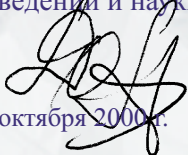


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

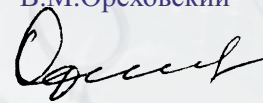
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



25 октября 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



30 октября 2000 г.

Регистрационный № 69-0005

ТАКТИКА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гродно, Гомель 2000

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждения-разработчики: Гродненский государственный медицинский университет, Гомельский государственный медицинский институт

Авторы: доц. С.А. Ляликов, доц. С.Г. Обухов, доц. Ю.Д. Янкелевич

Рецензенты: д-р мед. наук Е.Г. Королева, В.В. Дроздова

В методических рекомендациях обобщен опыт пятилетней работы коллективов кафедры педиатрии лечебного факультета и кафедры психиатрии Гродненского медицинского университета, кафедры неврологии и нейрохирургии Гомельского медицинского института по организации круглогодичного оздоровления детей и подростков с психосоматической патологией, проживающих на территориях, загрязненных радионуклидами.

Методические разработки будут полезны участковым педиатрам, подростковым врачам, врачам-невропатологам, психотерапевтам и психиатрам, занимающимся проблемами группового оздоровления, организаторам здравоохранения и санаторно-курортного оздоровления, врачам санаториев и профилакториев.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ	4
2. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ РАДИОЛОГИЧЕСКИ ЗАГРЯЗНЕННЫХ РЕГИОНОВ	8
2.1. Механизмы формирования предрасположенности к психосоматическим расстройствам	9
2.2. Нозологическая структура психосоматических расстройств	13
2.3. Диагностика психосоматических расстройств	14
2.4. Клинические проявления психосоматических расстройств	17
2.4.1. Соматоформные расстройства	17
2.4.2. Расстройства адаптации	20
2.4.3. Иные психосоматические расстройства	21
3. ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	23
4. ОРГАНИЗАЦИЯ КРУГЛОГОДИЧНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ	25
5. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	32
5.1. Принципы и этапы комплексной реабилитации детей и подростков с психосоматическими расстройствами	32
5.2. Мероприятия, направленные на выведение радионуклидов	34
5.3. Реабилитационные мероприятия для детей и подростков с психосоматическими расстройствами	36
5.4. Тактика врача общей практики при начальных проявлениях отдельных форм психосоматических расстройств у детей и подростков	39
6. ПРИЛОЖЕНИЕ	43
6.1. Психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия	43
6.2. Перечень необходимых физиотерапевтических процедур	46
6.3. Перечень рекомендуемых лекарственных препаратов	49

1. ВВЕДЕНИЕ

Непрерывный рост народонаселения в сочетании с увеличением уровня загрязненности окружающей среды выдвигает проблемы экологии на первый план. В опасности здоровье миллионов людей, подвергающихся постоянному воздействию экологически неблагоприятных факторов.

Чернобыльская катастрофа привела к широкомасштабному радиационному загрязнению территории Республики Беларусь. Ситуация осложнена тем, что в настоящее время страна испытывает определенные социально-экономические трудности.

Авария на Чернобыльской АЭС остается крупнейшей радиационной катастрофой, и изучение ее медико-биологических последствий является насущной проблемой мировой науки. Экологическое состояние многих развитых стран, строящих и эксплуатирующих атомные электростанции, производящих ядерное топливо, не исключает возможности повторения подобных катастроф в больших или меньших масштабах, о чем свидетельствует авария на атомном заводе в Японии в сентябре 1999 г. Подобные обстоятельства подтверждают актуальность изучения не только острого этапа, но и отдаленных последствий радиационного загрязнения.

Описанию биологических последствий аварии на ЧАЭС посвящены работы многих авторов, как в области биологии и экологии, так и в различных отраслях медицины. При изучении состояния здоровья детей и подростков из радиологически неблагоприятных регионов Беларуси большинство авторов указывает на низкое «количество и качество» их здоровья с преобладанием изменений в эндокринной, иммунной и психоневрологической сферах. На фоне Чернобыльской катастрофы возросла частота врожденных пороков развития.

В условиях экологической катастрофы при комплексном воздействии на организм химических факторов, ионизирующего излучения и психотравмирующего влияния реальной и мнимой опасности значительно возрастает частота нарушений психологической и социальной адаптации. Особенно велик риск развития подобных нарушений у детей и подростков. Психологическая дезадаптация у несформированной личности сочетается с общей дезадаптацией и может проявляться патохарактерологическими реакциями, девиациями поведения, задержкой формирования морально-этических качеств, нарушением всех видов регуляции.

Со временем стало очевидным, что глобальные нарушения экологии, кроме прямого физического воздействия на организм, оказывают значительное влияние на образ жизни человека. На радиационно загрязненных территориях ухудшилась социально-экономическая ситуация, люди часто лишаются привычных условий жизни. По-новому рассматривают проблему радиофобии. С начала 90-х гг. понятие «радиофобия» постепенно заменяется понятием острого и хронического стресса, представляющим собой производную от концепции «травматического невроза», которая охватывает не только собственно психическую сферу, но также биохимические и нейрофизиологические аспекты жизнедеятельности.

Изучение особенностей регуляции организма при воздействии неблагоприятных средовых факторов поможет разработать патогенетически обоснованные методы терапии, психокоррекции и реабилитации, в том числе социальной.

Государство вкладывает огромные средства в оздоровление детей из регионов, пострадавших от аварии на ЧАЭС. Однако система школьного группового оздоровления до настоящего времени не сложилась: отсутствует преемственность между школьной и санаторной медициной, при заезде целых классов в санатории врачи не в состоянии всех вовремя осмотреть, диагностировать заболевания и дать индивидуальные назначения. Чаще всего по отношению к детям, в отличие от взрослого контингента, применяется не индивидуальный, а групповой подход, не заполняется или заполняется формально медицинская документация, а в качестве «дежурного» диагноза фигурирует «оздоровление» либо «гипертрофия небных миндалин». При таком подходе медицинские процедуры, назначаемые «для галочки», не достигают своей цели, все содержание такого оздоровления сводится лишь к проживанию вне зоны и чистому питанию. Между тем количество больных детей из «чернобыльской зоны», согласно нашим многолетним исследованиям, а также по данным литературы, приближается к 100%.

Многочисленные массовые обследования детей и подростков, проживающих на радиационно загрязненных территориях, показали, что в оздоровлении нуждаются практически все дети. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О социальной защите граждан, пострадавших от аварии на ЧАЭС», только в Гомельской области подлежат оздоровлению 191225 детей и подростков, в том числе 36461 — двукратно. Направление детей Беларуси на сезонное оздоровление в страны Европы не в состоянии решить проблему улучшения их здоровья. В связи с этим возникает необходимость разработки комплексных реабилитационных программ, проведение которых возможно в местах постоянного проживания и в местных санаториях.

В реабилитационные программы должны включаться все сферы социальной помощи, в том числе мероприятия медицинской реабилитации, а также воспитательно-педагогические программы, направленные на формирование экологического мировоззрения и развитие личности ребенка. Необходима длительная систематическая реабилитация, направленная на достижение комплексного и долговременного эффекта улучшения здоровья детей.

2. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ РАДИОЛОГИЧЕСКИ ЗАГРЯЗНЕННЫХ РЕГИОНОВ

При разработке стратегии оздоровления детей, проживающих в экологически неблагоприятной обстановке, необходимо учитывать структуру региональной патологии. В Беларуси, как и во всем мире, отмечается тенденция к росту загрязнения окружающей среды. После аварии на Чернобыльской АЭС ведущим экологически неблагоприятным фактором стала радиация. Хроническое воздействие даже малых доз радионуклидов на организм человека не может оставаться без последствий. С конца 80-х гг. отмечен рост ряда заболеваний на загрязненных радионуклидами территориях, что послужило основанием расценивать эти заболевания как радиационнозависимые. К ним относят рак щитовидной железы, аутоиммунные заболевания, пограничные психические нарушения, среди которых на первый план выступают психосоматические расстройства.

Литературные данные и результаты наших исследований показывают, что психосоматические расстройства занимают первое место по частоте среди всей радиационнозависимой патологии. Для их эффективной профилактики и коррекции особенно важны ранняя диагностика и учет этиопатогенетических закономерностей.

2.1. Механизмы формирования предрасположенности к психосоматическим расстройствам

На детей и подростков, проживающих в экологически неблагоприятной обстановке, действует целый комплекс патогенных факторов. С одной стороны, авария на ЧАЭС сама по себе является мощным эмоциональным стрессом для людей, проживающих на загрязненных территориях. Хронический стресс, связанный с изменением жизненных стереотипов, с тревогой о будущем, с потерей определенной степени личной свободы, с необходимостью соблюдать меры предосторожности, с когнитивным диссонансом, связанным с разноречивой информацией, вызывает дистресс-реакции и дезадапционные нарушения. Психотравмирующее влияние факта проживания на радиационно загрязненной территории позволяет считать его возможным источником тяжелого соматического заболевания. Наш более чем десятилетний опыт общения с населением радиационно загрязненных регионов показывает, что этот фактор, несмотря на определенную динамику, сохраняет свою актуальность в качестве хронической психотравмы.

Указанные дезадаптационные нарушения проявляются усилением преморбидных личностных черт, невротическими реакциями, обострениями акцентуаций характера и психопатий и возникновением их облигатных вегетативных проявлений. С другой стороны, длительное подпороговое воздействие ионизирующей радиации вызывает функциональные нарушения в клетках гипоталамо-гипофизарной области как наиболее уязвимой к различного рода повреждающим воздействиям, ослабляет интегрирующую роль центральной нервной системы и высших регулирующих центров вегетативной нервной системы, снижает реактивность компенсаторных реакций. Совместное действие стресса и ионизирующей радиации сокращает объем и увеличивает темп утилизации ресурсов организма, приводит к преждевременному исчерпанию адаптивных возможностей. Это приводит к возникновению органически обусловленных вегетативных нарушений, а также способствует замыканию и упрочению «порочного круга» при формировании психонейровегетативных расстройств.

Изменения психоэмоционального состояния сопряжены с расстройствами вегетативной регуляции физиологических функций. Это сочетание представляет собой замкнутый цикл, где все составляющие взаимосвязаны и имеют тенденцию к отрицательному взаимовлиянию, усиливая наметившуюся личностную и вегетативную дисгармоничность и функциональную недостаточность основных систем организма (сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и др.). Все это можно квалифицировать как снижение барьера психической резистентности, формирование тропности к экзогенным патологическим влияниям и предрасположенности к развитию пограничных, в первую очередь психосоматических (поскольку постоянно присутствует фактор тревоги за состояние здоровья и психологически объяснимый астеноипохондрический компонент), расстройств у детей и подростков (рис. 2.1).

Этиопатогенетические влияния неблагоприятной радиационной обстановки можно представить следующим образом.

Этиологические факторы:

- психотравмирующее воздействие микросоциального конфликта;
- воздействие фактора проживания на радиационно загрязненной территории (биологическое, стрессорное).

Патогенетические факторы:

- тип нервной деятельности, конституция, темперамент;
- индивидуальные особенности вегетативного, иммунного, эндокринного и общесоматического статуса;
- социально-психологические (микросоциальное окружение, взаимоотношения в семье, характер воспитания, экономическое положение семьи, взаимоотношения с окружающими в школе, в неформальном коллективе сверстников, особенности характера, включая акцентуации).

Этиопатогенетические закономерности патологии психической сферы у детей и подростков из экологически неблагоприятных регионов предполагают необходимость оценки основных факторов, формирующих барьер психовегетативной резистентности для выявления групп риска и адекватной организации реабилитационной тактики.



Рис. 2.1. Схема формирования предрасположенности к психосоматическим расстройствам у детей и подростков из радиационно загрязненных регионов

2.2. Нозологическая структура психосоматических расстройств

Понятие психосоматического расстройства включает в себя синдромальный и патогенетический смысл, т.е. это состояния, которые проявляются сочетанием психических и соматических нарушений, связанных между собой причинно-следственными связями. Этот вид расстройств проявляется на непсихотическом уровне и в детском и подростковом возрасте чаще встречается в следующих диагностических рубриках (МКБ-10):

- F30–F39. Аффективные расстройства (расстройства настроения).
- F40–F48. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
- F93–F94. Эмоциональные расстройства и расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского или подросткового возраста.

По данным литературы и наших исследований, у детей и подростков, проживающих в радиационно загрязненных регионах, в 65–70% случаев обнаруживаются отдельные психопатологические нарушения, не достигающие психотического уровня. Эти нарушения проявляются невротическими, неврозоподобными либо психопатоподобными синдромами и во всех случаях сопровождаются функциональными нарушениями со стороны внутренних органов и систем. У 45–50% детей расстройства носят преходящий характер, возникают в условиях изменения ситуации и отличаются фрагментарностью, незавершенностью психопатологических феноменов, не нарушают адаптацию в школе, семье либо в неформальном коллективе сверстников. У 25% детей психические расстройства невротического уровня оказываются более стойкими и стабильными и продолжаются не менее двух недель. Эти расстройства характеризуются астенической симптоматикой, отдельными аффективными, чаще депрессивными, проявлениями, психопато- и неврозоподобными синдромами и психосоматическими нарушениями.

Поскольку в клинической картине этих невротических расстройств на первый план выступают психосоматические симптомы, доминирующую позицию в их возникновении занимает психотравмирующая ситуация, а жалобы, предъявляемые пациентами, касаются только соматической сферы, эти нарушения мы рассматриваем как группу психосоматических расстройств.

2.3. Диагностика психосоматических расстройств

Согласно современной классификации болезней (МКБ-10), психосоматические расстройства относятся к психиатрическому разделу классификации. Однако в нашей стране и других странах СНГ диагностикой и лечением большинства проявлений психосоматических расстройств занимаются не психиатры, а врачи других специальностей, в частности, терапевты, педиатры, невропатологи, кардиологи. Организационная структура психотерапевтической службы, врачи которой могут более квалифицированно подходить к лечению этих заболеваний, и психотерапевтическая культура нашего населения в настоящее время не позволяют охватить данным видом помощи большинство больных. В связи с этим мы наряду с современными методами психометрической диагностики представляем и традиционные методы диагностики психосоматических расстройств, доступные любому врачу.

Нами разработана комплексная методика, позволяющая решать задачи выявления психосоматических расстройств и выбора адекватной тактики реабилитации. Эта методика осуществляется в рамках предлагаемой трехэтапной системы круглогодичного оздоровления (подробнее см. в главе 4).

В начале первого этапа всем детям проводится клинико-лабораторно-инструментальное обследование с участием педиатра, невропатолога, офтальмолога, оториноларинголога, стоматолога. Изучаются общий анализ крови и мочи, иммунограмма и гормональный статус по показаниям. С помощью программно-аппаратного комплекса «Кард» записывается электрокардиограмма и кардиоинтервалограмма, определяется исходный вегетативный тонус и вегетативная реактивность. Для диагностики вегетативных расстройств используется вопросник А.М. Вейна.

Затем проводится психометрическая диагностика на основе программно-аппаратного комплекса «Миниклиника».

Программа комплекса «Миниклиника» включает в себя вербальный вопросник определения типологических личностных характеристик и «показателей выделения психиатрического случая», тест Люшера, тест Крепелина и методику определения интеллектуального коэффициента (IQ) Амтхауэра.

В процессе консультирования с использованием этого комплекса после выполнения пациентом указанных тестов последовательно решаются следующие задачи:

- первичная сортировка с выделением группы психосоматических расстройств (нуждающиеся в индивидуальном психотерапевтическом консультировании);
- индивидуальное психотерапевтическое консультирование;
- индивидуальное психиатрическое консультирование;
- постановка окончательного диагноза;
- распределение пациентов по группам дифференцированной психологической коррекции.

В качестве маркеров психосоматических расстройств используются основные диагностические критерии, часть которых построена на выделении факторов патогенеза:

- психометрические показатели — психологические жалобы, соматические жалобы, не подтвержденные результатами объективного соматического обследования, девиации поведения, нарушающие социальную адаптацию;
- признаки личностной дисгармоничности (личностные девиации, формирующие барьер психической резистентности);
- показатели ситуационного психоэмоционального неблагополучия (психосоциальный стресс);
- объективные показатели астенизации.

Результаты тестирования через 10–15 мин выводятся на экран компьютера в виде таблицы. Каждый из столбцов содержит результат в стандартизированных баллах.

В итоге обследования формируются следующие заключения:

1. «Нуждается в дальнейшем психотерапевтическом консультировании».

Этот тип заключения предполагает следующие варианты:

- «Умственная отсталость»;
- «Психосоматическое расстройство»;
- «Иные психические расстройства»;

2. «Не нуждается в дальнейшем психотерапевтическом консультировании».

Диагностическая программа составлена так, чтобы дать возможность в процессе индивидуального консультирования дополнительно оценить каждую из шкал по выбору врача. При этом предлагаются уточняющие критерии, которые оцениваются количественно в процессе клинико-психологического обследования.

При индивидуальном консультировании определяются синдромы, патогномоничные для психосоматических расстройств, с особенностями проявления, характерными в детском и подростковом возрасте. При диагностике психосоматических расстройств использовались также критерии, позволившие исключить диагноз фобического расстройства.

2.4. Клинические проявления психосоматических расстройств

2.4.1. Соматоформные расстройства

Согласно исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 соматоформные расстройства психометрически выявляются у 50% обследованных детей из регионов радиоактивного загрязнения.

Оценка психолого-психометрических показателей у детей и подростков из радиационно неблагоприятных регионов, выполненная с использованием приведенной методики, имеет следующую характерную картину:

- нарастает эмоциональная неустойчивость (конфликты, фрустрация, стресс, напряженность);
- усиливается астенизация, снижается работоспособность;
- выявляются более низкие показатели интеллектуального коэффициента, имеющие тенденцию к дальнейшему снижению по мере повышения уровня влияния радиационного фактора;
- отмечается преобладание нестабильных типов темперамента (меланхолического и холерического) за счет усиления нейротизма;

– преобладают черты личностной дисгармоничности, которые проявляются за счет усиления значений всех личностных черт, особенно тревожности, эмоциональной неустойчивости, а также психологических жалоб и девиаций поведения.

Психопатологические изменения проявляются невротическими синдромами, такими как астенический, церебрастенический, астеноневротический, астенодепрессивный, астеноипохондрический, реже — обсессивный. У детей, проживающих в регионах с высоким уровнем радиационного загрязнения местности, соматоформные расстройства характеризуются преобладанием церебрастенического синдрома. Этот синдром проявляется повышенной истощаемостью, недержанием аффектов, в ряде случаев нарушениями кратковременной памяти, выраженным расстройством концентрации внимания. У детей этой группы прослеживается связь ведущего психотравмирующего момента с фактом проживания в радиоактивно загрязненной местности. При этом дети и подростки стараются не акцентировать внимание на этой взаимосвязи, но в их высказываниях звучит озабоченность фактом проживания в радиационно загрязненном регионе, подростки указывают на желательность перемены места жительства, озабоченность состоянием своего здоровья в связи с радиационным загрязнением местности проживания.

В личностном профиле детей и подростков доминируют такие качества, как ананкастность и тревожность.

Соматоформные расстройства клинически диагностируются как соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3).

Соматоформные расстройства проявляются многочисленными жалобами соматического характера со стороны внутренних органов (преимущественно сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта) и центральной нервной системы с активным их предъявлением и заинтересованностью в медицинской помощи. При этом клинко-соматическое, кардиографическое и инструментальное исследование нервной, сердечно-сосудистой системы, желудка и начальных отделов кишечника не обнаруживает органических нарушений со стороны указанных систем, имеют место лишь признаки вегетативной дистонии.

Симптомы вегетативной дистонии, которые дети приписывают физическому расстройству, проявляются чаще со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, реже со стороны желудочно-кишечного тракта. При клинко-инструментальном соматическом обследовании у них выявляются вегетативные нарушения: колебания артериального давления, тахикардия, сердцебиение, повышенная потливость, изменения дермографизма, тремор пальцев рук, повышенная метеочувствительность, дискомфорт в эпигастральной области, склонность к запорам и поносам, плохая переносимость езды в транспорте. Эти нарушения подтверждаются результатами электрокардиографического и кардиоинтервалографического исследования, обнаруживающих тахикардию, экстрасистолию, ваготонический и симпатотонический типы исходного вегетативного тонуса, вегетативную гиперреактивность и иные расстройства вегетативной регуляции.

Синдром вегетативной дистонии (СВД) клинически диагностируется практически у половины обследованных детей и подростков, проживающих на радиоактивно загрязненных территориях. Основным типом исходного вегетативного тонуса у детей с СВД является ваготония (60–65%), симпатикотония определяется у 5–7%, эйтония — у 30–35%. Клинический диагноз СВД практически полностью совпадает с психометрически установленным диагнозом соматоформных расстройств. Таким образом отмечается высокая достоверность этих двух применяемых диагностических подходов.

2.4.2. Расстройства адаптации

Расстройства адаптации возникают, как правило, в условиях длительно сохраняющейся психотравмирующей ситуации, затрагивающей микросоциальное окружение подростка (конфликты в семье или в среде сверстников). В клинической картине доминируют симптомы тревоги, беспокойства, снижения настроения с повышенной раздражительностью, чувством затруднения в выполнении привычных дел, а также нарушения поведения с преобладанием подростковых реакций пассивного и активного протеста, уходами. Структурно эти нарушения проявляются чаще депрессивными реакциями (F43.20), смешанными тревожными и депрессивными реакциями (F43.22), расстройствами адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24). В личностном профиле этих детей доминируют такие черты, как истероидность и диссоциальность. Во всех случаях при расстройствах адаптации дети предъявляют соматические жалобы, нарушения вегетативной регуляции выступают на первый план при обращении их близких за медицинской помощью.

Результаты катamnестического наблюдения за детьми с расстройствами адаптации свидетельствуют о том, что во многих случаях эти нарушения остаются на протяжении более шести месяцев и приобретают черты патохарактерологического формирования личности. Во всех случаях психотравмирующая ситуация остается актуальной.

При постановке диагноза расстройств адаптации следует опираться на исследовательские диагностические критерии МКБ-10. При этом учитывается наличие четко выявляемого психосоциального стрессора, время появления симптомов (не позже чем в течение одного месяца после подверженности стрессору), длительность расстройств адаптации (не более шести месяцев), симптомы эмоциональных расстройств и нарушение поведения, обнаруживаемые при других нервно-психических расстройствах, отличающихся меньшей глубиной и выраженностью, зависимостью от внешней ситуации.

В структуре адаптационных расстройств у детей, проживающих в радиационно загрязненных регионах, преобладают формы смешанного тревожного и депрессивного расстройства. У подростков преобладают симптомы депрессии с признаками церебраленического синдрома и преходящими жалобами на общую слабость, утомляемость, сонливость, что, в свою очередь, вызывало появление тревоги. У части подростков имеют место нарушения с преобладанием расстройств других эмоций (F43.23). Они выражаются необоснованным и беспредметным страхом, беспокойством, психическим напряжением, раздражительностью, несдержанностью, гневом, повышенной утомляемостью, иногда затруднением засыпания из-за беспокойства. При этом подобные нарушения усугубляются при напоминании о возможных неблагоприятных воздействиях радиации на здоровье. В некоторых случаях эти симптомы сопровождаются появлением признаков регрессивного поведения — энурезом.

2.4.3. Иные психосоматические расстройства

Из иных расстройств психосоматического регистра, у детей чаще отмечается неврастения (F48.0).

Дети предъявляют жалобы на отсутствие сил, боли и недомогание, повышенную утомляемость.

Характерными диагностическими признаками являются следующие:

- психическая или физическая усталость;
- утомляемость, возникающая после небольших усилий, отдых приносит лишь незначительное облегчение;
- бессилие;
- головокружение, нарушения сна, раздражительность, головная боль, неспособность расслабиться, боли и недомогания, ухудшения памяти и сосредоточения внимания.

В этой группе расстройства чаще развиваются после инфекционного или другого соматического заболевания.

3. ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Множественность этиопатогенетических факторов, многообразие клинической картины, значительная длительность течения психосоматических расстройств обуславливают необходимость создания системы комплексной реабилитации. Большинство существующих реабилитационных методик представляют собой ограниченные по времени проведения программы, состоящие либо из амбулаторных, либо из санаторно-курортных мероприятий. Наиболее популярны так называемые курсы оздоровления, проводимые различными благотворительными фондами в виде одномесячных выездов за границу, а также 21–24-дневные санаторно-курортные курсы. По нашему глубокому убеждению, этого мало для того, чтобы существенно улучшить здоровье детей и уменьшить влияние радиационного фактора.

Доказано, что положительные клинические результаты максимально проявляются сразу после пребывания в санатории, через несколько месяцев они значительно снижаются. Неблагоприятные эколого-социальные факторы, влияющие на детей в местности постоянного проживания, всего за 2–3 мес. существенно понижают положительный эффект летнего оздоровления.

Следует отметить очень слабую и нестойкую положительную динамику после санаторного оздоровления в состоянии сердечно-сосудистой системы и вегетативной регуляции.

В связи с широкой распространенностью психосоматических расстройств следует уделять особое внимание оценке динамики психоэмоционального статуса. Опыт работы в этом направлении позволяет сделать заключение, что у детей в первые 2–3 мес. после оздоровления в санатории отмечается снижение показателей эмоциональной нестабильности и повышение интеллектуального коэффициента. Клиническая динамика психопатологических проявлений характеризуется значительной редуkcией расстройств и компенсацией психического состояния. Однако при весеннем обследовании (через 6–7 мес.) у большинства детей вновь выявляются признаки эмоциональной нестабильности, астенизации, личностной дисгармоничности.

Таким образом, опыт санаторного оздоровления детей показывает, что важным фактором, влияющим на стабильность положительных результатов санаторного оздоровления, является состояние окружающей среды в местности постоянного проживания детей. Несомненно, одного месяца в санатории недостаточно для того, чтобы нейтрализовать хроническое воздействие неблагоприятных экологических и социальных факторов, действующих на здоровье детей в течение года, что подтверждает необходимость организации системы круглогодичного оздоровления.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ КРУГЛОГОДИЧНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ

Система круглогодичного оздоровления была разработана нами и применена на практике. Процесс рекомендуется проводить в три этапа.

Первый этап — подготовка к санаторию. Начинается с первичного обследования, которое проводится в апреле-мае. В нем принимают участие следующие специалисты: психиатр, невропатолог, оториноларинголог, офтальмолог, кардиолог, хирург и педиатр. Кроме того, на этом этапе дети проходят психолого-психометрическое тестирование, антропометрию и функциональную диагностику, сдают анализы крови и мочи. По результатам обследования составляется подробное медицинское заключение для каждого ребенка, определяются лечебно-профилактические мероприятия на первый (досанаторный) и санаторный этапы.

На первом этапе лечебные мероприятия назначаются детям с острыми (на момент обследования) болезнями и обострениями хронических заболеваний. При необходимости даются рекомендации по дополнительному лабораторному и инструментальному обследованию, а также по санации хронических очагов инфекции в лечебных учреждениях по месту жительства.

Второй этап — оздоровление в санатории. Проводится в местном санатории (санатории-профилактории, оздоровительном лагере). Основные медицинские назначения на этот этап делаются при первичном осмотре, но по медицинским показаниям эти назначения корректируются в санатории. Санаторное оздоровление проводится по индивидуальным показаниям с использованием всего арсенала бальнео- и физиотерапевтических средств, фитотерапии, диеты, лечебной физкультуры, применением пищевых добавок, сорбентов, медикаментов. Большое внимание на этом этапе уделяется психокоррекционным мероприятиям, которые сочетаются с воспитательными, образовательными, развлекательными и спортивными программами.

Третий этап начинается после возвращения детей из санатория и продолжается до апреля следующего года. План оздоровления на этот этап составляется индивидуально для каждого ребенка на основании данных первичного обследования, проведенного на первом этапе, особенностей, выявленных во время оздоровления в санатории, а также результатов, полученных при повторном осеннем обследовании. Этот план в присутствии школьных медицинских работников и педагогов выдается каждому ребенку на руки с необходимыми устными пояснениями. Он включает:

- график рекомендуемых осмотров специалистов и лабораторного обследования;
- рекомендации по диете;
- рекомендации по режиму дня и занятиям физкультурой и спортом;
- медикаментозные назначения, витамины, адаптогены, пищевые добавки;
- рекомендации по фитотерапии;
- примерный план физиотерапевтического лечения;
- психолого-педагогические рекомендации.

Таким образом, процесс оздоровления начинается до санатория и продолжается после, что позволяет преодолеть основные противоречия, имеющиеся в существующей практике оздоровления.

1. При существующей системе большинство детей, планомерно направляемых в санатории из экологически неблагоприятных районов, считаются здоровыми, если не имеют явных клинических проявлений патологии (функциональные расстройства, как правило, в расчет не принимаются). Дети приезжают в санаторий необследованными, не имея при себе даже сведений о перенесенных ранее соматических заболеваниях. Вследствие этого врач санатория не имеет возможности назначить эффективные оздоровительные мероприятия, в ущерб которым проводится дополнительная диагностика.

2. По месту жительства оздоровление не проводится, так как участковый врач (педиатр, терапевт) больше ориентируется на лечение явной патологии и не владеет знаниями и опытом оздоровления, которыми обладают врачи санатория. Участковые врачи не стремятся обследовать детей без явных патологических проявлений, потому что в большинстве случаев не знают, как расценивать функциональные нарушения, не сопровождающиеся клиникой, и как эти нарушения корригировать.

3. Отсутствует непрерывность и преемственность процесса оздоровления, так как нет связи между санаторным и амбулаторным этапами.

4. Низкий уровень знаний участковых и санаторных врачей в области психодиагностики и психокоррекции.

Препятствием для широкого внедрения системы круглогодичного оздоровления в практику может являться то, что ребенок должен быть тщательно обследован на досанаторном этапе. Учитывая, что большинство нуждающихся в оздоровлении проживает в сельской местности, это требование кажется практически невыполнимым.

Незначительная модификация системы организации группового школьного оздоровления помогает устранить эти препятствия и делает метод доступным для внедрения при существующей системе здравоохранения без особых изменений ее структуры и без больших финансовых затрат.

Первый этап. При групповом оздоровлении подготовка ребенка к санаторию проводится школьным врачом. Оптимальное время — апрель-май, до окончания школьных занятий. На каждого ребенка, направляемого в санаторий, готовится выписка, содержащая перечень перенесенных заболеваний (не только инфекционных), а также результаты актуальных лабораторных и инструментальных исследований.

Если ребенок уже участвует в системе непрерывной реабилитации, в выписке приводится перечень проведенных за учебный год лечебно-оздоровительных мероприятий с краткой оценкой их эффективности.

Второй этап. Создание в нашей стране реабилитационной службы диктует необходимость введения должности врача-реабилитолога во всех здравницах, в первую очередь в тех, которые занимаются детским оздоровлением. Главной задачей врача-реабилитолога является разработка реабилитационных программ не только на санаторный период, но и на последующий этап оздоровительного процесса.

Учитывая важность информации, получаемой при психометрическом обследовании, в санатории должно быть создано отделение (кабинет) психолого-психометрической диагностики, в штате которого должен быть медицинский психолог. Кабинет необходимо оснастить соответствующей аппаратурой для проведения психометрических исследований. В обязанности медицинского психолога входит проведение психокоррекционных, а при необходимости и психотерапевтических мероприятий.

Каждый ребенок за время пребывания в санатории должен пройти обследование у психолога и в кабинете функциональной диагностики. Следует отметить, что в некоторых санаториях это уже внедрено в практику, например, в Светлогорском санатории-профилактории ПО «Химволокно».

Минимальное оснащение кабинета функциональной диагностики:

- компьютерный электрокардиограф с ритмокардиографической приставкой;
- спирограф;
- велоэргометр.

Врач-реабилитолог в первые дни после поступления ребенка (подростка) должен провести клинический осмотр, ознакомиться с выпиской, назначить оздоровительные мероприятия (с учетом результатов функционального обследования, заключения и рекомендаций психолога, данных об эффективности и переносимости отдельных процедур), контролировать их выполнение, следить за переносимостью процедур и динамикой клинического статуса пациента. Реабилитолог должен составить для каждого ребенка (подростка) программу оздоровительных и психолого-педагогических мероприятий на весь следующий год (реабилитационная карта). Эта программа должна иметь тройную адресацию:

1. Для школьного врача и участкового педиатра (терапевта):

- перечень специалистов, консультация которых показана ребенку;
- виды лабораторного и инструментального обследования, которое необходимо пройти в течение года;
- медикаментозные назначения, включая витамины, адаптогены, пищевые добавки;
- примерный план физиотерапевтического лечения.

2. Для родителей:

- рекомендации по диете;
- рекомендации по режиму труда и отдыха;
- рекомендации по фитотерапии;
- рекомендации психолого-педагогического характера.

3. Для педагогов:

- рекомендации психолого-педагогического характера;
- рекомендации по режиму дня и занятиям физкультурой и спортом.

Важным компонентом реабилитационной программы является экологическое образование, основной целью которого является обучение детей способам относительно безопасного проживания в радиологически неблагоприятных районах и непосредственно в той местности, из которой прибыли дети. Проводить занятия должен врач-реабилитолог, владеющий информацией об экологической ситуации в республике, знающий механизмы воздействия вредных факторов на организм и профессионально занимающийся нейтрализацией их медицинских последствий.

Важным организационным моментом является необходимость закрепления отдельных школ за конкретными здравницами, чтобы дети «обязательного контингента» постоянно ездили в один и тот же санаторий. Это улучшит связь между санаторием и медицинскими работниками в местах постоянного проживания детей, позволит объективнее оценивать эффективность оздоровительных мероприятий, даст возможность врачу-реабилитологу более глубоко вникнуть в экологическую ситуацию в местности проживания ребенка.

Третий этап. Третий этап начинается после возвращения ребенка из санатория. В реализации его мероприятий должны принять участие не только врачи, но также учителя и родители. Содержанием этого этапа является реализация медицинских и педагогических мероприятий, намеченных индивидуальной реабилитационной программой.

Программа реабилитации, составленная в санатории, является рекомендацией для школьного и участкового врача. Назначения врача-реабилитолога на постсанаторный период могут быть скорректированы с учетом динамики клинических проявлений у пациента, а также возможностей местного здравоохранения. Мероприятия третьего этапа плавно переходят в мероприятия первого этапа нового сезона.

Для успешного осуществления программы реабилитации необходимо активное участие членов семьи (родителей, дедушек, бабушек и т.д.). Участковый педиатр (терапевт) должен объяснить родителям важность той части программы, которую в силах выполнить только семья: обеспечить правильный режим труда и отдыха, диету, организовать фитолечение.

Школьная часть программы адресуется в первую очередь психологу, а также классному руководителю, учителю физкультуры и труда.

5. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

5.1. Принципы и этапы комплексной реабилитации детей и подростков с психосоматическими расстройствами

Механизм формирования психосоматических расстройств определяется образованием «порочного круга», патогенетическими звеньями которого являются психологические особенности личности и функциональные нарушения регуляторных систем организма. Учитывая это, реабилитация должна проводиться комплексно и включать в себя мероприятия как медицинские, так и воспитательные. Необходимость воспитательных мероприятий диктуется также несформированностью у детей и подростков экологического мировоззрения, отсутствием у них и их родителей необходимых функциональных знаний, установки на сотрудничество со структурами и специалистами, решающими экологические задачи.

Комплексная программа реабилитации детей и подростков с психосоматическими расстройствами должна проводиться поэтапно. Первый (подготовительный) этап включает в себя разработку плана диагностических, оздоровительных, социально-коррекционных мероприятий, обследование и формирование групп, выработку комплексной системы медицинской и социальной реабилитации; подготовку материально-технической базы и обучение персонала. На втором (основном) этапе необходимо проводить скрининговую и специальную диагностику, которая должна включать в себя клиническое обследование, состоящее из оценки соматического, психического, неврологического, психологического статуса, осмотра врачей-специалистов, электрофизиологического и биохимического обследования. По результатам обследования формируются группы для проведения дифференцированных комплексов медико-социальной реабилитации.

На третьем (заключительном) этапе проводится контрольное обследование, дается оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

Механизм формирования и структура психосоматических расстройств определяют следующие принципы реабилитационной программы:

1. Стандартизация диагностических мероприятий. Поскольку отбор лиц для проведения реабилитационных мероприятий представляет собой достаточно сложную и трудоемкую процедуру, скрининг-диагностика должна проводиться с использованием набора стандартизированных методов, достаточных для учета клинических и доклинических проявлений психосоматических расстройств.

2. Комплексность реабилитационных мероприятий. Реабилитационный процесс должен охватывать все патогенетические нарушения в их взаимосвязи и включать психологическую коррекцию этиологических психогенных факторов.

3. Взаимодополняемость реабилитационных подходов к психической и соматической сферам, исключая дублирование.

4. Дифференцированность реабилитационных мероприятий, которая строится на оптимальном сочетании общих подходов с учетом индивидуальных медицинских и психологических особенностей.

5.2. Мероприятия, направленные на выведение радионуклидов

Радионуклиды, накопленные в организме, являются основным этиологическим фактором радиационнозависимой патологии. Установлено, что средний уровень инкорпорированной радиоактивности является достаточно стабильным региональным показателем и не связан линейно с уровнем радиоактивного загрязнения местности проживания конкретного пациента. Это в какой-то мере облегчает задачу врача-реабилитолога при планировании групповых программ оздоровления для детей, прибывших из районов, загрязненных радионуклидами. Но при составлении плана индивидуальных реабилитационных мероприятий лучше ориентироваться на данные СИЧ конкретного представителя группы, которые могут существенно отличаться от среднегрупповых значений. При отсутствии этих данных можно руководствоваться среднестатистическими показателями.

Важнейшими факторами, способствующими очищению организма детей от накопленной радиации, являются:

- пища, приготовленная из продуктов, не загрязненных радионуклидами;
- пребывание на не загрязненной радионуклидами территории;
- умеренные физические нагрузки.

Благодаря этим факторам уровень инкорпорированной радиоактивности снижается за 24 дня на 20–45%. Особенно эффективен третий фактор: дети, активно занимающиеся спортом и много ходившие в походы, имеют самые лучшие результаты.

Наиболее выраженное снижение средней удельной активности происходит в тех группах, где этот показатель исходно был высоким.

В настоящее время предлагается большое количество средств для снижения уровня инкорпорированных радиоактивных веществ. На протяжении четырех лет мы проанализировали многие из них. С этой целью случайным способом мы отбирали репрезентативные группы детей и изучали эффективность выведения радионуклидов, используя двойной слепой метод. До и после приема препаратов у детей определяли удельную активность. Результаты обрабатывали статистически.

Нами были изучены следующие средства:

- «Яблпект» — украинский препарат на основе яблочного пектина;
- «Спирулина» — пищевая добавка;
- «Белосорб» — отечественный препарат на основе активированного угля;
- «Медетопект» — французский препарат на основе пектина;
- «Витарон» — комплексный растительный препарат швейцарского производства;
- гомеопатические препараты: Caesium, Plutonium, Thorium, Jodum, Cadmium, Bor, Krypton.

Установлено, что только в тех группах, где дети получали белосорб и спирулину, произошло достоверное снижение удельной активности (соответственно на 49,4% и 43,2%).

Пищевая добавка «Спирулина» назначается курсами по 20 дней: детям 7–12 лет 4 таблетки в сутки в два приема, детям старше 12 лет — по 3 таблетки два раза в день.

Белосорб назначается десятидневными курсами по 2 таблетки один раз в день.

5.3. Реабилитационные мероприятия для детей и подростков с психосоматическими расстройствами

В основе большинства функциональных соматических, а также психосоматических расстройств у детей лежат механизмы, связанные с длительным стрессогенным воздействием, приводящим к нарушениям адаптации. Одним из таких стрессогенных факторов является факт проживания на экологически загрязненной территории. При построении лечебно-коррекционной тактики, мероприятия, направленные на формирование компенсаторных, адаптационных механизмов, выполняют этиотропную и патогенетическую роль.

Терапевтические и психокоррекционные мероприятия в отношении детей, участвующих в реабилитационной программе, начинаются на этапе предварительного обследования. После обследования даются рекомендации по индивидуальному лечению, которые выполняются в рамках амбулаторной помощи по месту жительства, большинство преходящих соматических нарушений и ситуационных невротических реакций купируются на этом этапе.

Психокоррекционное воздействие на ребенка, впервые участвующего в реабилитационной программе, начинается с информации, полученной им от детей, ранее проходивших летнее оздоровление в санатории, о тех интересных развлекательных и образовательных программах, которые его ожидают.

Сам факт перемены места, информация о том, что он будет находиться в радиационно чистом регионе, питаться экологически чистыми продуктами несет в себе антистрессогенную нагрузку.

В санатории психокоррекционное воздействие на большинство детей оказывает сама возможность пройти курс лечебных процедур, получить специфическое лечение (поскольку одним из факторов стресса для населения экологически неблагоприятных регионов является опасение за свое здоровье).

Участие в развлекательных и образовательных мероприятиях в рамках педагогической программы определяется и индивидуальными личностными особенностями, поэтому психокоррекционное воздействие этих мероприятий носит дифференцированный и индивидуально направленный характер.

Выраженное психокоррекционное воздействие оказывает контрольное обследование после летнего оздоровления, поскольку дети видят продолжение оздоровительных мероприятий, у них формируется уверенность в заинтересованности со стороны квалифицированных специалистов в поддержании хорошего состояния их здоровья.

Терапевтическая и реабилитационная тактика психосоматических расстройств у детей и подростков из радиационно загрязненных регионов строится на общих принципах лечения пограничных психических расстройств, сформулированных Ю.А. Александровским (1998):

- этиологическая терапия (направленная на устранение причин заболевания);
- патогенетическая терапия (воздействие на патогенетические механизмы, обуславливающие возникновение и течение заболевания);
- компенсаторная терапия (лечебно-реабилитационные мероприятия, направленные на формирование компенсаторных механизмов, опосредованно способствующих формированию приспособленности к продолжающемуся болезненному процессу).

Вместе с тем терапевтическая тактика должна строиться с учетом особенностей нозологии, лежащей в основе психосоматического расстройства, а также возраста пациента и экологической обстановки.

Этиологическая терапия психосоматических расстройств представляет собой достаточно сложный процесс, поскольку причиной болезни является психотравмирующая ситуация, складывающаяся из конфликтов в микросоциальном окружении и целого комплекса неблагоприятных общесоциальных и экологических факторов. Такие особенности этиологии этой группы расстройств обуславливают проведение этиологической терапии в комплексе с компенсаторной. Таким образом удастся воздействовать на микросоциальное окружение ребенка путем семейной психотерапии, снижая актуальность конфликтной ситуации, и проводить психокоррекционные мероприятия, направленные на повышение барьера психической резистентности, что позволяет снизить степень сохраняющегося реактивного воздействия.

Непосредственно лечебные мероприятия имеют преимущественно патогенетическую направленность (хотя элементы этиологического и компенсаторного лечения также присутствуют). Терапевтическая тактика основывается на преимущественном воздействии на поврежденное звено патогенеза в сочетании с устранением остальных механизмов, участвующих в развитии и сохранении болезненного процесса.

Включение в обследование скрининг-диагностики психосоматических расстройств позволяет выявлять психосоматические нарушения на ранних стадиях, а также определять субклинические случаи, что способствует возможности начать терапию на ранних этапах заболевания. Патогенетическое лечение психосоматического расстройства состоит из комплекса лекарственной терапии (психотропные препараты, обладающие транквилизирующим, противотревожным, антидепрессивным, вегетостабилизирующим действием), физиотерапии, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

5.4. Тактика врача общей практики при начальных проявлениях отдельных форм психосоматических расстройств у детей и подростков

При выявлении у ребенка соматоформного расстройства после проведения обследования, позволяющего исключить соматические заболевания, родителям сообщается информация о сути расстройства, его причинах. Объясняется, что у детей могут проявляться различные соматические симптомы и жалобы (единичные или множественные), которые могут со временем видоизменяться. Сообщается, что стресс часто вызывает соматические симптомы и главная задача состоит в борьбе с симптомами, а не в объяснении их причин. Относиться к соматическим симптомам пациента следует как к реальным. Они не являются ложью или выдумкой. Не лишним будет узнать мнение пациента о происхождении симптомов и о предполагаемой опасности. Рекомендуется соответствующим образом успокоить пациента (например, боли в животе не означают язву или рак). Посоветуйте не сосредотачиваться на проблемах, связанных со здоровьем. Обсудите эмоциональные стрессы, на фоне которых возникли симптомы. Методы релаксации могут способствовать облегчению симптомов, связанных с напряжением (головная боль, боль в шее и спине). Побуждайте пациента к занятиям физическими упражнениями и различными видами деятельности. Пациент не должен ожидать исчезновения всех симптомов для того, чтобы возвратиться к повседневным делам.

Часто родители таких детей обращаются за помощью к участковому педиатру, что обуславливает необходимость проведения в районах семинаров с врачами-интернами на тему «Психосоматические расстройства». Основной акцент необходимо делать на том, что назначение больным с хронифицированными формами расстройства ограниченных по времени профилактических посещений врача может предотвратить их более частые и неотложные визиты. Следует избегать излишних диагностических обследований и назначения новых препаратов для лечения каждого из появляющихся симптомов. Желательно избегать направления к узким специалистам. Таких пациентов целесообразно лечить в условиях оказания первичной медицинской помощи. При этом необходимо принимать во внимание, что родители пациентов могут быть обижены направлением к психиатру и могут искать дополнительной медицинской консультации в другом месте.

При расстройствах адаптации рекомендуется объяснить родителям, что испытываемое детьми чувство подавленности или бессилия, соматические симптомы (головные боли, боли в животе, в груди, сердцебиение), нарушения поведения являются следствием психотравмирующей ситуации, в разрешении которой родители должны принимать активное участие. Необходимо особо остановиться на том факте, что стресс часто вызывает психические и соматические изменения и что связанные со стрессом симптомы обычно держатся на протяжении нескольких недель.

Участковый врач-педиатр (терапевт), курирующий ребенка с такими нарушениями должен помочь пациенту признать субъективную значимость стрессового события, рассмотреть и поддержать те позитивные действия, которые предпринял пациент, чтобы справиться с ситуацией. Необходимо выработать совместную с ребенком тактику, направленную на то, чтобы изменить ситуацию, приведшую к стрессу. Если ситуация не может быть изменена, обсудить возможную стратегию разрешения проблемы. Полезными для пациента могут быть кратковременный отдых и облегчение стрессовой ситуации. Острые реакции на стресс в большинстве случаев проходят без лекарственной терапии. Если имеют место симптомы сильной тревоги, целесообразно на срок до трех дней назначить противотревожные средства (бензодиазепины, например, феназепам по 0,5 мг до трех раз в день). Если пациент страдает бессонницей, то на срок до трех дней можно назначить снотворные препараты (например, радедорм по 5 мг перед сном). Если симптомы сохраняются более двух-трех недель, целесообразно направить пациента на консультацию к психотерапевту.

При других формах невротических расстройств, где на первое место выходят психосоматические симптомы, в частности, при неврастении у детей и подростков основная информация для пациента и семьи состоит в том, что периоды усталости или истощения распространены и обычно имеют временный характер. Лечение в таких случаях возможно и обычно дает хорошие результаты.

Пациенту рекомендуется отдохнуть в течение непродолжительного времени (не более двух недель) и в последующем постепенно возвращаться к обычной деятельности. Пациент может повысить свою выносливость, постепенно наращивая физическую активность. Начинать надо с посильного уровня и каждую неделю немного увеличивать нагрузку. Необходимо обратить внимание на необходимость получения удовольствия, побудить пациента обратиться к занятиям, которые помогали в прошлом. Если имеют место другие сопутствующие психические или соматические расстройства, то они могут потребовать соответствующей терапии. В ряде случаев бывают полезными активирующие антидепрессанты (например, флуоксетин, мелипрамин, дезипрамин). Консультация психотерапевта рекомендуется, если выраженная симптоматика сохраняется более месяца.

6. ПРИЛОЖЕНИЕ

6.1. Психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия

Наиболее действенными психотерапевтическими мероприятиями для детей и подростков с психосоматическими расстройствами являются личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и аутогенная тренировка.

Индивидуальная психотерапия основана на взаимодействии личностей врача и больного. Этот метод мы опробовали на этапе индивидуального психологического консультирования, при выявлении у ребенка психосоматического расстройства, а также при амбулаторных приемах во время катamnестического наблюдения. При этом основными задачами были:

- глубокое изучение личности больного;
- выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению болезненного состояния;
- достижение осознания больным причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием;
- помощь в разумном разрешении психотравмирующей ситуации;
- изменение взаимоотношений больного с окружающими, коррекция неадекватных реакций и форм поведения.

Почти во всех случаях индивидуальная психотерапия сочеталась с семейной психотерапией, которая была направлена на изменение совокупных и взаимосвязанных отношений, складывающихся в семье и имеющих непосредственную связь с болезнью, лечением и социальным восстановлением больного.

Групповая психотерапия проводилась в период летнего оздоровления детей и подростков в условиях санатория. В основе метода лежит интеракция между участниками группы (включая психотерапевта). Общий принцип — сознательное и целенаправленное использование всей совокупности взаимоотношений, взаимодействий внутри группы (групповой динамики) в лечебных целях. Создаются условия для того, чтобы каждый участник группы имел возможность проявить себя при общении с другими, раскрыть свои переживания, осмыслить их и тем самым уменьшить степень эмоционального напряжения. Создаются возможности развития положительных эмоциональных связей среди больных, свободное обсуждение жизненных ситуаций, способствующих разрешению болезненных состояний.

Основой групповой терапии являются:

- выявление структуры лидерства в группе;
- соотношение групповых ролей;
- сплоченность группы (привлекательность группы для ее членов);
- снятие группового напряжения, проявления враждебности и антипатии;
- актуализация прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных отношений во взаимодействии с отдельными членами группы;
- формирование подгрупп, определение их отношения к группе и влияния на ее функционирование.

Аутогенная тренировка — методика, проводимая автономно либо в комплексе с индивидуальной и групповой психотерапией. Лечебный эффект основан на действии релаксации и целенаправленного самовнушения. До начала занятий телу придается удобное положение, исключая мышечное напряжение (положение сидя, полусидя, лежа). Первая ступень аутогенной тренировки:

- упражнение, направленное на вызывание ощущения тяжести;
- упражнение, направленное на вызывание ощущения тепла;
- упражнение, направленное на овладение ритмом сердечной деятельности;
- упражнение, направленное на овладение регуляцией режима дыхания;
- упражнение, направленное на вызывание тепла в эпигастральной области;
- упражнение, направленное на вызывание прохлады в области лба.

Вторая ступень включает в себя комплекс упражнений, позволяющих вызывать визуализацию представлений и погружать себя в сомнамбулическое состояние. В наших наблюдениях аутогенная тренировка ограничивалась упражнениями первой ступени.

Психокоррекционные мероприятия включают в себя комплекс воспитательных, развлекательных, познавательных и других программ. В наших наблюдениях психокоррекционные мероприятия в период летнего оздоровления начинались с перемены обстановки, при этом подчеркивались факты радиационной чистоты местности расположения санатория, чистоты продуктов питания, возможности свободного сбора грибов, ягод. Эффективным было проведение экологической образовательной программы, которая включает в себя, наряду с познанием окружающей природы, изучение особенностей радиационного загрязнения и способов ограничения попадания радионуклидов в организм.

Психокоррекционную нагрузку несет проведение походов и экскурсий, различных праздников, спортивных состязаний, участие в работе кружков. При этом участие в том или ином мероприятии определяется как желанием ребенка, так и рекомендациями воспитателя, знающего личностные характеристики ребенка и получившего исчерпывающие рекомендации от психолога, проводившего предварительное психологическое консультирование.

6.2. Перечень необходимых физиотерапевтических процедур

Предлагается оптимальный перечень процедур, необходимых для оздоровления детей из радиологически неблагоприятных регионов и потребность из расчета на 100 детей в одну смену (табл. 1). Перечень не предполагает специализации санатория в области какой-либо одной патологии. Он составлен с учетом структуры патологии, определяемой при массовых осмотрах у детей из районов, пострадавших при аварии на ЧАЭС.

Санаторий должен также обеспечить стоматологическую помощь. При планировании мощности стоматологического кабинета необходимо учитывать, что в коллективах из городов у детей и подростков кариозные зубы выявляются примерно у 20–25% (30–37 кариозных зубов на 100 детей). В сельских коллективах, а также у детей в возрасте до 13 лет кариес встречается гораздо чаще, в среднем у 45–60% обследованных (70–100 кариозных зубов на 100 детей).

Таблица 1

Процедуры	Примерная потребность на 100 детей
Коктейль	100
– желудочный	35
– витаминизированный	35
– витаминизированный, тонизирующий	15
– седативный	10
– почечный	5
Минеральная вода	30
Ингаляции	75
– с минеральной водой	30
– травяные	10
– с фурацилином, солевые, содовые	20
– масляные, витаминные и т.д.	15
Бассейн	90
Ванны	25
– морские	7
– хвойные	5
– йодобромные	7
– жемчужные	5
– с минеральной водой	1
Циркулярный душ	20
Душ Шарко	2

Окончание таблицы

Процедуры	Примерная потребность на 100 детей
Массаж	100
– спины	50
– воротниковой зоны	40
– головы, конечностей, грудной клетки и т.д.	10
ЛФК	100
Иглорефлексотерапия	4
Озокерит	2
Парафин	2
Грязь (в том числе электрогрязь)	20
Электрофорез	10
– с CaCl ₂	4
– с гидрокортизоном, сернокислой магнезией, новокаином, папаверином и т.д.	6
Тубусный кварц	40
Ультразвук	20
Диатермия	8
Магнитотерапия	5
УВЧ	3
СВЧ	3

6.3. Перечень рекомендуемых лекарственных препаратов

Мы не приводим средства, необходимые для оказания неотложной помощи и для лечения острых инфекционных заболеваний. В **табл. 2** предлагается минимальный перечень медикаментов, применяемых для профилактики обострений хронических заболеваний, наиболее часто встречающихся у детей из радиологически неблагоприятных районов, а также для оздоровления.

Медикаменты	
аллохол	настойка аралии
аскорутин	пирацетам (ноотропил)
аспаркам	пиридитол (энцефабол)
беллатаминал	настойка заманихи
белосорб	пантокрин
В ₆ (пиридоксальфосфат)	жидкий экстракт радиолы
глюконат кальция	сапорал
мезим форте	пикамилон
настойка женьшеня	аминалон (гаммалон)
настойка лимонника	ацефен
настойка пустырника	пантогам
оротат калия	хлордиазепоксид (элениум, либриум)
пентоксил	трава пассифлоры
поливитамины	корвалол (валокордин)
рибоксин	настойка пиона
спирулина	альпразолам (ксанакс)
тайлед	диазепам (сибазон, седуксен, реланиум)
ферроплекс	валоседан
экстракт валерианы	транксен
экстракт корня солодки	гидазепам
экстракт элеутерококка	феназепам