

ПЕДІАТРІЯ АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

(Окремий відбиток)

3

1989

«одержані по двох шкалах тесту, свідчать про стабільний психоемоційний стан, а помірно підвищений ситуаційний тривожності за опитувальником Спілбергера підтверджує думку про те, що діти сприйняли ситуацію обслідування напружено. Тест незакінчених речень показав напружене відношення до минулого і майбутнього, проте стабільні показники за шкалами, що характеризують психоемоційний стан, свідчать про те, що усі побоювання і жалкування залишаються на ідеаторному рівні без втягнення емоційних регістрів. Конфліктні відносини з матір'ю можна пояснити тим, що більшість жінок більш гостро відреагувала на аварію і евакуацію і усе, що з цим пов'язане (контакт дітей з іонізуючим випромінюванням, втрата майна, незвична обстановка, професійна дезадаптація — більшість жінок, маючи освіту, залишилися домогосподарками на тривалій період). Матері обслідуваних відрізнялися меншою психологічною стабільністю, у зв'язку з чим частіше індукували конфліктні ситуації в сім'ї».

У процесі бесід виявлено, що виражений вплив на психоемоційний статус мали розмови в сім'ї про здоров'я знайомих, евакуйованих із Прип'яті, аналіз їх захворюваності, чутки про їх тяжкі хвороби. При тривалому перебуванні у такій обстановці у дітей формувалися уявлення про неминучі хвороби у майбутньому, що можна назвати «синдромом приреченості».

Таким чином, проведені дослідження дали змогу виявити помірну психологічну напруженість у дітей, евакуйованих із Прип'яті. Виявлений рівень напруження не можна розцінювати як патологічний, проте він є фактором ризику щодо виникнення пограничних нервовопсихічних розладів і психосоматичної патології. Саме тому ви-

явлені стани вимагають психологічної корекції.

Перш за все це індивідуальні і групові роз'яснювальні бесіди, під час яких дезактуалізуються тривожні переживання. Роз'яснювальні бесіди можуть проводитись з використанням елементів групової психотерапії. У цьому випадку діти беруть участь в обговоренні гострих питань, висловлюють свою особисту думку, вступають у полеміку один з одним. Така форма подачі інформації підвищує її достовірність в очах дітей, робить її доступнішою для сприйняття. В процесі проведення групових бесід в ігровій формі доцільно навчати дітей найпростішим методом аутогенного тренування. Зокрема, найбільш корисними і ефективними виявилися вправи, спрямовані на м'язову релаксацію. Істотно позитивну роль у поліпшенні психологічного клімату відіграє робота з сім'єю. У цих випадках основним є усунення негативних відносин всередині сім'ї, навчання оптимальним формам спілкування.

Висновки. 1. Евакуйованих дітей відрізняють високий рівень установочних відповідей, помірно підвищення ситуаційної тривожності, переживання, зв'язані з аварією і евакуацією, конфліктні відносини з матір'ю.

2. У евакуйованих дітей виявляється помірна психологічна напруженість, яку не можна розцінювати як патологічну, проте, вона є фактором ризику виникнення пограничних нервовопсихічних розладів і психосоматичної патології і вимагає корекції.

3. Психологічна корекція може здійснюватися шляхом проведення роз'яснювальних бесід (індивідуальних і групових) з батьками і дітьми, навчання елементам аутогенного тренування.

1. Калинаускас Н. И. Изучение психологических особенностей лиц, подвергшихся воздействию ионизирующей радиации в результате аварии на ЧАЭС: Материалы Респ. науч. конф.— К., 1987.— С. 185.

2. Краткие сведения по применению некоторых медико-психологических тестов / Ю. П. Богомолов, А. И. Воронкин, В. П. Куст, В. П. Соколов // Вопросы психической адаптации.— Новосибирск: Б. и., 1974.— С. 17—53.

Одержано 08.01.90

УДК 615.851.13+616.361-053.3

АКТУАЛЬНІ ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ПЕДІАТРИЧНОЇ ПРАКТИКИ

(Огляд літератури)

В. А. СКУМІН

Кафедра психотерапії (зав.—проф. А. Т. Філатов) Українського ІУІ

Вправах вітчизняних і зарубіжних авторів, незважаючи на різні, іноді взаємовиключаючі трактування етіопатогенезу та інтерпретацію клінічних проявів психічної дезадаптації, чітко прослідковується тенденція відносити багато джерел цих порушень до періоду дитинства [12, 37].

Значення даної проблеми не можна зменшувати, адже, по суті, кожна, особливо хронічна тілесна недуга має своєрідну психічну складову, що проявляється особливими відчуттями, переживаннями, реакціями поведінки [31, 32, 36]. Вона включає

внутрішню картину хвороби [20], характерологічні і патохарактерологічні реакції, акцентуації характеру [19], психогенні і соматогенні пограничні психічні відхилення, прояви яких тісно зв'язані з основним захворюванням [11, 14, 40].

Недостатня теоретична розробка зазначених питань визначає відповідний практичний рівень психодіагностичної, психопрофілактичної і психотерапевтичної підготовки педіатрів-інтернів [27]. На жаль, доводиться констатувати, що останні приділяють недостатньо уваги вивченню психічної сфери своїх хворих.

Які ж психічні фактори є найбільш значущими? Спочатку доцільно розглянути вплив госпіталізації [15]. У перші дні після вступу дитини до стаціонару у зв'язку з соматичним захворюванням спостерігаються різноманітні відхилення від звичайної поведінки, зв'язані з відривом від сім'ї, звичної обстановки тощо. Діти переддошкольного віку стають плаксивими, не беруть участі в іграх, у них порушується сон, знижується апетит, зменшується маса тіла.

У дошкільників у перший тиждень після вступу до стаціонару переважають негативні психоемоційні реакції, що проявляються байдужістю до оточення, негативізмом, млявістю, загальмованістю, частим плачем, порушенням циклу сон—неспання, зменшенням маси тіла, субфебрилітетом, тимчасовим погіршенням фізичного стану, а іноді й загостренням основного захворювання [26].

У дітей шкільного віку відмічається загальмованість, погіршення концентрації уваги, внаслідок чого утруднюється виконання навчальних завдань. В літературі [38] це пояснюється виникненням страхів, зв'язаних з перебуванням у лікарні, проведенням лікувальних і діагностичних маніпуляцій. Не заперечуючи реальності впливу госпіталізації, відмітимо, що зниження розумової працездатності обумовлене значною мірою і впливом ряду факторів, безпосередньо зв'язаних з тілесною недугою. Про це свідчить дослідження інтелектуально-мнестичних функцій у дітей, які хворіють на різні соматичні захворювання. Невстигаючих учнів серед соматично здорових вдвоє менше, ніж встигаючих, а серед школярів з хронічними соматичними хворобами їх вдвоє більше. Немаловажним є й те, що, як показано на прикладі алергічних захворювань [10], дитина часто приступає до занять млявою внаслідок того, що вночі їй заважало спати кашель, чхання, сверблячка тощо.

Соматичні захворювання позначаються не тільки на інтелектуально-мнестичних функціях, успішності, а й на всьому ході формування особистості, становленні характеру дитини. У цьому плані мають значення як фізіологічні механізми [1], так і психологічні, основані на особливостях дитячої психіки [6, 30], своєрідності дитячих психічних травм, причиною яких часто є обставини, зв'язані з перебігом і лікуванням тілесної недуги [17].

В літературі відмічено, що ревматизм, плеврити, часті ангіни і ряд інших захворювань, будучи фактором «соматичної інфантлізації», часто відіграють істотну роль у формуванні лабільного типу акцентуацій характеру [19] — таких його варіантів, коли окремі риси характеру надмірно посилені, внаслідок чого виявляється вибірково уразливість щодо певних психогенних впливів. Астеноневротичний тип акцентування характеру виявлено у 25% хворих на хронічну неспецифічну пневмонію і у 11—13% — на туберкульоз легень [9]. У дітей з хронічними хворобами органів травлення частіше визначаються акцентуації характеру за лабільним, астеноневротичним і сенситивним типами [3, 32].

Ще більше значення для правильного лікарського підходу до соматично хворої

дитини має своєчасна діагностика пограничних психічних розладів — неврозів, неврозоподібних станів тощо [30, 35]. Установлено, що діти з тілесними недугами особливо чутливі до психічних травм. Неврози у них виникають швидше, протікають тяжче, набувають затяжного характеру [18, 33]. Характер хвороби може своєрідно позначитися на клінічній картині психопатологічних проявів. Так, психічні порушення у дітей, хворих на ревматизм, найчастіше проявляються астенічними, депресивними, іпохондричними синдромами, що супроводжуються немотивованою тривогою, афективним напруженням, страхами, іноді навіть суїцидальними думками [22]. В літературі є відомості про збільшення в останні роки депресивних розладів [35, 41]. Деякі автори стверджують [41], що якщо у загальній популяції дітей і підлітків депресії зустрічаються у 1,9%, то серед пацієнтів кардіологічного відділення — у 13%.

Масштабними епідеміологічними дослідженнями синдромологічної структури пограничних психічних захворювань у дітей установлено, що серед неврозоподібних і психопатоподібних розладів соматогенного походження у ранньому віці зустрічаються істероформний (19%), невропатичний (26%) симптомокомплекс, синдром афективної збудливості (16%), страхів (15%) та ін. У дошкільному і молодшому шкільному віці основне місце займають синдроми рухової розгальмованості (27%), підвищеної афективної збудливості (16%), розлади навичок охайності (10%), синдром розгальмованості потягів (8%). В препубертатному і пубертатному періодах основними є синдроми підвищеної афективної збудливості (37%) і церебрастенічний (46%), рідше відмічаються сенестоіпохондричні порушення [16].

Наявність відхилень у психічній сфері завжди негативно впливає на перебіг і утруднює лікування тілесної недуги [13, 29, 35]. Викликається це двома основними причинами. По-перше, діти з психічними аномаліями звичайно схильні до невиконання лікарських рекомендацій, порушення установленого режиму, дієти, конфліктів з персоналом, агравації або дисимуляції тих чи інших соматичних симптомів. По-друге, наявні у дітей психічні розлади лікарі нерідко інтерпретують не як прояв захворювання, а як грубість, неслухняність тощо [2, 31], реагуючи на них неадекватно.

Про роль психотерапії в підтарі їдеться у багатьох працях [8, 23, 24]. У той же час радянські дослідники підкреслюють, що дитяча психотерапія порівняно з такою у дорослих і нині є недостатньо розробленим розділом медицини, як в теоретичному, так і в практичному відношенні [27].

Система психотерапії дітей і підлітків, на нашу думку [3, 4, 28, 32], повинна будуватися на підставі чотирьох провідних принципів: 1) онтогенетичного (етап розвитку психіки, рівень нервовопсихічного регування, наявність психічного дизонтогенезу); 2) нозологічного (характер і ступінь вираженості психічних і соматичних порушень у їх діалектичному взаємозв'язку); 3) особистісного (тип внутрішньої картини хвороби, характерологічні реакції, акцентуації характеру, ієрархія мотивацій і цін-

ностей, інші психологічні особливості); 4) соціального (мікросоціальні умови життя, виховання, проблеми сім'ї і макросоціальні — загроза ядерного знищення, інформаційні, екологічні проблеми тощо).

Щодо застосування способів психічної саморегуляції в педіатрії єдиної думки немає. Творець аутогенного тренування І. Schultz вважав, що даний метод доступний лише особам, не молодшим 18 років [42].

Дитячий вік є найбільш сприятливим для використання адекватних прийомів психічної саморегуляції — сугесії, саморегуляції м'язового тону, імаготерапії, аутогенного тренування [34, 36].

В останні роки досить інтенсивно розвивається так звана сімейна психотерапія [5, 25, 39]. Деякі автори [21] рекомендують психоемоційні проблеми дітей досліджувати з позицій функціонування сім'ї в цілому, будуючи психотерапію в 3 етапи: обстеження сім'ї, сімейні обговорення, спільна психотерапія дитини і батьків.

Застосування комплексу методів психотерапевтичного впливу у лікуванні і реабілітації соматично хворих дітей дозволяє вирішити ряд важливих завдань: 1) установлення з хворим і його родичами психологічного контакту, необхідного для успішного проведення усіх лікувально-діагностич-

них заходів; 2) психологічну підготовку до лікування, нівелювання небажаних наслідків госпіталізації, адаптації до умов перебування у медичному закладі, запобігання явищам госпіталізму; 3) створення у лікувальному закладі оптимальної для конкретного контингенту хворих психогігієнічної атмосфери; 4) цілеспрямоване формування гармонійного відношення і корекції негармонійних типів відношення до хвороби і зв'язаної з нею ситуації, створення психологічної установки на виконання лікарських призначень; 5) психологічну підготовку до незвичних і болісних маніпуляцій; 6) психотерапевтичне потенціювання і опосередкування усіх компонентів лікувально-відновних програм; 7) корекцію характерологічних змін, властивих особистості, усунення шкідливих звичок; 8) навчання адекватним способам психологічного захисту, оптимальним прийомам дизактуалізації дистресових факторів, конфліктних ситуацій з метою спрямованої психопрофілактики і психогігієні особистості; 9) етіопатогенетичну терапію, вторинну і третинну профілактику психогенно обумовлених психічних порушень; 10) симптоматичне і деякою мірою патогенетичне лікування соматогенних пограничних нервовопсихічних розладів.

1. Александровский Ю. А. // Вестн. АМН СССР.— 1985.— № 5.— С. 61—69.
2. Белоусов Ю. В., Скумин В. А. // Актуальные проблемы, современные достижения психоневрологии, их медико-технические аспекты в основных разделах и практике медицины.— Харьков: Б. и., 1985.— С. 176—177.
3. Белоусов Ю. В., Скумин В. А. // Педиатрия.— 1986.— № 8.— С. 46—50.
4. Белоусов Ю. В., Скумин В. А., Присич И. И. // XII съезд педиатров ЭССР: Тез. докл.— Таллин, 1985.— Т. 2.— С. 102—103.
5. Бобина Л. А., Скумин В. А. // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи.— Харьков: Б. и., 1987.— С. 380—382.
6. Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение.— Л.: Медицина, 1977.
7. Гипносуггестивная психотерапия / А. Т. Филатов, В. А. Скумин, А. Д. Кобзарь, О. В. Черненко.— Харьков: Б. и., 1983.
8. Завадский О. А., Чуманский Л. И., Скумин В. А. // Вопросы психотерапии, психопрофилактики, психогигиены.— Харьков: Б. и., 1984.— С. 84—85.
9. Иванов Н. Я., Шестакова Г. Ю., Янина С. К. // Всесоюзная конференция по организации неврологической и психиатрической помощи детям: Тез. докл.— М., 1980.— С. 119—120.
10. Игнатьева Н. Д., Краснощекова М. Г., Неретина А. Ф. // Особенности клиники и лечения неспецифических заболеваний легких у детей / Под ред. К. Ф. Ширяевой.— Л.: Медицина, 1977.— С. 24—28.
11. Исаев Д. Н. // Психиатрические аспекты педиатрии.— Л.: Медицина, 1985.— С. 7—22.
12. Исаев Д. Н., Воронков Б. В. // Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста.— Ташкент: Медицина Уз. ССР, 1984.— С. 166—168.
13. Использование психотерапии в комплексном лечении хронических заболеваний пищеварительной системы у детей / Е. М. Лукьянова, Ю. В. Белоусов, А. Т. Филатов, В. А. Скумин.— К.: Здоров'я, 1986.
14. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.
15. Клюшорин А. И., Иванюк В. А. // Педиатрия.— 1986.— № 2.— С. 51—53.
16. Козловская Г. В., Лебедев С. В. // Журн. невропатологии и психиатрии.— 1981.— Т. 81.— Вып. 10.— С. 1527—1531.
17. Коркина М. В. // Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях.— М.: Медицина, 1979.— С. 201—205.
18. Кузнецов В. Н. Диагностика и лечение неврозоподобных состояний у детей и подростков.— М.: Медицина, 1975.
19. Личко А. Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков.— 2-е изд., перераб. и доп.— Л.: Медицина, 1983.
20. Лурья Р. А. Внутренняя картина болезней и натрогенные заболевания.— 4-е изд.— М.: Медицина, 1977.
21. Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах: Метод. рекомендации.— Л.: Б. и., 1976.
22. Невзорова Т. А. // Неврологические и психопатологические синдромы при коллаптозах у детей / Под ред. В. В. Михеева.— М.: Медицина, 1977.— С. 189—214.

23. Психотерапія в клінічній практиці / *И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалея, В. И. Сухоруков*.— К.: Здоров'я, 1984.
24. *Рожнов В. Е.* // VII Всесоюзний съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.— Т. 3.— М., 1981.— С. 285—288.
25. *Сердюк А. И., Скумин В. А., Фастовец А. М.* Психотерапія, психогігієна, психопрофілактика в урешдженнях сімейного відпочинку.— Харків: Б. и., 1985.
26. *Скумин В. А.* Психотерапія і психопрофілактика в системі реабілітації хворих з протезами клапанів серця.— К.: Здоров'я, 1980.
27. *Скумин В. А.* // Медико-соціальні аспекти розвитку і виховання здорового дитини.— М.: Медицина, 1983.— С. 192—193.
28. *Скумин В. А.* // Психічна саморегуляція.— Вып. 3.— М., 1983.— С. 138—141.
29. *Скумин В. А.* // Вопр. охр. материнства и детства.— 1984.— Т. 29. № 9.— С. 74.
30. *Скумин В. А.* Психологічні методи дослідження в педіатричній практиці.— Харків: Б. и., 1985.
31. *Скумин В. А.* // ПАГ.— 1985.— № 4.— С. 9—11.
32. *Скумин В. А.* Медичинська психологія і психотерапія в системі реабілітації дітей і підлітків з хронічною патологією органів травлення.— Харків: Б. и., 1985.
33. *Скумин В. А.* // Неврозы у детей и подростков: Тез. докл. Всесоюз. конф.— М., 1986.— С. 161—164.
34. *Скумин В. А., Медик В. В.* // Пути повышения эффективности и качества лечебно-диагностической работы.— М.: Медицина, 1986.— С. 150—155.
35. *Филатов А. Т., Скумин В. А.* Психопрофілактика і психотерапія в кардіохірургії.— К.: Здоров'я, 1985.
36. *Alberts M.* // Prax. Psychother.— 1962.— Bd. 7.— S. 70—76.
37. *Swynar S., Mazurowa A.* Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych.— Warszawa, 1968.
38. *Esveldt-Dawson K., Wisner K. L., Unis A. S. et al.* // J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.— 1982, V. 13.— P. 77—83.
39. *Howells J. G.* // Modern Perspectives in Adolescent Psychiatry.— Edinburg, 1971.— P. 404—427.
40. *Jellinek M. S.* // New Engl. J. Med.— 1982, V. 306.— P. 1227—1230.
41. *Kashani J. H., Lababidi Z., Jones R. S.* // J. Amer. Acad. Child. Psychiatry.— 1982, V. 21.— P. 187—189.
42. *Schultz J. H.* Das autogene Training: konzentrierte Selbstenspannung Versuchs einer klinisch-praktischen Darstellung.— 16 Aufl.— Stuttgart, 1979.

Одержано 16.07.87

ЗАМІТКИ З ПРАКТИКИ

УДК 615-099+616-053.2/5

ВИПАДОК ОТРУЄННЯ КЛОФЕЛІНОМ

Р. В. СМАЛЬ, В. І. ПАВЛЮК, У. С. СЯРКЕВИЧ

Турійська центральна районна лікарня (головний лікар І. А. Коробка)
Волинської області

В педіатричній практиці стали частими випадки отруєння гіпотензивними засобами центральної дії — клофеліном та його аналогами.

Наводимо наше спостереження.

Хворий М., віком 3 роки, вступив до дитячого відділення в екстремому порядку у несприятливому стані, зі скаргами на блювання, блідість, млявість. Хлопчик від інших нормальних родів, ріс і розвивався нормально. На першому році життя переїхав гнійний кон'юнктивіт, протейний епірит, катаральний отит. Спадковість не обтяжена. Батьки здорові. За три дні до отруєння захворів на ГРВІ в легкій формі. Призначено гірчичники, аспірін.

За 3,5 години перед вступом до відділення випадково проковтнув 19 таблеток клофеліну. Період млявості збігався з часом денного сну, тому мати не звернула особливої уваги на поведінку дитини. Лише коли сон затягнувся, помітила, що дитина неприємна. Біля дитини знайшла таблетки

клофеліну, а в упаковці не вистачало 19 таблеток.

При огляді дитини свідомість відсутня, зіниці різко звужені, фотореакція відсутня, кон'юнктивальні рефлекси не викликаються, зниження м'язового тону, на больові подразники не реагує, гіпорексія. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки різко бліді, з ціанотичним відтінком, акроціаноз. Тони серця глухі, брадикардія. Пульс 60 ударів на хвилину. В легенях жорстке дихання, число дихань 14 на хвилину. Дихання поверхневе, аритмічне. Живіт здутий, неболісний. Печінка і селезінка не пальпуються. Температура 36,2° С.

Аналіз крові при вступі: Нb 105 г/л, ер. 3,2·10¹²/л, л. 4,5·10⁹/л, п. 1%, с. 57%, лімф. 41%, мон. 1%, ШОЕ 23 мм/год.

Аналіз сечі: питома вага 1005, реакція кисла, білок — сліди, лейкоцити 1—2 в полі зору, еритроцити 1—2 в полі зору.

Біохімічні аналізи крові: білірубін загальний 10,2 мкмоль/л, прямий 5,1, непря-