



Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького»

ВЛИЯНИЕ АБИЛИТАЦИОННО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ИНСТИТУАЛИЗИРОВАННЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Ярошенко Сергей Ярославович

К.м.н., доцент кафедры пропедевтики педиатрии

29.09.2021 г.

Проблема развития детей, оставшихся без попечения родителей, столь же стара, как эволюция человеческой популяции



XX век стал во многом переломным в плане отношения к институализации (от лат. institutum – учреждение): появились исследования о неблагоприятном воздействии самой среды детского учреждения на дальнейшее развитие детей



Показано, что опыт институализации, если она продолжается больше некоторого времени (различные авторы указывают сроки от 6 до 18 месяцев), в дальнейшем способен вызвать изменения, трудно корригируемые даже целенаправленной работой квалифицированных психологов и психиатров



Наиболее рациональным способом
жизнеустройства детей-сирот является их
деинституализация – вывод воспитанников из
учреждений в замещающие семьи



В ряде случаев ни воссоединение с расширенными семьями, ни усыновление, ни приемная семья не являются жизнеспособными альтернативами



Поэтому изучение изменений, происходящих с детьми в условиях их отрыва от родителей и помещения в закрытые коллективы, а также разработка методов предупреждения и коррекции возникающих неблагоприятных изменений, являются весьма актуальными проблемами для педиатров, детских психологов и педагогов

Цель работы: изучить влияние комплекса абилитационно-реабилитационных мероприятий на состояние вегетативной регуляции детей дошкольного возраста – воспитанников дома ребенка

Для оценки деятельности регуляторных систем использовался метод кардиоинтервалографии (КИГ). Данный метод является физиологически обоснованным, клинически подтвержденным методом, позволяющим оценивать и осознанно трактовать «функциональные» изменения систем регуляции, прежде всего – автономной нервной системы. В настоящий момент система кровообращения рассматривается как индикатор адаптационных реакций всего организма.

В течение 4 лет (2017-2021 гг.) проводилось исследование состояния здоровья воспитанников Республиканского специализированного дома ребенка г. Донецка



Проведено обследование с использованием кардиомонитора UTAS-300 114 воспитанников домов ребенка в возрасте от 3 лет до 5 лет 11 месяцев перед началом предлагаемого абилитационно-реабилитационного комплекса и через 6 месяцев после него.

Исследование проводилось в соответствии с Методическими рекомендациями Комиссии по клинко-диагностическим приборам и аппаратам Комитета по новой медицинской технике МЗ РФ (протокол № 4 от 11 апреля 2000 г.):



Критерии включения: возраст (старше трех лет и младше шести лет), нахождение в доме ребенка не менее шести месяцев, согласие опекунов, лечащих врачей, родителей.

Критерии исключения: наследственные, генетические заболевания, пороки развития, хронические заболевания, нарушающие жизнедеятельность в стадии субкомпенсации и декомпенсации, любая верифицированная патология сердечно-сосудистой, эндокринной и вегетативной нервной систем, острая патология в момент исследования и за две недели до него, лечение пациента любыми препаратами, а также методами немедикаментозного лечения в течение месяца до обследования, отказ пациента или его законных представителей.

Данные сравнивались с результатами **контрольной группы** детей ($n=44$) из семей, не имевших опыта институализации.

В последующем группа воспитанников дома ребенка была разделена на две подгруппы: **основную** (61 ребенок из дома ребенка, которым проводился изучаемый комплекс) и **сравнения** (53 воспитанника дома ребенка, получавшие стандартные уход, педагогическое сопровождение и медикаментозную терапию в зависимости от состояния здоровья).

Группы были сопоставимы по полу и возрасту и времени, проведенному в условиях институализации, набраны случайным образом по принципу копи-пара и отличались только наличием вмешательства.

Группа контроля также не отличалась по полу и возрасту от групп основной и сравнения.

Разработка вышеуказанного комплекса основывалась на понимании синдрома госпитализма, как процесса, имеющего две основных составляющих:

- 1) изменение регуляторных систем в ответ на комплексный, как по структуре, так и по воздействию, хронический стрессор – институализацию с непременно сопутствующей ей материнской депривацией;
- 2) комплексная (сенсорная, эмоциональная) депривация – обеднение среды, обуславливающее ее низкий развивающий потенциал.

Следовательно, решение проблемы должно быть дифференцированным, комплексным, разноуровневым.

Прежде всего, мероприятия, проводимые сотрудниками дома ребенка под общим контролем педиатрической службы, должны быть подчинены основной цели – нормализации деятельности регуляторных систем.

В данном случае показаны любые мероприятия, уменьшающие тревожность и отвлекающие ребенка от сложной жизненной ситуации – то есть снижающие отрицательные воздействия на психику и, через лимбическую систему, на функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси.



Комплекс включал:

- Оптимизацию режима дня, закаливающие процедуры, музыкотерапия, лекотерапия и сказкотерапия, проводимая психологами
- Сеансы индивидуальной игры и игры в малых группах по 2-3 человека в отдельной игровой комнате под присмотром и с участием взрослого, что давало возможность детям на личностную реализацию: личное пространство, индивидуальное общение со взрослыми, личное время
- Фототерапию яркими (5000 Лк и более) лампами солнечного спектра (показана антистрессовая эффективность)
- Стимуляцию когнитивного развития: обогащенная сенсорная среда (комплекс сенсорных раздражителей, разработанный О. М. Филькиной с соавт. (2010) в нашей модификации), пальчиковые игры и пальчиковая гимнастика, игровая и изобразительная деятельность.

Комплекс включал:

- Увеличение сеансов повышенной физической активности (введение физкультминуток), активных игр (направляемых и контролируемых воспитателем) в группе и на прогулках, купания в бассейне
- Диету с увеличением в рационе количества продуктов с высоким инсулярным индексом
- Дифференцированное назначение препаратов:
 - L-карнитина
 - Глицина (при излишней возбудимости)
 - Гопантеновой кислоты
 - Магния в комплексе с витамином В6 (при подтверждении гипомagneмии)

Проведена оценка:

- 1) Вегетативной реактивности при клиноортостатической пробе
- 2) Степени выраженности дисбаланса звеньев вегетативной нервной системы по Е. А. Калюжному и соавт.

Группа	Норма		«Дисфункция»/ «дистония»	
	До	После	До	После
Основная	65,57	83,61	34,43	16,39
Сравнения	67,92	62,26	32,08	37,74
Контроль	88,64	95,45	11,36	4,55

Для детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях дома ребенка характерна более высокая частота синдрома вегетативной дистонии/дисфункции (в 33,33 % случаев против 11,36 % соответственно, $p=0,005$), причем у 84,21 % из них выявленные показатели классифицируются как дисфункция.

Применение комплекса абилитационно-реабилитационных мероприятий привело к снижению в основной группе частоты синдрома вегетативной дистонии/дисфункции в 2,1 раза (с 34,43 % до 16,39 %, $p=0,02$).

В группе сравнения отмечено незначительное увеличение частоты синдрома вегетативной дистонии/дисфункции (с 32,08 % до 37,74 %, $p=0,54$).

В группе контроля отмечалось снижению частоты синдрома вегетативной дистонии/дисфункции в 2,5 раза (с 11,36 % до 4,55 %, $p=0,24$).

Группа	Вегетативная реактивность					
	Асипат.		Нормотон.		Гиперсимпат.	
	До	После	До	После	До	После
Основная	49,18	31,15*	47,54	52,46	3,28	16,39*
Сравнения	54,72	60,38	43,40	33,96	1,89	5,66
Контроль	40,91	11,36*	45,45	75,00*	13,64	13,64

Для детей данного возраста характерно преобладание 3 группы, то есть умеренное преобладание нормотонического варианта вегетативной реактивности. Однако, у воспитанников дома ребенка значимо реже встречается гиперсимпатикотонический вариант вегетативной реактивности (в 2,63 % случаев против 13,64 % соответственно, $p=0,007$).

Через 6 месяцев после проведения комплекса абилитационно-реабилитационных мероприятий отмечалось увеличение частоты гиперсимпатикотонического варианта вегетативной реактивности за счет снижения частоты асимпатикотонического варианта ($p=0,015$ и $p=0,04$ соответственно).

В группе сравнения значимых отличий не выявлено.

В группе контроля отмечалось увеличение нормотонического варианта вегетативной реактивности за счет снижения частоты асимпатикотонического варианта ($p=0,005$ и $p=0,002$ соответственно).

Таким образом, применения комплекса дифференцированных абилитационно-реабилитационных мероприятий позволило снизить частоту синдрома вегетативной дистонии/дисфункции в основной группе детей, а также асимпатикотонического варианта вегетативной реактивности за счет нормотонического и гиперсимпатикотонического.

Благодарим за внимание!

