

На основі комплексного вивчення вегетативного гомеостазу, функціонального стану серцево-судинної системи та вегетативного забезпечення діяльності у дітей виділені різні ступені адаптації.

Про незадовільну адаптацію свідчили порушення функціонального стану міокарду (подовження фази ізометричного скорочення, фази асинхронного скорочення, періоду вигнання, механічної систоли за даними ПКГ), дисбаланс вегетативної нервової системи, недостатнє вегетативне забезпечення діяльності, незадовільна реакція пульсу та артеріального тиску при дозованому фізичному навантаженні. Оцінка функціональних можливостей організму дітей, відчуваючих вплив несприятливих факторів довкілля, відмітила достовірне переважання у них незадовільної адаптації до умов навколишнього середовища ($60,19 \pm 3,32 \%$).

Отже, вегетативні дисфункції у дітей з екологічно несприятливої місцевості мешкання, якісно відрізняючись від здорових дітей глибиною порушень вегетативного гомеостазу, створюють передумови для зниження функціональних здібностей міокарду, незадовільної адаптації, для недостатнього вегетативного забезпечення діяльності в цілому.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ВІДЧУВАЮЧИХ СПІЛЬНИЙ ВПЛИВ РАДАЦІЙНОГО ТА ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Журавель А.О.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Отримані нами клініко - інструментальні дані свідчать про те, що у дітей з екологічно несприятливого району достовірно частіше виявляється зниження функціональної здатності міокарду, зменшуюче резервні можливості серцево - судинної

системи в умовах виконання фізичного навантаження. Подібні зміни мають чіткий зв'язок з початковим вегетативним тонусом та можуть бути наслідком розвитку у цих дітей міокардіодістрофії нейровегетативного генезу. Згідно з клініко-інструментальними даними міокардіодістрофія діагностована нами у 62 ($28,70 \pm 5,79$ %) дітей дослідного району та у 11 ($12,94 \pm 3,66$ %) дітей контрольного ($P < 0,05$). Діагностичними критеріями міокардіодістрофії у обстежених нами дітей були: приглушений I тон на верхівці серця, систолічний шум в точці Боткина - Ерба та на верхівці, змінення на ЕКГ: зниження амплітуди зубця Р та його деформація (зазубреність, двовершинність), порушення процесів реполяризації депресія сегменту ST, сплюснення або висока амплітуда зубця Т, подовження інтервалу QT більш, ніж на 0,03 с, QT 1- більш, ніж на 0,02 с, систолічного показника - більш, ніж на 5 % від нормативів за віком дітей; змінення ПКГ: подовження ФІС, ФАС, ПВ, МС чи наявність фазового синдрому гіподинамії; а також незадовільна реакція пульсу та артеріального тиску при виконанні фізичного навантаження.

О ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗИОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шкатула Ю.В., Ганул В.Р.

Сумская областная детская клиническая больница

Прошло полтора столетия, как в литературе появились первые упоминания о своеобразном заболевании юношеского возраста, завершающемся формированием варусной деформации шейки бедра. Основную задачу ранней диагностики и лечения юношеского эпифизиолиза головки бедренной кости (ЮЭГБК) составляет предупреждение смещения эпифиза. Мы в своей практике пользуемся отработанным методом закрытого вправления. Метод снижает вероятность развития осложнений