

ЛИТЕРАТУРА

1. Аномалии иннервации: варианты и типичные электронейромиографические признаки / Д. А. Гришина [и др.] // Нервно-мышечные болезни. — 2016. — № 2. — С. 10–19.
2. Stancic, M. F. Marinacci communication. Case report / M. F. Stancic, N. Burgic, V. Micovic // Journal of Neurosurgery. — 2000. — Vol. 92. — P. 860–862.
3. Михайлюк, И. Г. Анастомоз Мартина — Грубера и его клиническое значение / И. Г. Михайлюк // Клиницист. — 2015. — № 1. — С. 50–55.
4. Anastomosis between median nerve and ulnar nerve in the forearm / M. M. Felipe [et al.] // Journal of Morphological Science. — 2012. — Vol. 29, № 1. — P. 23–26.
5. Intramuscular Martin–Gruber anastomosis / M. Rodriguez-Niedenfuhr [et al.] // Clinical Anatomy. — 2002. — Vol. 15. — P. 135–138.

УДК 616.72-002.77-053.2:616.839

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

Тельнова А. А., Самбук В. В.

Научный руководитель: ассистент *Т. Е. Бубневич*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вегетативная дисфункция (ВД) у детей является одной из актуальных проблем педиатрии. Для вегетативной дисфункции характерны полиморфные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Ведущие клинические проявления: синдром нарушения функции возбудимости миокарда: тахи-брадикардия, экстрасистолия, ускорение атриовентрикулярной проводимости, замедление внутрижелудочковой проводимости; гиперкинетический синдром: артериальная гипертензия, повышение ударного объема крови; синдром сократительной дисфункции миокарда: боли в области сердца, одышка при физической нагрузке, артериальная гипотензия; синдром тонической дисфункции миокарда: пролапс клапанов сердца, нарушения тоничности папиллярных и хордальных мышц сердца; миокардиальный синдром (миокардиодистрофия).

ВД может осложняться кризовым течением. Чаще характер вегетативных кризов соответствует исходному вегетативному тону: симпатoadреналовый, вагоинсулярный и смешанный кризы [1, 2, 3].

Наличие симптомов ВД требует, прежде всего, исключения различных заболеваний, течение которых сопровождается нарушением функции вегетативной нервной системы. Среди них болезни эндокринных желез — щитовидной железы, надпочечников, нарушения половой сферы; многие психические расстройства, начиная с невроза, неврастения и заканчивая болезнями, обусловленными значительными изменениями структур головного мозга. Кроме того, почти все хронические заболевания сопровождаются симптомами ВД.

Лечение при ВД должно быть комплексным, длительным, индивидуальным, учитывающим особенности вегетативных нарушений и их этиологию. Предпочтение в лечении отдают немедикаментозным методам.

Реабилитация детей с ВД осуществляется в кардиоревматологическом отделении (КРО) УЗ «ГОДБМР» на основании Приказа МЗ РБ от 18.02.2011 № 172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей».

Цель

Проанализировать комплекс проводимых реабилитационных мероприятий на базе КРО УЗ «ГОДБМР» детям и подросткам с вегетативной дисфункцией.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах наблюдения 73 детей с ВД (37 мальчиков и 36 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, поступивших в КРО УЗ «ГОДБМР» на реабилитацию за период январь — декабрь 2017 г. Всем детям проводилось обследование и реабилитационные мероприятия согласно Приказу МЗ РБ от 18.02.2011 № 172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей». Курс реабилитационных мероприятий составил 12–21 день.

Результаты исследования и их обсуждение

В выборку включено: 37 (50,7 %) мальчиков и 36 (49,3 %) девочек с ВД. Нейроциркуляторная дистония (НЦД) по кардиальному типу наблюдается у 43 (58,9 %) детей, по гипотоническому — 10 (13,7 %) детей, гипертоническому — 20 (27,4 %). Возрастной состав: до 7 лет — 5 (6,8 %) детей, 8–11 лет — 28 (38,4 %) детей, большинство — в возрасте 12–17 лет 40 (54,8 %) детей. Физическое развитие у большинства детей высокое гармоничное — 29 (39,8 %), среднее гармоничное — 22 (30,1 %), ниже среднего — 22 (30,1 %) ребенка.

У 47 (64,4 %) детей выявлены малые аномалии сердца: аномальные хорды и трабекулы левого желудочка — у 34 (72,3 %) детей, пролапс митрального клапана — у 13 (27,7 %) детей. Нарушения ритма сердца отмечались у 26 (35,6 %) детей: синусовая тахикардия — 11 (42,3 %) детей, синоатриальная блокада 2 степени — 8 (30,8 %) детей, синдром укороченного интервала PQ — 7 (26,9 %) детей.

Всем детям в КРО проводилась активная кинезотерапия (щадящий, тренирующий режимы). ЛФК (индивидуальные, малогрупповые занятия) прошли 73 (100 %) ребенка. Занятия на тренажерах общего типа — 57 (78,1 %) детей. Пешеходные прогулки, дозированная ходьба (в щадяще-тренирующем режиме) проводилась всем детям — 73 (100 %) человека.

Пассивная кинезотерапия назначалась всем детям. Массаж (после тепловых процедур и до начала физических упражнений): классический, рефлекторный (сегментарный, точечный) получили 58 (79,5 %) детей. Механотерапия назначалась 15 (20,5 %) детям.

Физиотерапия проводилась всем детям (не более 3 процедур за курс). Светолечение (Биоптрон): 23 (31,5 %) детей. Электролечение: лазеро-магнотерапия проводилась 23 (31,5 %) детям, дарсонваль, электросон — 46 (63 %) детей. Биоритмостимуляция (ритм-полет) назначалась 11 (15,1 %) детям. Ароматерапия назначалась всем детям.

Психотерапевтическая коррекция (индивидуальная и групповая) проводилась всем детям с вегетативной дисфункцией.

Все дети в возрасте с 6 лет прошли обучение в школе здоровья.

На фоне проводимых мероприятий отмечалось улучшение антропометрических показателей, нормализация картины ЭКГ, уменьшение ограничения жизнедеятельности (в пределах ФК) у 68 (93,2 %) детей. У 5 (6,8 %) детей наблюдалось кризовое течение ВД: у 3 детей наблюдался симпатоадреналовый, у 2 детей — вагоинсулярный криз.

Выводы

План реабилитационных мероприятий разработан индивидуально для детей и подростков с ВД. Реабилитационные мероприятия проведены в соответствии с рекомендациями и на основании Приказа МЗ РБ от 18.02.2011 № 172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей».

Ближайший результат реабилитационных мероприятий оценен по окончании курса. У большинства детей отмечались улучшения показателей в пределах ФК. Нормализация режима дня, характера питания, повышение двигательной активности, психотерапевтическая коррекция приводят к улучшению самочувствия и повышают качество жизни детей и подростков с дисфункцией вегетативной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков, А. Н. Соматоформная вегетативная дисфункция: пособие для врачей / А. Н. Окорочков. — Минск: Ковчег, 2015. — 80 с.
2. Макарич, А. В. Физическая реабилитация детей при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы: практическое пособие для врачей / А. В. Макарич, Д. А. Четчин. — Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2016. — 104 с.
3. Алимова, И. Л. Вегетативная дисфункция у детей и подростков / И. Л. Алимова; под ред. Л. В. Козловой. — М., 2008. — 96 с.