

# 17

ISSN 0369-8041

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

## Охрана здоровья детей и подростков



*Республиканский  
межведомственный  
сборник*

---

«ЗДОРОВ'Я» 1986

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

---

# Охрана здоровья детей и подростков

*Республиканский  
межведомственный сборник*

*Издается с 1970 года*

Выпуск 17

**Диспансеризация  
как основа профилактики  
и реабилитации подростков**

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Республиканский межведомственный сборник*

Издается с 1970 года

*В ы п у с к 17*

Редактор Т. И. Борисова

Художественный редактор Н. Ф. Кормыло

Технический редактор В. П. Бойко

Корректоры А. Г. Рудик, Н. К. Багдасарьян

Информ. бланк № 3291

Сдано в набор 12.12.85. Подп. к печ. 14.03.86. БФ 04541. Формат 60×81/16.  
Бумага тип. № 2, Гарн. лит. Печ. выс. Усл. печ. л. 7,44. Усл. кр.-отт. 7,67.  
Уч.-изд. л. 9,15. Тираж 1000 экз. Зак. 3053. Цена 1 р. 40 к.

Издательство «Здоров'я», 252054, г. Киев-54, ул. Чкалова, 65, тел.: 26-89 08.

4-я военная типография.

Для осуществления эффективной профилактики язвенной болезни необходима прежде всего разработка комплекса приемов противоэпидемического плана, т. е. осуществление борьбы с «агрессогенностью» внешней среды путем проведения соответствующих мероприятий социально-гигиенического плана. Дополняя их методами, обеспечивающими повышение неспецифической резистентности организма, можно добиться существенного снижения уровня заболеваемости детского и подросткового возраста.

Описанные информационные модели язвенной болезни и системы борьбы с ней, основанные на современных представлениях об организации и функционировании биосистем, создают реальные предпосылки для разработки действенных профилактических мероприятий по предупреждению язвенной болезни у детей и подростков и их полноценной социально-биологической реабилитации.

1. *Желудочно-кишечные* кровотечения: Указатель отечественной и зарубежной литературы, изданной в 1965—1977 гг. — Х. : Б. и., 1978. — 56 с.

2. *Медицинское* науковедение: Указатель отечественных и зарубежных публикаций, изданных в 1970—1981 гг. — Рига: Рижский мед. ин-т, 1982. — 230 с.

3. *Пикенин А. М., Аркатов В. А., Яшина В. М.* Информационное обеспечение управления научными исследованиями в медицине: Метод. рекомендации. — Х. : Б. и., 1976. — 50 с.

4. *Язвенная* болезнь пищеварительной системы: Указатель отечественных авторефератов диссертаций, иностранных диссертаций, монографий и сборников трудов, изданных в 1970—1979 гг. — Х. : Б. и., 1981. — 70 с.

Поступила в редколлегия 10.11.84.

УДК 362.147:616.33/34—053.5:616.89—08

## **ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

*Ю. В. Белоусов, В. А. Скумин.* Украинский институт усовершенствования врачей

Многие авторы [1, 3, 4] подчеркивают, что в происхождении и течении неинфекционных заболеваний пищеварительной системы нервно-психические факторы играют существенную роль и их недооценка негативно сказывается на эффективности лечебно-восстановительных программ.

Настоящее сообщение основывается на опыте Харьковского городского детского гастроэнтерологического центра по использованию в реабилитационном комплексе психолого-психотерапевтических мероприятий.

Под наблюдением находились 150 детей в возрасте 7—14 лет, у которых на фоне заболеваний пищеварительной системы отмечались непсихотические нарушения психической деятельности.

С хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, в том числе с хроническим гастритом и гастродуоденитом, было 54 больных, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка — 43. У 83 детей были хронические заболевания гепатобилиарной системы, в том числе хронический холецистохолангит — у 32, хронический персистирующий гепатит — у 19, дискинезия желчевыводящих путей — у 43; 12 детей страдали хроническим панкреатитом, 21 — хроническим энтероколитом. У значительной части больных наблюдались сочетанные поражения различных органов пищеварительной системы.

Углубленное психологическое исследование с применением экспериментально-психологических тестов Личко, Розенцвейга, Дембо-Рубинштейн, Векслера, Мейер-Пробста и других было осуществлено у 120 детей.

Диагностика психического развития (по Г. К. Ушакову) проведена у 97 больных. У 22 детей оно было на сенсомоторном этапе, о чем свидетельствовала степень развития соответствующих реакций, являющихся основой совершенствования целенаправленных движений и активных форм общения с окружающей средой. Этим детям были свойственны простые понятия, умозаключения, категории абстрактного и причинного мышления, «схема тела» и т. п.

Аффективный этап развития психики диагностирован у 42 пациентов. Психическая деятельность характеризовалась возрастающим числом прочих связей между образными представлениями и аффективной их окраской, приобретением новых элементов самосознания. Сами же аффективные реакции основывались на представлениях о потребности в чем-либо, ее удовлетворении или неудовлетворении, представлениях о болевых ощущениях, возможности неприятностей. Выявлена прямая связь таких реакций с наличием алгического синдрома, наблюдающегося у детей, страдающих язвенной болезнью, холецистохолангитом, панкреатитом, а также при назначении болезненных манипуляций. Протест, негативизм, демонстративное поведение, излишняя аффектация либо молчаливость были основными реакциями, отличавшимися нестойкостью. В рамках аффективных реакций нередко наблюдалась склонность к нарушению установленного режима, диеты, невыполнению врачебных назначений.

Идеаторный этап развития психики отмечен у 33 пациентов. Они начинали осознавать себя как личность, им становилась доступной способность рассуждать, оценивать факты, вскрывать закономерности. В этой группе у 13 человек выявлены акцентуации характера: по сенситивному типу — у 5, в том числе по истероидному — у 3, по астеноневротическому — у 2.

В целом психическое развитие 67 детей было расценено как синхронное, у 30 выявлены асинхронии. Умеренная ретардация

интеллектуального развития отмечалась у 8 детей, акселерация — у 5. Сложная асинхрония с ретардацией одних качеств и акселерацией других наблюдалась у 17 больных.

Психология больного отличается от психологии здорового наличием особой системы взглядов — внутренней картины болезни. Мы анализировали следующие ее стороны: сензитивную, эмоциональную, волевою, рациональную и информативную. На различных этапах психического развития их значимость была неодинаковой. Чем младше пациент, тем более выражены эмоциональные, инстинктивные реакции и ситуация вокруг них — боль, тревога, разлука с близкими, ограничение свободы передвижения, изменение сложившегося стереотипа взаимоотношений.

Изучение эмоциональных реакций показало, что независимо от характера соматической патологии, наиболее часто у детей наблюдались страх, агрессивность, ревность, радость, симпатия.

Чувство страха не только способствовало ретардации развития эмоционально-волевой сферы, но оказывало негативное воздействие и на соматическое состояние, способствуя снижению аппетита, нарушению перистальтики, появлению боли в области живота, психогенной рвоты.

Агрессивность, реакции гнева проявлялись в отношении сотрудников лечебного учреждения, других детей, в некоторых случаях — родителей. В дошкольном и дошкольном возрасте эти реакции обычно выражались плачем, попытками начать драку, разрушать окружающие предметы. У школьников такая агрессивность все больше заменялась вербальными проявлениями в виде угроз, оскорблений, активного и пассивного сопротивления медицинским осмотрам. В подростковом возрасте встречались и такие реакции, как письменные жалобы, в которых в преувеличенной форме описывались причиненные «обиды», либо устные нарекания подобного содержания.

Реакция ревности, как правило, являлась следствием действительной или кажущейся утраты внимания со стороны родных, друзей и других лиц — врача, медсестры, воспитателя, няни. Выражалась ревность враждебностью, направленной на соперника, антипатией к некогда любимому лицу, различными формами сублимации.

Во время пребывания в медицинском учреждении у детей возникали и положительные эмоции: радость, удовольствие, симпатия и пр. Источниками их у малышей служили, как правило, присутствие матери, няни, доброжелательное общение с ними, игры. С возрастом количество таких факторов возрастало, менялся их характер, а именно: похвала, удовлетворение эстетических потребностей, достижение поставленной цели, в том числе улучшение соматического состояния. Полученные клинико-психологические

данные легли в основу разработки системы психотерапевтической помощи.

Дифференцированная психотерапия применялась у 107 детей (контрольную группу составили 43 больных). В нее включали гипносуггестивную, рациональную, косвенную, групповую, семейную психотерапию, аутогенную тренировку. При этом 2—3 метода были ведущими, остальные использовали при наличии показаний в качестве дополнительных, как правило, в форме отдельных элементов.

Опыт показал, что данный контингент больных требует особых вариантов и техники психотерапии, построенных с учетом этапа психического развития и наличия его асинхроний; специфики нервно-психической и соматической патологии; особенностей формирования личности, типа воспитания, присутствия родителей. Сеансы рациональной, косвенной, групповой психотерапии проводили с учетом детской логики, особенностей психоэмоционального реагирования. Чем младше ребенок, тем большим было воздействие на чувственную сферу, с упрощением вербального компонента.

У юных пациентов невербальная психотерапия играет особую роль. Важным ее условием является формирование положительной психологической установки с учетом особого значения в детском возрасте феноменов веры и подражания. Невербальные приемы способствуют, в частности, известной «материализации» психического воздействия в представлении больных. Сюда относится применение пассов, вызывание эмоционально-протопатических рефлексов с положительной окраской, массаж биологически активных точек по А. Т. Филатову с соавторами [2], касание рукой соответствующих зон Захарьина—Геда во время проведения суггестий.

При неврозоподобных нарушениях из психотерапевтических методов показан аутотренинг [3]. Однако техника обучения, предназначенная для взрослых, оказалась для детей малопримемой. Для обучения аутотренингу детей младшего возраста мы использовали прием «научи куклу»: ребенку предлагается «обучать» упражнениям, осваиваемым им самим, любимую куклу. В старшем возрасте аналогичным является прием «помоги новичку», когда поручается оказание помощи начинающему. Психотерапевт, присутствуя на подобных занятиях, фиксирует характерные речевые обороты и действия своих пациентов, используя впоследствии эти наблюдения.

Сравнительный анализ эффективности проведения мероприятий показал, что данная система психотерапии является адекватным методом немедикаментозного лечения детей с психогенно и соматогенно обусловленными непсихотическими психическими расстройствами, протекающими на фоне хронических заболеваний пищеварительной системы.

1. Белоусов Ю. В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. — В кн.: Детская гастроэнтерология. — К.: Здоров'я, 1978, с. 30—87.
2. Гипносуггестивная психотерапия: Метод. рекомендации / Сост. А. Т. Филатов, В. А. Скумин, А. Д. Кобзарь. — Х.: Б. и., 1983. — 21 с.
3. Ковалев В. В., Белов В. П. Неврозоподобные нарушения при некоторых хронических соматических заболеваниях у взрослых и детей. — В кн.: Клиническая динамика невротозов и психопатий. — М.: Медицина, 1977, с. 59—86.
4. Лукьянова Е. М. Заболевания желчевыводящей системы. — В кн.: Детская гастроэнтерология. — К.: Здоров'я, 1978, с. 127—188.

Поступила в редколлегию 28.09.84.

УДК 616.33/37—053.5—073

## ТЕПЛОВИДЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Л. Г. Волошина, Ваджих Саллум.* Украинский институт усовершенствования врачей

Современные методы диагностики позволяют достаточно точно установить патологию пищеварительного аппарата (рентгенологическое исследование, фиброгастроуденоскопия, холецистография и т. д.). В то же время вопросы диагностики воспалительных и функциональных холецистопатий у детей окончательно не решены. Поскольку среди заболеваний пищеварительной системы они занимают значительное место — до 90 % [7, 8], этот вопрос является одним из наиболее актуальных в детской гастроэнтерологии. Нет единой точки зрения и о частоте воспалительных и функциональных заболеваний желчевыводительной системы у детей.

Существует мнение, что из-за высокой бактерицидности желчи и крайне редкой заболеваемости детей желчекаменной болезнью воспалительный процесс в желчном пузыре у детей может рассматриваться как казуистический случай. Большинство же авторов считает, что холециститы в детском возрасте достаточно часты [6—9]. Расхождение данных о частоте возникновения холециститов в детском возрасте (от 6,7 до 62,8 %) в большой мере можно объяснить отсутствием достоверных методов дифференциальной диагностики холецистопатий у детей [1, 6].

Традиционными методами исследования являются дуоденальное зондирование, в том числе и многомоментное, биохимические и бактериологические исследования желчи, внутривенная или пероральная холецистография. Эти методы обременительны для ребенка, требуют специальной предварительной подготовки больного; имеются противопоказания к их проведению. Информативность же их в дифференциальной диагностике воспалительных и функциональных заболеваний желчевыводительной системы у детей не всегда достаточна.

Поэтому гастроэнтерологи ищут новые, более информативные методы диагностики. К ним относится, в частности, изучение им-



1 р. 40 к.

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
«ЗДОРОВ'Я»

17

**Охрана  
здоровья детей  
и подростков**

*Республиканский  
межведомственный  
сборник*

*Издается  
с 1970 года*



Охрана здоровья детей и подростков, 1986,  
вып. 17, 1—128.