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

следствием работы определенных мышечных групп ноги. Чтобы определить, как они взаимодействуют в момент совершения удара по мячу, были записаны биоэлектрические потенциалы ряда мышц. Было выявлено, что торможение выполняется методом "рефлекторного" подключения мускул задней поверхности ноги и голени. Этим и объясняется превращение ноги в цельный рычаг. В ходе замаха, придавая звеньям ноги нужную скорость и траекторию перемещения, футболист освобождает нужные для этого степени подвижности суставов и тушит лишние. Однако перед самым соприкосновением стопы с мячом происходит выраженное торможение всех перемещающихся звеньев ноги, что одномоментно сбивает всю предыдущую биомеханическую картину начавшегося движения и смещение ноги как единого целого происходит уже по инерции.

Как показывает практика, движения во многом связаны с технической подготовленностью игрока, чем лучше он подготовлен, тем меньше он подвержен влиянию торможения на точность удара. Действительно, если проанализировать выполнение удара по мячу молодого игрока и сопоставить его удар с техникой профессионала, то будет видно, что у начинающего при выполнении удара происходит превращение ноги в цельное неделимое звено, что влияет на точность и свойства удара в целом. Квалифицированные игроки до последнего момента удерживают торможение звеньев и не позволяют этому явлению воздействовать на точность удара.

1. Китюкова, Э.В. Биомеханическое моделирование двигательных действий / Э.В. Китюкова, А.П. Остриков, И.Г. Павельев // Ресурсы конкурентно способности спортсменов: теория и практика реализации. - 2017. - № 7. - С. 123.
2. Комлев, И. О. Изучение эффективности применения разработанного эллиптического велотренажера / И. О. Комлев, С. В. Шукшов, И. Г. Павельев // Актуальные вопросы физической культуры и спорта. - 2015. - Т. 17. - С. 31-38.

Островский К.А., Сенчукова А.О., Сенчуков В.С., Островский А.Г.
Некоторые нерешённые вопросы диагностики острого панкреатита – клеточный иммунитет (динамика и результаты)

*Отделенческая клиническая больница на ст.Петрозаводск,
Петрозаводский государственный университет
(Россия, Петрозаводск)*

doi: 10.18411/lj-10-2018-157

idsp: 000001:lj-10-2018-157

Аннотация

Подвергнуты анализу некоторые спорные вопросы диагностики острого панкреатита (ОП). Это иммунный статус при тяжёлом ОП - его динамика и результаты, у леченных больных в 2015г. по больнице скорой медицинской помощи г.Петрозаводска (БСМП).

Клеточный иммунитет у больных с тяжёлым течением ОП нарушен у большинства больных, у 41 больного из 67 изученных больных количество лимфоцитов было снижено, что составляет 61,2%. Нарушение иммунного зеркала происходит у меньшего количества больных и имеется у 36 из 67 больных (53,7%) (до известной степени эти цифры идут параллельно). Но вот при выписке количество лимфоцитов нарастает, а иммунный статус остаётся стабильно нарушенным.

На изученном материале мы видим, что изменения процентного количества лимфоцитов соответствуют (коррелирует) ряду других иммунных показателей, но не согласуются с абсолютным количеством лимфоцитов. В этой связи мы считаем, что необходим пересмотр референтного значения количества абсолютных лимфоцитов.