

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. Баринюк, 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. Баринюк, 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, которое, 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.

Диуретическое и антигипертензивное действие тиазидных диуретиков значительно ослабевает у больных с почечной недостаточностью (сывороточный уровень креатинина более 2,0 мг/дл; скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин). По этой причине тиазидные и тиазидоподобные диуретики не рекомендуются использовать для лечения артериальной гипертензии у больных с нарушенной функцией почек [2].

Тиазидные диуретики (в отличие от петлевых и калийсберегающих диуретиков) уменьшают экскрецию ионов кальция с мочой. Кальцийсберегающее действие тиазидных и тиазидоподобных диуретиков делает их особенно полезными при лечении артериальной гипертензии у больных с сопутствующим остеопорозом. По некоторым наблюдениям, переломы костей гораздо реже наблюдаются у больных ГБ, леченных тиазидными диуретиками, по сравнению с больными, получавшими другие антигипертензивные препараты [3].

Малые дозы гидрохлортиазида и тиазидоподобных диуретиков не влияют на углеводный, липидный и пуриновый обмен, кроме того, уменьшение экскреции кальция на фоне длительного применения этих препаратов является положительным моментом в лечении женщин, страдающих ГБ в постменопаузе.

Наряду с натрийуретическим действием все тиазидные диуретики увеличивают экскрецию ионов калия и магния и одновременно уменьшают экскрецию мочевой кислоты. Поэтому тиазидные диуретики противопоказаны больным с гипокалиемией (уровень калия менее 3,5 ммоль/л), подагрой и гиперурикемией (мочевая кислота более 8,5 мг/дл у мужчин и более 6,6 мг/дл у женщин) [1].

Основные побочные эффекты тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, как и петлевых, связаны с водноэлектролитными нарушениями. К ним относятся: уменьшение объема внеклеточной жидкости, артериальная гипотония, гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, метаболический алкалоз, гиперкальциемия.

Тиазидные и тиазидоподобные диуретики снижают толерантность к глюкозе (уменьшают секрецию инсулина и нарушают метаболизм глюкозы), и, как следствие, развивается гипергликемия (сахарный диабет). Они могут вызывать гиперлипидемию (повышать уровень холестерина липопротеинов низкой плотности, общего холестерина и триглицеридов), а также гиперурикемию, как и петлевые диуретики. При приеме тиазидных и тиазидоподобных диуретиков могут возникать побочные реакции со стороны ЦНС (головокружение, головная боль, парестезия, ксантопсия, слабость), ЖКТ (снижение аппетита, тошнота, рвота, кишечная колика, понос, запор, холецистит, панкреатит), почек (интерстициальный нефрит), системы кроветворения (анемия,

нейтропения), а также аллергические реакции (в том числе перекрестные) [4].

Вывод

Таким образом, в настоящее время тиазидные и тиазидоподобные диуретики являются эффективными, безопасными и наиболее доступными антигипертензивными препаратами, которые могут использоваться для лечения больных ГБ как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами. Также препараты данной группы применяются при отеках, вызванных сердечной, почечной или печеночной недостаточностью, гестозе, несахарном диабете, а также с целью профилактики образования камней в мочевых путях [4].

Список литературы

1. Радченко А.Д. Тиазидные или тиазидоподобные диуретики в лечении артериальной гипертензии? // Артериальная гипертензия. 2017. № 6 (56). С. 31-49.
2. Бронская Г.М., Коршак Т.А., Казакевич Д.В. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики, их место и роль в лечении артериальной гипертензии // Проблемы здоровья и экологии. 2009. № 4 (22). С. 74-79.
3. Суворова Г.Ю., Мартынов А.И. Отечный синдром: клиническая картина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Радченко А.Д. Диуретики в лечении артериальной гипертензии: так ли они плохи и все ли одинаковы? Часть 1 // Артериальная гипертензия. 2016. №1 (45). С. 83-95.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НИФЕДИПИНА

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

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

Нифедипин представляет собой селективный блокатор «медленных кальциевых каналов», производное 1,4-дигидропиридина. От двух других подгрупп антагонистов кальция – бензотиазепинов (дилтиазем) и фенилалкиламинов (верапамил) дигидропиридины отличает ряд уникальных особенностей, среди которых существенно более выраженные вазодилатирующие свойства, отсутствие влияния на функцию синусового узла и атриовентрикулярную проводимость, а также значительно меньшая способность угнетать сократимость левого желудочка.

Цель исследования – изучить список российских и иностранных источников, посвященных описанию свойств нифедипина, проследить особенности его метаболизма и воздействия на организм человека.

Материалы и методы исследования

Для определения эффективности применения нифедипина на организм человека нами был проработан список российских и зарубежных источников, содержащих достоверную и офици-