

**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 детско-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 гастроэнтерологии, 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 боязнь 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, переносившийся 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:

1) основные функции организма, включающие в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, интеллектуальная деятельность;

2) клинический симптомокомплекс, связанный с основным или сопутствующим заболеванием или его лечением;

3) психоэмоциональное состояние, которое находится в прямой зависимости от течения патологического процесса, психологического контакта с врачом и обществом, режима выполнения лечебных и диагностических мероприятий, удовлетворения медицинской помощью [4].

Исследование качества жизни в медицине — уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Изучение параметров, определяющих качество жизни, позволяет решить значимые проблемы, с которыми сталкивается клиницист. Их знание позволит оптимизировать наблюдение за пациентом в динамике лечения, определить эффективность проводимого лечения, оценить и вовремя провести коррекцию терапевтической программы, разработать прогностическую модель течения и исхода заболевания.

Для улучшения качества медицинской помощи в педиатрии необходимо расширение объема диагностической информации о ребенке за счет включения в перечень первичных диагностических данных показателей его физического, психологического и социального функционирования, интегрированных в понятие «качество жизни». В последние годы широкое распространение получила оценка эффективности лечения с помощью изучения критериев, определяющих психоэмоциональное состояние пациента [5].

Психоэмоциональный статус ребенка является основополагающим в определении качества жизни в детской практике. Это утверждение и повлияло на выбор направления нашего исследования. Его главной задачей явилась разработка вербально-медикаментозной подготовки детей к эндоскопическому исследованию и изыскание методов психологической коррекции в постманипуляционном периоде.

В Научном центре здоровья детей было исследовано психоэмоциональное состояние 36 детей школьного возраста с гастроэнтерологической патологией, которым с диагностической целью была выполнена эзофагогастродуоденоскопия.

Для определения психоэмоционального состояния детей использовали инструментальное психофизиологическое обследование, имеющее тестовую форму. В протокол исследования вошли компьютерная тестовая программа «Психомат» и специально разработанные две анкеты-опросника.

Определение показателей тревожности, как проявления реакции на стрессовую ситуацию, проводили с помощью модифицированных тестов Люшера, Цунга и Спил-

берга. Используемые нами тесты адаптированы для детей школьного возраста.

Тестирование проводили в стандартных условиях до и после эндоскопического исследования.

Богатый опыт применения психологами восьмицветового теста Люшера в различных направлениях позволяет выявить неподвластные сознанию проявления индивидуально-личностных свойств, которые отражают тип реагирования на средовое воздействие и степень толерантности к агрессии. Процедура обследования протекает следующим образом: испытуемому предлагается выбрать из расположенных перед ним цветных таблиц самый приятный цвет для испытуемого в данный момент. Каждый раз пациенту предлагается выбрать наиболее приятный цвет из оставшихся, пока все цвета не будут отобраны [6]. Далее с помощью программы «Психомат» производится обработка данных. В классическом варианте обработка данных основана на построении и анализе числового ряда из цифр, кодирующих каждый цвет соответственно. Тест прост в применении и несет значительную информацию.

Анализ данных, полученных при проведении теста Люшера, показал, что 28% детей находились в состоянии стресса при проведении эзофагогастродуоденоскопии; у 41% манипуляция спровоцировала возникновение эмоционально-неустойчивого состояния, которое сопровождалось незначительным затруднением концентрации внимания и раздражительностью; 31% детей восприняли манипуляцию спокойно, и после анализа интерпретации данных теста не было зафиксировано изменений показателей уровня тревожности.

Тест Спилберга включен в программу исследования также по причине простоты применения и достаточно высокой информативности. Тест дает возможность выяснить уровень личностной тревоги, зависящий от особенностей сформировавшегося характера ребенка, и показатель реактивной тревоги. В основе реактивной или ситуационной тревоги лежит степень восприимчивости ребенка к агрессии различных аспектов окружающей среды на момент воздействия последних. Тест представляет из себя форму опросника. Испытуемый при ответе на вопросы должен воспользоваться предложенными вариантами ответов. Для определения личностной и ситуационной тревоги применяют два блока вопросов. В варианте, исследующем личностную тревогу, используют вопросы о состоянии пациента, которое он испытывает на протяжении длительного времени. В блоке, используемом для определения уровня реакционной тревоги, вопросы направлены на выяснение состояния пациента в момент исследования. Обработку данных проводят компьютерной программой «Психомат».

По данным теста Спилберга, уровень личностной тревоги изначально у 60% детей был умеренным, а у 34% — высоким. На представленном фоне уровень реакционной (ситуационной) тревоги при первичном обследовании у основной группы детей был низким. В динамике, после проведения эзофагогастродуоденоскопии, наблюдалось незначительное нарастание уровня тревожности по обоим показателям.

Шкала самооценки тревоги, разработанная Цунгом, является ценным инструментом для измерения тревоги как клинического состояния и обладает всеми преимуще-

ствами шкал самооценки [7]. Шкала имеет также форму опросника с предложенными вариантами ответов. Исследование занимает около 5 мин, за это время пациент отвечает на предложенные 40 вопросов. Обработку показателей проводят программой «Психомат».

При анализе результатов проведения теста Цунга было выявлено, что на фоне умеренно выраженной у 35% детей депрессии исходный уровень тревоги по шкале самооценки был низким у 65%. В динамике, после проведения эндоскопического исследования, на практически не измененном фоне состояния депрессии, показатели шкалы самооценки тревоги, указывающие на ее наличие, выросли на 10%.

Учитывая полученные результаты тестов, нами разработана тактика подготовки детей к исследованию. Основное внимание было уделено вербальным приемам. Врач на данном этапе посредством адекватного психологического контакта имеет возможность максимально снизить у ребенка чувство тревоги. Здесь следует, учитывая тип реагирования ребенка, его контактность, интеллектуальное развитие, доходчиво объяснить сущность проведения исследования и соответствующие правила поведения. Необходимо дифференцированно проводить подготовку каждого ребенка, постараться построить контакт исключительно на личном доверии ребенка к доктору, который будет проводить исследование.

Вызвав личный интерес у ребенка к лечебному и диагностическому процессу, можно добиться положительного психоэмоционального результата в проведении эзофагогастродуоденоскопии, нивелировать состояние тревоги перед и во время эндоскопии.

В настоящее время нами проводится разработка программы лекарственной подготовки к эндоскопическому исследованию детей с эмоционально-неус-

тойчивой психикой и элементами расторможенного типа поведенческих реакций.

Разработка и применение программы психопротекции имеет важное значение для детей, которым эндоскопическое исследование выполняется как однократно, так и в динамике.

Препаратом выбора в период перед исследованием является Фенибут, который широко применяют в схемах для профилактики тревожных состояний, возникающих перед хирургическими вмешательствами и болезненными диагностическими исследованиями. Мы использовали препарат детям до 8 лет в дозе 0,15 г, от 8 до 17 лет — 0,25 г в течение 3 дней. В постманипуляционном периоде использовали комплексный препарат Беллатаминал в возрастной дозировке: до 10 лет —  $1/2$  таблетки 2 раза в день, старше 10 лет — 1 таблетка 2 раза в день в течение 2 недель. Данный препарат применяют в педиатрической практике в схемах лечения состояний, сопровождающихся эмоциональным напряжением.

Анализ психоэмоционального состояния детей на фоне лекарственной профилактики стрессовых реакций показал эффективность избранных препаратов в эндоскопической практике.

В результате проведенного нами исследования выявлено, что определение психоэмоционального статуса в процессе динамического наблюдения позволяет наметить пути оптимизации подготовки ребенка к инвазивной, но крайне информативной манипуляции эзофагогастродуоденоскопии, нивелировать состояние тревоги ребенка во время проведения исследования.

Воздействие, направленное на сохранение психосоматического состояния ребенка с гастроэнтерологической патологией, дает положительный результат как в процессе эндоскопического исследования, так и тактики лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. // VII Конгресс педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». — М., 2002.
2. Долецкий С.Я., Стрекаловский В.П., Климанская Е.В., Сурикова О.А. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. — М., 1984.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб., 2002.
4. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. — Волгоград, 2001.
5. Quality of life assessments in clinical trials / Ed. M. J. Staquest. — Oxford; New York; Tokyo, 1998. — 360 p.
6. Собчик А.Н. Введение и психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. — М., 1999—2000.
7. Zung W.W.K. How normal is Anxiety? (Current Concepts). — Urjohn Company, 1980.