При совместном приеме определенных фитопрепаратов и лекарственных средств, метаболизируемых CYP P450, 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 CYP3A4 и CYP1A2 (только у женщин) [12]. Предполагают, что способность зверобоя индуцировать CYP3A4 связана с содержащимся в нем гиперфорином, который, являясь лигандом внутриклеточного Х-рецептора прегнана, проникает в ядро клетки и стимулирует экспрессию гена *CYP3A4* [9]. При одновременном приеме этого фитопрепарата с мидазоламом (маркерный субстрат CYP3A4) 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 CYP3A4 сопоставима с так называемым универсальным индуктором микросомального окисления рифампицином [5]. Также экстракт зверобоя снижает эффективность контрацептивных средств, симвастатина, 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 биобиотиков 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., Chaitt D., Alfaro R.M., Falloon J. // Lancet. – 2000. – № 355. – P. 547-548.

11. Smith M., Lin K., Zheng Y., et al. // Clin. Pharmaco.l 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

Тетенькина 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).

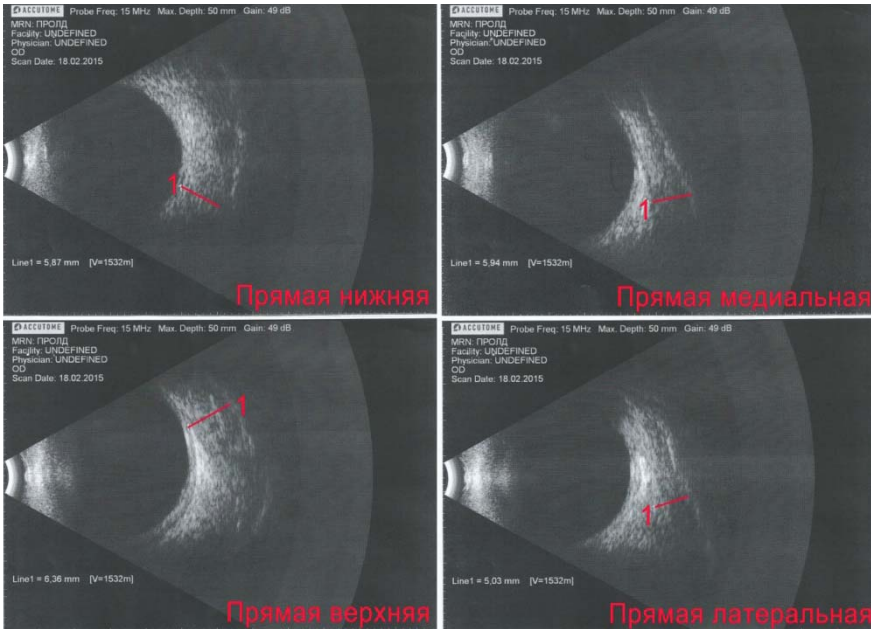

Рис. 1. Эхографическое изображение экстраокулярных мышц правого глаза пациента с ЭОП I ст. Линия 1 – толщина мышцы, мм

Выводы

Таким образом, ЭОП развивается наиболее часто у лиц трудоспособного возраста, приводя к снижению качества жизни пациентов. Так как лечение ЭОП наиболее эффективно на ранних стадиях заболевания, до развития необратимых изменений, необходима своевременная, высокочувствительная диагностика, не требующая больших материальных затрат и технической базы. Указанным требованиям полностью отвечает эхография глазного яблока и периорбитальных тканей. Данный метод отличается высокой чувствительностью, позволяет выявить начальные признаки ЭОП уже на ранних стадиях заболевания, до развития клинических проявлений.

Список литературы

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. – М.: Гэотар-Медиа, 2004. – 176 с.

2. Виноградская О.И., Липатов Д.В., Фадеев В.В. Эндокринная офтальмопатия: современные представления // Офтальмология. – 2009. – № 2(6). – С. 5-10.

3. Заривчацкий М.Ф., Стяжкина С.Н. Избранные страницы хирургической тиреоидологии: монография. – Пермь-Ижевск, 2011. – 216 с.

4. Набиев А.М. Значение эхографических исследований при определении эффективности лечения эндокринной офтальмопатии / А.М. Набиев, М.И. Ходжензарова // Клиническая офтальмология. Глаукома. – 2011. – №2. – С. 70-73.

ОЧЕРКИ ГЕНДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Титов Е.А., Губанова Г.В., Рябошапко А.И.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия, e-mail: elzagu@yandex.ru

Актуальность: гендерная медицина в последние годы привлекает все более пристальное внимание. Причем, акцент делается на особенности течения и лечения заболеваний у мужчин и женщин. Однако, большинство работ посвящено проблемам женского здоровья.

Целью настоящей работы явилось изучение по данным литературы вопросов тактики ведения и профилактики основных неинфекционных заболеваний в различных возрастных группах мужчин.

Продолжительность жизни у мужчин меньше, чем у женщин на 13 лет. Как известно, это обусловлено на две трети генетическими факторами и на одну треть – нездоровым образом жизни мужчин (1). Уже подростковый период, обычно продолжающийся с 12 до 18 лет, у мальчиков сопровождается значительными психическими изменениями и развитием различных патологических состояний. Подростки-мальчики требуют от врача особого внимания. Доктор должен не только заниматься лечением, но и вместе с родителями участвовать в воспитательном процессе детей.

Мужчины, уже начиная с пубертатного возраста, подхлестываемые всплеском уровня тестостерона, чаще идут на риск, чем женщины, чаще занимаются экстремальными видами спорта, их смертность от несчастных случаев в три раза выше, чем у женщин. У мужчин больше специфических ортопедических проблем, связанных с несчастными случаями в спорте. Только в возрасте от 30 до 50 лет степень риска смерти женщин сравнима с таковой среди мужчин. В этом возрастном интервале начинают сказываться последствия нездорового образа жизни мужчин – курения, гиподинамии, нездорового питания, и как следствие этого появляется избыточный вес. Мужчины реже обращаются к врачам с целью профилактики, и только в возрасте старше 75 лет имеют шансы на равную с женщинами продолжительность жизни.

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний по большей части являются схожими как для мужчин, так и для женщин. При этом среди факторов, влияющих на здоровье человека, на образ жизни приходится 50-55%, в то время как на работу учреждений здравоохранения – 10%, наследственность – 20%, экологическую обстановку – 20%.

Все факторы риска принято разделять на две подгруппы: немодифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые, поддающиеся как немедикаментозной, так и медикаментозной коррекции.