

**ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ  
НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ КАПП  
ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ**

Степанов В.А., Рузиева А.Р., Любименко А.С., Белянская А.О.  
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский  
университет», Волгоград, Россия,  
e-mail: arch-100590@rambler.ru

**Введение**

В современном обществе наметилась тенденция к быстрому увеличению количества людей, активно занимающихся различными видами спорта. В то же время растет популярность современных экстремальных видов спорта, что ведет к значительному увеличению случаев травм.

Спортивная каппа является неотъемлемым атрибутом каждого спортсмена, но учитывая все ее недостатки, профессиональные спортсмены все чаще стали использовать «нейромышечные каппы».

**Цель исследования** – обосновать использование нейромышечной каппы, повышающей уровень защиты черепно-лицевой области при занятиях спортом.

**Материалы исследований**

Для достижения цели были проанализированы доступные литературные источники по данной тематике.

**Результаты и их обсуждение**

Высокотехнологичная спортивная каппа изготавливается по принципу нейромышечной стоматологии, согласно которому оптимальная позиция нижней челюсти достигается за счет расслабления мышц шеи, лица и челюстей. Состояние полной мышечной релаксации добиваются с помощью чрескожного электростимулятора «Мио-монитор Tens-J5» (США), который позволяет расслабить черепно-челюстно-шейный мышечный комплекс в позиции оптимального соотношения челюстей.

При изготовлении такой каппы требуется учитывать взаиморасположение верхних шейных позвонков, соотношение суставной головки, диска и суставной впадины височно-нижнечелюстного сустава [3].

**Выводы**

Преимущества использования спортсменами «нейромышечных» капп заключается в более надежной защите черепно-лицевой области. Она препятствует воздействию критической стрессовой нагрузки, а также влияет на оптимизацию осанки и состояние дыхательных путей, что позволяет спортсмену перенаправить поток энергии, увеличив силу всего мышечного каркаса на 30% и достичь более высоких спортивных результатов [1,2].

**Список литературы**

1. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Тимачева Т.Б. Применение окклюзионных шин с усиленными протективными свойствами // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т.9, № 3. – С. 490-491.
2. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Тимачева Т.Б., Осокин А.В., Степанов В.А. Сплит-терапия в комплексном лечении пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией окклюзии // Современная ортопедическая стоматология. – 2014. – № 21. – С. 20-23.
3. Norman R. Thomas. Нейромышечная концепция в стоматологии. Часть III // Dental Market. – 2013. – №2. – С. 80-82.

**СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА  
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Стяжкина С.Н., Бекмачева Е.С., Грузда А.М.

Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск, Россия, e-mail: sasha\_gru@list.ru

Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям пищеварительной системы.

За последние 15-20 лет в РФ более чем в 2,5 раза возросло число больных с осложнениями язвенной болезни. Это еще раз указывает на то, что данная патология является актуальной и требует глубокого анализа.

**Цель:** пронаблюдать общие закономерности течения и характера язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и провести статистическое исследование.

**Материал и методы исследования:** проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, подвергшихся оперативному и консервативному лечению на базе БУЗ 1РКБ МЗ УР за 2014 г.

**Результаты исследования:** было выявлено, что язва желудка и двенадцатиперстной кишки поражает людей в наиболее активном возрасте. Среди них: женщины – 10,7% больных, мужчины-89%. Средний возраст больных составил 48,3 года. Продолжительность язвенного анамнеза – 3,5±1,2 года. Консервативное лечение получили – 93,8%, оперативное-4%. Установлены следующие основные закономерности: в подавляющем числе случаев, заболевшие – трудоспособные мужчины в возрасте от 45 до 55 лет с клиникой, соответствующей литературным данным. При изучении показателей крови: повышение СОЭ, высокий лейкоцитоз. Из исследуемых больных оперативному вмешательству подверглись 6,2%. При консервативных методах лечения были использованы препараты противоязвенного ряда, инфузионная терапия, гемостатики, витаминотерапия. Данное исследование доказывает, что для успешного прогнозирования течения и дальнейших осложнений язвенной болезни следует учитывать наличие факторов риска.

**Список литературы**

1. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие. – М.: РМАПО, 2000. – 24 с.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 2002.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ,  
СОДЕРЖАЩИХ ЭКСТРАКТ ЗВЕРБОЯ,  
С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**

Бойко С.А., Сущенко А.А., Пятых Е.А.

Балтийский федеральный университет  
имени Иммануила Канта, Калининград, Россия,  
e-mail: corvusbsa@gmail.com

В последние годы отмечается неуклонный рост потребления фитопрепаратов. Применение фитопрепаратов за последнее время выросло более чем на 30% [4, 8].

Согласно данным исследования «Здоровье нации 2005», в России фитопрепараты применяют более 65% населения [4]. По данным исследований, порядка 20-30% населения одновременно принимают как фитопрепарат, так и лекарственное средство [7].

Большинство из этих препаратов влияют на метаболизм изоферментов цитохрома P450 и на транспортеры лекарств (гликопротеин-P и др.), выступая в роли их индукторов или ингибиторов.

**Цитохром P450 (CYP)** – представляет собой группу ферментов, осуществляющих метаболизм ЛС и других ксенобиотиков, а также участвующих в синтезе стероидных гормонов, холестерина, желчных кислот, простаноидов (тромбоксана A2, простаглицлина 12). CYP P450 является гемопротеином. В восстановленной форме он связывает монооксид углерода с образованием комплекса с максимальным поглощением света при длине волны 450 нм. CYP P450 метаболизирует реакции I фазы биотрансформации (окисления). Основные изоферменты в данном случае: 1) CYP3A4; 2) CYP2D6; 3) CYP2C9; 4) CYP2C19; 5) CYP2E1 [3].