

ISSN 0031-4030

ПЕДИАТРИЯ

1986

МОСКВА *МЕДИЦИНА*

№ 8



Состояние бактерицидных свойств кожных покровов у детей до и после воздействия фитоаэрозоля ($M \pm m$)

Группа обследованных	Период исследования	Индекс бактерицидности, %		Коэффициент бактерицидности
		5 мин	15 мин	
Основная	Исходные данные	46,8 ± 3,8	71,3 ± 2,8	2,5 ± 0,2
	После воздействия <i>P</i>	78,4 ± 2,2 < 0,0001	91,9 ± 0,8 < 0,001	6,6 ± 1,1 < 0,001
Контрольная	Исходные данные	69,2 ± 3,8	78,7 ± 2,5	2,9 ± 0,4
	Спустя 3 нед <i>P</i>	42,7 ± 4,0 < 0,001	61,4 ± 4,3 < 0,001	1,78 ± 0,15 < 0,001

2,797 ± 0,40 · 10⁹/л; $P < 0,001$) и их функциональная активность (РБТЛ 59,0 ± 4,9 %; зимняя норма 70,8 ± 1,9 %; $P < 0,001$).

Количество В-лимфоцитов сохранялось в пределах сезонной нормы. Указанные изменения особенно четко прослеживались у детей с признаками вторичной дисиммуноглобулинемии.

Принимая во внимание данные об антимикробном действии эфирных масел [5, 8], мы проверили микробную обсемененность воздуха в жилых помещениях детских яслей. После 3-недельного

курса обработки помещений летучими фитонцидами наблюдалась значительная санация воздуха. Исходная общая микробная обсемененность снижалась в 3—4 раза, при этом число стафилококков уменьшилось более чем в 4 раза, золотистый стафилококк исчез совсем, а количество гемолитического стафилококка уменьшилось в 5,3 раза. Количество стрептококков уменьшилось в 5 раз, сарцина — более чем вдвое.

Таким образом, применение летучих биологически активных веществ растительного происхождения в виде аэрозолей эфирных масел мяты, лаванды, аниса оказывает разностороннее действие, которое проявляется в улучшении эмоционального тонуса детей, улучшении показателей неспецифической защиты, гуморального и клеточного иммунитета, снижении микробной обсемененности помещений, в результате чего значительно снижается количество дней, пропущенных детьми по болезни. На этом основании рекомендуется использование фитоаэрозолей с эфирными маслами мяты, лаванды, аниса в общем комплексе профилактических и оздоровительных мероприятий в детских дошкольных коллективах.

ЛИТЕРАТУРА

- Андрущук А. А., Бычкова Н. Г., Далецкая Л. П. // Украинский респ. съезд. детских врачей: 7-й. Тезисы докладов. — Харьков, 1982. — С. 86.
- Гродзинский А. М. // Фитонциды: Роль в биогеоценозах, значение для медицины. — Киев, 1981. — С. 180—184.
- Аутоантитела облученного организма / Под ред. Н. Н. Клемпарской. — М., 1972. — С. 280.
- Мальцев В. И. Объединенная конф. гигиенистов, организаторов здравоохранения, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Молдавской ССР. Материалы. — Кишинев, 1973. — Т. 1. — С. 37.
- Макарчук Н. М., Кривенко В. В., Акимов Ю. А. и др. // Химическое взаимодействие растений. — Киев, 1981. — С. 146—149.
- Токин Б. И. // Фитонциды: Роль в биогеоценозах, значение для медицины. — Киев, 1981. — С. 5—12.
- Koedam A. // Riechstoffe Aromen. — 1977. — Bd 27. — S. 8—11.
- Nowadic A., Chladec M. // Bull. VUZ Olomouci. — 1974. — Vol. 18. — P. 61—71.

Поступила 19.03.85

УДК 616.3-036.12-053.2-085.851

Ю. В. Белоусов, В. А. Скумин

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра педиатрии № 1 (зав. — проф. Ю. В. Белоусов) и кафедра психотерапии (зав. — проф. А. Т. Филатов) Украинского института усовершенствования врачей, Киев

В происхождении и течении многих заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей существенную роль играют психические факторы [1, 5, 8, 12, 16]. Это обусловлено прежде всего особой значимостью для обеспечения процессов жизнедеятельности нервной и пищеварительной систем, тесные механизмы связи деятельности которых были установлены еще в классических работах И. П. Павлова [6].

Специальные исследования показали, что именно психические, а не физические нарушения обуславливают во многих случаях социальную

дезадаптацию детей. В этих случаях используется даже особый термин «unexplained disability» («неоправданная инвалидизация»), когда утрата работоспособности, возможности успешного обучения в школе не могут быть объяснены тяжестью соматического состояния, а определяются психологическими причинами [4, 12, 14, 16].

Вместе с тем следует признать, что методы оказания дифференцированной психотерапевтической помощи детям с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в системе лечебно-восстановительных мероприятий не заняли еще надлежаще-

то места. Крупные же работы зарубежных авторов базируются большей частью на принципах психоанализа и иных неприемлемых для советской науки концепциях [9, 11, 13].

В настоящем сообщении представлен опыт построения психолого-психотерапевтической работы со 137 детьми в возрасте 7—14 лет, у которых на фоне хронических заболеваний пищеварительной системы отмечались непсихотические расстройства психики. По диагнозам дети распределились следующим образом: хронический гастрит и гастроуденит — у 48, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка — у 43, хронический холецистохолангит — у 25, дискинезия желчевыводящих путей — у 39, хронический панкреатит — у 10, хронический персистирующий гепатит — у 19, хронический энтероколит — у 18. В целом ряде случаев отмечались сочетанные поражения, поэтому сумма распределений по нозологическим формам превышает число пациентов. Диагнозы верифицировались на основании данных современных инструментальных и биохимических исследований: фиброгастроуденоскопии, холецистографии, реогепатографии, функциональных исследований печени, желудка, поджелудочной железы, кишечника. Все дети поступали в стационар в остром периоде заболевания.

Способы направленного психотерапевтического воздействия применялись в реабилитационных программах у 75 детей; 62 ребенка составили контрольную группу.

Психические нарушения у 82 пациентов были расценены как невротоподобные, у 55 — как невротические. В основе последних лежали психогенные факторы, психотравмирующая ситуация в семье, детском коллективе, что находило отражение в особенностях клинической картины и динамики психопатологических отклонений. Под невротоподобными понимались расстройства невротического уровня реагирования, имеющие соматогенное происхождение и характеризующиеся клиническими проявлениями, несвойственными неврозам [4]. Типичными для этих расстройств были бедность симптоматики, органическая ее окраска, отсутствие связи с психотравмирующими факторами, отсутствие общевротического склада и выраженной реакции личности на имеющиеся нарушения психической сферы.

Ведущим психопатологическим синдромом был астенический, проявлявшийся раздражительной слабостью, повышенной утомляемостью, головными болями, эмоциональной лабильностью, вегетативными нарушениями, диссомнией. Нередко в структуре синдрома доминировали ипохондрический, фобический, депрессивный радикалы.

Необходимо подчеркнуть, что наличие пограничных нарушений психической деятельности существенно затрудняло течение основного заболевания и его лечение. Объясняется это, по нашему мнению, двумя основными причинами. Во-первых, дети с аномалиями психики обычно склонны к на-

рушению установленного режима, диетических ограничений, к невыполнению врачебных назначений и рекомендаций (что особо сказывается на течении болезней пищеварительной системы), конфликтам с персоналом, аггравации либо диссимуляции тех или иных соматических синдромов. Во-вторых, имеющуюся у детей психопатологию врачи, медсестры, воспитатели и другие сотрудники лечебного учреждения склонны интерпретировать не как проявление заболевания, а как банальную грубость, непослушание, хулиганские выходки.

Все это, разумеется, не способствует взаимопониманию между персоналом, ребенком и его родственниками, служит одной из причин возникновения конфликтных ситуаций, которые в свою очередь негативно влияют на реабилитационный процесс. В наиболее же трудном положении оказываются пациенты, страдающие от телесного и душевного недуга, от непонимания со стороны медиков и родителей, от того, что никто не может им помочь разобраться в себе, в своих измененных болезнью проблемах, связанных, в частности, и с состоянием здоровья.

Положение осложняется и тем, что каждому нуждающемуся в психокоррекции ребенку многие психофармакологические препараты применены быть не могут ввиду токсического действия на органы пищеварения, повышенной алергизации данного контингента, а также опасности привыкания, формирующейся в детском возрасте достаточно быстро [10, 15]. Все это заставляет обратиться к методам немедикаментозного лечения и прежде всего к психотерапии.

В разработанной нами системе психотерапии применялись по показаниям внушение наяву, гипносуггестия по методике В. А. Скумина [3], аутотренинг, рациональная, косвенная, семейная психотерапия и другие методы. В качестве ведущих обычно использовались 2—3 метода, остальные же, при необходимости, подключались в качестве взаимопотенцирующих элементов. При невротических расстройствах на первый план выдвигались способы психической регуляции, а при невротоподобных — способы психической саморегуляции. Естественно, всякий раз учитывался и возрастной фактор [2, 4, 7].

Основными задачами психотерапевтического воздействия были следующие: коррекция и предупреждение психических нарушений, потенцирование и опосредование лечебно-диагностических процедур, проводимых по поводу основного заболевания, воздействие на его психическую составляющую (боли, неприятные ощущения, расстройства сна, аппетита и т. п.), психологическая адаптация детей к условиям стационара, формирование у пациентов установки на борьбу с болезнью и четкое выполнение всех врачебных назначений.

Индивидуальная психотерапевтическая тактика строилась с учетом этапа развития психики ребенка (сенсомоторный, аффективный, идеатор-

ный), специфики нервно-психической и соматической патологии, особенностей формирования личности, типа воспитания в семье, возможностей вовлечения родителей в реабилитационный процесс. Учитывались также внушаемость и гипнабельность пациентов, определяемые по специальной системе [3].

Гипносуггестивная психотерапия применялась в комплексе лечения 62 детей, гипнабельность которых была высокой и очень высокой. Курс состоял из 8—12 сеансов, проводимых индивидуально и с группой больных. Разработанная нами структура занятия включала пять периодов: эмоционально-психологической настройки, погружения в гипнотическое состояние, проведения общих и индивидуальных лечебных внушений, выведения из состояния гипноза, заключительного.

Опыт показал, что дети в отличие от взрослых в большинстве случаев самостоятельно настроиться на сеанс не в силах. Одни порой буквально влетают в кабинет, резвятся, обмениваются репликами, другие смущены, иногда даже испуганы, третьи совершенно инертны, четвертые настроены иронично. Поэтому в педиатрической практике период эмоционально-психологической настройки на сеанс совершенно необходим. Ребенок должен успокоиться, принять нужное положение, психологически подготовиться к лечебному воздействию. В кабинете детей размещают так, чтобы они не видели друг друга, что достигается с помощью ширм, легких перегородок. Нивелировать особенности психоэмоционального состояния помогает музыка. Подбирались музыкальные фрагменты с успокаивающим, своеобразным, завораживающим, волшебным звучанием (мелодии из опер «Садко», «Золотой петушок» Римского-Корсакова, «Ночь на Лысой горе» Мусоргского, «Послеполуденный отдых фавна» Дебюсси, «Зигфрид» Вагнера). Музыка с течением времени постепенно приглушается и как фоновая звучит до окончания третьего периода. Способствует созданию нужного психологического настроя подсветка с использованием неярких зеленых, синих, фиолетовых тонов. Психотерапевт помогает детям занять нужное положение, успокаивает их большей частью взглядом, жестом, легким прикосновением.

Успешное проведение первого периода в значительной мере способствует реализации цели второго — погружению ребенка в нужную стадию гипноза. Для этого применяются дифференцированное в зависимости от возраста словесное воздействие, а также невербальная техника, имеющая в детском возрасте особое значение: пассы, фиксация взора, вызывание эмоционально-протопатических рефлексов с положительной окраской, метроном и пр.

После достижения требуемой стадии гипнотического состояния — малого, среднего либо глубокого гипноза — начинается третий период. Формулы лечебных суггестий подбираются инди-

видуально в соответствии с поставленными психотерапевтическими и реабилитационными задачами и запасом знаний пациентов. Чем меньше возраст ребенка, тем проще и конкретнее тексты внушений. Так, у детей младшего школьного возраста с болями в правом подреберье, обусловленными дискинезиями желчевыводящих путей, действенной оказывалась следующая техника. Перед началом суггестии врач некоторое время держит свою руку над соответствующим участком тела ребенка или слегка касается его. Затем осуществляется лечебное внушение: «Там, где я держу руку, появляется приятное тепло. Постепенно боль проходит. Это место словно размякло, успокоилось. Боль уходит, исчезает. Возникает ощущение легкости, покоя, приятного тепла. Ты поправляешься, с каждым сеансом становишься здоровее, крепче». Психотерапевтическое купирование алгического синдрома было достигнуто в 63 % случаев, что позволило внести соответствующие коррективы в фармакотерапию.

Специально составленные формулы направленного внушения были эффективны и когда ставилась цель психотерапевтической переделки вкусового стереотипа, необходимость которой часто возникала при назначении определенных диетических столов, к которым ребенок не мог привыкнуть, а также при нарушении аппетита.

При астеническом синдроме примерный текст формулы внушения для детей 12—14 лет был таким: «Отдыхает нервная система. Под влиянием лечения она станет сильнее, здоровее. Нервная система начинает работать более экономно. Поэтому накапливается запас нервной энергии, улучшается работоспособность, укрепляется сила воли. Спокойствие, выдержка, уравновешенность становятся основными чертами характера. Внутреннее спокойствие сопровождает тебя повсюду. При любых обстоятельствах будешь чувствовать себя сильным, уверенным, выдержанным. Оздоровливается нервная система, укрепляется весь твой организм».

Аналогичным образом строились и прочие суггестии, направленные не только на коррекцию имеющихся нарушений, но и на устранение реакции страха перед предстоящими лечебно-диагностическими манипуляциями, формирование установок на четкое выполнение режима, назначенных оздоровительных мероприятий. Наблюдения показали, что у детей контрольной группы, с которыми подобная работа не велась, значительно чаще возникали сложности в преодолении этих трудностей.

Задачей четвертого периода является выведение ребенка из состояния гипноза. Оно осуществляется с помощью вербального воздействия тонизирующего содержания, путем использования мобилизующих фрагментов музыкальных произведений Скрябина «Поэма огня», «Прометей», Прокофьева «Любовь к трем апельсинам», Баха «Бранденбургские концерты».

Цель пятого периода состоит в диагностике постгипнотического состояния, выяснении характера ощущений, возникших в ходе сеанса, устранении возможных неприятных и необычных ощущений, потенцировании последующих гипнотических сеансов.

Гипнотерапия и внушение наяву в большинстве случаев рассматривались как методы скорой психотерапевтической помощи. Достаточно широкое использование их не снижало значения общепсихотерапевтического воздействия, непосредственно связанного с лечебной педагогикой, других приемов психотерапии. При необходимости применялась семейная психотерапия, которая строилась в три этапа: обследование семьи, обсуждение данной проблемы в семье, совместная психотерапия больного и его родителей.

В системе реабилитации у 57 детей в возрасте 10—14 лет применялась аутогенная тренировка. Выделялись три общих этапа при обучении детей аутотренингу (АТ): формирование психологической установки на овладение АТ, освоение необходимых и адекватных элементов техники АТ, целенаправленное использование АТ для достижения лечебных и психологопедагогических целей.

Чем младше ребенок, тем в меньшей мере осознает он свой дефект и тем сложнее вызвать и поддерживать у него в дальнейшем интерес к упражнениям. В то же время, не обеспечив соответствующего настроения на систематические занятия, невозможно добиться сколько-нибудь заметных успехов. Считая, в общем, что психотерапевты не должны намеренно способствовать возникновению чувства ущербности, что рекомендуют психотерапевты-психоаналитики [9, 11, 13], даже если это могло бы стимулировать интерес к занятиям, мы в большинстве случаев применяли косвенное психологическое влияние, эмоциональное воздействие, опираясь на сформированные прежде установки и особенности актуального психического состояния.

У детей младшего возраста весьма действенными были поощрение в разных его формах, игровые ситуации, сочетание их с элементами лечебной физкультуры. У старших на первый план выдвигалось апеллирование к потребности быть здоровым, самостоятельным, сильным, волевым, заслужить признание сверстников.

Задача первого этапа признавалась выполненной, когда ребенок начинал «тянуться» к психотерапевту, испытывать потребность в общении с ним. Тестовым контролем успешности лечения служило охотное выполнение пациентом различных заданий, в том числе и тех, реализация которых связана с выполнением в чем-то неприятных и непривычных для ребенка действий. При полном успехе на первом этапе добиться реализации задач второго и третьего этапов гораздо легче. В детстве с особой силой срабатывает феномен веры и подражания.

При формировании навыка произвольной ре-

лаксации ребенку предоставлялась возможность неоднократно наблюдать, как выполняется это упражнение другими детьми, пальпировать их мышцы в состоянии напряжения и расслабления, поднимать релаксированные конечности других детей. Для обучения детей АТ использовался специально разработанный прием «научи куклу», когда ребенку предлагалось «обучить» упражнению, осваиваемому им самим, свою куклу. Психотерапевт, наблюдая за «сеансом» и помогая проводить его, фиксировал одновременно характерные речевые обороты и действия пациента с тем, чтобы впоследствии использовать их по отношению к самому ребенку. С учетом этого составлялись лечебные формулы индивидуальных самоушушений.

Широко применялись созданные с учетом детской логики приемы рациональной (аретепсихотерапия, психотерапия игнорированием, с помощью отвлечения внимания, обучающая психотерапия) и косвенной (потенцирование и опосредование) психотерапии. Это позволяло добиться того, что дети охотно и своевременно выполняли даже субъективно неприятные для них назначения. Специально проведенное психологическое исследование показало, что во многих случаях нецелесообразно оставлять детей в полном неведении относительно проводимого им лечения, ибо отсутствие подобной информации рождает страх, недоверие и неприязнь к медикам, негативизм. Дети начинают отождествлять свое страдание с теми, кто его врачует, считая последних источником неприятностей, связанных с болезнью и ее лечением. Подобными чувствами ребенок нередко заражает своих родных, соседей по палате.

Применение рациональной и косвенной психотерапии позволяло предупреждать и своевременно корректировать такие реакции. Важным моментом здесь было создание у пациентов убеждения в том, что смысл всех действий медицинских работников состоит в избавлении ребенка от неприятностей, обусловленных заболеванием. Детям давалась психотерапевтически опосредованная, доступная их пониманию информация о целях и задачах лечения. Им сообщалось, например, что принимаемые капли уменьшают тошноту, таблетки успокаивают боли, отвар из трав помогает печени работать лучше и т. п.

Изучение эффективности разработанных мероприятий показало, что применение адекватных способов психотерапевтического воздействия в комплексе мероприятий по реабилитации детей с хронической гастроэнтерологической патологией открывает новые возможности для более полной коррекции пограничных психических расстройств, включая соматогенно обусловленные, а также психической составляющей телесного недуга, равно как и для создания благоприятного психологического климата в детском больничном коллективе, оптимизации существующих лечебно-восстановительных программ.

1. Белоусов Ю. В. // Детская гастроэнтерология. — Киев, 1978. — С. 30—87.
2. Буянов М. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков (Суггестивные и тренировочные методики). — М., 1976.
3. Филатов А. Т., Скумин В. А., Кобзарь А. Д. Гипносуггестивная психотерапия (Метод. рекомендации). — Харьков, 1983.
4. Ковалев В. В., Белов В. П. // Клиническая динамика неврозов и психопатий. — Л., 1967. — С. 59—86.
5. Лукьянова Е. М. // Детская гастроэнтерология. — Киев, 1978. — С. 127—188.
6. Павлов И. П. Полн. собр. соч. Т. 4. — Москва; Ленинград, 1951.
7. Рожнов В. Е., Дранкин Б. З. // Всесоюзная конф. по организации неврологической и психиатрической помощи детям. — М., 1980. — С. 155—156.
8. Соломатин В. Т. Церебровегетативные аспекты патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1981.
9. Barker Ph. Basic Child Psychiatry. — London, 1971.
10. Feva G. A. // Neopsychiat. infant. — 1981. — N 234. — P. 71—83.
11. Freud A. The Psychoanalytical Treatment of a Child. Lectures and Essays. — New York, 1971.
12. Голенева М., Тейхманова Д. // Симпозиум детских психиатров социалистических стран, 4-й: Тезисы докладов. — М., 1976. — С. 193.
13. Hodas G. R., Honig P. J. // Clin. Pediat. — 1983. — Vol. 22. — P. 167—172.
14. Herzog D. B., Harper G. // Ibid. — 1981. — Vol. 20. — P. 761—767.
15. Psychopharmaka bei Kindern. // Münch. med. Wschr. — 1981. — Bd 123. — S. 245—246.
16. Zdanowicz W., Jaroszyk-Steiner W., Nowak S. // Pediat. pol. — 1981. — Vol. 56. — P. 1351—1354.

Поступила 04.09.84

Лекции

УДК 616-008.9-036.11-053.31-092:612.014.49

В. А. Таболин, Л. И. Лукина, Е. К. Кургашова, Г. В. Дьякова

ОСТРЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Кафедра детских болезней № 2 (зав. — член-корр. АМН СССР проф. В. А. Таболин)
II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

В период адаптации, особенно в первые часы и дни жизни, у новорожденных детей имеется ряд особенностей обмена веществ, обуславливающих отклонения биохимических показателей. Эти изменения и колебания обмена веществ чаще всего протекают асимптоматично и только при определенных патологических условиях усугубляются и существенно сказываются на состоянии детей.

Острые метаболические нарушения в период адаптации можно разделить на три группы.

1. Нарушения, возникшие в результате неблагоприятного течения перинатального периода, недоношенности, незрелости, у детей, перенесших асфиксию, гипоксию во внутриутробном периоде, родившихся у матерей с эндокринной или тяжелой соматической патологией, токсикозами беременности, получавших различную медикаментозную терапию. Эти изменения носят транзиторный характер, но проходят после назначения соответствующей корригирующей терапии.

2. Метаболические нарушения, возникшие в результате врожденных дефектов обмена веществ, а также эндокринопатий и пороков развития врожденного характера и пр.

3. Обменные нарушения ятрогенного характера, развившиеся в результате неправильно про-

водимой инфузионной терапии, недостаточно скорригированного и плохо контролируемого парентерального питания.

Чаще всего в период адаптации у новорожденных детей встречаются следующие нарушения обмена веществ, требующие немедленной коррекции: гипо- и гипергликемия; гипо- и гипермагнезиемия, гипо- и гиперкальциемия, гипермагниемия, гипер- и гипокальциемия, гипо- и гипернатриемия, ранний и поздний ацидоз, снижение содержания фибронектина, повышение уровня гистамина, гиперпрогестеронемия, гипербилирубинемия, гипопротромбинемия.

Некоторые нарушения обмена веществ периода новорожденности хорошо изучены и описаны в литературе, поэтому остановимся только на недостаточно изученных и освещенных вопросах, поднятых в литературе последнего времени.

R. Ballard [4], описав 8 случаев гипераммониемии новорожденных, сделал вывод, что повышение уровня аммония в крови у новорожденных не является редкостью. О гипераммониемии у новорожденных сообщают другие авторы [12, 21, 28, 32]. У новорожденных главным поставщиком аммония является эндогенный метаболизм глутамина, глутамата и аденилата. Причиной гипераммониемии служат врожденные дефекты обмен-