

Литература

1. Активно-пассивная МOТ <http://www.mediline.com.ua/49OMED-терапия в реабилитации.>
2. Иванова Г.Е., Цыкунов М.Б., Поляев Б.А., Романовская Е.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой и др. - М., 2010. С. 529-535.
3. Кардиологическая реабилитация: Руководство / Суджаева С.Г. и др. – Минск: Зималетто, 2010. – 158 с.
4. Количественная оценка двигательных нарушений и ограничений жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы: инструкция по применению / М-во здравоохранения Респ. Беларусь; Л.С. Гиткина, В.Б. Смычек, Т.Д. Рябцева, И.Я. Чапко, С.В.Власова, В.С.Сильченко. – Минск, 2003. – 22 с.
5. Микусев Ю.Е. Лечебная физкультура в реабилитации неврологических больных // Неврологический вестник. - 1996. - Т. XXVIII, вып. 1-2. - С. 31-33.
6. Соотношения между единицами измерения. <http://www.oglib.ru/tab1/table17.html>.
7. Физическая культура студента. <http://bibl.tikva.ru/base/B1626/B1626Content.php>.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПОВЫШЕННЫХ ДОЗ ИЗЛУЧЕНИЯ

Ровбуть Т.И., Ляликов С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Прошло 27 лет с момента аварии на ЧАЭС. Ликвидаторы и население, получившее основную нагрузку радионуклидами после аварии, постарело, дети выросли и родили внуков. Основная часть населения на момент аварии, в том числе и дети, получили внешнее облучение и подверглись действию короткоживущих изотопов йода. За эти годы сформировалось пострадавшее население другой категории - это дети, которые родились после облучения родителей. Их более 300 тысяч [1]. В настоящее время 2-е и 3-е поколение ликвидаторов, проживающее как в зонах повышенной радиоактивности, так и на

чистых территориях, подвергаются внутреннему облучению, связанному с потреблением радиоактивных тяжелых металлов в основном с пищей и водой (стронций, плутоний, цезий, америций, литий и др.).

Данными многочисленных научных исследований доказано, что повышенные дозы радиационного облучения основное влияние оказывают на эндокринную систему, иммунную систему, психику, сердечно-сосудистую систему, костно-мышечную систему и генетический аппарат человека [5].

По эпидемиологическим данным в результате длительного проживания на загрязненных радионуклидами территориях изменилась структура заболеваемости, увеличились показатели болезненности населения, изменился характер течения болезней [5]. Отмечается устойчивый, достоверный рост первичной заболеваемости злокачественными и доброкачественными новообразованиями населения, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС (ликвидаторы). Для детей Гомельской области характерны более высокие показатели первичной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом, узловыми формами зоба, первичным гипотиреозом, чем в других регионах РБ, РФ и развитых странах мира. У детей, постоянно проживающих в зонах повышенного облучения, выше заболеваемость нервной системы, ЖКТ, инфекциями, ниже физическое и интеллектуальное развитие, ускорены процессы полового развития. Вероятно, это обусловлено многими причинами, важнейшей из которых является воздействие на организм различных доз инкорпорированной радиоактивности.

Учитывая вышеизложенное, разработка рациональных подходов к реабилитации белорусской популяции детей, подвергающихся воздействию различных доз радиоактивного излучения, остается актуальной задачей.

С 1992 года сотрудники кафедры педиатрии Гродненского государственного медицинского университета участвуют в программе реабилитации детей Беларуси и России из зон пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС под эгидой Международной Общественной Организации «Зеленый крест» и Общественной Организации «Белорусский комитет «Дети Чернобыля»». С целью реабилитации и оздоровления ежегодно

организованы экологические оздоровительные лагеря для детей из зон экологического бедствия Беларуси и России. За 16 лет в лагерях прошли обследование и реабилитацию 8203 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет. Оздоровление детей из Чернобыльской зоны осуществлялось на следующих базах: санаторий-профилакторий завода Химволокно (г. Светлогорск, Гомельская область), санаторий «Ислочь» (г. Раков, Минская область), детском санаторий-профилакторий «Свитанок» (Минская область), санаторий «Неман» (Гродненская область), ДРОЦ «Лесная Поляна» (Гродненская область), ТМО г. Брагин (Гомельская область), врачебный участок д. Озерщина (Речицкий район, Гомельская область).

Первым этапом программы было комплексное обследование и отбор детей в группы реабилитации. На основе итогов этого этапа составлялась программа оздоровления, проводилось формирование медицинской бригады, подбор медикаментов и оборудования.

По данным нашего обследования отклонения в состоянии здоровья были выявлены у 99,3% обследованных. Самым часто выявляемым нарушением были заболевания ЛОР органов (68,1%), увеличение щитовидной железы (52,0%), нарушения со стороны органа зрения (40,2%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (32,9%), дисфункции вегетативной нервной системы (25,6%), сколиотическая осанка (40,1%) и кариес. Диагноз анемия был выставлен 24,2% обследованных. Снижение показателей роста и массы тела выявлено у ¼ части обследованных детей, дисгармоничное физическое развитие у 32,1%. В структуре заболеваемости были выявлены некоторые региональные особенности. У детей из районов с высоким уровнем радиоактивного загрязнения чаще определяли увеличение щитовидной железы, стойкие невротические расстройства (соматоформные и адаптационные) и ожирение. В группах с высокими показателями удельной инкорпорированной радиоактивности был выше процент детей с задержкой физического и психического развития.

Основной задачей лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий для детей, подвергшихся радиоизотопной нагрузке, было уменьшение влияния на организм

экологически неблагоприятных факторов. Для выполнения этой задачи использовались следующие методики:

1. Экологическое образование: обучение способам безопасного проживания в экологически неблагоприятных регионах.

2. Выведение инкорпорированных радионуклидов из организма путем активации биологического выведения (нагрузка жидкостями и ускорение физиологического выведения, метаболические препараты) и использования безопасных для организма сорбентов (прием внутрь препаратов, адсорбирующих тяжелые металлы – морские водоросли, активированный уголь, полифепан, карболонг).

3. Применение антиоксидантов (витамины А, Е, С) для защиты организма от повреждающего действия радиоактивных тяжелых металлов.

4. Укрепление иммунной системы защиты организма, используя оздоровление и закаливание, санацию хронических очагов инфекции, методы неспецифической иммунокоррекции.

Санаторно-курортное лечение является важнейшим этапом медицинской реабилитации детей, проживающих в зонах повышенной радиоактивности. Оно включает широкий комплекс терапевтических мероприятий, направленных на нормализацию функционального состояния организма. Однако особенности проживания детей в условиях воздействия малых доз радиоактивного облучения обуславливают особые щадящие требования к программам реабилитации, включающие потребность в ограничении излучаемых нагрузок, уменьшении фармакологической агрессии, предотвращении действий с чрезмерным тонизирующим эффектом, образованием большого количества химически активных веществ, перегреванием.

Исходя из этого, мы следовали основным принципам санаторно-курортного лечения населения, постоянно проживающего в зонах с повышенным радиоактивным фоном [3].

1. Проведение санаторно-курортного лечения рекомендуется в природно-климатической зоне средней полосы, желательно в санаториях и лагерях обычного и санаторного типа или в соответствующих состоянию здоровья профилакториях местного значения.

2. Направление пациентов на южные курорты следует

ограничивать или проводить в осенне-весенний период, строго по показаниям, учитывая функциональное состояние щитовидной железы.

3. Комплекс санаторно-курортного лечения должен включать широкое использование естественных факторов (прогулки на свежем воздухе, лечебный сон возле воды, прием минеральных вод и др.).

4. Из физиотерапевтических процедур должны быть исключены высокочастотные электропроцедуры, процедуры с агрессивным тонизирующим и тепловым эффектом.

5. В комплекс реабилитационных мероприятий включаются психотерапевтические методы разгрузки.

6. Дополнительно назначаются вещества, которые имеют протекторное действие: вещества естественного происхождения с разнообразными фармакологическими свойствами (адаптогены, антиоксиданты, гемо- и иммуностимуляторы, антимуtagens, витамины и др.).

Комплексная программа реабилитации составлялась индивидуально для каждого ребенка. Учитывая то, что наиболее распространенной патологией у детей были заболевания ЛОР органов, в комплексное лечение включалась санация хронических очагов инфекции гомеопатическими и антисептическими средствами, ароматерапия. Для профилактики и лечения заболеваний органов зрения применялись медикаментозная профилактика прогрессирования миопии, инфразвуковой вакуумный массаж глаз, компьютерная профилактика близорукости и лечение рефракционной амблиопии, чрезкожная лечебная стимуляция глаз импульсным электрическим током. Для коррекции вегетативных нарушений широко использовали комплексы СВД, «головная боль», ароматерапию. Коррекция нарушений осанки проводилась с использованием гимнастических мячей Pezzi ball, водных процедур, массажа и ЛФК.

Особое внимание в комплексном лечении было уделено психотерапевтической коррекции. Известно, что население, которое подверглось многофакторному влиянию в результате Чернобыльской катастрофы и их потомки подлежат отнесению к группе риска по развитию психических заболеваний [2]. Поэтому

психологическая коррекция психосоматических расстройств занимает ведущее место в системе реабилитации пострадавшего населения. С этой целью нами было использовано психокоррекционное воздействие комплекса медицинских и педагогических мероприятий. Для психокоррекции у детей младшего возраста чаще использовалась индивидуальная психотерапия. Для детей школьного возраста использовались программы групповой и индивидуальной психотерапии.

Психотерапия в группе включала:

- применение нервно-мышечной релаксации по Отто Грегору [4];
- работа над агрессивным поведением и его проявлениями;
- борьба с ночными страхами;
- обучение ведению межличностных отношений;
- использование арт- и сказкотерапии.

Курс занятий состоял из 9-11 сессий по 30-40 минут. Во время занятий применялись упражнения по нервно-мышечной релаксации, музыкотерапия, аромотерапия. Занятия носили игровой характер с последующим анализом проведенных упражнений и заданий.

Дети, прошедшие комплексную программу реабилитационно-оздоровительных мероприятий, наблюдаются в течение года. При контрольном обследовании у детей выявлено снижение заболеваемости за год анемией на 85%, нормализация ЛОР статуса в 6,5% случаев, снятие у учета по поводу эндемического зоба в 11% случаев, спазма аккомодации в 27% случаев, амблиопии в 14% случаев, синдрома вегетативной дисфункции в 22,7% случаев. Наблюдалось отсутствие обострений в течение года при хроническом гастрите в 27,3% случаев, при бронхиальной астме в 50% случаев, при атопическом дерматите в 36% случаев.

Таким образом, дифференциальный и комплексный подход к проведению реабилитации детей, подвергающихся воздействию радиоактивного облучения, дает возможность значительно снизить заболеваемость, восстановить функциональные возможности иммунной, вегетативной, сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем, желудочно-кишечного тракта, улучшить

психический статус, что является залогом профилактики заболеваемости и ранней смертности у взрослых.

Литература

1. Медико-биологические критерии оценки влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения / Беляева Н.Н., Юрченко В.В., Журков В.С. и др. // Гигиена и санитария. 2003. № 5. - С. 77-79.

2. Игумнов, С.А. Психическое развитие детей, находившихся к моменту аварии на Чернобыльской АЭС на различных сроках гестации: проспективное исследование // Соц. и клинич. психиатрия.-2000.-Т. 10, № 2.-С.8-15.

3. Организация медицинской помощи детям различных когорт наблюдения, подвергшимся воздействию малых доз радиации / Сипягина А.Е., Балева Л.С., Пулатова М.К. и др. // Радиационная радиобиология. Радиоэкология. - 2006.- Т. 46. - № 3.- С. 374 - 380.

4. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс // СПб. - 2000. – С 12-45.

5. Состояние здоровья детей, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС / Балева Л.С., Яковлева И.Н. и др. // Консилиум. – 2007. - № 1. – С-21-25.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Селицкий В.В.

Филиал «Санаторий «Рассвет-Любань»

ОАО «Белагроздравница»

Доброкачественной гипертрофией предстательной железы (ДГПЖ) страдает около 50% мужчин старше 50 лет. В более старших возрастных группах процент болеющих ДГПЖ значительно выше и являются наиболее частой причиной нарушения функции мочевого пузыря. Заболевание развивается вследствие разрастания слизистых парауретральных желёз, окружающих мочеиспускательный канал в простатическом отделе уретры.

Выделяют I стадию – компенсации - без образования остаточной мочи (меньше 50 мл) и без существенных изменений