

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПРИЛЕГЛИХ ДО ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АЕС РАЙОНІВ У ОЗДОРОВНИЦІ “СОНЯЧНЕ ЗАКАРПАТТЯ”

**ГЕРГЕЛЬ В.І., НЕМЕШ І.І., ШМАНЬКО В.І., КОНДОР О.І., ТЕЛЕПАНИЧ
В.М., ФЕКИЙШГАЗІ С.Б., ШМАНЬКО Н.С.,
НЕМЕШ М.В., КИСЛОВА Ю.Б.**

Санаторій “Сонячне Закарпаття” об’єднання “Закарпаткурорт”

Протягом трьох років у базовому гастроентерологічному бальнеологічному санаторії “Со-нячне Закарпаття” об’єднання “Закарпаткурорт” проводиться оздоровлення дітей з районів, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС. За цей період оздоровлено більше двох тисяч дітей з сіл Київської області. Емпіричні спостереження свідчать про високу ефективність лікування дітей, окремі з яких приїжджають щорічно. В той же час назріла необхідність науково-практичного аналізу особливостей санаторно-курортної реабілітації цього контингенту хворих, уточнення лікувальних методик [1].

Вивчено ефективність оздоровлення 83 дітей віком 10–16 років з хворобами органів травлення. Хлопчиків – 35, дівчаток – 48. З супутньої патології переважали (87% обстежених) хронічні запальні процеси верхніх дихальних шляхів.

Усім хворим поряд з детальним клініко-анамнестичним обстеженням на початку та в кінці лікування проводився комплекс клінічних, біохімічних та імунологічних лабораторних аналізів, інструментальні методи дослідження. Отримані результати оброблені методом варіаційної статистики з використанням електронних таблиць “Excel 97” фірми “Microsoft Corporation” для визначення середнього арифметичного числа (M), середньої похибки ($\pm m$), критерію вірогідності (t) та імовірності (p) за Student. Вірогідними вважалися результати при $p < 0,05$.

Комплекс курортної реабілітації включав санаторно-охоронний режим, лікувальне дієтичне харчування, різні види кліматотерапії та лікувальної фізичної культури, фітотерапію, хвойні чи мінеральні вуглекислі ванни, озокеритові аплікації та/або апаратну фізіотерапію на проекцію ураженого органа і відповідні рефлексогенні зони, лікувальні мікроклізми, за показаннями – лікувальні процедури для супутньої патології. Основа лікування – внутрішній питний прийом вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої середньомінералізованої (11 г/л) води Поляно-Квасівського родовища (“Поляна Квасова”) з підвищеним вмістом бору та фтору.

Особливу увагу, враховуючи несприятливі екологічні умови проживання дітей, було приділено вивченню картини крові. На початку та в кінці лікування проводився забір капілярної крові для розширеного аналізу з визначенням лейкоцитарної формули та додатковим розрахунком лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) [2] за Я.Я. Кальф-Калифом [3] і співвідношення лімфоцити/сегментоядерні нейтрофіли (Л/Н) за Л.Х. Гаркави з спіавт. [4].

Обстежені були поділені на три клінічні групи: 31 чол. з скороченим до 14 днів курсом лікування, 24 чол. з повним двадцятичотирьохденним курсом лікування і традиційним комплексом санаторно-курортних процедур загального впливу та 28 чол. з повним курсом лікування і додатковим включенням процедур, спрямованих на санацію хронічних вогнищ інфекції у верхніх дихальних шляхах (УВЧ-терапія та УФО). Контрольну групу склали 12 дітей співробітників санаторію відповідного віку.

Порівняння показників аналізу крові в контрольній групі та у обстежених хворих при поступленні на лікування не виявило суттєвих відхилень, крім підвищення у останніх лімфоцитів (відповідно $31,75 \pm 1,41$ та $38,6 \pm 0,76\%$; $p < 0,001$) і співвідношення Л/Н ($0,67 \pm 0,05$ і $0,82 \pm 0,03$; $p < 0,05$), що свідчить про напруження адаптаційних реакцій організму.

При виписці у дітей усіх трьох груп відмічено сприятливу динаміку клінічної симптоматики та самопочуття. Усі хворі виписані з покращенням, з них 16 – зі значним. Однак зміни лабораторних показників не були настільки однозначними. Зокрема, у хворих зі скороченим строком лікування спостерігається покращення показників співвідношення Л/Н ($0,88 \pm 0,05$ на початку та $0,73 \pm 0,04$ у кінці лікування, $p < 0,05$), але зростає ЛІІ з $1,08 \pm 0,04$ до $1,25 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). У хворих другої групи підвищення цього показника не суттєве, а у третій спостерігається тенденція до його зменшення з $1,18 \pm 0,08$ до $1,12 \pm 0,06$.

Імовірно, при скороченому курсі лікування поряд з покращенням загального стану організму йде певна активація хронічних вогнищ інфекції. При повних строках оздоровлення цей процес до виписки пригнічується, а використання протизапальних процедур сприяє частковій санації вогнищ. Детальнішої оцінці сприятиме вивчення віддалених результатів лікування.

Оскільки захворювання верхніх дихальних шляхів займають чільне місце серед супутньої патології дітей, які прибувають на медичну реабілітацію в гастроентерологічну оздоровницю “Сонячне Закарпаття” з зони Чорнобильської АЕС, в санаторії застосовується сучасна методика їх лікування. Враховуючи територіальну близькість до широковідомих пульмонологічних лікувальних закладів на базі Солотвинських солерудників та методичні розробки Ужгородського НПО “Реабілітація”, на початку 1997 року, додатково до комплексу апаратних фізіотерапевтичних та специфічних бальнеологічних (інгаляції вуглекислою гідрокарбонатною натрієвою мінеральною водою Поляно-Квасівського родовища) лікувальних

процедур, в санаторії було впроваджено методику лікування супутньої патології дихальних шляхів високодисперсним аерозолем кам'яної солі в умовах камери штучного мікроклімату за допомогою апарату "УСА-1".

За рік роботи кабінету курс лікування отримало 309 чоловік, в тому числі 77 дітей та підлітків. Всі діти відмічають суб'єктивне покращення стану: полегшення дихання, зменшення задишки, пом'якшення мокроти та полегшення її відхаркування. Для об'єктивної оцінки медичної ефективності впровадження вищезгаданої методики проведено вивчення та статистичну обробку показників зовнішнього дихання за допомогою апарату "Витест КС-1" (індикатор оцінки функції дихальної системи людини). Оцінка проводилася у відносних одиницях шкали апарату на форсованому видиху, заміри – на початку та наприкінці перебування пацієнта в оздоровниці.

В комплекс обстеження було включено усіх 77 дітей та підлітків, які отримали курс лікування (1-а група). Для контролю під спостереженням знаходилося 96 дорослих гастроентерологічних хворих з супутнім хронічним бронхітом у фазі повної та неповної клінічної ремісії (2-а група) і 38 дорослих без проявів бронхолегеневої патології (3-я група). Узагальнений та усереднений показник зовнішнього дихання у дітей при поступленні в санаторій становив $61,4 \pm 2,7$, що менше, ніж у третій групі ($69,8 \pm 4,2$, $p < 0,05$), але більше, ніж у другій ($52,9 \pm 3,8$, $p < 0,05$). В свою чергу група обстеження була поділена на три приблизно однакові за кількістю підгрупи. Хворі першої (26 чол.) приймали традиційні інгаляції мінеральною водою, другої (24 чол.) – курс аерозольотерапії кам'яною сіллю, третьої (27 чол.) – обидві вказані методики паралельно. Найменш значною була динаміка показника у хворих першої підгрупи: $60,3 \pm 3,3$ та $59,4 \pm 3,2$ ($p > 0,05$), в інших двох підгрупах вона була статистично вірогідною: відповідно $62,1 \pm 2,9$ та $67,8 \pm 2,6$ і $61,2 \pm 3,1$ та $66,9 \pm 2,8$ ($p < 0,05$). Це вказує на високу ефективність впровадженої методики, її хорошу сумісність з іншими санаторно-курортними лікувальними процедурами. Особливо цінним, враховуючи оздоровлення дітей, є її нетравматичність.

Такого ж підходу ми намагаємося дотримуватися і при впровадженні діагностичних методик. З 1990 року в оздоровниці проводиться електропунктурне обстеження хворих за методом Р. Фолля. В 1994 році придбано комп'ютерний комплекс, що дозволило проводити скринінг-обстеження за уніфікованою програмою та піддавати отримані результати статистичній обробці. На сьогоднішній день в санаторії електропунктурне обстеження проводять два лікарі-ординатори. Це дає змогу охопити цим діагностичним методом значну кількість відпочиваючих та проводити науково-практичні дослідження, фрагмент з яких подано нижче.

Під спостереженням знаходилося 56 дітей з проявами гастродуоденальної та гепатобіліарної патології віком від 7 до 15 років. Поряд з детальним клініко-анамнестичним, лабораторним та інструментальним обстеженням в перші дні лікування їм було проведено електропунктурне обстеження за методом Р. Фолля по 40 контрольних точках меридіанів на обох верхніх та нижніх кінцівках з використанням комп'ютерної програми реєстрації даних. Отримані результати піддані варіаційній статистичній обробці.

Відхилення показників того чи іншого меридіану відмічено у всіх обстежених, причому їх динаміка була від'ємною, що свідчить про відсутність активності хронічного патологічного процесу. З профільної гастроентерологічної патології найбільше середньоарифметичне відхилення спостерігалось по меридіану товстої кишки, меншою мірою (по низхідній) – по меридіанах тонкої кишки, шлунка, підшлункової залози, печінки та жовчного міхура. Відповідно відсоток хворих з відхиленнями по вказаних меридіанах: 52, 50, 35, 23, 21 та 16%.

Повторне обстеження наприкінці лікування засвідчило позитивні зміни показників по всіх меридіанах, окрім меридіану мигдаликів лімфатичного глоткового кільця, що, можливо, зв'язане з вищезгадуваною активізацією вогнищ хронічної інфекції. Серед "гастроентероло-

гічних” меридіанів найкраща динаміка середньоарифметичних показників спостерігається по меридіану жовчного міхура (87%). Далі (в порядку зменшення) – по меридіанах печінки (72%), шлунка (58%), тонкої кишки (41%), товстої кишки (32%) та підшлункової залози (28%).

Паралельно проводилося психологічне тестування обстежених дітей за методикою Н.І. Ейсенк. Однак високі середньоарифметичні значення показників за шкалою брехні (4,52 на початку та 4,86 наприкінці лікування) не дозволяють інтерпретувати отримані результати.

З лабораторних методів дослідження гастроентерологічної патології варто відмітити фракційне дослідження семи порцій сечі за методикою Ужгородського НПО “Реабілітація” [5], яке дозволяє беззондово визначати показники функціонального стану шлунка, жовчовидільної системи та супутні метаболічні порушення. Практично у всіх обстежених виявлено підвищений рівень кислотоутворення (94,4%). Відповідно у більшості дітей спостерігався низький діурез, що свідчить про наявність фізіологічного зворотного кореляційного зв’язку між цими показниками.

В процесі лікування на фоні позитивної динаміки клінічної картини виявлено певні зміни функціонального стану органів травлення та сечовивідної системи. Зокрема, до середини лікування інтенсивність кислотоутворення має тенденцію до підвищення, але наприкінці двадцятичотирьохденного курсу відновлюються компенсаторно-нейтралізуючі можливості антрального відділу шлунка та моторно-евакуаторна функція жовчного міхура. В той же час, найбільш високі показники діурезу і найефективніша участь нирок у збереженні кислотно-лужної рівноваги (за даними середнього рН сечі та його коливань протягом доби) спостерігаються на 10–12 день лікування.

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність санаторно-курортної реабілітації дітей, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, в гастроентерологічній бальнеологічній оздоровниці “Сонячне Закарпаття”. Виявлені зміни в системі сечовиділення дозволяють запропонувати можливість двотижневого курсу лікування дітей, хворих на цю патологію. Проте аналіз картини крові дозволяє рекомендувати скорочені курси оздоровлення тільки для дітей з відсутніми хронічними вогнищами інфекції. При наявності останніх показаний повний курс лікування з використанням спеціальних протизапальних процедур, однією з яких може бути застосування аерозолей кам’яної солі. Як окремо, так і в комплексі з інгаляціями мінеральною водою вони сприятливо впливають на стан дихальних шляхів та покращують показники зовнішнього дихання у дітей. Серед неінвазивних діагностичних методик попередньої оцінки стану здоров’я дитини та для визначення ефективності лікування можуть з успіхом використовуватися беззондові методи дослідження та електропунктурний метод Р. Фолля.

ЛІТЕРАТУРА

1. Методичні рекомендації по санаторно-курортному лікуванню та оздоровленню осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Відповідальні за випуск: Фісенко Л.І., Коломієць О.А. – К., 1996. – 5 с.
2. Мурашева З.М. Изменение лейкоцитарного индекса интоксикации в пред- и послеоперационном периоде у больных холециститом // Сов. мед. – 1975. – № 2. – С.112–116.
3. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врач. дело. – 1941. – № 1 – С.31–33.
4. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – 3-е изд., доп. – Ростов-на-Дону, 1990. – 224 с.
5. Беззондовые исследования функций органов пищеварения. Под ред. И.С. Лемко, Л.М. Киртич. – Ужгород, 1997. – 132с.

S u m m a r y

REHABILITATION OF CHILDREN FROM ADJACENT TO CHERNOBIL AES REGIONS AT HEALTH RESORT “SONYACHNE ZAKARPATTYA”

*Gergel V.I., Nemesh I.I., Shmanyko V.I., Kondor O.I., Telepanich V.M., Fecijshgasi S.B.,
Shmanyko N.S., Nemesh M.V., Kislova Y.B.*

San. “Sonyachne Zakarpattya”

The authors have shown the efficacy of rehabilitation of children at “Sonyachne Zakarpattya”. Children without urological pathology and chronic infections need reduce rehabilitation. Complete treatment, including aerosoltherapy, has been performed to improve the health of patients with urological pathology and different persistent infection.