистита от возраста больных. Так было выявлено, что наиболее подверженная группа – это средний возраст (35-60 лет). На их долю приходится 55 человек из 100. Далее пожилой возраст (61-74 года). В данном возрастном диапазоне выявлено 34 случая заболевания из 100. У людей в возрасте 18-34 года (молодой и зрелый возраст) холецистит выявляется довольно редко – 7 человек из 100. И реже всего заболевание встречается в старческом возрасте (75 лет) – 4 из 100 человек (рис.2).



Рис. 2. Частота возникновения холецистита в различных возрастных группах



Рис. 3. Частота встречаемости определенных сопутствующих заболеваний при холецистите

Немаловажным фактором, влияющим на развитие острого и хронического холецистита, является сопутствующие заболевания. Из большого количества возможных сопутствующих патологий были выделены основные, которые прямым или косвенным путем влияют на развитие холецистита. Также они были разделены по группам. В результате исследования выявлено: наиболее часто встречающееся сопутствующее заболевание – гипертоническая болезнь (45 человек). Помимо этого, встречается сахарный диабет 2 типа (8 человек), атеросклероз + ИБС (12 человек), ожирение с гипертонической болезнью (3 человека), сердечная недостаточность (12 человек) и заболевания желудочно-кишечного тракта (3 человека). Однако стоит отметить, что у 17 из 100 исследуемых человек не было выявлено никаких сопутствующих заболеваний (рис.3).

Выводы

Исходя из результатов проведенного исследования можно прийти к выводу, что хронический холецистит наиболее часто встречается у женщин в возрасте от 35 до 60 лет, страдающих гипертонической болезнью. Именно этой категории людей надо уделять пристальное внимание желчному пузырю и соблюдать все профилактические мероприятия, а именно режим питания и двигательной активности, уменьшение в рационе жареной и жирной пищи. В качестве профилактики возникновения холецистита рекомендуется своевременное лечение ЖКБ, заболеваний внепеченочных желчных ходов и поджелудочной железы и регулярное диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога, или семейного врача или врача-терапевта [4]. Питание при хроническом холецистите должно быть частым, дробным. Регулярный приём небольших порций пищи в одно и то же время регулирует отток желчи, «дисциплинирует» желчевыводящую систему [5]. Также группе риска рекомендуется 2 раза в год проходить профилактические осмотры для выявления возможной патологии на начальной стадии.

Список литературы

1. Хронический холецистит: учеб.-метод. пособие / И.М. Змачинская, Т.Т. Копать, М.К. Церех. Минск: БГМУ, 2017. 20 с.
2. Минимальноинвазивные технологии в хирургическом лечении больных с острым холециститом: учебное пособие / Ю.В. Баринов, Р.Б. Мумладзе, Г. М. Чеченин, С.С. Лебедев, Г.Г. Мелконян. М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. 92 с.
3. Острый холецистит: учебное пособие / А.В. Шабуни, Ю.В. Баринов, З.А. Багателия, В.В. Бедин, С.С. Лебедев, Н.В. Пичугина. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021. 91 с.
- Клинические рекомендации. Острый холецистит. 2021-2022-2023 (03.09.2021) Утверждены Минздравом РФ. URL: http://disuria.ru/_id/10/1057_krK80K82MZ.pdf (дата обращения: 04.02.2023).
4. Лоранская Т.И. Лечебное питание при холецистите // Медицинская сестра. 2001. № 6. С. 7-9.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ ТИАЗИДНЫХ И ТИАЗИДОПОДОБНЫХ ДИУРЕТИКОВ

Кодинцев В.В., Салатов Я.С.,
Пономарев А.В., Ленда И.В.

ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный
университет», Владивосток,
e-mail: ponomarev.avi@students.dvfu.ru

Тиазидные диуретики впервые были синтезированы в 20 веке в 1950-е годы из ингибиторов сульфонамидкарбонагидразы. Главной целью было разработать лекарственное средство, вызывая диурез, увеличивало бы высвобождение хлорида натрия и меньше бикарбоната натрия. Тиазидные диуретики – производные бензотиазина. Препараты, которые оказывают аналогичное действие на функцию почек, но имеют другую, отличную от тиазидных диуретиков, химическую структуру, называются тиазидоподобными диуретиками.

Диуретики входят в число основных пяти классов антигипертензивных препаратов, эффективность которых в предотвращении всех вариантов сердечно-сосудистых осложнений и снижении смертности доказана в крупных рандомизированных контролируемых исследованиях и которые могут применяться уже в начале антигипертензивной терапии. Исторически сложилось так, что и тиазидные, и тиазидоподобные диуретики, как правило, объединяются в одну группу «тиазиды», несмотря на существенные различия в механизме действия, клинических эффектах, профиле безопасности, а также доказательной баз [1].

Цель исследования – изучить список российских и иностранных источников, описывающих воздействие тиазидных и тиазидоподобных диуретиков на организм человека, изучить их механизм действия.

Материалы и методы исследования

Для исследования фармакологических эффектов, вызываемых приемом тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, нами был проработан список российских и зарубежных источников, содержащих достоверную и официально подтвержденную информацию.

Результаты анализа данных литературы

В настоящее время можно говорить о трех поколениях тиазидных и тиазидоподобных диуретиков: первое поколение, типичными представителями которого являются гидрохлортиазид и хлорталидон; второе поколение, представленное ксипамидом; третье поколение, которое представлено обычной и ретардной формами индапамида. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики действуют на уровне дистальных извитых канальцев нефрона. Наибольший диуретический эффект достигается при назначении сравнительно низких доз тиазидных диуретиков.