

себя такие манипуляции, как санация верхних дыхательных путей и, при необходимости, оро- или назофарингеальная интубация, искусственная вентиляция легких мешком Амбу через лицевую маску или эндотрахеальную трубку, обеспечение венозного доступа и внутривенное введение препаратов.

Сценарий содержит данные новорожденного, историю родов, этапы сценария (асфиксия, ухудшение, улучшение, стабилизация), их длительность и варианты перехода между ними.

Правильное выполнение необходимых манипуляций на любом этапе приводят к стабилизации состояния новорожденного. В зависимости от тяжести состояния (этапа симуляции) объем и темп интенсивной терапии изменяется. Неправильные диагностические и лечебные манипуляции приводят к ухудшению состояния и смерти новорожденного (робота-симулятора).

Переход к следующему этапу осуществляется в автоматическом режиме при выполнении или невыполнении студентами необходимых лечебных манипуляций. Существует возможность тренинга, неограниченного во времени и количестве повторений.

При воспроизведении сценария возможно проведение аудио- и видеоконтроля, что может быть использовано вовремя дебрифинга.

Выводы

Отработка практических навыков на роботе-симуляторе позволит студентам, врачам-интернам, клиническим ординаторам и практикующим врачам лучше усвоить и довести до автоматизма тактику ведения асфиксии новорожденного и стресс-менеджмент при оказании коллективной медицинской помощи, что в свою очередь может положительно влиять на показатели перинатальной смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2016 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2017. — С. 30.
2. Новорожденные: снижение смертности [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. — 2016. — № 333. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru/>, свободный. — Загл. с экрана.
3. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Н. Володиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 223.
4. Ткаченко, А. К. Асфиксия новорожденных. Перинатальная патология нервной системы: учеб.-метод. пособие / А. К. Ткаченко. — Минск: БГМУ, 2006. — С. 4.
5. Деларю, Н. В. Симуляционные технологии в постдипломном обучении интенсивной терапии врачей-неонатологов / Н. В. Деларю, В. Б. Мандриков, Т. Е. Заячникова // Вестник ВолГМУ. — 2015. — № 1 (53). — С. 32–33.

УДК 617.574-089.819.843

МЕЖНЕВРАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Тельнова А. А.

Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Преимущественно, при инструментальном методе исследования периферических нервов обнаруживается их нормальный ход и классическая зона иннервации. Тем не менее, существуют варианты их развития — межневральные анастомозы, которые возникают между определенными нервами и приводят к изменению зон иннервации в коже и мышцах.

Межневральный анастомоз предплечья, известный как анастомоз Мартина — Грубера (АМГ), образован волокнами, идущими от срединного к локтевому нерву. Впервые его описал скандинавский анатом R. Martin в 1763 г., а в 1870 г. немецкий анатом W. Gruber, при препарировании 250 предплечий, обнаружил 38 (15,2 %) схожих анастомоза.

В некоторых случаях было замечено, что волокна идут в противоположном направлении. Этот анастомоз получил название «анастомоз Мариначчи» (АМ), в честь А. Marinacci,

который в 1964 г. впервые обнаружил во время операции и позже подтвердил его при электрофизиологических исследованиях [1, 2].

Цель

Изучить и систематизировать имеющиеся в современной литературе данные о межневральных анастомозах предплечья.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ современной медицинской научной литературы по вопросу особенностей межневральных анастомозов Мартина — Грубера и Мариначчи.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее изученным и распространенным, среди всех известных анастомозов, является аномалия Мартина — Грубера. Он представляет собой варианты межневральных соединений срединного и локтевого нервов в области предплечья, при которых источником коммункативной ветви является срединный нерв или его ветвь — передний межкостный нерв. В подавляющем большинстве, АМГ отходит от переднего межкостного нерва и состоит из двигательных волокон. В редких случаях, он отходит непосредственно от срединного нерва и включает также чувствительные волокна. Распространенность АМГ составляет в среднем 15 % случаев, по результатам нейрофизиологических и анатомических исследований.

Ряд авторов выделяет 3 типа АМГ, и их комбинации:

- 1-й тип — коммункативная ветвь срединного нерва отходит от переднего межкостного нерва и совместно с локтевым иннервирует мышцы *hypothenar* (мышцу, отводящую мизинец);
- 2-й тип — коммункативная ветвь срединного нерва отходит от переднего межкостного нерва и совместно с локтевым иннервирует 1-ю дорсальную межкостную мышцу;
- 3-й тип — коммункативная ветвь отходит непосредственно от срединного нерва и совместно с локтевым иннервирует мышцы *thenar* (мышцу, приводящую большой палец или глубокую головку короткого сгибателя большого пальца, или их вместе);
- редко выявляемые комбинации разных типов АМГ.

Наиболее часто встречается 2-й тип АМГ.

Анастомоз Мариначчи — еще один вид межневрального анастомоза между срединным и локтевым нервами на уровне предплечья. Коммункативная ветвь идет от локтевого нерва, а мышцы *thenar* (короткая, отводящая большой палец, противопоставляющая большой палец и поверхностная головка короткого сгибателя большого пальца) получают двойную иннервацию. Анастомоз Мариначчи выявляется крайне редко. По данным J. Kimura и соавт., его распространенность составляет всего 1,3 %, хотя другие авторы регистрировали ЭНМГ-признаки АМ чаще — от 5 до 16,7 % [1, 3–4].

Аномалии иннервации, как правило, выявляются случайно в ходе электронейромиографического (ЭНМГ) исследования, т. к. они искажают полученные результаты, что может быть ошибочно принято за патологию. Помимо этого, данные анастомозы изменяют клиническую картину патологии периферических нервов верхней конечности — она может становиться недостаточной, либо избыточной, что осложняет диагностику. Иногда АМГ повреждается за счет компрессионного механизма, исходящего от прилежащих мышц. Наличие анастомозов между нервами, приводит не только к затруднениям при установлении диагноза, но и к выбору неверной тактики лечения из-за несоответствия клинической картины и степени поражения нерва. Что приобретает особую важность, при дифференциальной диагностике травматического поражения нерва (полного или частичного) [3, 5].

Выводы

Исходя из вышесказанного, из межневральных анастомозов предплечья наиболее распространены анастомоз Мартина — Грубера и анастомоз Мариначчи. Их наличие изменяет полученные электрофизиологические показатели, а также искажает клиническую картину повреждений периферических нервов конечностей, что может явиться причиной неверного диагноза. Поэтому, знания о данных вариантах развития обязательны, для снижения частоты ошибок в диагностике патологии периферической нервной системы.

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.