

37 пациентов (100%) с язвой двенадцатиперстной кишки и гиперацидностью в исходном состоянии (рН тела желудка – 1,0 – 2,0). Атропиновый тест отрицательный. Болевой синдром средней интенсивности. Содержание кортизола – 566,27 нмоль/л, гастрин – 48,45±7,05 мкЕД/мл. Провели 14 сеансов акупунктуры и повторный атропиновый тест, что позволило разделить больных на две группы. В первую группу вошли 24 пациента (64,9%) у которых выявлялся рефлекторный или нервный (п. vagus, ацетилхолин) тип регуляции процесса кислотообразования. Атропиновый тест становился положительным. Болевой синдром не проявлялся. Содержание кортизола снизилось до 421,5 нмоль/л (p>0,05), а гастрин – до 42,90±4,22 мкЕД/мл (p>0,05). Во вторую группу вошли 13 пациентов (35,11%), у которых выявлялся антральный или гуморальный (гастрин, гистамин) тип регуляции процесса кислотообразования. Отрицательный атропиновый тест сохранялся. Болевой синдром незначительно уменьшался. Содержание кортизола снизилось до 615,88 нмоль/л (p>0,05), а гастрин – увеличивалось до 49,38±9,20 мкЕД/мл (p>0,05). Таким образом, у пациентов с гиперацидностью, атропинареактивностью и болевым синдромом в исходном состоянии для выявления истинного типа секреции необходима комбинированная коррекция с использованием акупунктуры и последующим рН-контролем динамики атропинового теста, что будет способствовать правильной ориентации для выбора методов оперативного вмешательства при различных кислотозависимых заболеваниях желудка.

### **ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЯЕМОГО ДИАФРАГМАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ПОКАЗАТЕЛИ НОЧНОГО БРУКСИЗМА**

**В.Н. Лакуста<sup>1,2</sup>, В.Д. Фала<sup>2</sup>, Д.Н. Романюк<sup>2</sup>** <sup>1</sup>*Институт физиологии и санокреатологии АН Молдовы, 2*Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемциану, Кишинэу, Молдова

Цель исследования – изучить динамику эмоционального стресса и количественных проявлений патологических двигательных эпизодов бруксизма под влиянием управляемого диафрагмального дыхания (УДД). Материалы и методы. Исследовали 30 больных мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 50 лет, с ночным первичным бруксизмом без сопутствующих заболеваний внутренних органов и нервной системы. Для объективной регистрации двигательных расстройств бруксизма использовали диагностический комплекс Sleep Guard 5, США (TNC – общее количество сжатия/скрежетания зубов в течении ночи; TCT – общая продолжительность сжатия/скрежетания в течении ночи, сек; VAS – самооценка выраженности эмоционального стресса, баллы). Всех пациентов обучали технике УДД (оптимальный уровень частоты дыхания до 10 раз в минуту). Результаты и обсуждения. Применение одного сеанса УДД вызвало снижение частоты и длительности двигательных расстройств и позитивные изменения психоэмоционального состояния. До первого сеанса показатель TNC составил 66,9 ±10,5; TCT – 103,7 ±7,8; VAS- стресс – 5,7 ±0,12, а после сеанса: TNC – 65,4 ±13,5; TCT – 98,8 ±7,3; VAS-стресс – 5,3 ±0,13. Спустя 30 дней применения УДД были получены более выраженные положительные результаты – до 30-го сеанса: TNC – 55,2 ±8,79; TCT – 78,4 ±8,51\*; VAS-стресс – 5,0 ±0,15\*\*\*; после сеанса: TNC – 48,6 ±7,32; TCT – 67,6 ±7,7\*\*; VAS-стресс – 4,6 ±0,21\*\*\* (\* – статистические различия в сравнении с фоном первого дня, до начала УДД). Применение УДД вызывает положительные изменения в деятельности стоматогнатной системы у больных с ночным первичным бруксизмом, в основном, за счет уменьшения выраженности длительности патологического двигательного эпизода (TCT, p<0,01) и тенденции к уменьшению их количества (TNC > 0,05). Выводы. УДД уменьшает выраженность психоэмоционального напряжения, связанного с психоэмоциональным стрессом и общую длительность в течении ночи патологических двигательных эпизодов. УДД может применяться в комплексном лечении больных с ночным первичным бруксизмом.

### **ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ БРУКСИЗМОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ АЛКОГОЛЯ, НИКОТИНА И КОФЕИНА**

**Д.Н. Романюк<sup>2</sup>, В.Н. Лакуста<sup>1,2</sup>, В.Д. Фала<sup>2</sup>** <sup>1</sup>*Институт физиологии и санокреатологии АН Молдовы, 2*Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемциану, Кишинэу, Молдова

Изучены особенности вегетативной регуляции в стоматогнатной системе у больных бруксизмом под влиянием употребления алкоголя, кофеина и никотина. Исследовали 78 больных мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 50 лет, с ночным первичным бруксизмом без сопутствующих заболеваний внутренних органов и нервной системы. Для объективной регистрации двигательных расстройств бруксизма использовали диагностический комплекс Sleep Guard 5 (USA). Исследование вегетативной регуляции проводили с использованием комплекса Нейро МВП Микро (Нейрософт, Россия). Определяли амплитуду (A2) вызванного кожного симпатического потенциала в трех вариантах: A2 – вызванный вегетативный потенциал при максимальном смыкании челюстей; A2R – вызванный потенциал при стандартизации исследования (смыкание челюстей с ватным валиком между зубами); A2O – вызванный вегетативный потенциал, соответствующий окклюзии (разница между A2 и A2R). Изучали влияние алкоголя (3 единицы за 24 часа) у 22 больных; употребление кофе (6 чашек за 24 часа) у 11 пациентов; курение (10 сигарет в сутки) у 45 пациентов. Результаты и обсуждения. Под влиянием изучаемых факторов выявлены существенные различия в вегетативной регуляции. Алкоголь: A2 – 4,2±0,49 (p > 0,05); A2R – 2,2±0,19 (p<0,001); A2O – 2,0±0,05 (p<0,001). Кофеин: A2 – 4,6±0,38 (p < 0,05); A2R – 3,5±0,38 (p<0,01); A2O – 1,10±0,06 (p > 0,05). Никотин: A2 – 4,2±0,42 (p > 0,05); A2R – 2,9±0,27 (p > 0,05); A2O – 1,3±0,06 (p<0,001) (значения A2 указаны в мВ). Полученные результаты отражают различный спектр вегетативных изменений в стоматогнатной системе, что расширяет диагностические возможности при бруксизме. У больных бруксизмом употребление алкоголя вызывает наиболее выраженные изменения A2R и A2O; употребление кофе существенно изменяет A2 и A2R; курение вызывает значительные нарушения A2O. В процессе диагностики и лечения бруксизма необходимо учитывать влияние кофакторов бруксизма на показатели вегетативной регуляции в стоматогнатной системе.

### **АМИНОКИСЛОТЫ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ СОМАТО-ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**С.Н. Гараева, Г.В. Постолати, Н.В. Коварская, Г.И. Вармарь, А.И. Мантоптин**  
*Институт физиологии и санокреатологии АН Молдовы, Кишинэу, Молдова*

После формулирования академиком Ф.И. Фурдуй понятия «здоровье» с позиции санокреатологии появилась необходимость выявить биологические маркеры состояния сомато-висцерального здоровья, и на основе этого разработать методы его укрепления и поддержания. Основополагающим методологическим принципом санокреатологии является единый подход к