

фрагмы, обучают методике эффективного откашливания в конце выдоха. При откашливании мокроты больным помогают легким поколачиванием ладонями по грудной клетке. Лечебную гимнастику следует начинать в первые часы после операции. Преобладающими упражнениями в это время являются дыхательные. Физические упражнения для кистей рук, предплечий и ног выполняются также в первые часы, в замедленном темпе, по 2—3 раза каждое. В настоящее время установлено, что сокращение мышц при выполнении физических упражнений активизирует дыхание, а это вместе с эффективным откашливанием мокроты помогает избежать такого грозного послеоперационного осложнения, каким является гипостатическая пневмония.

В раннем послеоперационном периоде перед лечебной гимнастикой стоят совершенно определенные задачи:

- предупреждение легочных осложнений улучшением вентиляции легких, расправлением оставшейся части легкого;
- улучшение функции дыхания и сердечной деятельности;
- профилактика нарушений функции желудочно-кишечного тракта;
- профилактика флегботормозов путем улучшения венозного кровообращения;
- профилактика ограничения подвижности в плечевом суставе на оперированной стороне.

Все эти задачи могут быть успешно выполнены, если занятия лечебной гимнастикой будут начинаться в первые часы после операции. Кроме физиологического влияния на организм больного туберкулезом в послеоперационном периоде, лечебная гимнастика оказывает и заметное положительное психологическое воздействие, так как улучшает настроение больного и вселяет уверенность в благополучный исход операции. Комплексы лечебной гимнастики для всех групп больных обязательно должны включать в себя дыхательные упражнения, под воздействием которых улучшается деятельность всего дыхательного аппарата.

В зависимости от методики проведения различают следующие упражнения: 1) статическое грудное дыхание. Проводится лежа на спине или сидя, под счет инструктора или метронома, выдох удлиненный; 2) статическое диафрагмальное дыхание. Проводится также лежа на спине или сидя, для контроля за правильностью выполнения этого типа дыхания кисть руки помещается на переднюю брюшную стенку, которая при вдохе должна приподниматься; 3) динамическое дыхание. Проводится в сочетании с физическими упражнениями; например, при вдохе — разведение рук в стороны, разгибание туловища, при выдохе — опускание рук, сгибание туловища.

В общем комплексе лечебных и профилактических мероприятий у больных туберкулезом легких лечебная гимнастика занимает особое место и имеет большое значение для реабилитации их.

УДК 616.33/.34-036.12-036.868

Канд. мед. наук В. А. СКУМИН

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра психотерапии Украинского института усовершенствования врачей

В последние годы отмечается тенденция к увеличению численности детей, страдающих хроническими заболеваниями органов пищеварения. По литературным данным, практически каждый десятый ребенок имеет ту или иную гастроэнтерологическую патологию — известную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гастрит, дуоденит, гастро-дуоденит, энтероколит, панкреатит, холецистохолангит, гепатит, дискинезию желчевыводящих путей и пр.

Значительную роль в этиологии и патогенезе указанных заболеваний играют нервно-психические факто-

ры. Вопросы взаимосвязи деятельности центральной нервной и пищеварительной систем нашли достаточное отражение в классических трудах академика И. П. Павлова. Исследованиями последних лет установлено большое влияние личностных особенностей пациентов на течение гастроэнтерологических заболеваний, на эффективность лечебно-восстановительных программ. Поэтому их психологическим аспектам в настоящее время уделяется особое внимание. Психологические факторы должны учитывать в своей работе не только врачи, но и медицинские сестры. В противном случае даже очень тщательно, в деталях продуманная система психологической реабилитации указанного контингента больных не даст ожидаемого результата.

Важно отметить, что изучение особенностей духовной жизни юных пациентов и умелая целенаправленная коррекция их негативных личностных черт ни в коей мере не затруднит работу медицинской сестры, не станет для нее какой-то дополнительной нагрузкой. Наоборот, на всех этапах реабилитации — в стационаре, санатории, поликлинике — надлежащий учет психологических факторов позволит быстрее найти подход к ребенку, установить с ним доверительные отношения, вовремя устраниТЬ и предупредить нередко возникающие в процессе оказания медицинской помощи отрицательные моменты, взаимное непонимание, конфликтные ситуации. В итоге работа медицинской сестры станет не сложнее, а проще и интереснее.

Да и не может сестра милосердия оставаться бесстрастным механическим исполнителем манипуляций и назначений. Неизбежно приходится вступать с юными пациентами в общение, которое в психологии принято называть неформальным. Ведь медицинская сестра, всегда находящаяся рядом с больными, на какой-то (порой весьма длительный) период времени заменяет для них мать, старшую сестру, подругу. Кого-то надо подбодрить, в кого-то вселить уверенность в скором выздоровлении,

кого-то успокоить, обнадежить светлой перспективой, кому-то не дать уйти в мир болезненных переживаний, а кого-то остановить, вовремя заглушить ростки зла в его характере. Но важно знать, на кого именно и каким способом воздействовать.

Еще Гиппократ и Авиценна учили, что лечить нужно не болезнь, а человека, что необходим индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом его личностных особенностей. Однако, признавая важность этих слов, медицинские сестры часто не применяют данного принципа в повседневной работе с больным ребенком.

Дело в том, что научно обоснованная система психологической реабилитации определенного контингента больных требует не только душевного чутья, желания исполнить свой долг, любви к детям — этих ничем не заменимых для медика качеств, но и профессионального мастерства, познаний в области психологии.¹

К сожалению, в «Руководстве по медицинской психологии», изданном в серии «Библиотека среднего медработника»¹, оказались обойденными медико-психологические аспекты педиатрической практики, детской гастроэнтерологии.

В настоящее время в проведении психологической реабилитации особое значение придается личностному подходу к пациентам, в реализации которого большое значение имеет учет состояния внутренней картины болезни (ВКБ), включающей, по определению известного советского ученого Р. А. Лурия, «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм»².

Специально проведенные исследования показали, что у детей с хро-

¹ Тылевич И. М., Немцева А. Я. Руководство по медицинской психологии. — Л.: Медицина, 1980: — 224 с.

² Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977. 4-е изд. — 38 с.

ническими болезнями органов пищеварения ВКБ начинает складываться в возрасте 7—12 лет. Формируется она на основе прежде всего эмоциональной оценки состояния. Выделяют пять основных типов ВКБ: 1) гармоничный, 2) индифферентный, 3) гиперпатичный, 4) гипопатичный, 5) лабильный.

Гармоничный (от греч. *harmonia* — «стройность») тип отмечается у 5—10 % пациентов. Эти дети отличаются хорошей контактностью, доброжелательностью. Охотно выполняют большинство врачебных предписаний и некоторые поручения медицинских работников — например, позвать кого-либо на процедуры, что-то принести, передать и т. п. В играх обычно принимают на себя роль медика, учителя. Высказывают желание стать в будущем врачами, медицинскими сестрами, нянями. Стараются перебороть плохое самочувствие. Заболевание рассматривают как результат воздействия чего-либо вредного или как справедливое наказание за неправильное поведение. Стремятся аккуратно соблюдать режим. Уверены в возможности полного выздоровления.

Индифферентный (от лат. *indifferens* — «безразличный») тип наблюдается у 15—20 % детей. Для них характерно полное безразличие к проявлениям заболевания. Такие больные сравнительно быстро адаптируются к условиям стационара. Они не стремятся к общению с медицинскими работниками. Соглашаясь с тем, что необходимо лечиться, к назначенным диагностическим и лечебным мероприятиям относятся пассивно, выполняют их после настойчивых требований. Не интересуются характером процедур, продолжительностью и смыслом проводимого лечения, хотя на словах признают его целесообразность. Свое пребывание в стационаре объясняют тем, что так хотели родители и врачи.

Гиперпатичный (от греч. *hyper* — «сверх» и *pathos* — «страдание») тип проявляется избыточной эмоциональной напряженностью, преувеличением тяжести болезненных ощущений и переживаний, выискиванием несущих

ществующих страданий. Отмечается у 20—25 % детей. Характерно, что многие из них знают и достаточно точно называют свой клинический диагноз. При разговоре о болезни оживляются, подробно излагают жалобы, рассказывают, где, когда и какими методами лечились, называют фамилии специалистов, наименования медицинских учреждений.

Бывает при этом и своеобразное двигательное поведение с характерной моторикой, мимикой — при жалобах на боли в животе, в правом подреберье и т. п. дети прикладывают руку к соответствующему участку тела, подчеркивают неприятный характер своих ощущений и переживаний глубокими вздохами, жестами, покачиванием головой, скорбным выражением лица. Проявляются черты мнительности, повышенной тревожности в отношении результатов лечения, побочного действия применяемых лекарственных средств. Типичны сомнения в возможности выздоровления.

Гипопатичный (от греч. *hypo* — «внизу», «снизу»; «под»: приставка, указывающая на понижение, слабую выраженность по сравнению с нормой) тип отношения к заболеванию наблюдается у 25—30 % детей. Для них характерна слабая выраженность переживаний, связанных с болезнью, эмоциональная недооценка проявлений и самого факта ее, активное неприятие всего, что свидетельствует об их недуге. Они считают, что поскольку чувствуют себя бодрыми, полными сил, то никакого нарушения здоровья у них нет. Факты же, свидетельствующие об обратном, объясняют иными причинами или отрицают.

Пребывание в стационаре, проводимое лечение описывают исключительно в окрашенных негативными эмоциями выражениях. Например: «врачи упрашали в больницу», «сидим тут, как в тюрьме», «никакой болезни нет, а бабушка тащит в поликлинику» и т. п. Склонны к нарушениям режима и диетических ограничений, к невыполнению медицинских назначений. Нередко становятся отрицательными лидерами в палатах, соз-

давая подчас соответствующее эмоциональное напряжение, конфликтные ситуации среди детей и родственников.

К лабильному (от лат. *labilis* — «неустойчивый») типу относятся реакции 25—30 % детей, у которых во внутренней картине болезни в различной степени представлены и выражены признаки, характерные для двух или более типов — гармоничного, гиперпатического, гипопатического, индифферентного. В этих случаях система отношений еще не сложилась в единый более или менее устойчивый тип.

Отношения к болезни и ко всему связанному с нею непостоянны. В течение сравнительно короткого промежутка времени оно может существенно меняться под воздействием различных факторов. Так, проявляя, к примеру, черты гармоничного или гиперпатического типа, ребенок после 2—3-дневного общения с детьми, внутренняя картина болезни которых сформировалась по гипопатическому типу, начинает проявлять в поведении, эмоциональных реакциях черты именно этого типа. Обычно лабильный тип обнаруживается у младших и недавно болеющих детей.

Каждая медицинская сестра, полагаю, ознакомившись с приведенными описаниями, вспомнив и проанализировав особенности поведения своих юных пациентов, без труда сможет определить сложившийся у них тип ВКБ и приложит все усилия, чтобы у большего числа детей он был гармоничным. Недопустимо, если негармоничные типы ВКБ отмечаются иногда у 90—95 % больных. Следовательно, личность таких детей зародится формируется ущербной, неполнценной. Этого можно избежать, если медицинская сестра, наблюдая за детьми, обратит внимание на характер отношения к болезни у своих подопечных и своевременно информирует об этом лечащего врача. В дневниках сестринского наблюдения должны фиксироваться не только характер стула, температура и другие показатели соматического ста-

туса, но и психологическое состояние детей.

Множество ошибок в общении с больными детьми можно предотвратить, зная и учитывая характерологические особенности последних. Всегда нужно помнить, что психология ребенка качественно отличается от психологии взрослого. У детей существуют особые ценности, своеобразные критерии оценки ситуации, по своему строят они умозаключения, суждения. И, соответственно, ведут себя не как маленькие взрослые, а именно как дети, с присущими только им характерологическими реакциями.

Современная медицинская сестра должна знать основные типы возможных реакций и учитывать их при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. У детей с хроническими болезнями пищеварительной системы наблюдаются характерологические реакции компенсации, гиперкомпенсации, оппозиции, имитации и отказа. Они перечислены здесь в порядке частоты встречаемости у данного контингента больных.

Реакции компенсации выражаются в разнообразных фантазиях, высказываниях и поступках, маскирующих какую-либо слабую сторону личности, переживания, связанные с наличием хронического заболевания. Они являются средством психологической защиты.

При реакциях гиперкомпенсации защитные мотивы в мышлении и поведении становятся доминирующими. Приобретая гипертрофированный и патологический характер, они являются причиной затруднений в общении, учебной деятельности, психосоциальной адаптации и даже обострения гастроэнтерологического заболевания. Следует отметить, что во многих случаях такие реакции связаны с переживаниями по поводу имеющегося телесного недуга. Некоторые ребята читают популярную медицинскую литературу, разрабатывают собственные приемы оздоровления, питания, очищения желудочно-кишечного тракта, пытаются волостить их в жизнь, наталкиваясь, понятно, на полное или частичное

непонимание и противодействие со стороны родных и медицинских работников, что в свою очередь способствует возникновению дополнительных психоэмоциональных напряжений, конфликтов, психотравмирующих ситуаций.

Так, у больного И., 14 лет, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, реакция гиперкомпенсации возникла после того, как сверстники, узнав о заболевании, присвоили ему обидную кличку «клизма». Прозвище закрепилось и всякий раз очень травмировало мальчика. Раздобыв примитивный буклет по хатха-йоге, он пытался самостоятельно овладеть асанами, начал голодать по 2—3 дня, несмотря на протесты родных. В результате язвенная болезнь обострилась, что привело к госпитализации.

Реакции оппозиции (протеста) выражаются в непродолжительном по времени вызывающем поведении, непослушании, оскорблении, грубости по отношению к лицам, послужившим источником неприятных переживаний (активный протест), избирательным мутизмом, отказом от приема пищи либо выполнения процедур, нарушениями навыков опрятности, включая недержание мочи и кала (пассивный протест).

Больная В., 6 лет, поступила в гастроэнтерологический стационар по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Прежде вне семьи никогда не находилась. Надлежащей психологической подготовки к помещению в больницу проведено не было. Факт госпитализации девочки восприняла с полным недоумением, как тяжкую обиду, незаслуженное наказание («За что вы меня здесь оставляете, что я плохого сделала?»). Психотравмирующий характер создавшейся ситуации был усугублен медицинской сестрой, бросившей фразу: «Какой невоспитанный ребенок, почему не слушаешься старших? Немедленно переодевайся в больничное, а то укол сделаю!» Через некоторое время у девочки в дневное время стало отмечаться выделение незначительного количества кала. В процессе общения с персоналом, ро-

дителями ребенок проявлял не свойственные ему прежде нарушения поведения — капризность, необщительность, необоснованную обидчивость, недовольство. За время 3-недельного пребывания в стационаре не вступала в речевое общение с медсестрой-обидчицей. Тип отношения к болезни — гипопатичный. При выполнении рисунка на свободную тему нарисовала больницу с зарешеченными окнами, над которой сгустились тучи, и себя, бегущую к матери. На другом рисунке изобразила горящее здание больницы, пожарников, тушащих огонь. После выписки из стационара недержание кала прекратилось, нарушения поведения быстро складились, восстановились теплые отношения с родными.

Реакции имитации заключаются в подражании поведению пользующихся авторитетом реальных лиц, кино- и литературных героев, а также в воспроизведении симптомов соматического заболевания.

В частности, больная П., 14 лет, находилась в гастроэнтерологическом стационаре дважды с диагнозом: хронический гастродуоденит. Необходимость повторной госпитализации спустя 2 нед после первой выписки возникла в связи с наличием субъективных жалоб и диспепсических явлений, несмотря на удовлетворительные объективные показатели. Во время первого поступления близко сошлась со сверстницей, не раз принимавшей участие в телесъемках. Стала непроизвольно во многом подражать ей, даже в мелочах. Когда у подруги обострилась язвенная болезнь, у девочки также появились тошнота, рвота, боли в подложечной области. Она действительно испытывала неприятные ощущения, реально страдала от них, высказывала предположение, что у нее «открылась язва», просила помочь, назначить лечение. По исчезновении симптомов обострения у подруги ее состояние также быстро нормализовалось. Однако дома после серьезного семейного конфликта описанные нарушения возникли вновь, что обусловило повторное поступление в стационар. Настаивала, чтобы

ее поместили в палату, где продолжала находиться подруга.

При возникновении реакций отказа поведение детей отличается пассивностью, отсутствием стремления к общению, потерей перспективы. В одном из наблюдений больная К., 12 лет, воспитанница сельской школы-интерната для слабовидящих, поступила в гастроэнтерологический стационар в связи с обострением хронического гастрита. В отделении держалась обособленно, никого ни о чем не спрашивала. Со страхом относилась к лечебно-диагностическим процедурам. По наблюдениям персонала производила впечатление дебильной. В ходе психотерапевтических бесед девочка, почувствовав искреннее, доброжелательное отношение, «раскрылась», рассказала о своих переживаниях. Выяснилось, что она ощущала сильное волнение и страхи перед госпитализацией еще в интернате, после того, как услышала слова медсестры: «Не знаю, как она там сможет быть — ведь почти ничего не видит, кто за ней будет следить?» Действительность подтвердила мрачные предположения девочки. Некоторые дети стали дразнить ее «слепой»; с первых дней без какой-либо психологической подготовки были назначены многочисленные исследования, неприятные диагностические процедуры. Не получив от медицинских работников никаких разъяснений по этому поводу, ребенок замкнулся, потерял интерес к окружающему, перестал надеяться на лучшее.

Внутренний мир детей очень богат и своеобразен. Хроническое соматическое заболевание и вся жизненная ситуация, связанная с его наличием и лечением, безусловно накладывают отпечаток на формирование личности ребенка, что делает необходимой психологическую реабилитацию. Многое, очень многое может сделать медицинская сестра в формировании гармоничной личности юных пациентов. Но это возможно лишь в том случае, если особенности внутренней картины болезни, проявления характерологических реакций будет постоянно учитывать в своей работе медицинская сестра, конечно, при усло-

вии соблюдения принципов и приемов деонтологии и «малой» психотерапии, доступных каждой медицинской сестре. Они, применительно к педиатрической практике, уже были описаны в журнале «Медицинская сестра» (№ 2 за 1984 г.).

УДК 616.5+616.74]-089.844-089.168:615.825.1

Проф. В. А. ЕПИФАНОВ, Е. В. КОВАЛЕНКО
ЗЕРЧЕВСКАЯ СИМИАСТИКА ПОСЛЕ
КОЖНО-МЫШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ
ММСИ им. Н. А. Семашко

Пластика кожно-мышечным лоскутом находит широкое применение при замещении дефектов мягких тканей после обширных травм, ожогов, радиального иссечения злокачественных новообразований. В реконструктивно-восстановительной хирургии головы, шеи используются лоскуты с включением кивательной, трапециевидной, большой грудной мыши, широчайшей мышцы спины. Несмотря на известные варианты, суть оперативного вмешательства сводится к выкраиванию единым блоком кожно-мышечного лоскута с сохранением питающих сосудов, перемещению его к дефекту в подкожном туннеле или накожно с последующей фиксацией к тканям, окружающим дефект. В послеоперационном периоде у больных выявляются ограничение объема движений в плечевом суставе, снижение силы мышц верхней конечности на стороне операции, ограничение движений в шейном отделе позвоночника, нарушения осанки, которые не всегда восстанавливаются полностью даже в отдаленные сроки. Мышцы, используемые для пластики, относятся к вспомогательной дыхательной мускулатуре. Выключение одной из них в сочетании с раной на грудной клетке, с длительным эндотрахеальным наркозом, аспирацией во время вмешательства на лице и передних отделах шеи увеличивает вероятность развития у больных послеоперационной пневмонии. Степень