

должительности восстановительного периода.

При этом выявлено, что наименьшая толерантность к физической нагрузке в обеих группах отмечается в 6 часов утра. Но при этом в контрольной группе повышение исследуемых параметров не превышало 15% от исходных данных / $P < 0,05$ / и восстановление функций происходило не более, чем за 3 мин, а у больных детей увеличение этих же параметров в среднем составило 20-22% от исходного уровня / $P < 0,05$ /, а продолжительность восстановительного периода - 6-7 мин.

В течение суток у детей контрольной группы толерантность к физической нагрузке повышалась и достигала максимума в 12-15 час с минимальным восстановительным периодом в это же время и с дальнейшим снижением резистентности к 18-21 час. У больных максимальная толерантность - в 18-21 час с минимальным восстановительным периодом в 18 часов.

Таким образом, у детей с РБ выявлено смещение максимальной активности исследуемых функций к 18 час, увеличение амплитуды оцениваемых показателей и более высокий их уровень. Все это позволило сделать вывод о том, что у детей с РБ имеет место специфический вегетативный десинхроз.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ПАТОГЕНЕЗА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Баргак Я.Д., Охалкина О.В.

Харьковский институт усовершенствования врачей

С целью изучения автономного компонента патогенеза рецидивирующего бронхита / РБ / у детей в периоде ремиссии нами был оценен вегетативный тонус покоя, который дает представление о гомеостатических возможностях организма.

Исследование проведено у 90 детей 3-6 лет, страдающих РБ. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей. Вместе с общеклиническими исследованиями проводилась оценка вегетативного тонуса, основным параклиническим методом исследования которого является расчет показателей вариационной пульсометрии.

При анализе полученных клинико-кардиоинтервалографических показателей обследуемой группы больных РБ выявлено смещение вегетативного равновесия в сторону преобладания тонуса эрготропной системы у 65% и трофотропной - у 35% детей. Клинически это проявлялось эмоциональной лабильностью, гиподинамией, вялостью, сонливостью. Признаки патологии вегетативной нервной системы заключались в повышении потливости, лабильности пульса и артериального давления, в появлении стойкого белого дермографизма. Индекс напряжения /ИН/ кардиоинтервалограмм колебался в пределах от 50 до 95 усл.уд. / $P < 0,05$ / у больных с эрготропным преобладанием, и от 20 до 25 усл.ед. / $P < 0,05$ / у больных с трофотропным преобладанием. В контрольной группе данные свидетельствовали о вегетативном равновесии / эй-тонии /, а ИН находился в пределах 35-45 усл.ед. / $P < 0,05$ /

Наличие вегетативных девиаций у детей с РБ в периоде ремиссии доказывает значение нарушений вегетативной регуляции функций как существенного звена патогенеза рецидивов бронхита.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Клименко Т.М.

Харьковский институт усовершенствования врачей

Высокая частота дисциркуляторных расстройств головного мозга гипоксического генеза, тяжесть