

– в антропогенных условиях стратегия развития растений изменяется коренным образом. Здесь опережающее развитие имеют растения первого года жизни, которые по размерным характеристикам становятся сопоставимы с двулетними.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Саушкина Л.Н., Ключкова Н.Г. Сезонные изменения морфологии бурой водоросли *Laminaria bongardiana* и рекомендации к ее про мыслу // Изв. вузов. Сев.-Кавк. регион. Техн. науки. – 2006. – Прил. № 8. – С. 107–112.
2. Саушкина Л.Н. Особенности морфологии бурой водоросли *Laminaria bongardiana* Р. et R., связанные с ростом, размножением и условиями обитания. // Автореф. дис. канд. биол. наук. Петропавловск-Камчатский, 2006. – 25 с.
3. Березовская В.А. Авачинская губа. Гидрохимический режим, антропогенное воздействие. – Петропавловск-Камчатский: КГАРФ, 1999. – 156 с.

СПЕКТР И ДИНАМИКА СТАТОЛОКОМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Сидорова С.А., Злотникова А.Е., Тевс Д.С.
Курский государственный медицинский
университет
Курск, Россия

Медленный регресс и полиморфизм двигательных расстройств, нарушений статики и функции ходьбы, высокая степень инвалидизации при не фатальном ишемическом инсульте побуждают к анализу спектра пирамидно-эктрапирамидных нарушений в процессе восстановительного лечения, подбору оптимальных лечебно-медикаментозных комплексов.

Цель работы: изучить характер статолокомоторных нарушений и их динамику на фоне нейропротективной терапии у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы Клиническое, неврологическое, нейровизуализационное (СКТ головного мозга) исследование проведено у 20 больных, перенесших кардиоэмбологический, гемодинамический и атеротромботический ишемический инсульт в бассейне сонных (17 больных – 70%) и позвоночных (3 больных-30%) артерий. Средний возраст пациентов составил $57,3 \pm 2,8$ лет. Давность заболевания колебалась от 2 месяцев до 1 года, что соответствует раннему и позднему восстановительному периодам. Комплекс лечения включал прием антиагрегантных, антигипертензивных, антиоксидантных препаратов, а также нейропротективные средства: цереброли-

зин 10 мл/сут, глиатилин 1000мг/сут. Для оценки степени выраженности функциональных постинсультных нарушений использовались шкалы: Скандинавская, Тинетти, Бартела.

Полученные результаты

У всех пациентов с пирамидными гемисиндромами при каротидной локализации очагов выявлялись статические позно-тонические расстройства с нарушением поддержания вертикальной позы, асимметричным перераспределением мышечной гипертонии с преобладанием в кисти, которые в 56% случаев сочетались с динамическими нарушениями. Лишь в 14% случаев у пациентов ведущим синдромомокомплексом явились дискоординаторные нарушения в виде контроллерской гемиатаксии. При вертебробазилярной локализации очага наблюдалась мозжечковая атаксия в сочетании с дипlopией и офтальмопарезом. У всех наблюдавших больных имелись трудности при вставании, поворотах, персональной гигиене. Страдали точность движений и темп. После лечения у всех больных при частичном регрессе пирамидного гемисиндрома улучшились поднимание руки и ноги с нормализацией тыльного сгибания стопы, движения в кисти (захват, противопоставление пальцев). Значения Скандинавской шкалы возросли с $30,05 \pm 3,0$ до $39,7 \pm 2,6$ баллов ($P < 0,05$). Уменьшилась степень покачивания при вертикализации, неустойчивость туловища при ходьбе и поворотах, инициация ходьбы, при этом показатели шкалы Тинетти возросли с $8,35 \pm 1,23$ до $18,5 \pm 2,14$ ($\chi^2 = 4,431$; $P < 0,05$). Увеличилась степень независимости больных при приеме пищи, одевании, а в двух случаях – самостоятельной ходьбе по лестнице и купании. Показатели шкалы Бартела возросли с $58,25 \pm 2,76$ до $71,75 \pm 3,93$ ($\chi^2 = 4,005$, $P < 0,05$).

Таким образом, наиболее дефицитарными при постинсультных парезах являются функции статики и вертикализации, а применение нейропротективных средств способствует активизации больных, повышению уровня устойчивости при ходьбе и праксиса, что улучшает качество жизни больных после перенесенного ишемического инсульта.

МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗА ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ

Соловьева А.Г., Размахов А.М., Лузан А.С.,
Воробьев А.В., Зимин Ю.В.
НИИ травматологии и ортопедии
Нижний Новгород, Россия

Проблема обморожений является актуальной в травматологии и ортопедии. Одно из центральных звеньев в патогенезе холодовой травмы занимает поражение печени. Поэтому представляется интерес изучить изменение ферментативной активности в печени при обморожениях