

В послеоперационном периоде шло снижение притока крови по ОБА, различия ОСК ОБА на неповрежденной конечности в обеих группах были достоверными. Несмотря на проводимую профилактику, в послеоперационном периоде в двух случаях был выявлен тромбоз глубоких вен. В одном случае тромбоз имел распространенный характер, во втором случае ограничивался берцовыми венами. Три случая были зафиксированы нами как предтромботическое состояние, признаками которого был так называемый «феномен спонтанного контрастирования кровотока». Все данные изменения были зафиксированы у пациентов II группы – с дисфункцией эндотелия.

Различие значений диаметров вен до и после ЭТБС при сравнении данных здоровой и пораженной конечности в положении клиностаза у пациентов обеих групп могло свидетельствовать о разном базальном тоне венозной стенки. Дилатация магистральных вен после операции свидетельствовала о низком периферическом тоне. Вены, по сравнению с артериями, в норме обладают незначительным базальным тонусом, поэтому находятся в расширенном состоянии. Метаболиты с сосудорасширяющим эффектом, накапливающиеся в тканях, оказывают не прямое влияние на диаметр вен через изменение тонуса артериол. Расширение артериол имеет тенденцию изменять давление в дистально расположенных сосудах, а именно венозное давление, и тем самым увеличивать диаметр вен [9]. Наличие деформации опорно-двигательного аппарата у пациентов с коксартрозом, приводит к гиподинамии пораженной конечности, развитию вторичной атрофии мышц, снижению насосной функции скелетной мускулатуры. Следствием этого является снижение мышечного тонуса и трансмурального давления в артериолах скелетных мышц и, опосредованно, изменение тонуса вен. При обследовании перед ЭТБС выявленные повышенные значения ортостатического индекса в группе с дисфункцией эндотелия свидетельствовали об изменении эластических свойств сосудов, проявляющемся в низком тоне вен. Известно, что переход в вертикальное положение тела увеличивает венозное давление в нижних конечностях и способствует накоплению крови в сосудах. Этот процесс в норме уравновешивается активным сужением вен. В суженных венах объем крови может соответствовать норме, несмотря на более высокое, чем в норме, венозное давление. Сужение периферических вен обладает способностью повышать периферическое венозное давление и перемещать кровь из периферического венозного резервуара [9]. Физиологический ответ нарушается при снижении тонуса вен, повышении растяжимости сосудистой стенки. В результате эктазия, возникающая при переходе в состояние ортостаза, ведет к диастазу клапанных створок, и формируется относительная клапанная недостаточность глубоких вен, снижается венозный возврат, растет объем периферических вен.

Выявленные до операции более низкие значения показателей объемной скорости кровотока по ОБВ (коллектору, по которому преимущественно осуществляется отток от нижних конечностей) в группе с дисфункцией эндотелия при сопоставимом объеме артериального притока говорили о нарушении венозного возврата. При этом была тенденция к венозному застою в сосудах пораженной конечности, чему способствовал низкий тонус вен нижних конечностей. Нарушение флебогемодинамики, приводящее к венозному застою и замедлению потока крови приводит к расстройству метаболизма в интима венозных сосудов. В местах поврежденного эндотелия может инициироваться тромбообразование [10]. В повышении венозного возврата вследствие роста систолической и объемной скорости кровотока в магистральных венах обеих групп после оперативного вмешательства основную роль сыграла проводимая всем пациентам компрессионная терапия – ношение специальных чулок. Снижение артериального притока в сосудах неоперированной конечности в обеих группах, возможно, связано с наличием послеоперационного функционального вазоспазма. Меньшие значения ортостатического индекса в обеих группах в послеоперационном периоде были получены на фоне исходно дилатированных, «гипотоничных» вен. В итоге ортостатическая реакция венозной системы становилась менее динамична [13]. Гипотония, дилатация вен и нарушение их реактивности являются негативными моментами в послеоперационном периоде, ведущими к тромботическим осложнениям.

Выводы. Эндотелиальная дисфункция является дополнительным фактором риска тромбообразования при ортопедических операциях, поскольку приводит к снижению тонуса магистральных вен нижних конечностей. Низкий венозный тонус вызывает

депонирование крови в периферических венах, о чем можно косвенно судить при выявлении расширенных перфорантных вен голени. Ортостатическая проба является простым способом тестирования состояния венозного тонуса.

Литература

1. Ахтямов И.Ф. и др. // Вест. травматол. и ортопедии.– 2004.– № 4.– С. 29-34.
2. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция /Под. ред. Н.Н.Петрищева СПб.– Изд-во СПбГМУ, 2003.
3. Домашенко М.А. и др. // Ультразвуковая и функциональная диагностика.– 2007.– № 2.– С. 73–80.
4. Дунай О.Г. и др. // Ортопедия, травматология и протезирование.– 2005.– № 2.– С. 44–48.
5. Игнатъев И.М. и др. // Ультразвуковая и функциональная диагностика.– 2002.– № 4.– С. 76–81.
6. Матвеева Н.Ю. и др. // Вест. травматол. и ортопедии.– 2002.– № 1.– С. 85–88.
7. Матвеева Н.Ю. и др. // Вест. травматол. и ортопедии.– 2002.– № 2.– С. 54–58.
8. Маилов В.М. и др. // Травматология и ортопедия России.– 2003.– № 2/3.– С. 7–9.
9. Морман Д., Хеллер Л. Физиология сердечно-сосудистой системы.– СПб., 2000.
10. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз легочной артерии / Под ред. А.А. Баешко.– М., 2000.
11. Терезулов Ю.Э. и др. // Эхография.– 2004.– № 3.– С. 217.
12. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / Под ред. В.П. Куликова.– М., 2007.
13. Хлынова О.В. и др. // Клиническая физиология кровообращения.– 2006.– № 4.– С. 57–62.
14. Celermajer D.S. et al. // Lancet.– 1992.– Vol. 340.– P. 1111.
15. Verma S., Anderson T.J. // Circulation.– 2002.– Vol. 105, №5.– P. 546–549.

PARTICULAR FEATURES OF THE HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH COXARTHROSIS IN THE ENDOTHELIAL DYSFUNCTION

N.V. TLEUBAYEVA, V.V. AGADZHANIAN, I.V. VLASOVA,
S.V. VLASOV, A.A. PRONSKIKH

Summary

Deformation of the locomotor apparatus in osteoarthritis of the hip joint results in hypodynamia of the affected extremity and development of the secondary muscle atrophy. Hemodynamic disorders of the extremities may be its consequence. After the hip replacement the deep vein thrombosis reveals in 45-70% cases in the absence of the special prophylaxis.

Key words: duplex radar scan, endothelial dysfunction

УДК 616-003.261;616.62-005.222/223; 616.6

ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЕКСА У ДЕТЕЙ

Ю.Е. ЗАЙЦЕВ, И.В. АЛЁШИН, Г.Н. БЕРЕЗНЯК, Л.А. СИТКО,
С.В. МОРОЗ, Д.А. ФЁДОРОВ

В структуре хирургической патологии мочевого пузыря и мочеточников у детей, значительное место (29–50%) занимает пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в верхние мочевыводящие пути. Являясь тяжёлым пороком развития, приводящим без лечения к вторичному сморщиванию почки, ПМР остаётся предметом актуальных дискуссий, поиска новых и усовершенствования существующих методов его коррекции. За последние 5 лет ни одна конференция по детской урологии, как в России, так и за рубежом, не прошла без обсуждения вопросов лечения детей, страдающих этим заболеванием. Проводить консервативное лечение рекомендуют от 6 до 18 месяцев [3–4], до 4 лет [1]. Длительность консервативного лечения более 9-18 месяцев приводит к значительному снижению функции почки [5, 8]. На сегодняшний день разработано большое количество различных способов хирургической коррекции ПМР. Однако за счёт

внедрения высокотехнологичных методов лечения отмечается тенденция к минимизации травматичности антирефлюксных операций, уменьшению числа осложнений и рецидивов. Эндоскопическое моделирование уретерovesикального соустья путём имплантации объёмобразующего материала – хорошо известный метод устранения ПМР. Метод впервые предложен в 1981 году Е. Matouschek [7], который использовал для этих целей тефлоновую пасту. Бычий collagen является наиболее эффективным и безопасным при использовании с целью фиксации оболочки Вальдейера мочеточника [2, 6].

Особенностью хронических микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы у детей является внутрипузырная гипертензия, которая приводит к нарушению оттока мочи из мочеточников, нарушая ритм их сокращений. Возникает дискоординация в работе мочевого пузыря, уретерovesикального соустья (УВС), мочеточников и лоханок. В фазу накопления происходит подъем внутрипузырного давления вследствие сокращения детрузора и сокращения сфинктерного аппарата, что приводит к накоплению мочи при внутрипузырном давлении не 20-60 мм водного столба, а более высоком давлении от 200 до 500 мм водного столба. При пузырно-мочеточниковом рефлюксе давление передается на вышележащие отделы мочевой системы и травмирует почки, приводя к ухудшению гемодинамики почки.

Материалы и методы. С мая 2005 г. по декабрь 2006 г. в отделении Омской детской КБ Минздрава РФ эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) 2-3 степени проведено 45 детям в возрасте 4–14 лет. Девочек 67%, мальчиков 33%. Двусторонняя патология обнаружена у 23 больных, односторонний ПМР 2-3 степени у 22 пациентов (табл.1).

Таблица 1

Количество детей пролечено эндоскопическим методом

Диагноз	Возраст больных (в годах)		Всего
	4-9 лет	10-14 лет	
ПМР 2-3 ст. односторонний	18	4	22
ПМР 2-3 ст. двусторонний	17	6	23

В протокол обследования пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) и нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП), кроме стандартного клинического осмотра и сбора анамнеза, входили выяснения ритма спонтанных мочеиспусканий за 4-5 дней, определение остаточной мочи, УЗИ мочевыводительной системы и органов брюшной полости, экскреторная урография, микционная цистография, цистоскопия, радиоизотопные методы (ренография, нефросцинтиграфия) по показаниям. Функциональные исследования мочевыводящих путей (урофлоуметрия, фармакоцистометрия, ретроградная цистометрия, профилометрия уретры). Для проведения функциональных исследований мочевых путей использовали аппарат «Duet logic» фирмы «Medtronic». Когда было показано проведение фармакоцистометрии, использовали введение атропина за 45 мин до исследования в возрастных дозировках.

Результаты. Показанием к эндоскопическому вмешательству считали пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) 2-3 степени, при рецидивирующем течении пиелонефрита или признаках рефлюкс-нефропатии, независимо от наличия сопутствующей патологии нижних мочевыводящих путей. При вторичных рефлюксах эндоскопическую подслизистую имплантацию болюса collagena применяли в случаях, когда не было уверенности в быстром устранении этиологического фактора: при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей, катаральном цистите. Противопоказанием считали острый пиелонефрит и обострение хронического пиелонефрита. Произведен ретроспективный анализ лечения 45 больных с ПМР в срок >6 месяцев после коррекции.

По данным перинатального анамнеза, беременность, осложненная гестозом, наблюдалась у 14 (31,1%) человек, угроза прерывания беременности – у 6 (1,3%), до 1 года наблюдались у невролога с перинатальным повреждением ЦНС 9 (20%) человек.

Наиболее часто у детей этой группы встречались сочетания дневного неудержания мочи и энуреза – 17 (37,8%) наблюдений, энурез – у 11 (24,4%) больных. Кроме того, в ряде случаев определялись императивные позывы, сочетанные нарушения, а также поллакиурия и редкие мочеиспускания. У 15 детей нарушения акта мочеиспускания отсутствовали.

У 87% детей с ПМР 2-3 ст. и НДМП сопутствовала инфекция мочевыводящих путей (ИМП). При этом в 32% случаев наблюдалось сочетание хронического пиелонефрита и цистита. У 48% детей определялись только признаки пиелонефрита. У 20% детей признаки ИМП отсутствовали. У 32 (71,1%) больных обострения ИМП наблюдались не реже 2 раза в год.

При обращении у 10 (22,2%) больных диагностирован гиперрефлекторный неадаптированный мочевой пузырь, еще у 12 (26,7%) больных – гиперрефлекторный постуральный вариант. У 17 (37,8%) больных имелся гиперрефлекторный адаптированный мочевой пузырь, а у 3 (6,7%) – норморефлекторный с постуральной дизадаптацией мочевой пузыря. В остальных случаях встречались гипорефлекторные и арефлекторные дисфункции мочевого пузыря. Проведение фармакологической пробы на введение атропина было необходимо в 3 наблюдениях. Положительная проба отмечалась у 3 детей.

При профилометрии уретры нормальная замыкательная функция и нормальная функциональная длина уретры установлены у 32 (71,1%) детей, нормальная замыкательная функция при уменьшении функциональной длины уретры – у 8 (17, 8%). Различные нарушения профилометрии уретры были в 11,1% наблюдений. Достоверные результаты урофлоуметрии получены у 23 больных. При этом вариант нормы был у 21 больного, в 2 случаях выявлен прерывистый ток мочи и снижение средней скорости потока.

При цистоскопии чаще отсутствовали признаки хронического цистита. Устья мочеточников в нормальном положении точечной формы установлены у 7 больных, у 27 больных они зияли. Стадиообразные устья были выявлены в 6 наблюдениях, подковообразные – у 5 детей. Латерализация устьев мочеточников была у 6 больных. Консервативное лечение ПМР, включавшее физио- и антибактериальную терапию продолжительностью до 6 месяцев получали все 45 больных, периодическую катетеризацию мочевого пузыря проводили 2 детям. Большинство детей лечилось в условиях стационара 2-5 раз, больные получали консервативное лечение. Терапия включала: режим дня, режим питья и частых мочеиспусканий, антибактериальную терапию с использованием бета-лактамов, антибиотиков, аминогликозидов, различных уросептиков, инстилляции антисептических препаратов в мочевой пузырь, периодические катетеризации мочевого пузыря, ЛФК, массаж, ультразвук и СМТ паравертебрально и на мочевой пузырь, лазер, электросон, парафин на мочевой пузырь, ДДТ, электрофорез с аспирином на мочевой пузырь, стимуляцию на аппарате «Интрагон», иглорефлексотерапию (ИРТ), медиаторную терапию (атропин, метацин, дриптан, прозерин), нейротропную терапию (пирацетам, пантогам), фитотерапию, антиоксиданты – витамины А и Е. После проведенного консервативного лечения всем 45 пациентам выполнена эндоколлагенопластика. Под аппаратно-массажным наркозом при помощи специальной инъекционной иглы, проведенной через рабочий канал цистоскопа, вводили collagen в проекцию устья пораженного мочеточника до его смыкания на вершине образованного округлого подслизистого бугорка. Субтригональная инъекция (эндоскопическое введение болюса collagena или инертного вещества под устье в треугольнике Льюто) предназначена изменить величину угла соединения юкставезикального и интермурального отдела мочеточника и этим устранить пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Но при таком введении collagena препарат располагается латеральные зияющего устья мочеточника, он не находится у стенки мочеточника и не может значительно изменить угол соединения юкставезикального и интермурального отдела мочеточника. Это иногда ведет к сохранению пузырно-мочеточникового рефлюкса и требует повторения процедуры или оперативного лечения.

В январе 2006 г. в клинике ГУЗОО ОДКБ города Омска на кафедре детской хирургии модифицирована трансуретральная латеральная методика эндоскопического введения болюса collagena при пузырно-мочеточниковом рефлюксе 2-3 степени осложненного хроническим пиелонефритом. Хирургическое лечение выполнялось в операционной или цистоскопическом кабинете. Метод анестезии – общая, под аппаратно-массажным наркозом. В мочевой пузырь вводили цистоскоп, диаметром не менее 10 Fr, позволяющим проводить инъекционную гибкую эндоскопическую иглу через рабочий канал цистоскопа. Осуществляя подачу раствора фурацилина (1:5000), проводили

цистоскопию. Иглу подвели в латеральную стенку устья патологического мочеточника, между его ножками в положении 4 часа циферблата в левый мочеточник и 8 часов в устье правого мочеточника. Выполняли прокол слизистой, вводя иглу на глубину около 1 см (длину металлического наконечника иглы) под острым углом к задней стенке внутрипузырной части мочеточника (в рыхлое пространство между его подслизистой частью и детрузором). Затем противоположный конец иглы соединяли со шприцем, заполненным коллагеном. Визуально контролируя область УВС, медленно вводили препарат коллагена. В ходе операции достигали образования болюса имплантата в форме вулкана. Для её коррекции не требовалось введение материала из дополнительных мест инъекций. В результате пластики устье перемещалось на вершину образующегося болюса и смыкалось, принимая щелевидную форму. Произошло незначительное увеличение внутрипузырной протяженности мочеточника, образовывался упор для его задней стенки. После осмотра области имплантации мочевого пузыря опорожняли, и на этом операция завершалась. Трансуретеральное латеральное эндоскопическое введение болюса коллагена через зияющее ригидное устье мочеточника позволяет расположить препарат непосредственно у стенки мочеточника и тем самым эффективно изменить угол соединения юкставезикального и интермурального отдела мочеточника и устранить пузырно-мочеточниковый рефлюкс уже после первой инъекции (рис.).

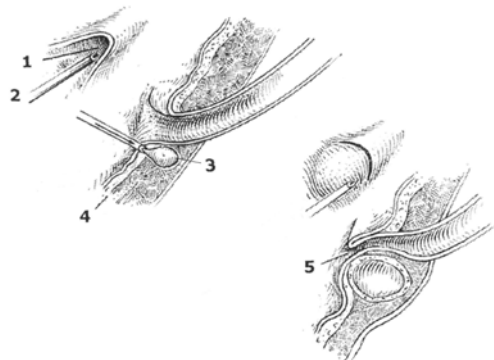


Рис. Трансуретеральное латеральное эндоскопическое введение коллагена: 1 – устье мочеточника; 2 – трансуретеральная латеральная инъекция биоагента; 3 – коллаген в подслизистом слое; 4 – рыхлое пространство между слизистой оболочкой и детрузором; 5 – щелевидное устье мочеточника

Обследование, включающее ультразвуграфию почек, цистогранию, лабораторные исследования, цистоскопию, исследование уродинамики нижних мочевыводящих путей и по показаниям внутривенную урографию проводили через 6 месяцев после эндоколлагенопластики. При отсутствии ПМР обследование повторяли через год. При рецидиве ПМР решался вопрос о реимплантации коллагена. Трансуретеральное латеральное эндоскопическое введение болюса коллагена проведено 14 пациентам из этой группы (в 21 мочеточник). Односторонний ПМР 2-3 степени у 7 детей, двусторонний ПМР у 7 пациентов. Прослежены отдаленные результаты лечения. К положительным отнесли устранение ПМР без обструкции УВС и устранение ПМР без дилатации мочеточника при регистрации через 6 месяцев после вмешательства. К отрицательным отнесены рецидив ПМР любой степени и рецидивы пиелонефрита. Для достижения цели 2-кратная имплантация требовалась в 8 случаях.

Показанием к реимплантации коллагена считали сохраняющийся ПМР и обострения пиелонефрита. В период применения обычной реимплантации коллагена потребовалась в 13 (41,9%) наблюдениях из 31, а при использовании модифицированной методики только в 1 (7,1%) из 14. После повторного эндоскопического введения болюса коллагена ПМР сохранялся у 6 (13,3%), а у 8 (17,8%) детей ПМР не выявлено.

Зависимость количества рецидивов от возраста ребенка при ПМР 2-3 степени не обнаружена. Обструктивные состояния при лечении ПМР 2-3 степени в мочеточники не обнаружены. Количество рецидива ПМР выявлено у 14 человек (31,1%). Шести пациентам вводили коллаген 3-кратно, у 4 детей ПМР не определялся, у 2 пациентов (4,4%) ПМР сохранялся, затем им

проведено оперативное лечение. Положительные результаты составили 95,56%. Была отобрана контрольная группа детей, которая составила 134 ребенка с диагнозом ПМР 2-3 степени, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, гиперрефлекторный адаптированный тип (ГРАТ), вторичный пиелонефрит. Обследование проводили с применением цистогрании, ультразвуграфии почек и мочевого пузыря, экскреторной урографии, исследования уродинамики нижних мочевыводящих путей, уретроцистоскопии и лабораторных анализов.

Односторонний ПМР 2-3 степени был выявлен у 64 пациентов, двусторонний ПМР 2-3 степени у 70 детей (табл. 2).

Таблица 2

Количество детей, оперированных по Козу

Диагноз:	Ко-во пациентов	4-9 лет	10-14 лет	%
Односторонний ПМР 2-3 ст.	64	44	20	48
Двухсторонний ПМР 2-3 ст.	70	47	23	52

Всем 134 пациентам после консервативного лечения было проведено оперативное вмешательство: уретероцистонеостомия по Козу. В послеоперационном периоде после выписки назначалось амбулаторное лечение на 6 месяцев по схеме. Осложнения после проведенного оперативного лечения (уретероцистонеостомии по Козу), имело место у 6 детей, это осложнения в виде рецидива ПМР у 4 человек (3%), стеноз устьев у 2 человек (1,5%) (рисунок 2). Процент после операционных осложнений составил 4,5%.

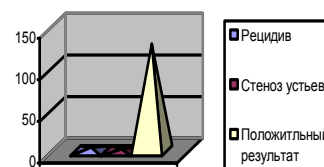


Рис. 2 Результаты оперативного лечения

Оценка результатов оперированных детей проводилась по тем же критериям, что и при эндоскопическом введении болюса коллагена. На первое обследование дети поступали через 6 месяцев после операции. Результаты удалось оценить у всех 134 больных (они обследованы после операции). Хороший результат установлен у 128 человек неудовлетворительный — у 6 человек (таблица №3). При отсутствии ПМР на цистоскопии функция искусственных устьев была нормальной.

Таблица 3

Результаты лечения ПМР 2-3 степени

Вид вмешательства	Кол-во детей	Кол-во положит. Рез-тов	Положит., %
Уретероцистонеостомия по Козу	134	128	95,52
Эндо-коллагенопластика	45	43	95,55

Данные табл. 3 показывают одинаковый положительный результат при диаметрально противоположных методиках лечения ПМР 2-3 степени и разных экономических затратах. Дополнительно были изучены результаты консервативного лечения больных, имевших нейрогенную дисфункцию нижних мочевыводящих путей, катаральный цистит, а также некоторые структурно-анатомические особенности УВС, создававшие технические сложности во время выполнения эндоскопических операций (выраженная латерализация и эктопия устья, значительное укорочение или отсутствие подслизистого отдела мочеточника при нормально расположенном устье), являвшиеся неблагоприятными прогностическими факторами. При всех рецидивах отмечено сочетание двух факторов риска: фиксации терминального отдела мочеточника и выраженного укорочения или отсутствия подслизистого отдела. Примечательно, что во время первой эндоколлагенопластики у этих больных не удалось существенным образом изменить конфигурацию УВС и добиться плотного смыкания устья.

Выводы. Эндоскопическая подслизистая имплантация коллагена является высокоэффективным методом устранения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) 2-3 степени у детей, что с учетом малой травматичности, простоты, возможности повторных вмешательств и небольшого количества осложнений ставит его в приоритетное положение по отношению к антирефлюксным операциям. Антирефлюксный механизм обеспечивается следующими факторами: а) при латерализации устья коллагеновый валик приводит к телескопическому выдвиганию терминального отдела мочеточника в просвет мочевого пузыря за счет натяжения продольных мышечных волокон, переходящих с устья в тригональную мышцу. Максимального удлинения подслизистого отдела удается добиться при использовании предложенной методики: трансуретерального латерального эндоскопического введения болуса коллагена, б) достигается плотное смыкание стенок внутрипузырного отдела мочеточника. При этом эластичная верхняя стенка не затрудняет оттока мочи. Отсутствие эффекта при консервативном лечении и появление угрозы развития рубцовых изменений в паренхиме почки является показанием к проведению хирургического лечения. При этом операцией выбора является эндоскопическая коррекция, а при невозможности ее выполнения операция Козна, которая может применяться при ПМР 2-3 степени, а в ряде случаев и у детей с 4 степенью пузырно-мочеточникового рефлюкса. Оперативное лечение ПМР 2-3 степени, по Козну, при наличии НДМП ГРАТ дают хорошие результаты в 97 % случаев, а эндоурологические операции до 80% уже после однократного введения болуса коллагена парауретерально.

Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т. М. // Детская хирургия.– СПб, 1997.–Т 2.
2. Бабанин И.Л. и др. / В кн.: Мат-лы X Рос. съезда урологов.– М; 2002.– С. 698–699.
3. Державин В. М. и др. // Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей.– Бишкек, 1991.
4. Осипов И. Б., Джалиев И. Ш. // Вести хир.– 1996.– № 2.
5. Чепуров Л. К., Неменова А. А. // Урол. и нефрол.– 1990.– № 6.– С. 63–68.
6. Haferkamp A., Mohring K. et al. // J Urol 2000.– Vol. 163(6) .– P.1919–1921.
7. Matouschek E. // Urologe Ausg. B.– 1981.– Bd 20.– S. 263
8. Miyakita H., Puri A // J Urol.– 1994.– Vol. 152.– P. 636–640.

УДК 616/036.868-02:614.876

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Н.С.СЕДИНИНА*

Авария на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС), которая произошла более 20 лет назад, создала большое количество проблем [4]. В результате пострадало не только население, постоянно проживающее на данной территории, но и люди, призванные сюда для ликвидации последствий этой аварии, в том числе более 3000 человек из Пермского края. За прошедший период состояние соматического и психического здоровья участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (УЛПА) значительно ухудшилось. Отмечен высокий уровень хронической соматической заболеваемости и полиморфизм клинических синдромов, полисистемность общей патологии, психических нарушений, прогрессирующих в отдаленные после аварии сроки [5]. Реабилитация УЛПА не просто остаётся важной проблемой общества, но приобретает все большую актуальность [1]. В области медицинской реабилитации вопросы психотерапевтического лечения занимают особое место. Психотерапия помогает улучшить эмоциональное состояние, отвлечь внимание от сосредоточения на болезненных ощущениях и представлениях, позволяет укреплять положительные свойства личности пациента, переключать активность больного на социально приемлемые цели [2,3]. Психологическая реабилитация

позволяет УЛПА более полно интегрироваться в общество, она направлена на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций.

Цель – подтверждение включения в комплексные лечебно-реабилитационные программы УЛПА курсов психотерапевтического воздействия для улучшения самочувствия этих пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 68 УЛПА, принимавших участие в работах в зоне аварии на ЧАЭС в 1986–1989 г.г. Все обследованные – мужчины, постоянно проживающие в г. Перми и Пермском крае. Средний возраст УЛПА во время работ на ЧАЭС составил $36,3 \pm 7,1$ лет, на момент обследования – $51,2 \pm 6,7$ лет. Психотерапевтическое воздействие начиналось с индивидуальной рациональной психотерапии, которая помогала разумно разрешать возникающие психотравмирующие ситуации и была направлена на коррекцию поведения с постепенным переходом к семейной психотерапии. Затем проводились сеансы релаксации (до 10 сеансов на курс) с элементами аутогенной тренировки и визуализации с целью формирования у пациентов положительного фона. Для оценки состояния больных и определения эффективности лечебного воздействия использовался модифицированный опросник общего здоровья GHO-28 [6], предназначенный для оценки самочувствия пациентов.

Результаты работы. Отношение к болезни, здоровью и факторам социального функционирования у УЛПА меняется с течением времени. В высказываниях и оценках больных много пессимистических высказываний, оценок с тревогой, неуверенностью. Оценка взаимоотношений с окружающими лицами показала, что большинство обследованных больных жаловались на раздражительность при необходимости общаться с людьми – 56 чел. (82%), нежелание общаться – 48 чел. (71%), нежелание жить в семье – 13 чел. (19%), нежелание иметь семью – 12 чел. (18%), разочарование в людях – 12 чел. (18%), что подтверждает остроту проблемы взаимоотношений в обществе. Среднее значение показателя по модифицированному опроснику общего здоровья GHO-28 перед началом психотерапевтических занятий составило $46 \pm 9,1$ баллов, по завершению курса – $31 \pm 4,6$ баллов, что говорит о положительной динамике.

Результаты исследования показали, что в системе реабилитационных мероприятий этих пациентов важными аспектами являются оказание психологической и психотерапевтической помощи им и членам их семей. Проведение семейной психотерапии, направленное на нормализацию внутрисемейных взаимоотношений, повышение уровня социального функционирования, повышает шансы улучшения качества жизни пациентов. В программы восстановительного лечения и реабилитации УЛПА следует включать разнообразные методы, в том числе и психотерапевтические методики (с учетом личностных особенностей этой категории лиц), что в значительной степени улучшает их психическое состояние, способствует лучшей социальной интеграции.

Выводы. Включение в комплексные лечебно-реабилитационные программы УЛПА курсов психотерапевтического воздействия (индивидуальная, семейная, рациональная психотерапия, сеансы релаксации с элементами аутогенной тренировки и визуализации) способствует улучшению самочувствия и эмоционального состояния пациентов, уменьшает количество жалоб на здоровье, улучшает семейные взаимоотношения.

Литература

1. Абазиева Н.Л. // Актуальные проблемы инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.– Ростов-на-Дону, 2006.– С. 35–37.
2. Александровский Ю.А. Психические расстройства (диагностика и терапия в общемедицинской практике): краткое руководство.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Кузнецов О.И. // Мат-лы XIX съезда психиатров России 15-18 ноября 2005 г.– М.– С. 63.
4. Малыгин В.Л. и др. Психические нарушения радиационного генеза: клиника, патофизиология, терапия.– Тула, 2000.
5. Ушаков И.Б. и др. Экология человека после Чернобыльской катастрофы: радиационный экологический стресс и здоровье человека.– Воронежский ГУ, 2001.
6. Goldberg D.P., Hiller V.F. // Psychol. Med.– 1979.– Vol. 9, №1.– P. 139–145.

* Пермская ГМА им. ак. Е.А.Вагнера, г.Пермь ул. Куйбышева 39