

и АД ($p=0,142$); в эритроцитах выше активность всех энзимов ($p<0,001$); в лимфоцитах ниже активности АДА и АД, выше АМФДА (все $p<0,001$). Сравнительные исследования показали, что у больных РА с I степенью, по сравнению с больными с периферической формой АС, в плазме выше активность АДА ($p<0,001$), ниже АМФДА ($p<0,001$) и АД ($p=0,026$); в эритроцитах ниже активности АМФДА и АД ($p<0,001$) и несколько выше активность АДА ($p=0,062$); в лимфоцитах выше активности АДА, АД и ниже АМФДА (все $p<0,001$).

Анализ выявил также много общего в изменениях активности энзимов в трех биологических средах при РА и АС: при обоих заболеваниях в плазме повышена активность АДА, в эритроцитах - повышены активности АДА и АМФДА, в лимфоцитах - снижены активности АДА и АД. В количественном выражении эти однонаправленные изменения активности энзимов различаются, но, тем не менее, использование этих показателей в клинической практике для дифференциации АС и РА несколько затруднительно. Более ценную информацию в этом аспекте имеют показатели энзимов, активность которых при РА и АС изменяется в противоположных направлениях. Так, если при РА активности АМФДА в плазме и АД в эритроцитах снижены, то у больных с периферической формой АС активности этих энзимов повышены.

Вывод. При дифференциации РА с I степенью активности процесса и периферической формы АС целесообразно ориентироваться на показатели АМФДА в плазме и АД в эритроцитах, активность которых при этих заболеваниях изменяется в противоположных направлениях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЙ ГИМНАСТИКОЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ПАРАМЕТРАМ СЕРДЕЧНО- ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА

Перов Ю.М., Абрамова О.В.

*Кубанский государственный медицинский
университет
Краснодар, Россия*

Беременность, как физиологический период жизни женщины, требует выделения в ее физическом воспитании специального раздела «физическое воспитание беременных женщин», в котором задачи и выбор средств обуславливается особенностями состояния и функциональными сдвигами, происходящими в организме женщины во время беременности.

Известно наличие теснейшей взаимосвязи между организмами матери и плода, возможность влияния на плод воздействиями на мать, поэтому подготовка беременных женщин к родам предполагает влияние проводимых мероприятий не только на организм матери, но и на организм развивающегося ребенка.

Главная цель этих воздействий - обеспечить не только благоприятное течение беременности и родов, но и полноценное внутриутробное развитие плода, повышение сопротивляемости его организма воздействиям неблагоприятных факторов внешней среды и снижение перинатальной и детской смертности.

Неотъемлемой частью физического воспитания беременных является гимнастика для беременных - выполнение комплекса специально подобранных физических упражнений, допустимых и показанных для выполнения именно во время беременности. Тем не менее, общепринятые показатели оценки эффективности лечебной физкультуры для беременных женщин не обладают достаточной информативностью. Стопроцентную информативность оценки эффективности лечебной физкультуры беременных можно обеспечить исследованием параметров сердечно-дыхательного синхро-

низма: ширины диапазона синхронизации и длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона сердечно-дыхательного синхронизма. Причем, достоверность получаемых результатов характерна для всех трех триместров беременности.

Под наблюдением находились 3 группы женщин с разными сроками беременности (I, II, III триместры). Каждая исследуемая группа включала 20 практически здоровых беременных в возрасте 18 -22 года, которые регулярно занимались специальной гимнастикой для беременных. Контрольную группу (20 человек) составили беременные, которые на протяжении всего периода беременности не занимались гимнастикой для беременных.

При исследовании динамики ширины диапазона сердечно-дыхательного синхронизма у беременных женщин в I, II, III триместрах, не занимавшихся гимнастикой для беременных, было выявлено, что ширина диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах у них составила в минуту 12,8+0,2 в первом триместре, 12,8+0,2 – во втором и 17,5+0,1 – в третьем. Динамика ширины диапазона сердечно-дыхательного синхронизма у беременных женщин в I, II, III триместрах, занимавшихся гимнастикой для беременных, значительно отличалась от показателей контрольной группы и составила в минуту 14,3+0,2 у беременных в первом триместре, 16,6+0,3 – во втором и соответственно 20,6+0,5 в третьем. Эти изменения носили статистически достоверный характер ($P < 0,001$).

Нами была изучена и динамика длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона сердечно-дыхательного синхронизма у беременных женщин в I, II, III триместрах как занимающихся, так и не занимающихся гимнастикой для беременных. Установлено, что и этот показатель значительно изменялся под влиянием специальных физических упражнений. В зависимости от срока беременности длительность синхронизации на минимальной границе диапазона сердечно-

дыхательного синхронизма у беременных, не занимающихся гимнастикой, составила 17,6+0,2 в первом триместре, 14,3+0,2 – во втором и 12,7+0,2 – в третьем триместре. Регулярные занятия специальной гимнастикой существенно влияли на динамику этого показателя. Так, у беременных, занимающихся гимнастикой, в первом триместре он колебался в пределах 16,2+0,2, во втором триместре этот показатель составил 13,2+0,2, а в третьем - 11,2+0,3, что было статистически достоверно ($P < 0,001$).

Таким образом, пробу сердечно-дыхательного синхронизма, наряду с общепринятыми методами, такими как измерение артериального давления, определение частоты дыхания, экскурсии грудной клетки, проведение спирометрии и динамометрии, следует применять для оценки эффективности лечебной физкультуры у беременных. При этом проба сердечно-дыхательного синхронизма по сравнению с вышеперечисленными методами обладает значительно большей информативностью.

ГРИБКОВЫЙ АЛЬВЕОЛИТ ЧЕЛЮСТИ, ВЫЗВАННЫЙ КАНДИДАМИ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Петинов К.В.

*ММУ Городская стоматологическая
поликлиника №1
Самара, Россия*

Микробиоценоз слизистой оболочки полости рта является экологической системой, чувствительной к неблагоприятным изменениям окружающей среды. В экологически неблагоприятных районах в микрофлоре полости рта по сравнению с нормой уменьшается количество лактобактерий и увеличивается концентрация стафилококков и грибов рода *Candida*.

При наличии в полости рта ортопедических конструкций микробные соотношения также изменяются. Так, у пациентов с протезами из разнородных металлов титр лактобактерий