

**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].

При совместном приеме определенных фитопрепаратов и лекарственных средств, метаболизируемых СУР Р450, может наблюдаться как относительная передозировка, так и снижение терапевтического эффекта. Наиболее частым компонентом травяных сборов является зверобой.

По данным сети аптек «Новая Аптека», годовой товарооборот препаратов, содержащих экстракт зверобоя, за 2014 год составил 2% (более 500 тыс. руб.).

Экстракт зверобоя является индуктором СУР3А4 и СУР1А2 (только у женщин) [12]. Предполагают, что способность зверобоя индуцировать СУР3А4 связана с содержащимся в нем гиперфоринном, который, являясь лигандом внутриклеточного X-рецептора прегна-на, проникает в ядро клетки и стимулирует экспрессию гена *СУР3А4* [9]. При одновременном приеме этого фитопрепарата с мидазоломом (маркерный субстрат СУР3А4) экстракт зверобоя в большей степени будет снижать уровень мидазолама в крови при введении последнего внутрь, чем внутривенно [11].

По некоторым данным, индуцирующая способность экстракта зверобоя по отношению к СУР3А4 сопоставима с так называемым универсальным индуктором микросомального окисления рифампицином [5]. Также экстракт зверобоя снижает эффективность контрацептивных средств, симвастина, циклоспорина более чем на 50%. Управление по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами США в своей директиве, выпущенной в феврале 2000 г., указывает, что «не рекомендуется совместное применение экстракта зверобоя с контрацептивными препаратами для приема внутрь, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и ингибиторами ВИЧ-протеиназы» [6].

Было выявлено влияние зверобоя обыкновенного на варфарин, верапамил, статины, дигоксин и препараты антиретровирусной терапии [1].

Экстракт зверобоя является индуктором гликопротеина-Р – белка-транспортера, обеспечивающего выведение липофильных ксенобиотиков и ряда биобактерицидов из клеток и как следствие защиту организма от действия лекарственных и токсических веществ.

Можно предположить снижение эффективности индинавира и саквинавира у больных ВИЧ-инфекцией, так как они являются субстратами гликопротеина-Р [10].

На наш взгляд, проблема эффективности и безопасности совместного приема лекарственных средств и фитопрепаратов должна решаться комплексно. Во-первых, необходимо повысить информированность врачей и пациентов о неблагоприятных взаимодействиях. Во-вторых, следует улучшить систему экспертизы фитопрепаратов и на предмет нежелательных фармакологических взаимодействий с лекарственными препаратами. При назначении или прекращении приема лекарственных средств врачу следует учитывать возможное взаимодействие с фитопрепаратами, информировать пациента о побочных реакциях и снижении (повышении) терапевтического эффекта, а также заносить эти данные в амбулаторную карту.

Список литературы

1. Журнал «Провизор». – 2008. – Вып. 13-14. – 8 июля.
2. Исследование «Здоровье нации 2005», www.rdeuropehealth.com
3. Кукес В.Г. Метаболизм лекарственных средств: клинико-фармакологические аспекты. – М.: Реафарм, 2004.
4. Anon, 2005. Dietary Supplements: Safe, Beneficial and Regulated. Council for Responsible Nutrition. <http://www.crnusa.org/CRNRegQanda.html>. Accessed February 2, 2005.
5. Gorski J.C., Hamman M.A., Wang Z., Vasavada N., Huang S., Hall S.D. // Clin. Pharmacol. Ther. – 2002. – № 71. – P. 25.
6. Guerra M.C., Speroni E., Broccoli M., et al. // Life Sci. – 2000. – Nov. 3. – № 67(24). – P. 2997-3006.
7. Izzo A.A., Ernst E. // Drugs. – 2001. – № 61. – P. 2163-2175.

8. Kaufman D.W., Kelly J.P., Rosenberg L., Anderson T.E., Mitchell A.A. // JAMA. – 2004. – № 287. – P. 337-344.

9. Moore L.B., Goodwin B., Jones S.A., Wisely G.B., Serabjit-Singh C.J., Willson T.M. et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2000. – № 97. – P. 7500-7502.

10. Piscitelli S.C., Burstein A.H., Chait D., Alfaro R.M., Falloon J. // Lancet. – 2000. – № 355. – P. 547-548.

11. Smith M., Lin K., Zheng Y., et al. // Clin. Pharmacol. Ther. – 2001. Feb. – № 69(2). – Abstract PIII-89.

12. Wang Z., Gorski J.C., Hamman M.A., Huang S., Lesko L.J., Hall S.D. // Ibid. – 2001. – № 70. – P. 317-326.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Тетькина А.Н., Лекомцева Н.П.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия, e-mail: altgirl92@gmail.com

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является прогрессирующим заболеванием мягких тканей орбиты, в основе которого лежит иммуномедиаторное воспаление экстраокулярных мышц и орбитальной клетчатки, развивающееся преимущественно при диффузном токсическом зобе (ДТЗ). В течении ЭОП выделяют активную (раннюю) фазу и неактивную (выгоревшую). Активная фаза характеризуется преобладанием процессов клеточной инфильтрации и отека. Изменения периорбитальных тканей в данной фазе ЭОП являются обратимыми. В неактивную фазу характерно разрастание соединительной ткани (фиброз), которое практически необратимо. Клинические проявления ЭОП в значительной степени ухудшают качество жизни больных.

Цель. Обосновать значение методов ультразвукового исследования для диагностики эндокринной офтальмопатии.

Задачи. Выяснить половозрастную структуру ЭОП, изучить эхографическую картину ЭОП и её связь с данными экзофтальмометрии.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе РОКБ МЗ УР. Проведен ретроспективный анализ 42 амбулаторных карт пациентов (84 глаза) с диагнозом «диффузный токсический зоб», направленных на верификацию сопутствующего диагноза «эндокринная офтальмопатия». Среди обследованных было 15 мужчин и 27 женщин в возрасте от 30 до 61 года. Состояние глаз оценивали путем наружного осмотра и экзофтальмометрии. Все пациенты прошли ультразвуковое исследование на аппарате Accutome B-ScanPlus (США) с оценкой состояния экстраокулярных мышц.

Результаты исследования

Из 42 пациентов доля мужчин составила 35,71% (15 пациентов), женщин – 64,29% (27 пациентов). Средний возраст больных с ЭОП составил 46,85±1,39 лет, средний возраст женщин составил 52,85±3,05 лет, мужчин – 39,83±3,0 лет (p<0,05). У всех пациентов с ДТЗ, в том числе с субклиническим течением ЭОП, было выявлено утолщение экстраокулярных мышц от 4,95 до 7,5 мм (нормальная толщина до 4 мм), свидетельствующее о поражении глазодвигательных мышц с развитием эндокринной миопатии. Наиболее выраженные изменения наблюдались в прямой верхней (6,56±0,08 мм; p<0,05) и прямой медиальной мышцах (6,38±0,05 мм; p<0,05) глаза. Проведен корреляционный анализ между средней толщиной экстраокулярных мышц и степенью ЭОП, установленной на основании экзофтальмометрии и клинических данных. Выявлена прямая сильная связь (коэффициент корреляции 0,83), что позволяет подтверждать степень ЭОП данными эхографических исследований (рис. 1).