

которой лежала ЛФК и массаж.

При статистической обработке данных видно, что на начало реабилитации дети основной подгруппы имели более низкие показатели средних величин физического развития по сравнению с детьми контрольной подгруппы (основная: рост(см) = 67,2±0,74; вес(кг) = 6,9±0,18; ОГК(см) = 42,2±0,43; контрольная: рост(см) = 73,2±0,18; вес(кг) = 8,51±0,39; ОГК(см) = 44,8±0,65).

Для более детального и тщательного анализа влияния ранней диагностики и раннего начала реабилитации на динамику не только психомоторного развития ребенка, но и на динамику его физического развития нами было предложено определение коэффициента физического развития (КФР<sub>э</sub>) - эталона и коэффициента физического развития (КФР<sub>ф</sub>) по фактическим данным, с последующим вычислением коэффициента отставания в физическом развитии (КО) от нижней границы нормы по стандартам. В связи с тяжелым контингентом больных при определении разницы между должными и фактическими показателями роста, веса, окружности грудной клетки (ОГК) мы использовали нижние границы нормы (25 центиль) здоровых детей, характерных для г. Астрахани и Астраханской области в этом возрасте. (Номограммы центильных полей для оценки показателей физического развития детей от 0 до 14 лет, проживающих в Астраханской области и городе. Методические рекомендации кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения АГМИ, утвержденные МЗ РСФСР, - Яковлев Ю.Г., Квасова С.А., Кульков В.Н., и др., 1990). Проследив за показателями, мы сделали вывод, что большинство детей имеют отрицательный показатель разницы по росту, весу и ОГК по сравнению с возрастной нормой. Это говорит об их отставании от возрастной нормы. Статистическая обработка данных показала, что средние величины разниц составили (основная подгруппа: рост = - 4,13±0,66; вес = -1,8±0,23; ОГК = -3,16±0,34; контрольная подгруппа: рост = -4,48 ±1,01; вес = - 1,67±0,25; ОГК = -2,3±0,41).

Мы вывели следующие формулы для определения коэффициентов:

Коэффициент физического развития (КФР<sub>э</sub>) - эталон:

$$\text{КФР}_э = \frac{m + \text{ОГК}}{P};$$

где: m – вес тела (25ц) в граммах, ОГК – окружность грудной клетки (25ц) в сантиметрах и P - рост (25ц) в сантиметрах – нижние границы нормы для данного возраста, определяемые по номограммам центильных полей.

КФР<sub>э</sub> показывает, сколько граммов веса в норме должно приходиться на один сантиметр роста, с учетом развития грудной клетки ребенка. Он может определяться при любой патологии детского возраста и указывать на эталон гармоничности физического развития и выраженности функции внешнего дыхания.

Затем вычисляем коэффициент физического развития по фактическим данным (КФР<sub>ф</sub>):

$$\text{КФР}_ф = \frac{mф + \text{ОГКФ}}{Pф};$$

где: mф, ОГКф, P ф – фактические показатели ребенка на данный возраст.

Далее вычисляем коэффициент отставания в физическом развитии (КО):

$$\text{КО} = \text{КФР}_ф - \text{КФР}_э,$$

КО - показывает дисгармонию в физическом развитии, определяет какова разница от нижней границы нормы по стандартам с учетом возраста и региональных особенностей в физическом развитии. В связи с отставанием показателя даже от нижней границы нормы физического развития детей, КО имеет знак «-», который исчезает автоматически при КО = 0

(в случае достижения нижней границы нормы в физическом развитии) и становится положительным при увеличении показателей выше нижней границы возрастной нормы.

**Результаты.** Имея на начало реабилитации более низкие показатели средних величин физического развития по сравнению с детьми контрольной подгруппы с доверительной вероятностью различий по росту, массе тела ОГК и КФР<sub>ф</sub> (P > 0,01(99%)), дети основной и контрольной подгрупп к концу годичной реабилитации значительно улучшили свои показатели физического развития. (основная: рост(см) = 75,49±0,68; вес(кг) = 9,62±0,25; ОГК(см) = 47,43±0,39; контрольная: рост(см) = 81,2±1,71; вес(кг) = 10,58±0,47; ОГК(см) = 49,5±0,1).

Сравнивая статистические данные видно, что дети обеих подгрупп прибавили в росте, массе тела, ОГК, уменьшилась разница между эталоном (КФР<sub>э</sub>) и фактическим (КФР<sub>ф</sub>) физическим развитием, но в основной подгруппе достоверность различий между показателями на начало и конец реабилитации выше (99%), чем в контрольной подгруппе (95%), произошло сближение между эталоном (КФР<sub>э</sub>) и фактическим (КФР<sub>ф</sub>) физическим развитием. Однако, несмотря на то, что отставание в физическом развитии от эталона в наблюдаемой нами подгруппе (основной) на начало реабилитации было более выражено (коэффициент отставания КО = - 21,9), чем в контрольной (КО = - 15,2), в конце реабилитационного периода дети основной подгруппы более успешно ликвидировали этот разрыв (КО = -5,83), чем в контрольной (КО = - 11,75).

## ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Торчинов И.А., Басиева О.З., Басиев З.Г.  
Северо-Осетинская медицинская академия,  
Владикавказ

Бронхиальная астма (БА) проявляется приступами бронхоспазма и обусловлена воспалительными и дегенеративно-дистрофическими изменениями в трахеобронхиальном дереве. Эти процессы вызывают раздражение вегетативных интероцепторов, имеющих отношение как к симпатической, так и парасимпатической иннервации. В ответ возникают эфферентные реакции, проявляющиеся изменениями вегетативных функций. С целью определения вегетативных дисфункций при БА нами проведено разностороннее обследование 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в

возрасте от 18 до 80 лет. Длительность заболевания была от 6 месяцев до 20 лет. За этот период больные переносили рецидивы БА, лечились амбулаторно и стационарно. У всех больных были применены клинико-лабораторные, неврологические и нейрофизиологические методы исследования. В период последнего обострения астмы тщательное неврологическое обследование позволило выявить у 24 больных гипостенического типа повышение артериального давления в пределах от 130/80 до 240/110 мм Нг., тахикардию. Характерными признаками были бледность и сухость кожных покровов, снижение сальности, розовый и белый дермографизм, склонность к гипертермии. Эмоциональное напряжение проявлялось головными болями, во всех случаях отмечался беспокойный сон, в период приступов наблюдались тревожные состояния, дрожательный синдром. У 16 больных гиперстенического сложения были выявлены артериальная гипотония от 100/60 до 110/80 мм Нг., брадикардия, гиперемия кожных покровов, повышенная сальность, гипергидроз, акроцианоз, мраморность, зябкость. Кроме того, у 8 из них отмечались обмороки, непереносимость душных помещений, головокружения, боли в области сердца, чувство нехватки воздуха, тошнота, боли в нижних конечностях, продолжительная глубокая сонливость. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что у всех обследованных нами в период обострения больных БА имеется дисфункция вегетативной нервной системы. У 16 из них имелось преобладание активизации симпатической части, у 24 - установлено преобладание парасимпатической нервной функции. Сравнивая полученные нами данные с методическими основами оценки вегетативных дисфункций, разработанных А.М.Вейном и соавт. (1998г.), нами сделано заключение о наличии у всех обследованных больных БА вегетативных нарушений, причем у 24 – симпатикотонического, а у 16 – ваготонического типа. Полученные сведения потребовали соответствующей коррекции базисной терапии больных БА.

#### **ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Торчинов И.А., Басиева О.З., Басиев З.Г.  
*Северо-Осетинская медицинская академия,  
Владикавказ*

Известно, что нервная система обеспечивает взаимодействие всех составляющих частей и регулирует все функции организма человека. При заболеваниях нервной системы это взаимодействие нарушается. Возникают разнообразные симптомы и синдромы. Однако, в свою очередь, соматические заболевания, в том числе при патологии органов дыхания посредством раздражения афферентных структур нервной системы различными аномальными процессами, могут также вызывать разнообразную неврологическую патологию (Адо А.Д., Чучалин А.Г., Федосеев Г.Б. и др.). С целью выяснения характера патологии нервной системы у пациентов с заболеваниями органов дыхания нами проведено сплошное обследование. Объек-

том изучения стали 56 больных (32 мужчины и 24 женщины) в возрасте от 18 до 60 лет. При этом были применены стандартные клинические и неврологические методы исследования. Из этого числа 29 чел. страдали бронхиальной астмой (БА), 27 – хроническим бронхитом (ХБ). Стаж заболевания был пропорционален возрасту больных: 12 больных в возрасте до 20 лет болели от 6 мес. до 1,5 лет, 12 – в возрасте до 30 лет болели 5 лет, остальные 32 больных от 40 до 60 лет болели БА и ХБ от 5 до 10 и более лет. Все больные до поступления в клинику лечились амбулаторно либо в пульмонологических и терапевтических стационарах. В этой группе пациенты за неврологической помощью ранее не обращались. При тщательном неврологическом обследовании у больных в возрасте до 30 лет со стажем болезни от 6 мес. до 5 лет патология нервной системы не была выявлена. У всех больных БА и ХБ в возрасте старше 30 лет со стажем болезней бронхолегочной системы от 5 лет и выше выявлена различная неврологическая симптоматика: легкие центральные парезы VII и XII пар черепных нервов, повышение сухожильных и периостальных рефлексов, отмечалась также некоторая болевая гипестезия на левой или правой половине тела, пошатывание в позе Ромберга, невыраженная интенция при выполнении пальце-носовых и коленно-пяточных проб. Кроме этого, у 3 больных диагностирован полиневритический синдром в виде снижения запястно-лучевых и ахилловых рефлексов и нарушения всех видов чувствительности по форме перчаток на руках и в виде носков на нижних конечностях.

Проанализировав полученные данные, нами был сделан следующий вывод. У больных со стажем болезни более 5 лет в возрасте от 30 до 60 лет отмечаются рассеянные признаки поражения нервной системы. После пятилетнего по продолжительности заболевания формируется БА и ХБ энцефалопатия или энцефалополлинейропатия, по-видимому, гипоксической природы. Такое сопутствующее состояние требует адекватного дополнения базисной терапии БА и ХБ неврологическими лечебными средствами.

#### **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСА СОЧИ**

Туманова А.Л., Гудкова Н.К.  
*Сочинский филиал Российского университета  
дружбы народов научно-исследовательский центр  
«Экологии и здоровья человека»*

Обоснование – ухудшение экологической обстановки в условиях социально-экономического кризиса создает угрозу здоровью населения России. В связи с этим в СФРУДН начал свою деятельность Научно-исследовательский центр «Экологии и здоровья человека». Работа вышеназванного центра объединила усилия Российских ученых в разработке и реализации программ, по внедрению новых, соответствующих современным условиям методов защиты, сохранения и реабилитации здоровья человека в условиях эколо-