

95
Паньков О.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
**«Подходы к оздоровлению детей с заболеваниями
сердечно-сосудистой системы»**

Выполнил:

Студент 5 курса 9 группы
педиатрического факультета
Акимов Алексей Сергеевич

Содержание

1. Введение	3
2. Цель работы.....	4
3. Задачи.....	4
4. Основные определения и понятия.....	5
5. Теоретическая часть НИР.....	6
6. Роль врача-педиатра.....	20
7. Собственное исследование.....	21
8. Выводы.....	22
9. Список использованной литературы.....	24

Введение

Проблема здоровья детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является одной из актуальных проблем на современном этапе в педиатрии. Это объясняется не только увеличением числа детей с хронической сочетанной патологией, но и необходимостью разносторонней оценки уровня и степени гармонического физического развития, функционального состояния основных органов и систем для разработки оптимальных методов терапии и реабилитации.

Цель работы:

Изучение проблемы оздоровления детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Подбор оптимальных методов оздоровления и их применение в отдельных группах заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Задачи

- Изучить отдельные группы заболеваний сердечно-сосудистой системы
- Изучить различные методы реабилитации и их применение при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
- Провести собственное исследование о подходах оздоровления детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на базе ГУЗ «Детская поликлиника № 6»
- Сделать выводы по проделанной работе

Основные определения и понятия

Медицинская реабилитация - комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности.

Сердечно-сосудистые заболевания - общее название заболеваний системы кровообращения, среди которых выделяют заболевания сердца, артерий, вен, коронарных сосудов.

Лечебная педагогика - это комплексное воздействие на организм и личность ребенка. В ее задачи входит стимуляция умственного и физического развития, коррекция имеющихся отклонений в развитии (отставания в психическом развитии, поведении, речи, нарушения общения, моторики и других психомоторных функций) с целью всестороннего развития больного ребенка.

При проведении лечебно-педагогических мероприятий следует опираться на сохранные функции и возможности ребенка.

Лечебная педагогика тесно связана с клинической медициной, в первую очередь, с педиатрией, с детской неврологией и психиатрией, а также психотерапией, возрастной физиологией.

Медикаментозная реабилитация- представляет собой лечебные мероприятия, направленные на восстановление и развитие физиологических функций больного, на стимуляцию приспособительных процессов с целью адаптации организма к новым, возникшим вследствие патологического процесса, условиям жизнедеятельности.

Физическая реабилитация- составная часть медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных

способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов.

Теоретическая часть НИР

Заболевания сердечно-сосудистой системы относятся к числу наиболее распространенных и чаще других приводят к инвалидности и смерти. Для многих из них характерно хроническое течение с постепенно прогрессирующим ухудшением состояния больного. Одной из причин увеличения количества заболеваний сердечно-сосудистой системы является снижение двигательной активности современного человека. Поэтому для предупреждения этих болезней необходимы регулярные занятия физкультурой, включение в режим дня различной мышечной деятельности. При наличии заболевания занятия физическими упражнениями оказывают лечебный эффект и приостанавливают дальнейшее его развитие. Строго дозированные, постепенно возрастающие физические нагрузки повышают функциональные возможности сердечно-сосудистой системы, служат важным средством реабилитации. При хронических заболеваниях, после того как достигнуто устойчивое улучшение и дальнейшее совершенствование функций сердечно-сосудистой системы невозможно, физические упражнения применяются как метод поддерживающей терапии. Таким образом, физические упражнения, лечебная физкультура (кинезотерапия) являются важным средством профилактики, лечения, реабилитации и поддержания достигнутых результатов.

Основной целью реабилитации является повышение адаптационных возможностей организма детей, в частности сердечно-сосудистой системы, которая является основной системой поддерживающей внутренний гомеостаз организма

Задачами реабилитации детей с хронической соматической патологией являются: – снижение интенсивности ответной реакции организма в ответ на действие внутренних и внешних раздражителей

1. Врожденные пороки сердца

Врожденные пороки сердца (ВПС) – наличие тех или иных дефектов развития сердца и магистральных сосудов, возникших в результате воздействия на эмбрион и плод различных вредных факторов в период беременности (как то: заболевания, применение лекарств, алкоголизм, курение, профессиональные вредности и др.). В структуре заболевания выделяются фаза адаптации, фаза относительной компенсации, терминальная фаза.

При ранней реабилитации радикальным методом является хирургическая помощь, но и после нее длительно сохраняются изменения функций сердечно-сосудистой системы. Главными задачами являются улучшение и тренировка функций сердечно-сосудистой системы, санация очагов хронической инфекции, повышение сопротивляемости организма. Имеет значение лечебная физкультура.

Дети, у которых отсутствуют жалобы и одышка при обычных играх, могут заниматься ЛФК с постепенным увеличением нагрузки. Больные с жалобами на быструю утомляемость и одышку при небольшой физической нагрузке получают постепенное расширение двигательного режима. Показаны рибоксин 0,2 г 2 раза в день, кокарбоксилаза 0,025-0,05 г 1 раз в день, витамины.

Поздняя реабилитация проводится в местном санатории с использованием ЛФК, постепенным расширением двигательного режима, водолечением и другими факторами санаторной реабилитации. Климатореабилитация включает длительное пребывание детей на воздухе, что улучшает неспецифическую резистентность организма.

Восстановительное лечение в поликлинике предусматривает закаливание организма ребенка с использованием факторов курортной реабилитации. При этом имеют значение ЛФК в виде индивидуальных или малогрупповых занятий, прогулки. Широко используется водолечение: хвойные, кислородные, хлоридные, натриевые, йодобромные, углекислые ванны по щадящей методике. Применяются и другие факторы курортной реабилитации.

Дальнейшее динамическое наблюдение при консервативном ведении детей с врожденными пороками сердца направлено на поддержание компенсации и профилактику декомпенсации сердечной деятельности.

Дети с пороками, сопровождающимися как обогащением, так и обеднением малого круга, а также обеднением большого круга кровообращения, на первом году жизни наблюдаются 1 раз в месяц; на втором году – 1 раз в 2 месяца; в дальнейшем – 2–3 раза в год. При развитии осложнений, а также после операций по индивидуальному графику 1–2 раза в год их госпитализируют для клинической реабилитации.

Динамическое наблюдение проводят педиатр, кардиолог, лор-врач и стоматолог, они осматривают детей 2 раза в год, другие специалисты – по показаниям.

На всех этапах реабилитации необходимы санация очагов инфекции, тщательное лечение интеркуррентных заболеваний. Неоперированные дети на учете остаются постоянно, после операции – 1–2 года.

2. Врожденные кардиты

Ранний врожденный кардит возникает до 7-го месяца внутриутробного развития. Обязательным морфологическим субстратом его является фиброэластоз или эластофиброз эндо- и миокарда.

Поздний врожденный кардит развивается у плода позже 7-го месяца гестации без фиброэластоза и эластофиброза.

Диагноз врожденного кардита считается достоверным, если симптомы поражения сердца выявляются внутриутробно или в первые дни после рождения без предшествующего интеркуррентного заболевания или при анамнестических данных о болезни матери во время беременности. Ранняя реабилитация предусматривает предупреждение развития сердечной недостаточности. Назначаются нестероидные противовоспалительные средства, препараты, улучшающие трофику миокарда, а также УФО с индивидуально подобранной биодозой.

Облучают кожу отдельными полями (вдоль позвоночника, пояснично-крестцовое, верхнегрудное, нижнегрудное поля), показаны электросон при небольшой частоте импульсов, общий массаж, ЛФК с постепенным увеличением количества упражнений.

Поздняя реабилитация на этапе санаторного лечения осуществляется с индивидуальным подходом к выбору реабилитационных факторов. Имеют значение все те же, что и на этапе ранней реабилитации, факторы при более свободном выборе нагрузок. Проводится санация очагов инфекции. Широко используется климатореабилитация.

Восстановительное лечение в условиях поликлиники предусматривает закаливание детей. С этой целью используются факторы курортного лечения.

Широко применяется водолечение. Назначают теплые пресные или хвойные ванны при температуре воды 36–37 °С, обливание, обтирание, души, купания в водных источниках, ЛФК, прогулки по ровной местности. Дальнейшее динамическое наблюдение проводят при раннем кардите постоянно, при позднем кардите – в течение 5 лет после исчезновения признаков болезни. Осмотры педиатром на первом году проводятся 2 раза в месяц, кардиологом – 1 раз в 2–3 месяца; лор-врачом, стоматологом – 2 раза в год. Лабораторно-инструментальные исследования делают 2 раза в год во время госпитализации для клинической реабилитации и уточнения диагноза.

3. Приобретенные кардиты

Неревматический кардит – воспалительное поражение преимущественно миокарда, развивающееся на фоне иммунологической недостаточности организма.

Острый неревматический кардит проявляется на фоне или через 1–2 недели после перенесенного любого инфекционного заболевания, характеризуется кардитом с поражением (или без поражения) проводящей системы сердца. На основании классификации течение кардита может быть острым, подострым или хроническим, по клиническим проявлениям различаются легкие, средней тяжести и тяжелые формы болезни.

Подострые кардиты чаще встречаются у детей старшего возраста. Они могут быть первично подострые, когда постепенно нарастают признаки сердечной недостаточности. Для подострого кардита типичны все проявления острого, но они отличаются стойкостью.

Хронический кардит также встречается чаще у детей старшего возраста. Он может быть первично-хроническим, обнаруживается при плановом осмотре детей или при появлении признаков сердечной недостаточности. Хронический кардит может формироваться на фоне острого и подострого кардитов. Чаще он протекает без жалоб больного. Ранняя реабилитация предусматривает профилактику сердечной недостаточности, что достигается этиологическим и патогенетическим лечением, устранением предрасполагающих факторов и очагов хронической инфекции. Назначаются кортикостероид-ные препараты и производные хинолоновых кислот.

На этом этапе реабилитации имеют значение своевременное расширение режима до тренирующего, ЛФК под контролем состояния, изменений в сердце, положительной динамики болезни и лабораторно-инструментальных показателей.

Поздняя реабилитация проводится с использованием санаторных методов реабилитации в условиях поликлиники или в местной санатории кардиологического профиля, где восстановление функциональных возможностей сердца достигается применением всех методов санаторной реабилитации в комплексе (лечебной педагогики, режима, ЛФК, диеты). Целью этого этапа реабилитации является профилактика осложнений кардита (кардиосклероза, гипертрофии миокарда, нарушений проводимости: поражений клапанного аппарата, констриктивного миоперикардита, тромбоэмболического синдрома).

Восстановительное лечение в поликлинике предусматривает профилактику рецидивов. Проводится методом закаливания с использованием факторов курортного лечения в условиях поликлиники или на курорте. Эти методы реабилитации применяются при отсутствии признаков недостаточности кровообращения. После курортного лечения восстановительное лечение продолжается по индивидуально составленной программе.

Динамическое наблюдение и обследование проводятся в процессе реабилитации. Наблюдение осуществляют педиатр и кардиолог 1 раз в 2 месяца – на первом году, затем 2 раза в год. Лор-врач и стоматолог также осматривают ребенка 2 раза в год, остальные специалисты – по показаниям. Два раза в год больных госпитализируют для обследования и клинической реабилитации. С учета больные снимаются через 2–5 лет после исчезновения всех признаков болезни, а дети, больные хроническим кардитом, наблюдаются постоянно.

4. Сердечная недостаточность

Сердечная недостаточность – потеря способности сердца обеспечивать гемодинамику, необходимую для нормальной жизнедеятельности организма.

Сердечная недостаточность – результат нарушения сократительной функции миокарда. В зависимости от тяжести сердечной недостаточности выделяются 4 функциональных класса.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с лечением на больничном этапе путем устранения причины возникновения заболевания, организации режима и питания в пределах стола № 10, назначения сердечных гликозидов, допамина, кардиотрофиче-ских средств, диуретиков, вазодилататоров.

Поздняя реабилитация (санаторный этап) – осуществляется в местном санатории или в условиях поликлиники. Регулируется двигательный режим, назначается ЛФК в соответствии с общим состоянием больного.

Продолжается прием препаратов, улучшающих метаболические процессы в миокарде (кокарбоксилазы, рибоксина, АТФ, витаминов группы В).

Проводятся санация очагов инфекции, лечебная педагогика. Рекомендуются пребывание больного на свежем воздухе.

Восстановительная реабилитация осуществляется в условиях поликлиники с использованием в последующем курортного лечения, где расширяется двигательный режим, проводятся закаливание, питание в соответствии с возможностями переваривания и всасывания пищи (стол № 5), прогулки на свежем воздухе, лечебная педагогика.

Динамическое наблюдение на первом году осуществляется ежемесячно. Кардиолог осматривает ребенка раз в 2–3 месяца, на втором году – раз в квартал, затем раз в 5 месяцев.

Два раза в год ребенок может госпитализироваться для обследования и реабилитации. Лабораторно-инструментальные исследования необходимы 2 раза в год (общий анализ и биохимический анализ крови, ЭКГ, ФКГ, УЗИ сердца), функциональные пробы – по показаниям. Дети, перенесшие сердечную недостаточность, с учета не снимаются.

5. Артериальная гипертония

Ранняя реабилитация проводится одновременно с лечением. Назначаются ЛФК, прогулки на воздухе, лечебные ванны – хвойные, кислородные, хлоридные, натриевые (концентрация натрия хлорида – 10 г/л), йодобромные.

Используются лекарственный электрофорез с магния сульфатом, бромом, эуфиллином на воротниковую зону, гальванизация по рефлекторно-сегментарной методике.

Рекомендуются ингаляции аэрозолей дибазола, обзидана и др. Применяются электросон, синусоидальные модулированные токи (СМТ). Поздняя реабилитация проводится в местном санатории, где используются все факторы санаторной реабилитации. Физические факторы назначаются поочередно, учитывая индивидуальные особенности сердечно-сосудистой и нервной систем.

Восстановительная реабилитация имеет целью устранение предрасполагающих факторов. Назначаются диета, психотерапия, занятия физкультурой, корректируется режим дня. Показано курортное лечение в условиях лагеря отдыха.

Динамическое наблюдение проводится в течение 2–3 лет участковым врачом и кардиологом раз в квартал с правом госпитализации для обследования и реабилитации 2 раза в год.

6. Артериальная гипотония

Ранняя реабилитация осуществляется на фоне лечения. Используются физические факторы для улучшения функционального состояния нервной и сердечно-сосудистой систем: электро-сон, лекарственный электрофорез, массаж, ЛФК. Реабилитацию детей после обморока начинают с гальванического воротника по Щербаку. Применяют электрофорез кальция, мезатона на воротниковую зону.

Поздняя реабилитация проводится в местной санатории, где имеют значение все факторы санаторной реабилитации. Применяются кислородные, жемчужные, хлоридные, натриевые и другие ванны с температурой воды 35–36 °С, стимулирующие функцию симпатической нервной системы, усиливающие сократительную деятельность миокарда, оказывающие тонизирующее влияние на ЦНС. Большое значение имеют ЛФК, массаж. Восстановительная реабилитация проводится методом закаливания, применением факторов курортного лечения.

Динамическое наблюдение осуществляется участковым врачом совместно с кардиологом в течение 2–3 лет и более при осмотре 1 раз в квартал, с полным клиническим обследованием 2 раза в год. Критериями выздоровления являются нормализация АД, благоприятные реакции на функциональные пробы.

Основные методики занятий лечебной физической культурой детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В этих занятиях очень важно строго соблюдать основные дидактические принципы: доступность и индивидуализация, систематичность и постепенность повышения требований. Необходимо широко пользоваться методическим приемом рассеивания и чередования нагрузок, когда упражнение для одной мышечной группы сменяется упражнением для другой группы, а упражнения с большой мышечной нагрузкой чередуются с упражнениями, требующими незначительных мышечных усилий, и дыхательными. Методика занятий физическими упражнениями зависит от заболевания и характера патологических изменений, им вызванных, стадии заболевания, степени недостаточности кровообращения, состояния венозного кровоснабжения.

При тяжелых проявлениях заболевания, выраженной недостаточности сердца или венозного кровообращения занятия строятся таким образом, чтобы в первую очередь оказать терапевтическое воздействие: предупредить

осложнения за счет улучшения периферического кровообращения и дыхания, способствовать компенсации ослабленной функции сердца благодаря активизации внесердечных факторов кровообращения, улучшить трофические процессы, стимулировав кровоснабжение миокарда. Для этого используются физические упражнения малой интенсивности, в медленном темпе для мелких мышечных групп, дыхательные упражнения и упражнения в расслаблении мышц.

При улучшении состояния больного физические упражнения используются в комплексе реабилитационных мероприятий для восстановления работоспособности. Хотя физические упражнения продолжают применяться для реализации лечебных задач, основное направление приобретает систематическая тренировка, т.е. в занятиях постепенно увеличивается физическая нагрузка. Вначале за счет большого числа повторений, затем — амплитуды и темпа движений, включения более трудных физических упражнений и исходных положений. От упражнений малой интенсивности переходят к упражнениям средней и большой интенсивности, а от исходных положений лежа и сидя к исходному положению стоя. В дальнейшем используются динамические циклические нагрузки: ходьба, работа на велоэргометре, бег.

После окончания восстановительного лечения и при хронических заболеваниях физические упражнения применяют, чтобы поддержать достигнутые результаты для улучшения кровообращения и стимуляции функций других органов и систем. Физические упражнения и дозировка физической нагрузки подбираются в зависимости от остаточных проявлений болезни и функционального состояния больного. Используются разнообразные физические упражнения (гимнастика, элементы спорта, игры), которые периодически сменяются, физическая нагрузка привычная, но время от времени она то повышается, то снижается.

Методика ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы зависит также от степени недостаточности кровообращения. При хронической недостаточности сердца III степени лечебная гимнастика применяется только при стабилизации недостаточности кровообращения в период интенсивного лечения при улучшении состояния больного. Лечебная гимнастика направлена на предупреждение осложнений, стимуляцию компенсаций и улучшение психического состояния больного. Правильно подобранные упражнения не затрудняют, а, наоборот, облегчают работу сердца, так как активизируют внесердечные факторы кровообращения. К таким упражнениям относятся активные движения для мелких и средних мышечных групп. Движения в крупных суставах конечностей выполняются с неполной амплитудой, с укороченным рычагом, иногда с помощью или пассивно. Упражнения для туловища применяются только в виде поворота на правый бок и невысокого приподнимания таза. Статические дыхательные упражнения производятся без углубления дыхания, в медленном темпе, в исходном положении лежа на спине с приподнятым изголовьем. Количество повторений в крупных суставах 3-4 раза, в мелких – 4-6 раз.

Кроме занятий лечебной гимнастикой используются утренняя гигиеническая гимнастика и дозированная ходьба. Дистанция ходьбы увеличивается с нескольких сот метров до 1-1,5 км, темп ходьбы до 70-80 шагов/мин (скорость 50-60 м/мин). При компенсированном состоянии кровообращения (Hq) ставится задача тренировки сердечно-сосудистой системы и всего организма постепенно возрастающими физическими нагрузками.

Физические упражнения должны последовательно охватывать различные мышечные группы. Упражнение выполняют ритмично, в спокойном, среднем темпе. Каждое упражнение повторяют по 5-8-12 раз. Количество упражнений в комплексе 5-12 и более. Каждая процедура ЛГ состоит из трех разделов: вводного, основного и заключительного.

В вводном разделе используют простые упражнения, в основном для мелких и средних мышечных групп, ходьбу, дыхательные упражнения. Вводная часть составляет 15-20% времени. Упражнения способствуют вработываемости, подготовке к основной части занятий.

Основной раздел состоит из общеразвивающих и специальных упражнений. Могут использоваться ходьба, игры, прикладные упражнения, упражнения с предметами, на снарядах и пр. По времени основной раздел занимает 65-70% времени.

Заключительный раздел характеризуется снижением общефизиологической нагрузки за счет использования дыхательных упражнений, ходьбы, упражнений на расслабление и пр. Заключительный раздел занимает 10-20% времени. Дыхательные упражнения в ЛГ применяют для тренировки навыков правильного дыхания, снижения физической нагрузки, а также специального воздействия на дыхательную систему. Особенно важно применять дыхательные упражнения в раннем послеоперационном периоде, при заболеваниях кардиореспираторной системы и др. Все дыхательные упражнения выполняют свободно, без всяких усилий. При легочной патологии выдох должен быть удлиненным.

Схематично величину нагрузки делят на три категории:

I - нагрузка без ограничения, с разрешением бега, прыжков и других сложных и общеразвивающих (общенагрузочных) упражнений;

II - нагрузка с ограничением, исключением бега, прыжков, упражнений с выраженным усилием и сложных в координационном отношении упражнений при соотношении с дыхательными упражнениями 1:3 и 1:4;

III - слабая нагрузка, с использованием элементарных гимнастических упражнений, преимущественно в исходном положении (и.п.) лежа, сидя, при соотношении с дыхательными упражнениями 1:1 или 1:2.

Выделяют три метода проведения процедур лечебной гимнастики: индивидуальный, групповой и консультативный (или самостоятельный).

Индивидуальный метод применяют у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде, у тяжелых больных с ограничением двигательной способности (параличи, перелом позвоночника, на вытяжении и др.).

Групповой метод применяется в группе однородных по заболеванию больных. При подборе групп исходят из нозологических форм, а при проведении занятий - основываются на функциональном состоянии больных.

Консультативный (самостоятельный) метод рекомендуется, когда больной выписывается из больницы, и дома он самостоятельно проводит занятия лечебной физкультурой (как правило, в форме лечебной гимнастики). Обычно больного обучают комплексу ЛГ в больнице, а при выписке ему выдают комплекс упражнений лечебной гимнастики на руки.

В организации лечебного процесса в больницах двигательный режим - один из важных факторов.

Пассивный режим (гиподинамия) отрицательно сказывается на выздоровлении больных.

Активный режим (при соответствующих медицинских показаниях) способствует развитию положительных эмоций, усилению обменных процессов, регенерации тканей, улучшению функций сердечно-сосудистой системы и др. При назначении активного режима необходимо исходить из особенностей и течения заболевания, возраста, профессии, а также бытовых условий, состояния тренированности и т.д.

Режим покоя (щадящий) рассчитан на лиц, истощенных, ослабленных, утомленных, с явлениями астении, после перенесенных сложных оперативных вмешательств, сердечно-сосудистых заболеваний и др. Назначенная больному ЛГ должна соответствовать клиническому течению заболевания, функциональному состоянию пациента и его приспособляемости к физическим нагрузкам.

Одной из характерных особенностей ЛФК является процесс дозированной тренировки. Тренировка в ЛФК пронизывает весь период применения

физических упражнений с лечебной целью, в то время как другие методы лечения подчас бессильны обеспечить функциональное восстановление пораженных систем. В лечебной физической культуре различают тренировку общую и специальную.

Общая тренировка преследует цель оздоровления, укрепления и общего развития организма больного, на ней используются самые разнообразные виды общеразвивающих и развивающих физических упражнений.

Специальная тренировка ставит своей целью развитие функций, нарушенных в связи с заболеванием или травмой. На ней используют виды физических упражнений, оказывающие непосредственное воздействие на область травмы или функциональные расстройства той или иной пораженной системы (дыхательные упражнения при легочных заболеваниях, упражнения при травмах и заболеваниях суставов и т.д.).

Упражнения в равновесии используют для совершенствования координации движений, улучшения нарушенных функций вестибулярного аппарата и др.

Рефлекторные упражнения - это упражнения, направленные на тренировку отдаленных от травмы мышц, например, применение упражнений для плечевого пояса будет оказывать рефлекторное воздействие на мышцы нижних конечностей, или движения в одной нижней конечности вызывает сосудистые изменения другой конечности.

Дыхательные упражнения занимают важное место при проведении ЛГ. Все дыхательные упражнения условно подразделяют на динамические и статические. Динамические дыхательные упражнения - это сочетание движений и дыхания; статические - без движения; при активных дыхательных упражнениях методист ЛФК сдавливает грудную клетку на выдохе больного (так называемая активизация дыхания). Дыхательные упражнения бывают с задержкой дыхания и с активным (продолжительным) выдохом.

Роль врача-педиатра.

Организация и проведение реабилитации детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями является одной из функций кабинета (отделения) реабилитации (физиотерапия, массаж, лфк) .

Поликлинический или диспансерный этап служит для динамического наблюдения за состоянием здоровья больного, для оздоровления, а также противорецидивного и поддерживающего лечения. Он является центральным этапом системы. Именно на диспансерном этапе предполагается полная реадаптация и ресоциализация к предшествовавшим заболеванию или травме нагрузкам и условиям или стойкая компенсация дефицитных функций, адаптация к изменившимся условиям жизни при обострении хронических патологических процессов.

Реабилитационная деятельность врача -педиатра:

- проведение реабилитационных мероприятий среди детей и подростков, перенесших соматическое заболевание, травму или оперативное вмешательство;
- использование средств лечебной физкультуры, физиотерапии, нетрадиционных методов терапии (рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и др.), у детей и подростков, нуждающихся в реабилитации

Психолого – педагогическая деятельность:

- формирование у детей и подростков и членов их семей мотивации к внедрению элементов здорового образа жизни, в том числе к устранению вредных привычек, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья подрастающего поколения;
- обучение детей и подростков и членов их семей основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья.

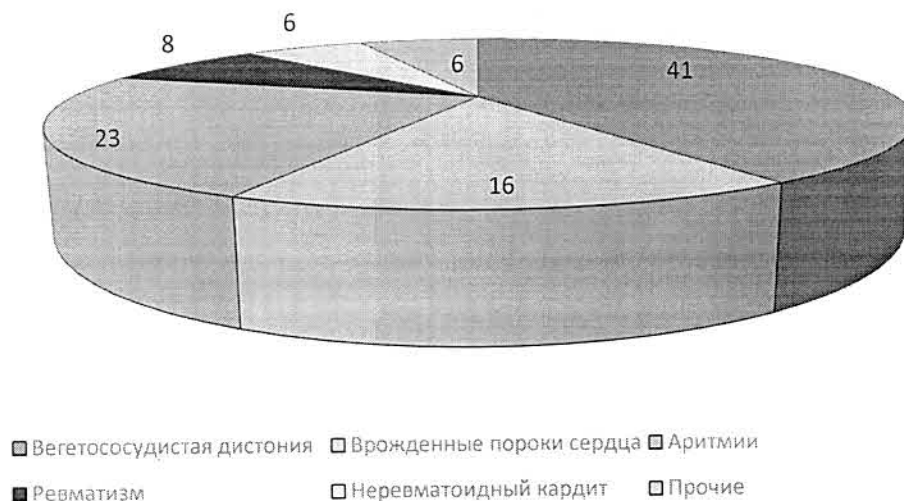
Собственное исследование.

В ГУЗ «Детская поликлиника №6» обслуживается 14688 детей, из них с патологией сердечно-сосудистой системы 69 детей, что в процентном соотношении составляет 0,47%, что ниже среднего показателя по России, который равен 0,8%.

Из 69 детей:

- * Вегетососудистой дистонией страдают 28 человек, что составляет 41%
- * Аритмией страдают 16 человек, что составляет 23 %
- * Врожденными пороками сердца страдают 11 человек, что составляет 16%
- * Неревматоидными кардитами страдают 6 человек, что составляет 8%
- * Ревматизмом страдают 4 человека, что составляет 6%
- * Прочими сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают 4 человека, что составляет 6 %

Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы в ГУЗ "ДП №6"



Выводы.

Изучил различные методы оздоровления детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы медикаментозные и немедикаментозные, использование средств лечебной физкультуры, физиотерапии, нетрадиционных методов терапии (рефлексотерапии, фитотерапии и т.д.)

Изучил показатели ГУЗ «ДП № 6» по количеству детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Из 69 детей:

- Вегетосудистой дистонией страдают 28 человек, что составляет 41%
- Аритмией страдают 16 человек, что составляет 23 %
- Врожденными пороками сердца страдают 11 человек, что составляет 16%
- Неревматоидными кардитами страдают 6 человек, что составляет 8%
- Ревматизмом страдают 4 человека, что составляет 6%
- Прочими сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают 4 человека, что составляет 6 %

Исходя из показателей по ГУЗ «ДП № 6» , достаточно большое количество детей страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые нуждаются в профилактике и реабилитации.

Подбор оптимальных методов оздоровления и их правильного применения, регулярная диспансеризации и профилактические осмотры педиатра, позволит сохранить состояние здоровья детей на достаточно высоком уровне, а так же в значительной степени уменьшить вероятность развития осложнений.

Список литературы.

- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. Изд: Гэотар-Медиа. 512 с
- Измеров Н. Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья, работающего населения России // Здравоохранение Российской Федерации. -- 2014. -- С. 78
- Потапов А. И. Только здоровая Россия может стать сильной // Здравоохранение Российской Федерации. -- 2014. --С. 37.
- Ступаков И. Н., Зайченко Н. М. Проблемы высокой смертности в Российской Федерации // Здравоохранение. -- 2014. -- С. 13-20.
- Запруднов, А. М. Детские болезни. В 2 томах. Том 2 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонова. - Москва: Высшая школа, 2016. - 347 с.
- Кильдиярова, Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль / Р.Р. Кильдиярова. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 269 с.
- Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца, 2015 г.
- Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 9 группы

Акимов Алексей Сергеевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова