Маль Г.С., Дородных И.А.

Фармакологическая коррекция гиперлипидемии в условиях острой респираторной вирусной инфекции

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Россия, Курск)*

doi: 10.18411/lj-10-2018-155

idsp: 000001:lj-10-2018-155

По статистике ВОЗ 2016 года 51% приходится на ИБС [3].

Являясь мультифакториальным заболеванием, ИБС связана с генетическими факторами и факторами окружающей среды. ИБС соподчинена законам хронофармакологии. По результатам эпидемиологических исследований выявлены факты дестабилизации хронической формы ИБС в различные сезоны года [1].

Воспаление является неспецифическим проявлением воздействия разнообразными повреждающими факторами на эндотелий сосудов. В качестве этиологического фактора, способствующего активации хронического воспаления в атеросклеротической бляшке, с вовлечением цитокиновой системы, может являться любая острая инфекционная патология, протекающая с активным воспалительным процессом [2].

В исследование включено 60 больных ИБС стенокардией напряжения 1-2 ФК изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией.

Фармакологическая коррекция ГЛП осуществлялась статинами IV поколения (розувастатин в стартовой дозе 10 мг/сут.) согласно рекомендациям ВНОК (2012).

Так, у больных ИБС на этапе скрининга (I визит) при фармакологической коррекции критерием проявления гиполипидемического эффекта было достижение целевого ХС ЛНП у 55,7% больных, среди них с изолированной ГХС – 30,1% больных, с сочетанной ГХС – 25,6% достигли целевого ХС ЛНП на фоне гиполипидемической терапии розувастатином.

В момент госпитализации с проявлениями острого инфекционного процесса больные разделились на 2 группы по достижению целевого ХС ЛНП. Так, проявлением дестабилизации течения ИБС стало изменение параметров липидного профиля с нивелированием ранее достигнутого целевого ХС ЛНП при выбранной стандартной дозе розувастатина 10 мг/сут.

На II визите отмечено снижение достигнутого целевого уровня зафиксирована у 6% больных ИБС с изолированной ГХС с 38% (на амбулаторном этапе наблюдения) до 32% при присоединении острого инфекционного заболевания, а у больных с сочетанной ГХС – 5,6%.

Снижение достигнутого уровня ХС ЛНП до 32% требовало титрации дозового режима розувастатина, таким образом, начиная со II визита больным осуществлялась фармакологическая коррекция ГЛП как розувастатином 10 мг/сут., так и розувастатином 20 мг/сут. Оцененный на III визите процент больных ИБС с изолированной ГХС при сопутствующей ОРВИ показал достижение целевого ХС ЛНП у 50% больных при приеме 10 мг розувастатина и 55% - при 20 мг.

Далее на последующих точках наблюдения было получено достижение целевого холестерина у 53% и 60% при соответствующих дозовых режимах (IV визит), 58% и 63% к V визиту и 64% и 67% больных VI визиту.

У больных с сочетанной ГХС на III визите отмечено достижение целевого уровня у 47% пациентов при приеме 10 мг розувастатина и у 52% - при 20 мг. Дальнейшее наблюдение показало достижение целевого уровня ХС ЛНП у 50% и 56% (IV визит), 56% и 60% (V визит) и 62% и 64% (VI визит) соответственно. Так, титрация дозового режима статинотерапии до 20 мг розувастатина способствовала усилению гиполипидемического эффекта розувастатина.

У больных ИБС с изолированной ГХС дозовый режим розувастатина 10 мг способствовал достижению целевого уровня ХС ЛНП в 54% (I визит), 50% (II визит), 54% (III визит), 57% (IV визит), 60% (V визит) и 65% (VI визит). Соответственно, прием 20 мг розувастатина привел к достижению целевого ХС ЛНП у 60% больных (III визит), у 64% – на IV визите, 68% – на V визите, и 72% – на VI визите соответственно.

Таким образом, пациенты с ИБС сочетанной ГХС показали достижение целевого уровня ХС ЛНП при дозовом режиме розувастатина 10 мг/сут. в 43% случаев на I визите, в 46% - на II, в 50% - на III, в 53% - на IV, в 56% - на V и в 60% - на VI. Титрация дозы розувастатина до 20 мг способствовала увеличению количества больных, достигших целевого уровня ХС ЛНП, что выразилось в достижении целевого уровня 58% на III визите, 62% на IV визите, 66% на V визите и 69% на VI визите.

При фармакологической коррекции ГЛП розувастатином критерием проявления гиполипидемического эффекта стало достижение целевого ХС ЛНП у 67% исследуемых больных к 12 неделе фармакотерапии.

1. Звягина, М.В. Сравнительная оценка эффективности ингибиторов синтеза и абсорбции холестерина у больных ишемической болезнью сердца с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.05 / В.М. Звягина. – Курск, 2015. – 121 с.
2. Клиническая фармакология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с.
3. Петров, В.И. Безопасность статинов / В.И. Петров, О.Н. Смусева, Ю.В. Соловкина // Вестн. ВолгГМУ. – 2012. – № 4 (44). – С. 9-14.

Остриков А.П., Павельев И.Г., Семиндей Е.С.

Биомеханические средства уменьшения травматизма в игровых видах спорта

*Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма
(Россия, Краснодар)*

doi: 10.18411/lj-10-2018-156

idsp: 000001:lj-10-2018-156

Аннотация

Во многих игровых видах спорта, довольно важное значение имеют биомеханические особенности нижних конечностей спортсменов. Тренеры обычно учитывают их при построении тренировочного процесса с целью повышения игровых навыков и уменьшения травматизма.

Ключевые слова: игровые виды спорта, травматизм в спорте, звенья ноги, биомеханика нижних конечностей.

Травматизм в игровых видах спорта всегда был одной из ключевых проблем. В частности, в футболе для его снижения нижние конечности футболистов рассматривают как трехзвенную биомеханическую модель, которая в ходе замаха для удара накапливает определенную энергию, чтобы в конце движения передать ее мячу. При этом правильное и своевременное торможение позволит сделать удар технически верно. И, что не менее важно, обезопасит футболиста от травм ноги.

Как показывают биомеханические и электромиографические исследования, после удара ногой в области коленного сустава отмечается значительное перенапряжение. Это может пагубно сказываться на всей конечности, если учитывать, что кончик стопы передвигался (при довольно сильном ударе) со скоростью до 21 метра в секунду, а сама стопа испытывает большие перегрузки. Опасность такого перенапряжения для связок колена явна. Чтобы избежать этого, недостаточно в ходе тренировок подготовить связки, следует мышечными усилиями его уменьшить. В ходе предыдущих исследований в этой области было установлено, что эти явления являются