

Окончание таблицы

1	2	3	4
АД пульсовое (мм рт. ст.)	57,26 ± 2,99	56,84 ± 1,95	
Индивидуальная минута средняя (с)	66,89 ± 1,65	58,37 ± 1,72	*
Время восстановления ЧСС после стандартной физической нагрузки (с)	90 ± 4,54	101,84 ± 3,73	*
Кольца радужки (D+S)	4,26 ± 0,36	6,47 ± 0,34	*
Интроверсия (баллы)	11,79 ± 0,88	11,00 ± 0,83	
Нейротизм (баллы)	5,26 ± 0,8	10,37 ± 1,21	*
СОЗ (баллы)	4,21 ± 0,58	5,74 ± 0,94	*
ТКП (баллы)	35,21 ± 1,12	33,42 ± 1,12	*
Распространенность табакокурения (%)	14	57	*
ИНРС (у.е.)	82,56 ± 14,39	320,4 ± 94,2	*
ИВР (у.е.)	136,74 ± 19,63	490,03 ± 140,59	*
ПАПР (у.е.)	37,62 ± 3,98	67,73 ± 4,69	*
ИЦ (у.е.)	8,41 ± 0,82	10,09 ± 0,73	*
Иа ПНЦ (у.е.)	0,88 ± 0,1	1,07 ± 0,32	
Кратковременная зрительная память (баллы)	62,22 ± 3,84	52,11 ± 3,79	*
Кратковременная слуховая память (баллы)	68,89 ± 2,79	68,95 ± 3,05	
Качество сна (баллы)	94,00 ± 2,29	84,05 ± 2,42	*
ПЗМР (мс)	323,32 ± 24,4	271,32 ± 10,06	*
СЗМР (правая рука) (мс)	447,84 ± 19,84	390,47 ± 17,34	*
СЗМР (левая рука) (мс)	482,63 ± 18,92	475,16 ± 20,2	
РДО (возбудительный процесс) (мс)	27,74 ± 2,23	26,26 ± 1,97	
РДО (тормозной процесс) (мс)	24,74 ± 1,69	25,00 ± 1,77	
РГМ (кол. сигналов за 5 минут)	517,53 ± 22,46	568,63 ± 14,02	*
УФП (мс)	79,11 ± 4,6	71,26 ± 1,45	*
КНН (мкмоль/л)	10,45 ± 0,50	5,74 ± 0,76	*

Примечание: ФБВ/ДБВс – темпы старения, СР – стрессреактивность, ЗДВ – задержка дыхания на вдохе, ТКП – тип коронарного поведения, СОЗ – субъективная оценка здоровья, ИНРС – индекс напряжения регуляторных систем, ИВР – индекс вегетативного равновесия, ПАПР – показатель адекватности процессов регуляции, ИЦ – индекс централизации, Иа ПНЦ – индекс активации подкоркового нервного центра, РДО – реакция на движущийся объект, РГМ – работоспособность головного мозга, УФП – уровень функциональной подвижности нервных процессов, КНН – концентрация нитратов и нитритов в конденсате альвеолярного воздуха, * – достоверные различия параметров со значением $p < 0,05$.

Концентрация метаболитов NO – значимого регулятора как тонуса сосудов и АД, так и уровня стрессреактивности была достоверно выше у лиц, имеющих незначительную стрессреактивность. По данным литературы, при кратковременном или умеренном воздействии, когда развивается адекватная стресс-реакция, происходит активация продукции NO. При длительном же и/или интенсивном стрессе развивается истощение – синтез NO ограничивается (Е.Б. Манухина, И.Ю. Малышев, 2000).

Несмотря на то, что хронический стресс может являться причиной увеличения АД, уровня холестерина, возникновения одышки, головокружения, болей в груди, расстройств желудочно-кишечного тракта (S.M. Ко е.а., 1999, В.Д. Трошин, 2007), врачи часто недооценивают роль стресса; в современной медицине вообще нет специалистов по стрессу. Понимание же связей стрессреактивности с другими физиоло-

гическими и биохимическими механизмами позволит более точно прогнозировать возможные изменения в состоянии здоровья и реактивности у молодежи.

Исследование выполнено при поддержке гранта Губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева для молодых ученых – докторов наук и гранта Президента Российской Федерации МД-4145.2011.7.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО НАРКОЗА КСЕНОНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ломовцева А.В., Шписман М.Н., Агаркова Л.А.

ФГБУ «НИИАГП» СО РАМН, Томск,
e-mail: academs@rd4.tomsk.ru

Лечение плацентарной недостаточности остается одной из самых актуальных и дискуссионных тем в акушерской практике. Многооб-

разие применяемых методов подчеркивает несовершенство и недостаточную эффективность большинства из них.

Цель исследования – оценить влияние инертного газа ксенона на маточно-плацентарное кровообращение у беременных с плацентарной недостаточностью.

Проведено простое проспективное параллельное исследование 30 беременных с нарушениями маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения (МПК и ФПК) IA, IB и II степени, сопоставимых по клинико-анамнестическим характеристикам. Основную группу I ($n = 15$) составили беременные, которым на фоне традиционной сосудистой и метаболической терапии проводился лечебный наркоз ксеноном по разработанной методике. Группу сравнения ($n = 15$) составили женщины, которым проводилась только традиционная медикаментозная терапия. Эффективность лечебных мероприятий оценивали по данным доплерометрии в течение 2-х недель. Полученные данные обработаны с помощью программ Excel и Statistica 6.1. Различия сравниваемых результатов считались достоверными при $p < 0,05$.

При проведении доплерометрии через 1 неделю на фоне лечения в основной группе в 33,3% отмечено восстановление показателей МПК и ФПК, в 33,4% – их улучшение. В группе сравнения эти показатели составили 0 и 33,3%, соответственно. Через 2 недели в основной группе восстановление исследуемых показателей зарегистрировано в 66,7%, улучшение – в 20% наблюдений; в группе сравнения – 26,6 и 40%, соответственно.

Таким образом, использование ксенона в комплексной терапии плацентарной недостаточности способствует более быстрому восстановлению/улучшению маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Мохначева С.Б.

ИГМА, Ижевск,

e-mail: Svetlana-mokhnacheva@yandex.ru

В настоящее время уже не вызывает сомнений существование, так называемого синдрома слабости соединительной ткани или синдрома дисплазии соединительной ткани. Распространенность дисплазии соединительной ткани в популяциях составляет до 80% – это, так называемые недифференцированные дисплазии соединительной ткани, которые могут быть не только генетически детерминированными, но и развиваться вследствие мутагенных влияний условий внешней среды. Возможно, именно

врожденные особенности организма в большей степени, чем вторичная травматическая окклюзия, контакты с инфекцией, вредные привычки, тризм, вторичная адентия влияют на формирование и развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Целью исследования являлось обнаружение синдрома дисплазии соединительной ткани у 27 больных от 15 до 35 лет с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, обратившихся на консультативный прием в поликлинику №1 РКБ г. Ижевска. У данных пациентов при осмотрах и дополнительных консультациях специалистов – кардиолога, невропатолога, ортопеда, офтальмолога – выявляли наличие следующих синдромов: астенического, патологии зрения (миопия, астигматизм, косоглазие, нистагм, и т.д.), патологии стопы, гипермобильность суставов (в т.ч. и височно-нижнечелюстного), вертеброгенного синдрома (ювенильный остеохондроз позвоночника, межпозвоночные грыжи), косметического (аномалии прикуса, готическое небо, повышенная растяжимость кожи, диастема, растянутые швы и т.д.), нарушение психической сферы (повышенная тревожность, депрессии, ипохондрия, нервная анорексия), бронхолегочного синдрома, опущение органов, патологию сердца (пролапсы, кардиалгии и т.д.), синдрома вегетативной дисфункции. Для постановки диагноза заболевания ВНЧС проводился сбор анамнеза с выявлением ведущих жалоб: боли, щелканья в суставе; осмотр с определением ширины открывания рта, симптома девиации сустава; пальпация сустава и жевательных мышц с определением точек гипертонуса; из дополнительных методов проводилась ортопантомография в состоянии покоя и при максимальном открывании; лабораторные исследования состояли из: полного анализа крови, СОЭ, определения лейкоформулы, ревмофактора, СР-белок, количества сиаловых кислот в крови, оксипролина и гликозаминогликанов в суточной моче.

Результаты исследования показали, что в группе из 27 человек, состоящей из 5 мужчин и 22 женщин, синдром дисплазии соединительной ткани был выявлен у 8 человек – 3 мужчин и 5 женщин. Оставшиеся 19 человек с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава без выявленного синдрома дисплазии соединительной ткани составили группу контроля. Причем, 2 мужчин (18, и 23 лет) были посланы на консультацию к стоматологу по поводу патологии сустава уже с выставленными крайними состояниями синдрома дисплазии соединительной ткани – синдромом Морфана. У них наблюдалась гипермобильность всех суставов, в том числе и височно-нижнечелюстного – ширина открывания рта составляла 7–8 см, при открывании рта щелчок происходил дважды – в начале и в конце открывания, что свидетельство-