

скую активность мозга. После оценки фонового уровня постоянных потенциалов (УПП) проводят пробу с гипервентиляцией, моделирующую физический стресс. Состояние адаптации в поддержании гомеостаза оценивается по степени восстановления метаболизма мозга в трехминутном постгипервентиляционном периоде (ПГВП): полное восстановление (адекватная реакция), отсутствие восстановления (ригидная реакция), снижение УПП ниже фонового значения (чрезмерная реакция), дальнейшее нарастание уровня УПП (извращенная реакция).

Результаты исследований. Адекватное восстановление нейрометаболизма после физического стресса – проявление способности организма сохранять свой гомеостаз. По результатам исследования было выявлено, что полное восстановление УПП наблюдалось лишь в 13% случаев и встречалось равномерно во всех клинических группах. Чаще всего отсутствие восстановления УПП (ригидность реакции) определялась в группе с ДКР на фоне последствий мозговых катастроф (ПМК) – в 48%. Дальнейшее нарастание уровня УПП в ПГВП (извращенная реакция восстановления) чаще встречалось при ДКР на фоне психо-вегетативного синдрома (ПВС) – в 40%.

Выводы. Нарушение возможностей адаптации в поддержании гомеостаза определяется в большинстве случаев (в 87%) ДКР различного генеза. Наиболее выраженные нарушения в поддержании гомеостаза определяются в группах ДКР на фоне ПМК и ДКР на фоне ПВС. Пациенты именно этих групп наиболее метеочувствительны, их работоспособность зависима от внешних атмосферных, климатических факторов.

СОСТОЯНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АДАПТАЦИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКИЙ СТРЕСС ПРИ ДОДЕМЕНТНЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Соколова Л.П., Шмырев В.И., Резков Г.И.

*ФГУ «Клиническая больница №1»,
«УНМЦ» УД Президента РФ, Москва,
e-mail: Lsocolova@yandex.ru*

Адекватная реакция на физический стресс – это проявление способности организма обеспечивать свою жизнедеятельность, в том числе когнитивную активность.

Цель: Изучить и показать различные варианты адаптации при додементных когнитивных расстройствах (ДКР) на примере реактивности нейрометаболизма при физическом стрессе.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов с ДКР различного генеза. Возможности адаптации к стрессу изучались методом нейроэнергоскопирования (НЭК), который регистрирует медленную

электрическую активность головного мозга. Фоновый метаболизм оценивают по уровню постоянных потенциалов (УПП). Затем проводят трехминутную гипервентиляцию, моделирующую физический стресс, на фоне которой нейрометаболизм должен увеличиться в 1,4–2,0 раза (адекватная реакция). По показаниям прибора мы выделяли: адекватную реакцию, ригидную реакцию (отсутствие изменений УПП), извращенную реакцию (снижение УПП ниже фонового), чрезмерную реакцию (чрезмерное повышение УПП).

Результаты исследований. Адекватная реакция на стресс была определена в 30%, причем чаще она встречалась в группах ДКР на фоне дисметаболических энцефалопатий (11%) и хронической сосудистой патологии (8%). Чаще всего ригидная реакция метаболизма определялась в группе с ДКР на фоне последствий мозговых катастроф (ПМК) – 13%. Это доказывает, что вегетативная нервная система слишком жестко держит свой гомеостаз. У пациентов этой же группы чаще встречалась и извращенная реакция на стресс (3%). Чрезмерная реакция на гипервентиляцию чаще определялась при ДКР на фоне психо-вегетативного синдрома (ПВС) – в 11% случаев.

Выводы. Наиболее выраженные нарушения адаптации на физический стресс определены в группе ДКР на фоне ПМК. Метаболизм у пациентов этой группы наименее гибко и неадекватно реагирует на физическую нагрузку, изменения внешних факторов. Учитывая, что именно в невозможности адаптироваться лежит причина истинно астенических состояний, при терапии ДКР и церебральных синдромов следует отдавать предпочтение методам, повышающим адаптационные возможности мозга.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Сосновская Е.В, Николаев Н.А.

*Ханты-Мансийский государственный медицинский институт, Ханты-Мансийск;
Омская государственная медицинская академия,
Омск, e-mail: niknik.67@mail.ru*

С помощью опросника SF-36 выполнена сравнительная оценка качества жизни 950 амбулаторных и стационарных пациентов с хроническими заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Анализ основных статистик, отражающих центральную тенденцию (среднее, медиана) и рассеяние признака (дисперсия, стандартное отклонение, квартили), показал, что показатели физического и психического компонента здоро-

вья гастроэнтерологических пациентов амбулаторных и стационарных лечебных учреждений различных регионов Западной Сибири значительно варьируют. Компоненты физического и психического здоровья у пациентов ниже соответствующих показателей из группы здоровых. По данным дисперсионного анализа (ANOVA Краскела-Уоллиса) все компоненты физического и психического здоровья амбулаторных пациентов статистически значимо отличались, что свидетельствовало о неоднородности этой группы пациентов. В отличие от амбулаторных пациентов, пациенты стационаров оценивали свое здоровье более однотипно. Амбулаторные пациенты имели более высокий показатель физического здоровья за счет составляющих RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование) и BP (интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью)

Таким образом, анализ качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с помощью опросника SF-36 показал, что и физический и психический компоненты здоровья существенно ниже (почти на 50%) контрольного уровня. Категория лиц, проходивших лечение в поликлинике более вариабельна в оценке качества жизни, чем пациенты стационаров. Вероятно, это связано с более тяжелым соматическим состоянием пациентов стационаров.

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ
МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК ПОЛОСТИ ГОРТАНИ
У СУБЪЕКТОВ С РАЗЛИЧНЫМ
ВАРИАНТОМ ШЕИ**

*Старостина С.В., Николенко В.Н.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

**Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов,
e-mail: s.starostina@pochta.ru*

Вопросы систематизации вариантов строения, прогнозирования топографии анатомических структур шеи с учетом ее типовых особенностей в настоящее время остаются актуальными и требуют дальнейших разработок [1]. Шея занимает особое место среди других областей тела, её форма определяется индивидуально варьирующими особенностями строения шейных позвонков, особенностями верхней апертуры грудной клетки и наружного основания черепа [2, 3, 4]. Важность знания стереотопометрической анатомии структур гортани продиктована необходимостью восстановления голоса и адекватного дыхания у больных с параличами и стойкими деформациями голосовых складок и остаётся одной из наиболее сложных в ларингологии [5]. Изучение

гортани с позиций индивидуальной анатомической изменчивости стереоморфотопометрических характеристик и локальной конституции в связи с различными вариантами шеи и телосложения не проводилось.

Целью исследования явилось выявление индивидуальной изменчивости стереотопометрических характеристик полости гортани (ПГ) у взрослых мужчин и женщин с различным вариантом шеи и телосложения, определение коррелятивных связей параметров ПГ с антропометрическими.

Материалом исследования послужили препараты гортани и подъязычной кости, взятые в течение 12-24 часов после смерти от трупов людей 26-70 лет (50 мужчин и 50 женщин) методом случайного бесповторного отбора. Для выявления типа телосложения и частной конституции шеи проводилось измерение длины тела (ДТ), акромиального диаметра (АД), окружности грудной клетки (ОГК), длины шеи спереди (ДШ) и её окружности (ОШ). Применена методика ларингостереотопометрии, позволяющая исследовать в трёх плоскостях декартовы координаты анатомических точек на препаратах гортани [5,6].

В вариационно-статистической обработке и анализе данных использованы 2 индекса:

1) грудно-ростовой индекс (обычный грудной – Т)

$$\xi_i = \frac{T_i}{L_i},$$

где T_i – грудной периметр, L_i – длина тела, i – номер исследуемого индивидуума, $i = 1, \dots, n$, где n – объём выборки,

2) длинотно-окружностный (шейный – С) индекс

$$\zeta_i = \frac{\lambda_i}{\mathfrak{R}_i},$$

где λ_i – длина шеи спереди, \mathfrak{R}_i – окружность шеи, i – номер исследуемого индивидуума, $i = 1, \dots, n$, где n – объём выборки.

В ходе изучения 13 параметров ПГ наиболее значимыми при выполнении ларингопластики оказались четыре: расстояние от глубины гортанного желудочка (ГЖ) до голосового отростка черпаловидного хряща (ЧХ), расстояние от заднего края вестибулярной складки до медиального края верхушки ЧХ, расстояние от среднего края голосовой складки (ГС) до середины пластины щитовидного хряща (ЩХ) на среднем уровне, расстояние от среднего края ГС до глубины ГЖ.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен корреляционный анализ взаимоотношений грудного и шейного индексов. Суммарная степень квадратов значений корреляции (R) шейного индекса с параметрами ПГ и антропо-