

помощью индекса Робинсона (чем ниже ДП в покое, тем выше максимальные аэробные возможности сердечно-сосудистой системы и уровень соматического здоровья ребёнка). Анализ полученных результатов показал, что у детей 6-7-лет контрольной группы показатель ДП у 100% средние как у девочек, так и у мальчиков, среди них не встречается ни одного ребёнка с «наихудшими» величинами – высокими и выше среднего. В логопедической группе картина совершенно иная у 50% детей наблюдаются показатели выше среднего и высокие, что отражает значительно худшие показатели состояния соматического здоровья. Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшее количество детей с высоким «наихудшим» ДП встречается у детей логопедической группы. Так как данный показатель в большей степени характеризует тотальные размеры тела, он также отражает физическое развитие детей 6-7- лет. Состояние здоровья, которых ухудшилось и отражает процесс децелерации физического развития, отмечающийся в настоящее время в России.

При расчёте адаптационного потенциала у 100% детей обеих групп наблюдается удовлетворительная адаптация, что отражает достаточно высокие функциональные возможности организма детей 6-7 лет. Полученный материал имеет.

При оценке умственной работоспособности методом дозированной во времени корректурной пробы оказалось, что она в 2 раза выше у детей контрольной группы, особенно по показателям коэффициента продуктивности работы (Q) и коэффициенту подвижности нервных процессов (K).

Поступление в школу часто оказывается трудным для психологически не подготовленных к этому изменению в их жизни. При напряженной умственной работе, которая наблюдается в лицейских классах, у детей часто возникают «школьный стресс», «школьный шок», «школьный невроз». Трудно сказать, смогут ли в дальнейшем наши первоклассники выдержать нагрузку лицейского класса, так как их биологический возраст отстаёт от паспортного на два и более года. Материал подвергнут статистической обработке, и является достоверным.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

Биктимиров Т.З., Матвеевкова Е.В.

*Ульяновский Государственный университет,
Ульяновск*

Среди неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста вегетососудистые дистонии (вегетативные дистонии) являются наиболее распространенной патологией с частотой встречаемости от 4,8% до 29,1% (Курочкин А.А., Аникин В.В., 1999). При этом, вегетативные дистонии привлекают внимание различных специалистов – педиатров, кардиологов, неврологов, подростковых и семейных врачей.

До настоящего времени остаются спорными вопросы не только терминологии, классификации, патогенеза, но и вопросы диагностики, фармакотерапии и

ее эффективности при вегетативных дистониях. В настоящее время наиболее общепринятыми и приемлемыми терминами являются вегетативная дистония (вегетососудистая дистония) и нейроциркуляторная дистония. Большинство исследователей рассматривают нейроциркуляторную дистонию как частное проявление вегетососудистой дистонии, при которой имеются дисрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных вегетативных центрах. Однако кардиологи настаивают на диагнозе «нейроциркуляторной дистонии» (Покалев Г.М., 1994, Маколкин В.И., 2004 и др.) в качестве основного заболевания. А неврологи (Вейн А.М., 1999) утверждают, что вегетативная дистония лишь синдром (включающий в себя, как один из вариантов, нейроциркуляторную дистонию), который возникает на различном органическом или функциональном фоне. Довольно хорошо изучены проявления вегетативных дисфункций при различных органических поражениях головного мозга у взрослых (Вейн А.М., 1991), но остается неисследованным вопрос о вегетативных проявлениях при цереброваскулярной патологии у детей, особенно при венозной энцефалопатии.

Венозная энцефалопатия начала привлекать внимание ученых в начале 60х годов прошлого века (Холоденко М.И., 1963, Френкель В.И., 1960 и др.), но лишь в 80х годах начали публиковаться более детальные и подробные исследования по венозной патологии головного мозга (Бабенков Н.В., 1984, Стулин И.Д., Карлов В.А. и др., 1981, Бердичевский М.Я., 1989, Верещагин Н.В., 1980, и др.). В настоящее время венозная энцефалопатия диагностируется у взрослых (Белова Л.А., 2001), однако у детей данная патология выявляется крайне редко, маскируясь под различными масками, в том числе и под маской вегетативной дистонии. Венозная патология головного мозга у детей недостаточно изучена, практически нет работ по этой проблеме. Актуальным направлением в изучении венозной энцефалопатии у детей является коморбидность данной патологии с прогрессирующими дистрофическими заболеваниями шейного отдела позвоночника и связанными с ними нарушениями венозного кровообращения.

На сегодняшний день дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника (остеохондроз) достаточно часто встречаются в детском, и особенно, в подростковом возрасте. И начальные проявления патологии в шейном отделе позвоночника чаще всего представлены синдромом вегетативной дистонии, и далеко зашедшие стадии нарушений кровообращения головного мозга на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника также представлены синдромом вегетативной дистонии. Однако, практические врачи не всегда дифференцируют изначальную причину возникновения вегетативной дистонии, ограничиваясь диагнозом «вегетативная дистония пубертатного периода». Диагноз же венозной энцефалопатии практически не встречается в историях болезни и амбулаторных карточках детей. Связано это с недостаточной информированностью по данной патологии, с отсутствием критериев диагноза и классификации венозной

энцефалопатии у детей. В связи с вышеописанной ситуацией планируется провести работу по разработке клинико-неврологических и доплерографических критериев постановки диагноза венозной энцефалопатии у детей с вегетативными нарушениями.

ЗАКАЛИВАНИЕ КАК ФАКТОР ОЗДОРОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Бициева И.Б., Гагиева З.А., Кусова А.Х., Кочиева Э.Р.
*Северо-Осетинский госуниверситет,
Владикавказ, РСО-Алания*

Укрепление здоровья человека в условиях современного общества - одна из важнейших проблем образования. Одним из факторов, положительно влияющим на здоровье людей, их работоспособность и высокий иммунитет, является закаливание. Как известно, механизм оздоровительного действия закаливания на субклеточном уровне аналогичен действию тренировок. Эти два процесса как бы дополняют друг друга, усиливая положительное действие на организм. При этом увеличиваются энергетические ресурсы внутриклеточных структур (Волков, 1986).

Адаптация человека к колебаниям температуры окружающей Среды зависит от способности устойчиво сохранять постоянство температуры тела. Чем выше закаленность, тем в большей мере человек способен противостоять болезням. Поэтому степень зака-

ленности является одним из критериев здоровья. От закаленности зависит иммунная реактивность организма, уровень его работоспособности, имеющей большое значение для занятий спортом.

В связи с этим нами было проведено исследование зависимости между степенью закаленности и уровнем здоровья студентов факультета физической культуры, регулярно тренирующихся и незанимающихся спортом.

Исследование проводилось методом анкетирования по таблицам, предложенными профессором Я.С. Вайнбаумом (1986). В первой таблице оцениваются закаливающие процедуры: воздушные ванны, пребывание на свежем воздухе с разным интервалом времени и водные процедуры. При ответе на вопросы опрашиваемый набирал определенное количество баллов.

Во второй таблице определялась степень здоровья студентов. Предлагаемая схема количественной оценки здоровья выделяет три степени. При первой степени здоровья (0-1 балл) человек не нуждается в специальных рекомендациях. При второй степени здоровья (1-3 балла) необходима консультация у специалиста. При третьей степени (более 3 баллов) необходимо углубленное медобследование.

По результатам анкетирования были вычислены средние арифметические, которые представлены в следующей таблице.

Таблица 1. Средние показатели степени закаленности и здоровья у спортсменов и нетренирующихся студентов

Исследуемые параметры	Спортсмены	Нетренирующиеся студенты
Оценка степени закаленности	1,176 ± 0,15	3,312 ± 0,31
Оценка степени здоровья	0,294 ± 0,17	2,125 ± 0,15

Сравнительный анализ средних величин степени закаленности у спортсменов и нетренирующихся студентов показал, что между ними имеются достоверные различия ($p < 0,01$). У спортсменов степень закаленности высокая, а у нетренирующихся - умеренная.

Статистический анализ средних баллов степени здоровья у занимающихся и незанимающихся спортом показал, что по этому показателю тоже имеются достоверные различия ($p < 0,01$). У исследуемых спортсменов степень здоровья соответствует первой, а у нетренирующихся юношей - вторая степень здоровья. Как отмечалось выше при второй степени здоровья человеку необходима консультация специалиста.

Далее мы провели исследование зависимости степени здоровья от степени закаленности с помощью корреляционного анализа. Нами было установлено, что наблюдается тесная положительная зависимость между степенью здоровья и степенью закаленности у спортсменов ($r = 0,7$; $p < 0,01$). У нетренирующихся студентов коэффициент корреляции равен 0,06 ($p > 0,05$), это говорит о том, что в данном случае между степенью здоровья и степенью закаленности зависимости не обнаружено.

Нами было также установлено, что большая часть спортсменов пользуется такими закаливающими процедурами как воздушные ванны, пребывание

на свежем воздухе более 2-х часов и контрастный душ. Из нетренирующихся студентов только часть юношей для закаливания используют пребывание на свежем воздухе и принятие солнечных ванн.

Исходя из всего изложенного выше, можно сделать выводы о том, что у регулярно тренирующихся студентов наблюдается первая степень здоровья и высокий уровень закаленности. Эти студенты используют разные виды закаливающих процедур. Обнаружена прямая зависимость между степенью здоровья и уровнем закаленности. Это говорит о том, что закаливание является действенным способом, позволяющим повышать функциональные резервы организма и проводить коррекцию здоровья и увеличивать уровень работоспособности человека. Особенно результативно закаливание в спортивной практике.

МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Васильев Ю.Н., Окладников В.И.
*Иркутский государственный
медицинский университет,
Иркутск*

Перспективным направлением в неврологии является разработка критериев для индивидуального