

*Медицинские науки***КОРТЕКСИН ПРИ МИГРЕНИ**

Арлыт А.В., Ивашев М.Н., Савенко И.А.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт,
филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава России,
Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru*

Частота распространенности мигрени в определенных регионах России достигает 32%, и чаще наблюдается у женщин. Одна из причин – нарушение тонуса сосудов мозга. При лечении применяются разные средства [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14], влияющие на мозговую кровотоки.

Цель исследования. Эффекты кортексина на мозговой кровотоки.

Материалы и методы исследования. Анализ литературы и собственные экспериментальные данные по изучению эффектов кортексина на мозговую кровотоки.

Результаты исследования и их обсуждение. Многие свойства кортексина дают теоретическое обоснование для его клинического применения у больных мигренью в случае экстренного купирования приступа и в том числе для профилактики. Фармакодинамика препарата связана с возможностью кортексина влиять на важные патофизиологические механизмы мигрени. По многочисленным данным исследователей, кортексин регулирует баланс тормозных и возбуждающих аминокислот (ВАК), уровень содержания дофамина и серотонина, оказывает ГАМК-ергическое действие, обладает антиоксидантной активностью. Кроме того, агонисты ГАМК_A-рецепторов, потенцированные кортексином, подавляют ноцицептивную активность, что приводит к уменьшению интенсивности головной боли. Оказывая влияние на уровень серотонина, кортексин способствует снижению его содержания в крови и вызывает эффект расслабления избыточной пульсации сосудов, что является характерным симптомом мигрени. Обнаружено, что колебания уровня серотонина плазмы имеют достоверную корреляцию с динамикой приступа мигрени. Кортексин, регулируя уровень серотонина, возможно имеет непосредственное отношение к активации серотонинергической системы в мозге. Экспериментальные данные (метод водородного клиренса) показывают, что кортексин оказывает регулирующее влияние на уровень мозгового кровотока, способствуя поддержанию ауторегуляции мозгового кровотока, особенно при его нарушении.

Выводы: кортексин эффективен при мигрени.

Список литературы

1. Арлыт А.В. К вопросу эпидемиологии нарушений мозгового кровообращения / А.В. Арлыт, М.Н. Ивашев // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 148.

2. Влияние бутанольной фракции из листьев форзиции промежуточной на мозговое кровообращение / А.В. Арлыт [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 10-12.

3. Влияние дибикора и таурина на мозговой кровотоки в постинсультном периоде / Абдулмаджид Али Кулейб [и др.] // Фармация. – 2009. – № 1. – С. 45-47.

4. Влияние жирных растительных масел на динамику мозгового кровотока в эксперименте / А.В. Арлыт [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 11. – С. 45-46.

5. Влияние катадолона на мозговой кровотоки / Ю.С. Струговщик [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 142.

6. Влияние препарата «профеталь» на мозговой кровотоки / А.В. Арлыт [и др.] // Биомедицина. – 2010. – Т. 1. – № 5. – С. 66-68.

7. Влияние флупиртина малеата на мозговое кровообращение в эксперименте / А.В. Арлыт [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 1. – С. 134-135.

8. Изучение острой токсичности извлечений из сырья черноплодки крупноцветковой / А.А. Шамилов [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 117-118.

9. Изучение скорости мозгового кровотока при алкогольной интоксикации / А.А. Молчанов [и др.] // Фармация. – 2009. – № 4. – С. 50-52.

10. Использование гепаринов в хирургической практике / М.Н. Ивашев [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 5. – С. 105.

11. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при неустановленном инсульте мозга / А.В. Арлыт [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 3. – С. 101.

12. Особенности кардиогемодинамики при применении золетила у лабораторных животных / М.Н. Ивашев [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. – Т. 17. – № 4-1. С. 168-171.

13. Эффекты кавинтона на показатели церебральной гемодинамики / А.В. Арлыт [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 121-122.

14. Изучение влияния эфирного масла и суммы лактонов полыни однолетней на мозговое кровообращение / Д.Д. Винюков [и др.] // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2006. – № 2. – С. 219-221.

**СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОМ
РЕФЛЮКСЕ**

Музраева И.В., Сергиенко А.В., Ивашев М.Н.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт,
филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава России,
Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru*

Желудочно-пищеводным рефлюксом (ЖПР) называют спонтанное, без предшествующих тошноты и рвоты забрасывание или затекание желудочного содержимого в пищевод. При ЖПР принимаются средства, как и при других заболеваниях [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Цель исследования. Характеристика средств, применяемых при ЖПР.

Материалы и методы исследования. Анализ литературы.

Результаты исследования и их обсуждение. Медикаментозное лечение данного заболевания включает применение вяжущих, обво-

лакивающих средств, антацидов, регуляторов двигательной функции желудочно-кишечного тракта, холинергических препаратов, а также средств, снижающих кислотопродуцирующую функцию желудка. Лечение должно быть комплексным, то есть воздействовать на различные стороны патогенеза рефлюкс-эзофагита. Монотерапия имеет, как правило, весьма незначительный эффект. Консервативное лечение включает в себя: рекомендация больному определенного образа жизни и диеты; прием антацидов и производных альгиновой кислоты; антисекреторные препараты (блокаторы H₂-рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы); прокинетики, нормализующие моторику (активизация перистальтики, усиление активности нижнего пищеводного сфинктера, ускорение эвакуации из желудка). Наиболее удобной фармацевтической формой при ЖПР являются гели. Обычно препараты принимают 3 раза в день через 40 – 60 мин после еды, когда чаще всего возникают изжога и ретростернальные боли, и на ночь. Рекомендуют также придерживаться следующего правила: каждый приступ боли и изжоги следует купировать, поскольку эти симптомы указывают на прогрессирующее повреждение слизистой пищевода. В лечении рефлюкс-эзофагитов хорошо зарекомендовали себя препараты, содержащие альгиновую кислоту. К таким препаратам относится топалкан (топаал), выпускаемый фирмой «Пьер Фабр» (Франция), который наряду с гидроксидом алюминия и углекислым магнием содержит альгиновую кислоту.

Выводы. У большинства больных ЖПР удается добиться стойкой ремиссии посредством комбинации местнодействующих препаратов.

Список литературы

1. Анальгетическая активность отваров коры и однолетних побегов ивы белой / О.О. Хитева [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 2. – С. 51-52.
2. Антигипоксический эффект производного фенотиазина МИКС-8 / М.Н. Ивашев [и др.] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2012. – № 2. – С. 74-76.
3. Биологическая активность чернушки дамасской / А.В. Сергиенко [и др.] // Аллергология и иммунология. – 2011. – Т. 12. – № 3. – С. 298.
4. Влияние бутанольной фракции из листьев форзиции промежуточной на мозговое кровообращение / А.В. Арлыт [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 10-12.
5. Влияние катадолона на мозговой кровоток / Ю.С. Струговщик [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 142-142.
6. Влияние кофейной кислоты на системную гемодинамику / Р.Е. Чуклин, М.Н. Ивашев // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – № 6. – С. 307.
7. Влияние метронидазола и ликопида на экспериментальное воспаление / А.В. Сергиенко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 8 – С. 68-74.
8. Влияние препарата «профеталь» на мозговой кровоток А / А.В. Арлыт [и др.] // Биомедицина. – 2010. – Т. 1. – № 5. – С. 66-68.
9. Моделирование патологических состояний кожи у крыс и мышей / Д.А. Бондаренко [и др.] // Цитокины и воспаление. – 2010. – Т. 9. – № 4. – С. 28-31.

10. Использование гепаринов в хирургической практике / М.Н. Ивашев [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 5. – С. 105.

11. Особенности кардиогемодинамики при применении золетила у лабораторных животных / М.Н. Ивашев [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. – Т. 17. – № 4-1. – С. 168-171.

12. Противовоспалительная активность экстракта травы татарника колючего / Л.Р. Иванова [и др.] // Фармация. – 2007. – № 4. – С. 39-40.

13. Сравнительное изучение антиаритмического действия местных анестетиков амидной группы / Т.А. Скоробогатова, М.Н. Ивашев // Фармация. – 2011. – № 2. – С. 38-40.

14. Характеристика репаративно-адаптивной активности жирных растительных масел в эксперименте / Е.Е. Зацепина [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 9. – С. 10-11.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СЕГМЕНТАРНОГО СТРОЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Сегментарное строение всего лимфатического русла (ЛР) соответствует импульсно-му лимфооттоку из органов с их ритмическим характером жизнедеятельности и благодаря ему складывается. Физиологическая целесообразность сегментарного строения ЛР состоит в организации лимфооттока из органов путем конденсации структурами стенок ЛР разными способами внешней, экстравазальной энергии и передаче ее лимфоток в условиях дефицита его собственной энергии, в т.ч. путем индукции активного (мышечного) сокращения стенок ЛР. Сегменты ЛР разделяются (Петренко В.М., 2011) на генеральные, общие с кровеносным руслом (топографо-анатомические – параартериальное размещение ЛР с момента закладки) и специальные (собственные, внутрисстеночные – межклапанные сегменты, МКС).

Целесообразность межклапанной сегментации ЛР состоит в компартиментализации (временной фрагментации) полости ЛР путем закрытия последовательно расположенных и попарно сопряженных клапанов. Это служит морфологической основой многоступенчатого, парциального продвижения лимфы по ЛР в условиях низкого давления в его полости. МКС имеет ограниченную емкость. Его наполнение лимфой приводит к растяжению стенок ЛР до достижения уровня критического трансмурального давления и критической деформации мембран миоцитов, при которой наступают их деполаризация и мышечное сокращение лимфангиона как МКС, а в результате происходит активный лимфоотток из него. Клапанный сегмент E.Horstmann – это полуоткрытая система с бесконечно большой емкостью и поэтому с неопределенным моментом индукции мышечного сокращения (например – начало аорты, устье