

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

© Макаров И.В., 2003

И.В. Макаров

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЬЯМ И ПОДРОСТКАМ

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия», Санкт-Петербург

Активные меры по организации системы психоневрологической помощи детям и подросткам принимались в России уже в конце XIX — начале XX века. В Западной Европе, в частности во Франции, в XIX веке психиатрия была «посвящена» взрослым больным, и лишь с XX столетия психиатры заинтересовались детьми, которые до этого быстро умирали или жили с родителями. В СССР создание системы государственной детской психиатрической помощи относится к 1934 г. В том же году Г.Е. Сухарева, сформулировала концепцию организации такой помощи: 1) дифференцированность учреждений; 2) ступенчатость их организации; 3) приближенность к населению. Для детской психиатрии с момента ее организации в нашей стране наиболее характерным было развитие внебольничного звена.

В Российской Федерации психиатрическую помощь отличают бесплатность, общедоступность, территориальный принцип ее оказания, преемственность и специализация в работе учреждений разного уровня, и в целом действует более 30 утвержденных форм психиатрической помощи. Как отмечает Б.А. Казаковцев (2001), главное достоинство отечественной психиатрической службы — ее секторизация, а первостепенной задачей психиатрии является рациональное приближение помощи к пациенту и его семье. Иными словами, речь идет об антропоцентрической модели ее организации. Современная отечественная психиатрия требует дальнейшего развития, причем большинство специалистов придерживаются мнения о приоритете внебольничной помощи.

За последние годы система оказания психиатрической помощи детскому-подростковому населению нашей страны в целом достигла определенных успехов. Необходимость значительного реформирования детской психиатрической службы, приоритет ее социальной направленности и увеличение ее роли как в целом, так и в отдельных регионах подчеркивают многие специалисты. Отмечается также необходимость развития прежде все-

го детской амбулаторной психиатрической службы в регионах, учет качества жизни детей с психическими заболеваниями, что соответствует зарубежному опыту. Общие принципы организации психиатрической помощи детям и подросткам были сформулированы В.В. Ковалевым (1995): 1) учет возрастной периодизации (0—3 года, 4—6 лет, 7—9 лет, 10—14 лет и 15—17 лет) и возрастной структуры психических расстройств; 2) преобладающий внебольничный характер помощи; 3) особое значение педагогической реабилитации; 4) преимущественно межведомственный характер организации помощи; 5) тесная связь с педиатрической и детской неврологической службой; 6) «бригадный метод» (участие в оказании помощи, наряду с психиатром, педагога-дефектолога, логопеда и психолога).

Оказание психиатрической помощи предъявляет особые требования к соблюдению этических принципов как на этапе активного лечения, так и при проведении всего комплекса реабилитационных мероприятий. Необходимость и важность соблюдения этических норм при работе с психически больными детьми, в частности, с детьми, страдающими психозами, неразрывность таких норм с реабилитационными программами неоднократно подчеркивались разными авторами. А.Е. Личко (1988) отметил, что при реабилитации подростков с эндогенными психозами необходимы: 1) максимальная занятость подростка; 2) минимальная по продолжительности госпитализация; 3) необходимость продолжения образования; 4) необходимость постоянного общения со сверстниками; 5) максимальные усилия на адаптацию в семье.

Оптимальная организация психиатрической помощи невозможна без постоянной подготовки не только врачей, но и всего медицинского персонала, работающего с больным и его родственниками. Образовательная и психотерапевтическая работа с семьей психически больного особенно важна, причем как помощь профессионалов, так и обще-

ственное звено помощи. В детской психиатрии семейное консультирование является важным инструментом, который может существенно увеличить эффективность лечения и реабилитации детей с психозами.

Организация психиатрической помощи детям и подросткам должна осуществляться в тесной интеграции с педиатрической службой и педагогами. В настоящее время в Российской Федерации в различных регионах сложился и продолжает развиваться многофункциональный («бригадный») подход при оказании психиатрической помощи детско-подростковому населению, что соответствует зарубежному опыту. Как замечает Ф.Б. Кондратьев (1989), часто «закрепленность» ребенка за одним врачом ограничивает его возможности; автор указывает на необходимость предоставления возможности выбора больному и его близким врачу-куратора. Важно учитывать при этом, что для подростков вообще достаточно трудна смена лечащего врача, в связи с чем нужна тесная преемственность детских и подростковых психиатров, а также их тесная связь со взрослой службой.

Стационарная помощь. В СССР при организации стационарной психиатрической помощи необходимым считался учет географических, демографических, экономических и иных особенностей региона, где развертываются психиатрические койки. Так, например, Н.М. Жариков (1983) указывал на то, что в сельской местности могут быть целесообразны единые больницы для соматически и психически больных. Достаточноенным опытом являлась схема «психоневрологический диспансер — больница», дополненная медико-психологической службой и тесной связью больницы с полустационаром и другими внебольничными учреждениями. Дополнительно указывалось на необходимость создания оптимальной терапевтической среды в стационарных отделениях, а также на действенность используемых регулярно домашних отпусков.

В новой концепции здравоохранения отдается приоритет внебольничной психиатрической помощи, планируется уменьшение количества стационарных коек, при этом подчеркивается необходимость профилизации самой стационарной помощи. В.С. Ястребов и соавт. (1998) указывают на то, что 65—70% расходов на здравоохранение нашей страны тратится на стационарную помощь.

Детская стационарная психиатрическая помощь в СССР развивалась достаточно успешно: в регионах открывались специализированные детские психиатрические отделения, четкость организации работы интернатов позволила в ряде случаев освободить отделения от некурабельных больных, предлагались различные варианты терапии средой, игрой, рукоделием, внедрялась реабилитация в острых (беспокойных) детских отделениях. В Москве имелся опыт работы при детской психиатричес-

кой больнице лечебно-диагностического комплекса с медико-генетической консультацией, лабораториями, отделением для больных с фенилкетонурзией. Целесообразным было признано создание отделений для детей с психическими нарушениями от 0 до 3 лет при крупных многопрофильных больницах, а также отделений для детей дошкольного возраста, причем указывалось на то, что длительность работы койки в году в этих отделениях должна быть больше из-за сложности обследования таких больных и частых карантинов. Л.П. Рубина (1984) отметила, что правильно организованная стационарная помощь имеет существенное значение для всей детской психиатрической службы в целом. За рубежом в последние годы широкое распространение получила краткосрочная госпитализация взамен длительного пребывания в больнице, а характер окружающей обстановки психиатрического стационара все более приближается к условиям соматических больниц. И.Я. Гуревич и соавт. (1991) также отмечают, что имеется богатый зарубежный опыт деятельности резиденциальных лечебных центров вместо обычных психиатрических больниц для подростков, где больные совместно проживают, осуществляется их индивидуальная терапия, а руководителем центра является социальный работник. Госпитальные центры предлагались и для коррекционной работы с больными детским аутизмом. Большое внимание западные специалисты уделяют оборудованию стационарных отделений и игровых комнат, спортивным и другим развивающим моторику занятиям, что способствует полноценному контакту с ребенком, а также предлагают шире использовать госпитализацию психически больных детей и подростков в педиатрические стационары. И.А. Козлова и соавт. (1993) считают правильным смешанный состав стационара (мальчики и девочки) для детей 7—14 лет, что приближает такую помощь к полустационарной и уменьшает «закрытость» психиатрических больниц. Пребывание в психиатрическом стационаре особенно тяжело для детей и подростков, в связи с чем предлагается разрешать больным как можно больше телефонных звонков, встреч с родными, в том числе вне больницы, например, в кафе в сопровождении медицинского персонала.

В отличие от взрослых, число детей, госпитализированных в стационар, на протяжении последнего десятилетия в Российской Федерации неуклонно возрастает, причем увеличивается доля больных с психозами: с 1994 по 1999 гг. — на 31,6%, и в 1999 г. психозы составили 8,4% от всех больных детского психиатрического стационара. Во Франции доля психозов в детском психиатрическом стационаре составляет 69%, из них психотические варианты аутизма — 17%, а количество пациентов с острыми психозами — 4,1%. По мнению зарубежных авторов, уменьшение количе-

ства госпитализированных в стационар детей — это и «состояние менталитета», сформировавшийся образ мышления психиатрической общественности. В настоящее время считается, что, как правило, целесообразнее организация подростковых отделений с небольшим числом коек (30 и менее), а при достаточной мощности психиатрического стационара отделения могут быть специализированы по состоянию больных: для детей с психозами и другой тяжелой патологией, а также для больных с пограничными и невыраженными психотическими состояниями. Авторы рекомендуют по возможности раннее включение полустационарного режима в отделении и широкое использование домашних отпусков, формулируют противопоказания к направлению больного в подростковое отделение: 1) психические нарушения в остром периоде черепно-мозговой травмы; 2) сочетанные тяжелые неврологическая, соматическая патология и инфекции; 3) тяжелые формы психопатического поведения с антисоциальными установками, половыми извращениями, злоупотреблением алкоголем и наркотических средств; 4) слабоумие без осложняющих психопатологических нарушений. R. Dalton et al. (1987) приводят основные показания к госпитализации ребенка в психиатрический стационар: 1) необходимость диагностических стационарных исследований; 2) наличие тяжелых расстройств (например, агрессия, суицидальные действия); 3) соматические осложнения (например, при нервной анорексии); 4) отклонения в окружающей среде, мешающие выздоровлению (например, алкоголизм родителей); 5) выраженная гиперопека в семье или поощрение бездеятельности ребенка после приступа болезни; 6) отказ от обучения в школе, с которым невозможно справиться в амбулаторных условиях.

Полустационарная помощь. Полустационарная помощь стала занимать все более важное место в системе психиатрической службы нашей страны с начала 70-х годов XX века, при этом дневные стационары могли удержать от госпитализации в больницу до 25% больных шизофренией, а по данным В.С. Ястребова (1987, 1998), — до 40% таких пациентов. По мнению И.Я. Гуровича (1988), дневной стационар — это форма, занимающая самостоятельное место в структуре психиатрической помощи, предупреждающая госпитализацию, которая не должна рассматриваться только как промежуточное звено между диспансером и больницей.

И.Я. Гурович и соавт. (1981) отметили необходимость создания сети отдельных полустационаров для детей, подростков, геронтологического профиля и др. К этому времени уже имелся определенный опыт работы детско-подростковых дневных стационаров, имеющих как лечебно-профилактические, так и экспертные задачи и являвшиеся по сути медико-педагогическими учрежде-

ниями. А.Е. Личко (1985) указывал на то, что полустационар при диспансере позволяет не производить смены лечащего врача, что особенно важно для подростков. Важным являлось и создание психиатрических дневных стационаров для детей дошкольного возраста и школьников.

В настоящее время дневные стационары считаются высокоэффективной отдельной системой психиатрической помощи, причем в системе стационарной помощи они занимают 7,9% от всего числа коек. Более активная организация полустационарной помощи связана с целевой федеральной программой Министерства здравоохранения РФ на 2000—2005 гг., при этом выполнение подобных программ является также мерилом деятельности региональных служб по совершенствованию психиатрической помощи населению.

В детской психиатрии в настоящее время очевидна целесообразность внедрения современных организационных технологий, в том числе и стационарзамещающих. Целесообразность развития дневных стационаров для детей и подростков не вызывает сомнений. Имеется опыт создания не только полустационаров для детей при диспансерах или как отдельной службы, но и на базе общеобразовательных школ. Дневной стационар оказывается удобной формой помощи и для детей с психозами, позволяющей одновременно с терапией обучать больных в школе. По данным Е. Fombonne et al. (1988), во Франции в детских дневных стационарах с годами нарастало количество поступающих больных с психозами: в 60-е годы XX столетия психозы составляли около 40%, а в 1986 г. — до 80% всего контингента детского полустационара. Как замечают И.А. Козлова и соавт. (1993), реабилитация некоторых больных, например с детским аутизмом, не может ограничиваться деятельностью только специализированного полустационара, а необходима комплексная логопедическая, педагогическая и психологическая коррекция на базе всей внебольничной сети.

Сроки пребывания ребенка в дневном психиатрическом стационаре должны быть ограниченны. Так, И.Я. Гурович и соавт. (1992) указывают на то, что срок пребывания подростка в полустационаре не должен превышать 60 дней, в исключительных случаях возможно пребывание до 99 дней. Срок пребывания ребенка в дневном логопедическом стационаре составляет от 4 до 8 месяцев, а в порядке исключения может быть увеличен до одного года, при этом число детей в дневном стационаре не должно превышать 40—45 человек.

Задачи подросткового дневного психиатрического стационара были сформулированы И.Я. Гуровичем и соавт. (1992): 1) психиатрическое обследование, диагностика и лечение; 2) психотерапевтическая коррекция; 3) социальные лечебно-педагогические мероприятия; 4) социореабилитационная работа.

Альтернативные организационные формы. Детская психиатрия должна выйти за рамки традиционных форм психиатрической помощи. Дневные стационары, специализированные центры и другие детские психиатрические учреждения улучшили диапазон и терапевтические возможности помощи больным, но не смогли преодолеть существующего разрыва с первичной медицинской сетью. Единой моделью психопрофилактической помощи может стать центр охраны здоровья детей. Работа центра психического здоровья детей и подростков позволяет осуществлять консультативную и организационно-методическую работу, обучение специалистов, координацию деятельности детских служб. Интересно, что еще два десятилетия назад признавалась целесообразной организация детско-подростковых объединений, в структуре которых стационар не должен играть главенствующей роли. Опыт работы Санкт-Петербургского Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия», созданного в 1989—1990 гг. и объединившего как амбулаторную, так

и стационарную и полустационарную службы, доказал преимущества именно такой системы организации психиатрической помощи детскому-подростковому населению в условиях крупного города.

Таким образом, необходимость дальнейшего реформирования системы оказания психиатрической помощи детям и подросткам в РФ не вызывает сомнений. Приоритетными являются развитие внебольничного звена помощи и обязательная социальная направленность детской психиатрии. В рамках целевой федеральной программы наиболее активно идет развитие детских психиатрических полустационаров. Служба детской психиатрии должна выйти за рамки традиционных форм помощи, что позволит добиться ее максимальной эффективности. Одной из возможных организационных форм в условиях крупного города с высокой плотностью населения является создание детских психиатрических объединений (центров), включающих в себя как стационарное, так и развитое амбулаторное звено помощи с единой системой руководства.

© Коллектив авторов, 2003

Е.В. Яцык, П.Л. Щербаков, О.И. Маслова

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Научный центр здоровья детей, Москва

Последние десятилетия XX века ознаменовались достижениями в области детской гастроэнтэологии, что сопровождалось значительными успехами в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов пищеварения у детей.

Однако хронические заболевания органов пищеварения остаются наиболее частой патологией, встречающейся как у взрослых, так и у детей [1]. Золотым стандартом диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта является эндоскопия. Принципиально новый подход к решению диагностических проблем ускорил распознавание гастроэнтерологической патологии у детей и позволил отказаться от многих рутинных исследований, являющихся существенным препятствием в преодолении последствий запоздалой диагностики. В настоящее время эндоскопические методы исследования имеют существенное значение в совершенствовании системы раннего выявления и адекватного лечения детей с заболеваниями органов пищеварения, они широко внедрены в медицинскую практику.

В работах различных авторов [2] отмечено, что как взрослые, так и дети различного возраста, достаточно эмоционально реагирующие на эзофа-

гогастродуоденоскопию, переживают стресс. Основной причиной его возникновения является болезнь асфиксии и аспирации содержимым желудка во время исследования, из-за отсутствия представления о топографическом соотношении дыхательного и пищеварительного трактов. Немалую роль в этом может играть негативный опыт предыдущих поколений, переносящийся на детей, при разъяснении сути процедуры. Состояние дискомфорта при одно- или многократном проведении эндоскопического исследования у детей с болезнями пищеварительного тракта в совокупности с влиянием основного заболевания отражается на показателях качества жизни.

Качество жизни — интегративная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» [3].

Понятие «качество жизни», используя медицинский подход, определяется с помощью трех показателей: