

169,5 усл.ед., т.е. более 3273 усл. ед.) и достоверно меньшие средние значения в группах женщин (2946,3±59,5 усл. ед.; $p<0,05$). На превалирование симпатии косвенно указывают более высокие, по сравнению со всей группой СУР-Ж, средние значения ЧСС, АДс и пульсового давления у мужчин. На это указывают также и структуры распределений обследованных по грациям ВИ-Кердо, где у мужчин превалируют лица с симпатикотонией (52,1%), а у женщин – с парасимпатикотонией (66,3%; $p<0,05$).

В целом же оценка основных показателей физического здоровья у мужчин является более благоприятной, чем у специалистов-женщин, по показателям физического развития и менее благополучной по показателям функционального состояния и вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Культербаева М.А.

*ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова
Москва, Россия*

В последние годы обнаруживается взаимосвязь инсерционно-делеционного (I/D) полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) с эндотелиальной дисфункцией и гипертензивными осложнениями.

Цель работы: выявление связи делеционной мутации гена АПФ с развитием гестоза, одним из основных патогенетических звеньев которого является дисфункция эндотелия.

Материалы и методы: нами обследованы беременные в третьем триместре. В основной группе, состоявшей из пациенток с гестозом различной степени тяжести, были выделены две подгруппы: 1 подгруппа – 28 беременных без гипертензивного симптома в клинике гестоза; 2 подгруппа – 39 беременных с наличием артериальной гипертензии. Контрольную группу составили 19 пациенток с неосложненным течением беременности.

ДНК для генотипирования выделялись из лейкоцитов периферической крови стандартным методом. Идентификацию I/D полиморфизма гена АПФ проводили методом полимеразной цепной реакции.

Результаты и обсуждение: В основной группе доля монозиготных по I аллелю пациенток была существенно ниже (14,9% против 21,1%; $p<0,05$), а доля монозиготных по D аллелю значимо выше (44,8% против 31,6%; $p<0,05$) по сравнению с контрольной. Гетерозиготные пациентки составили 40,3% основной группы и 47,4% контрольной. Представляет интерес анализ распределения генотипов в сопоставлении с клини-

ческой манифестацией гестоза. В 1 подгруппе доля беременных с генотипом I/I практически не отличалась от таковой в контрольной группе и составляла 21,4%, но доля пациенток с генотипом D/D даже в этой подгруппе (с отсутствием гипертензии) была статистически значимо выше – 42,9% ($p<0,05$). У беременных с гипертензивным синдромом монозиготность по I аллелю выявлялась более чем в 2 раза реже, чем в контрольной группе (10,3% против 21,3%, $p<0,01$), а доля монозигот по D аллелю возрастала почти в 1,5 раза – 46,2% против 31,6% ($p<0,05$). Распространенность аллеля D в контрольной группе составила 55,3%, в 1 и 2 подгруппах – 61,1% и 72,6%, соответственно.

Заключение: в нашем исследовании прослеживается достоверное снижение доли аллеля I у беременных с гестозом и достаточно четкая взаимосвязь гомозиготности по аллелю D с гипертензивным синдромом при беременности, что может свидетельствовать о связи D аллеля гена АПФ с повышенным риском развития гестоза.

НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

Музурова Л.В., Злобин О.О., Аристова И.С.

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Росздрава»
Саратов, Россия*

Нарушение осанки во фронтальной плоскости прежде всего проявляется в виде ассиметричной осанки. Принципиальным отличием ассиметричной осанки от сколиоза является то, что это нестойкое отклонение позвоночника может быть исправлено путем напряжения мышц. Характерным признаком ассиметричной осанки является наклон плечевого пояса вперед. При этом одно плечо выше другого, лопатка на стороне выпуклости ниже, выражена асимметрия треугольников талии, мышц туловища слабо развиты, работоспособность снижена. Рентгенологически у таких людей не определяется никаких торсионных изменений как в положении стоя, так и в положении лежа.

На рост, развитие, укрепление здоровья и формирование осанки оказывают влияние условия окружающей среды. Профилактика нарушений осанки начинается на первом году его жизни: вред приносит раннее усаживание ребенка и преждевременное обучение ходьбе. В то же время раннее стимулирование к ползанию – весьма полезный способ укрепления мышц шеи и спины. Чем старше ребенок, тем большее значение для формирования осанки приобретают привычные позы при занятиях с игрушками и рабочее место при чтении и письме.

Неблагоприятные факторы наиболее сильно влияют на детей в период их бурного рос-