

УДК 616.24-007.63

ЗНАЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ АДЕНОИДОВ И ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ

Ж.О. Жакиянова¹, Б.К. Ерсаканова¹, Л.О. Абдикаримова², Б.М. Аскаргов²,
М.Т. Сытдыкова³, И.А. Гноевых³, Д.М. Кусаинова⁴

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей¹,
КГКП «Поликлиника смешанного типа №1», г. Семей²
КГКП «Поликлиника смешанного типа №2», г. Семей³
«Семейский филиал Госпиталь с Поликлиникой ДВД ВКО», г. Семей⁴

Тұжырым

БАЛАЛАРДЫҢ АДЕНОИДТАРЫ МЕН СОЗЫЛМАЛЫ АДЕНОИДТАРЫНЫҢ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИНДЕ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ФАКТОРДЫҢ МАҢЫЗЫ

Ж.О. Жакиянова, Б.К. Ерсаканова, Л.О. Абдикаримова, Б.М. Аскаргов,
М.Т. Сытдыкова, И.А. Гноевых, Д.М. Кусаинова

Зерттеу жұмысы барысында созылмалы аденоидитпен ауыратын науқастарды біртұтас аллергологиялық тексеруден өткізіп, сырқаттанудың сипатын негіздеп емдеу барысын жоспарлау үшін маңыздылығы анықталды. аллергологиялық аденоидиттің эндоскопиялық белгілері: лимфоидты тіннің бозарған қызғылт түсі, айқын ісіну, иректердің тегістелуі, сілемейлі қабықтың жылтырауы, бөліністердің көбеюі жиі байқалды.

Summary

VALUE OF THE ALLERGIC FACTOR IN AETIOPATHOGENY OF ADENOIDITIS AND CHRONICS ADENOIDITIS AT CHILDREN

Zh.O. Zhakiyanova, B.K. Ersakhanova, L.O. Abdikarimova, B.M. Askarov,
M.T. Sytdykova, I.A. Gnoevykh, D.M. Kusainova

To children with chronic adenoiditis it is shown complex allergology inspection that will allow to specify character of process and to develop adequate medical tactics. Characteristic possible to consider as signs: light pink color of lymphoidum the fabrics, the expressed puffiness, the smoothed furrows, a brilliant mucous membrane, more often with a plentiful secret of mucous character.

Актуальность темы

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последние десятилетия привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей.

По данным ВОЗ, аллергические заболевания по своей распространенности занимают третье место в мире, т.к. почти у 40% населения высокоразвитых стран имеются признаки атопии. Научный прогноз свидетельствует о дальнейшем росте числа аллергических заболеваний, который особенно заметен в детском возрасте /1,2,3/.

Вместе с тем самой распространенной патологией ЛОР-органов в детском возрасте являются заболевания лимфаденоидного кольца глотки, их гипертрофия и воспалительные заболевания /4/.

По данным мировой статистики, к 14 годам жизни у 10-15% детей имеются различные признаки аллергии, а у 30-40% пациентов с аллергическим ринитом диагностируют аденоидные вегетации. Вопрос о значении аденоидных вегетаций в патогенезе аллергии не является решенным до настоящего времени. Сочетание и взаимодействие аллергического ринита, аденоидита и бронхиальной астмы — важнейшая проблема современной аллергологии и оториноларингологии. Связь этих заболеваний требует серьезного изучения, в частности вопрос о влиянии аденотомии на дальнейшее течение аллергического ринита. Пока нет ответа на вопрос, повышает ли удаление глоточной миндалины риск заболевания бронхиальной астмы /5,6/. Глоточная миндалина локализуется в критической зоне: на пересечении дыхательных и пищеварительных путей, там, где регистрируется наиболее интенсивное антигенное воздействие, как инфекционное, так и неинфекционное /7/. При значительном увеличении глоточной миндали-

ны нарушается нормальное носовое дыхание, вследствие чего нарушается мукоцилиарный транспорт и возникает застой слизи в полости носа. Чужеродные частицы, аллергены, вирусы, бактерии, химические вещества, проникающие в полость носа с потоком вдыхаемого воздуха, прилипают к слизи. Фиксирующиеся в полости носа и носоглотки аллергены становятся триггерами аллергического воспаления, размножение вирусов; рост бактериальных колоний приводит к возникновению инфекционного воспаления; вследствие чего клинические различия между этими, двумя формами патологии могут стираться /8/. Оториноларингологу важно своевременно распознать суть патологического процесса в верхних дыхательных путях, т.к. от своевременного и правильно установленного диагноза зависит назначение этиологически и патогенетически обоснованного лечения. Актуальность вопроса обусловлена и тем, что, несмотря на большое количество лекарственных средств, используемых для лечения аллергического ринита и аденоидита, проблема терапии этого заболевания у детей далека от полного разрешения. Современный комплексный подход терапевтических мероприятий не всегда приводит к желаемому результату. Возникают новые проблемы, связанные с длительностью применения интраназальных средств и антигистаминных препаратов нового поколения, индивидуальной чувствительностью организма к аллергенам и фармакологическим препаратам у детей /6/. Проблема аллергического аденоидита у детей приобрела в последние годы, особую актуальность. Это связано с тем, что дети с аллергическим ринитом часто наблюдаются с диагнозом; аденоидные вегетации и подвергаются оперативному вмешательству. Одни считают, что операция приводит не только к рецидиву заболевания, но и существенному утяжелению аллергического рини-

та, другие считают, что без хирургической коррекции нельзя рассчитывать на успех восстановления носового дыхания. Перед врачами возникают вопросы: надо ли оперировать таких детей? Как и когда? Поэтому аденоотомия у ребенка с аллергией должна иметь тщательно выверенные показания, во избежание усугубления клинических проявлений аллергоза [9]. Все вышеизложенное объясняет интерес клиницистов к поиску новых методов лечения аденоидитов у детей, страдающих аллергией, позволяющих повысить эффективность проводимой терапии, уменьшить частоту рецидивов и осложнений.

Эти причины явились побудительным мотивом для изучения особенностей течения и лечения хронического аденоидита у детей с аллергией. Приведенные выше аргументы позволяют полагать, что тема настоящего исследования актуальна и соответствует приоритетному профилактическому направлению детского здравоохранения.

Цель: изучить роль аллергии в возникновении и течении хронических аденоидитов и повысить эффективность их лечения у детей.

Задачи:

1. Выяснить, в какой степени аллергия лежит в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей.

2. Провести комплексное аллергологическое обследование детям с хроническими аденоидитами.

3. Определить особенности эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у детей с аллергией.

6. Провести сравнительный анализ эффективности различных видов терапии аллергического аденоидита у детей.

Материал и методы исследования

Было проведено обследование детей в возрасте от 3 до 11 лет. Общее количество обследованных детей: 105. Развитие и течение хронических аденоидитов у детей в 23% случаев было обусловлено аллергическим состоянием. Наиболее часто причинно-значимыми аллергенами являлись бытовые (81%) и пыльцевые (53%) аллергены. Характерными эндоскопическими признаками аллергических аденоидитов являются: бледно-розовый цвет аденоидных вегетаций, выраженная отечность и сглаженность борозд, слизистый характер отделяемого. Наиболее важным признаком можно считать лабильность в размерах глоточной миндалины, обусловленную течением аллергического процесса. У 31% детей с аллергическими аденоидитами выявлено снижение слуха. Определяется «флюктуирующий» характер тугоухости, за счет выраженного отека процесса лимфоидной ткани носоглотки. Исследования методом передней активной риноманометрии позволяют объективно оценивать динамику функции носового дыхания на фоне проводимого лечения. Наличие персистирующей инфекции в носоглотке, вызванной *Staphylococcus aureus* в сочетании с высокими титрами специфических IgE антител к энтеротоксинам *Staphylococcus aureus*, может приводить к развитию аллергических заболеваний у детей. Комплексное консервативное лечение аллергических аденоидитов привело к стойкой ремиссии у 85,8% детей. При неэффективности лечения оптимальным хирургическим вмешательством является поднаркозная эндоскопическая аденоотомия на фоне адекватной предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Выводы

1. Детям с хроническими аденоидитами показано комплексное аллергологическое обследование, что позволит уточнить характер процесса и выработать адекватную лечебную тактику.

2. Характерными эндоскопическими признаками аллергического аденоидита можно считать: бледно-розовый цвет лимфоидной ткани, выраженная отечность, сглаженные борозды, блестящая слизистая оболочка, чаще с обильным секретом слизистого характера.

3. Для сокращения степени гипертрофии глоточной миндалины показано назначение интраназальных глюкокортикостероидов не менее 1 месяца, обладающих выраженным клиническим эффектом в отношении аллергического аденоидита у детей.

4. Наличие у ребенка гипертрофии глоточной миндалины и признаков аллергии не является ограничением в показаниях к аденоотомии. Аденоотомия у детей с аллергическими заболеваниями, проводимая под общим обезболиванием и правильной тактикой ведения предоперационной подготовки и послеоперационным ведением не приводит к обострению и утяжелению аллергических заболеваний.

5. Показаниями к аденоотомии у детей с аллергией является: выраженная назальная обструкция, которую не удается исключить консервативными методами лечения, патология со стороны среднего уха и слуха, при неэффективности этапного проводимого консервативного лечения, синдром слип-апноэ.

Литература:

1. Аллергические риниты у детей: клиника, диагностика, лечение (Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Ксензова Л.Д., Юхтина Н.В. и соавт.). Мет. рекомендации (№3) Комитета здравоохранения Правительства Москвы.- Москва.-2000.-14 с.

2. Аллергический ринит у детей (Гущин И.С., Ильина Н.И., Польшер С.А.). Пособие для врачей. М., 2002.-80с.

3. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы // Мат. симпозиума на 4-м Конгрессе Российской Ассоциации Аллергологов и Клинических Иммунологов (РААКИ).-Москва.-29 мая 2001.-54с.

4. Гавалов С.М. Часто и длительно болеющие дети.- Новосибирск,-1993.-С.55.

5. Ревякина В.А. Бронхиальная астма и ее связь с аллергическим ринитом: подходы к терапии // Соп8Шиттеё1сит.-2002.-Приложение №1.-С.14-16.

6. Ревякина В.А., Мещеряков Л.П. Клинические аспекты аллергического ринита у детей. Нерешенные вопросы // Российский аллергологический журнал.-2004.-№1.-С.35-36.

7. Хмельницкая Н.М., Ланцов А. А., Тимофеева Г.И. Морфофункциональное состояние глоточной и небных миндалин у детей с регионарным лимфаденитом // Вест. оторинолар.-2000.-№3.-С.31-35.

8. Шапаренко Б. А., Лавренова Г.В., Филиппенко Л.Н. Роль мерцательного эпителия в механизме самоочищения воздухоносных путей //Журн. ушн., нос. и горл, бол.-1985.-№4.-С.52-54.

9. Immune cell associated with M cell in the follicle-associated epithelium of Peyer's patches in the rat. An electro- and immunoelectronmicroscopic study / Jarry A., Robasz-kiewicz M, Brousse N., Potet F. / Cell Tiss Res.-1989.-Vol. 255,N2.-P.293-298.

УДК 616.891+159. 922.7 – 005.216. 1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЧИСТКИ ИЗДЕРЖЕК СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ» У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗАМИ

Г.К. Бураханова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Резюме

Одной из серьезных проблем современной медицины является проблема проявления страха у детей дошкольного и младшего школьного возраста, это актуально тем, что в настоящее время увеличилось число детей, отличающихся повышенным состоянием страха.

В данной статье выделяется только одна сторона модели патогенетической психотерапии – «психологическая очистка издержек семейного воспитания», являющаяся составной частью метода преодоления детьми страхов. Суть метода состоит в качественном своеобразии оригинального комплекса психологической очистки наиболее неадекватных сторон родительского воспитания, таких как непоследовательность, порицания, обвинения, тревожное ожидание и беспокойство, наказание вообще и физическое в частности, а также избыток информации.

Тўжырым

НЕВРОЗЫ БАЛЛАРДА «ЖАНҰЯЛЫҚ ТЕРІС ТӘРБИЕНІ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТАЗАРТУ» ӘДІСІНІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ

Г.К. Бураханова

Қазіргі заманғы медицинаның күрделі мәселелерінің бірі мектепке дейінгі балалар мен төменгі сынып оқушыларындағы қорқыныш сезімінің пайда болуы. Тақырыптың өзектілігі қазіргі кезде қорқыныш сезімі жоғары балалар санының жоғарылауымен түсіндіріледі.

Берілген мақалада балалардағы қорқыныш сезімін жеңудің негізгі құрамдық бөлігі болып табылатын «Жанұялық теріс тәрбиені психологиялық тазарту» патогенездік психотерапиясының тек бір моделі ғана көрсетілген. Әдістің мәні ата аналардың тәрбиесінен болатын ретсіздік, қарсы келу, айып тағу, алаңдаушылықпен күту және мазасыздық, жалпы жазалау, оның ішінде физикалық жазалау, сонымен қатар ақпараттың артық мөлшері сияқты адекватты емес жақтарын оригинальді сапалық психологиялық көмек көрсету.

Summary

EFFECTIVENESS OF THE METHOD "PSYCHOLOGICAL TREATMENT COSTS OF FAMILY EDUCATION" IN CHILDREN WITH NEUROTIC

G.K. Burakhanova

One of the major problems of modern medicine is the appearance of fear problems in children of preschool and primary school. It's topical that at present the number of children with different high state of fear.

This article is allocated only one side of the pathogenetic model of psychotherapy "psychological treatment costs of family education", which is part of a method to overcome the fears of children. The essence of this method consists in the qualitative peculiarity of the original complex of physiological treatment most inadequate sites of parenting, such as inconsistency, censure, prosecution, anxious anticipation and anxiety, punishment as a whole, and physical, in particular, as well as the excess of information.

Актуальность. Проблемы проявления страха у детей дошкольного и младшего школьного возраста актуальна тем, что в настоящее время увеличилось число детей, отличающихся повышенным состоянием страха. [1]

В детском возрасте осознание источников, причин, ведущих к невротизации личности должно проводиться через родителей, поскольку их собственные невротические расстройства и характерологические особенности вместе с нарушенными отношениями в семье и неправильным воспитанием и являются ведущим семейным фактором происхождения неврозов у детей [2]

Актуальность проблемы в том, что среди причинных факторов, способствующих невротизации детей, выделяется аффективная несдержанность родителей, когда они кричат на ребёнка, находясь в раздражённом состоянии; часто и далеко не всегда обоснованно его ругают; угрожают всяческими карами и последствиями, а также наказывают физически. Типичной и будет тактика родителей, когда они постоянно стыдят ребёнка и читают мораль с бесконечными советами, предписаниями, нотациями. Подобные крайности или издержки семейного воспитания обычно идут на фоне гиперопеки матери и безутешных попыток установить с её стороны строгий контроль за поведением детей. Отец же в семьях детей с неврозами играет или слабую, недостаточно включённую роль в жизни семьи, или пытается преодолеть зависимость от супруги нарочито жёсткой и бескомпромиссной позицией по отношению к ребёнку. До-

статочно распространены в семьях детей с неврозами разногласия родителей по поводу воспитания детей и конфликты с ними. Вместе с предшествующей нервной и соматической ослабленностью детей перечисленные факторы неправильного воспитания и нарушенных семейных отношений являются этиопатогенетическими факторами неврозов как психогенных заболеваний формирующейся личности. [2,3,4,5]

Психотерапия, рассчитанная на перестройку отношений в семье и коррекцию неправильного воспитания, при одновременном оказании врачебной и психологической помощи детям и родителям определяется как патогенетическая психотерапия. За многие годы разработан метод патогенетической психотерапии неврозов у детей в виде системно понимаемой семейной, индивидуальной и групповой психотерапии. [4,5].

Целью данной работы является анализ эффективности метода «психологической очистки издержек семейного воспитания» у детей с неврозами.

Материалы и методы исследования. С 2009 – 2011 гг. наблюдались дети, больные неврозами. Родители больных детей с неврозами обращались к психотерапевтической помощи, как по рекомендации врачей педиатров, психиатров, так и самостоятельно на разных этапах заболевания, т.е. больные, находящиеся на амбулаторном наблюдении, а также прошедшие курс лечения в стационаре. Психотерапевтическое лечение проводилось в тесном контакте совместно с педиатрами и родителями.

Было обследовано 30 пациентов с неврозами. Из них мальчиков - 19 человек, что составило 63,3%; девочек - 11 человек, что составило 36,7%. По возрастному составу они распределялись следующим образом 5 лет - 2 (6,7%), 6 лет - 5 (16,7%), 7 лет - 8 (26,6%), 8 лет и выше - 15 (50%). Давность заболевания была следующая: до года - 9 больных (30%), до двух лет - 12 (40%), до трёх лет и более - 4 (13,3%).

Для больных детей, страдающих неврозами, была разработана специальная программа лечебных психотерапевтических мероприятий в зависимости от состояния пациента.

Кроме этого больные получали комплексную медикаментозную (базовую) терапию, физиотерапию, фитотерапию. Для анализа работы взята контрольная группа 30 пациентов, страдающих неврозами получавших только фармакотерапию.

Результаты исследования и обсуждение.

Специальная программа лечебных психотерапевтических мероприятий включала в себя: 1) индивидуальную психотерапию, 2) групповую психотерапию, 3) метод «психологической очистки издержек семейного воспитания»

Индивидуальная психотерапия проводилась как с больным ребёнком, так и с его родителями. После разъяснения на первичном приеме причин невротизации детей родители пытались изменить свои взаимоотношения с ребёнком.

В проводимых психотерапевтических игровых сеансах участвовали ребёнок и родители, детский психиатр, психолог, а также студенты проходящие обучение. В итоге на одного ребёнка приходилось несколько взрослых, что можно обозначить, как проведение психотерапии в группе.

Продолжительность игрового сеанса обычно не превышала 30 мин. Этого времени достаточно для поддержания интереса к игре и удовлетворения потребности в ней.

В данной статье выделяется только одна сторона модели патогенетической психотерапии - «психологическая очистка издержек семейного воспитания», являющаяся составной частью метода преодоления детьми страхов. Метод ПО (психологическая очистка) включал психотерапевтическое использование художественного и игрового творчества детей с целью эмоциональной десенсибилизации (ослабления) страхов, их эмоционального отреагирования и обучения новым, более социально-адаптивным методам поведения. Успешность метода преодоления страхов у детей, так и «издержек семейного воспитания» во многом зависела от действительности изменения взглядов родителей на взаимоотношения в семье и проблемы воспитания, а также от улучшения нервно-психического состояния, прежде всего при наличии у них собственного невроза.

При проведении семейной психотерапии одного рационально-аналитического воздействия на родителей с целью перестройки семейных отношений было недостаточно для оказания надёжной психотерапевтической помощи детям. Сказывались неадекватно сформированные в детстве стереотипы семейных взаимоотношений, неблагоприятные изменения характера и недостаточное внимание к вопросам психического здоровья детей. Обращало внимание и чрезмерная требовательность, принципиальность, негибкость, неумение принимать и играть роли в отношениях с детьми, отсутствие в них непосредственности и доверительности.

Во многом смягчить, а то и устранить подобные отклонения семейного воспитания помогало участие родителей в игровых занятиях с детьми - в процессе ин-

дивидуальной и игровой психотерапии. Это повышало активность и заинтересованность родителей в оказании помощи ребёнку, больному неврозом, и способствовало проведению с ним дома аналогичных игровых занятий.

Каждая игра состояла из нескольких фаз, действий или этапов. Другими словами, каждая игра строилась так, чтобы она выполняла не одну, а несколько лечебных функций.

Игра «Пятнашки». Как и в последующих играх, наряду со спонтанностью и импровизацией, существуют противостоящие правополушарной активности левополушарные ограничения - правила, запреты, без которых не может быть успешного завершения игры. Как раз в этом и заключалось, помимо устранения страха неожиданного воздействия, психотерапевтический эффект «психологической очистки от избытка родительских правил».

Происходила нейтрализация избытка родительских угроз и наказаний в прошлом и настоящем.

Игра «Жмурки» - устраняла не только страх неожиданного воздействия, но и отчасти темноты и замкнутого пространства (глаза у ведущего завязаны и нет яркого освещения в игровой комнате). Эффект «психологической очистки...» (ПО) зависел от предварительной установки соблюдать «инкогнито», то есть не лезть, не высываться, не двигаться, не обнаруживать своего «я», даже если ведущий и пытался ощупью установить, кто находится перед ним. Тем не менее, нужно признать вслух «отгадывание» себя, когда ведущий правильно называл имя скрывающегося на заранее очерченной игровой площадке.

Психологическая очистка угроз обнаружения, раскрытия замыслов, когда водящий с завязанными глазами ищет участников со словами: «Где же они находятся?», «Надо обнаружить всех, во что бы то ни стало», «Я покажу, на что способен!», «Никто от меня не скроется», «Я с вами рассчитаюсь», «Берегитесь!» и т. д.

Тревожно-мнительные, а то и паранойяльно настроенные родители пытались всеми правдами и неправдами доискаться до истинных намерений ребенка, безапелляционно нарушая его право на личную свободу и на собственное мнение. Во время терапии ребенок в роли водящего отвечал тем же, осуществляя таким образом «наказ» для родителей и одновременно освобождаясь от психологической «зашлакованности» мозга излишней угрожающей информацией.

Игра «Прятки». Устраняла страхи темноты (игра проводилась в вечернее время), одиночества (каждый прячется по одиночке) и замкнутого пространства (скрываться нужно в узком, стеснённом пространстве, чтобы не быть замеченным). Эффект ПО состоял в том, что родители и дети поочередно находят друг друга, устраняя тем самым свои предшествующие опасения (тревоги) разлуки и отсутствия любви.

Игра «Кто первый». После определённого, заранее оговоренного сочетания слов, произносимых одним из участников игры, все начинают скакать, как зайчики, до определённого места и обратно. Игра снимала реакции торможения. В интересующем нас контексте она выступала как «честность и согласованность в отношениях родителей и детей», подразумеваемая неукоснительное соблюдение с обеих сторон правил игры, за нарушение которых могли бы последовать санкции (психологически обыгрываемые условные наказания).

Игра «Быстрые ответы». Нужно быстро, сразу, не задумываясь, отвечать на всякие каверзные вопросы типа: «Сколько километров до Луны?» (ответ: «Много»); «Почему крокодил зелёный?» (ответ: «Живёт в болоте»); «Почему всё кончается на «у»?» (ответ: «Потому»)

и т.д. Игра устраняла торможение при внезапном обращении, что являлось непреодолимым препятствием для лиц, склонных к невротическим реакциям. Механизм ПО заключался в специальном ускорении темпа игры, когда всё время повторяется: «Скорее!», «Нельзя опаздывать!», «Проигрываешь!», «Ничего не можешь сказать сразу!» и т.д. Игра, таким образом, помогала снять избыток предшествующих нервно-возбуждённых обращений родителей к детям, поскольку родители участвовали в игре **наравне** с детьми.

Упомянутые игры составляли только часть разработанного игрового психологического комплекса устранения страхов и психологической очистки издержек семейного воспитания.

В контрольной группе у 30 пациентов, страдающих неврозами, получавших только фармакотерапию у 6(20%) пациентов отмечалось улучшение, у оставшихся 24(80%) наблюдалось более длительное течение заболевания, невроз протекал с частыми клиническими обострениями. У группы детей прошедших психотерапию отмечается полное устранение страхов. Игры не только устраняли страхи, но и действовали самостоятельно в виде психологической очистки. Эффективность метода «психологической очистки издержек семейного воспитания», не оставляет сомнений в целесообразности его использования в практике детской и семейной психотерапии неврозов у детей. Отсюда следует, что правила, требования являются основой воспитания, но их чрезмерность, как, впрочем, и недостаточность, осложняет психическое развитие детей.

Участие родителей в игровой терапии и перестройка их отношений закрепляли полученные результаты.

Выводы:

1. В результате применения метода «психологической очистки издержек семейного воспитания» в психотерапевтическом процессе достигается взаимная

адаптация детей и родителей, совершенствуются навыки самоконтроля и общения в стрессовых ситуациях.

2. Эффективность метода состоит в качественном своеобразии оригинального комплекса психологической очистки наиболее неадекватных сторон родительского воспитания, таких как непоследовательность, порицания, обвинения, тревожное ожидание и беспокойство, наказание вообще и физическое в частности, а также избыток информации.

3. Метод ПО прост в применении и эффективен для коррекции издержек семейного воспитания, способствующих невротизации детей.

4 В результате проводимой терапии происходило осознание родителями причин невротического заболевания ребенка и формирование у них соответствующего психотерапевтического настроения.

5 В процессе психологической очистки лечебные игры, способствуют *нейтрализации недоверия* родителей к возможностям детей, их опыту и перспективам самостоятельного развития.

Литература:

1. Захаров А.И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. // - Москва, 1999. - С.12-14.

2. Захаров А.И. «Как предупредить отклонения в поведении ребенка» // – М., «Просвещение», 1993 - С.22-24.

3. Захаров А.И. «Дневные и ночные страхи у детей» // Изд-во «Союз», СПб., 2000. - С.32-36.

4. А.И. Захаров. Метод «психологической очистки издержек семейного воспитания» у детей с неврозами. // Вестник последипломного медицинского образования. Научно-практический информационный журнал. Москва 1999. - С.86-87.

5. Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей. // Москва. Педагогика, 1986. - С.41-44.

УДК 616.8-085.851-616.36-005.8-08

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

А.А. Алмагамбетова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Резюме

Психотерапия улучшает психическое состояние больных, перенесших инфаркт миокарда (прежде всего за счет устранения аффективных нарушений и астении), способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного инфаркта миокарда. Важное значение в восстановлении трудоспособности больных, перенесших острый инфаркт миокарда, имеет правильная организация психотерапевтических лечебно - реабилитационных мер.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТИМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.А. Алмагамбетова

Миокард инфарктімен ауырған науқастардың психиялық жағдайын психотерапиялық ем жақсарта (ең алдымен аффектілік бұзылыстар мен астенияны шектеу арқылы), дертке адекватты психологиялық реакцияларды қалыптастыруға және инфаркттен кейінгі тиімді психологиялық реадaptацияға әкеледі. Жедел миокард инфарктімен ауырған науқастардың еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруде психотерапиялық емдік-реабилитациялық шараларды дұрыс ұйымдастырудың маңызы зор.

Summary
FEATURES OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

A.A. Almagambetova

Psychotherapy improves the mental state of patients with MI (primarily due to elimination of affective disorders, and fatigue), promotes the formation of an adequate psychological reaction to disease and successful psychosocial rehabilitation of patients after myocardial infarction. The importance in the rehabilitation of patients after acute myocardial infarction is the proper organization of psychotherapeutic treatment and rehabilitation measures.

Актуальность проблемы. Инфаркт миокарда находится в настоящее время в центре внимания кардиологов, психотерапевтов, терапевтов. Выраженные психические нарушения наблюдаются у 50-80% больных инфарктом миокарда. Эти изменения оказывают существенное влияние на течение основного патологического процесса, затрудняют лечение, снижают результаты реабилитации. На основании глубинно-психологического анализа был составлен типичный личностный профиль пациента с коронарными заболеваниями [1]. Волков В.Т. и соавт. допускали, что психический фактор наряду с органическим может играть роль в возникновении инфаркта миокарда. [2-3]. Психотерапевтический аспект реабилитации больных инфаркта миокарда важен и иногда определяет возможность и эффективность всех остальных реабилитационных вмешательств. Бурно М.Е. писал: «Очень важно понимать, что сердце после инфаркта миокарда может восстановить свою функцию быстрее, чем исчезнет состояние депрессии, часто осложняющее это заболевание». [4]

Медицинская практика, на словах придерживается хорошо известного правила «лечить не болезнь, а больного». Оценивая характерологические особенности больных различными формами ИБС, подчеркивается, что эмоциональный стресс имеет существенное значение в манифестации ишемической болезни сердца. [5]

Актуальность темы определяется широкой распространенностью инфаркта миокарда (ИМ), большими потерями вследствие временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации лиц наиболее работоспособного возраста и существенной ролью психологических факторов в восстановительном лечении. В связи с этим очевидна важность мер по психологической реабилитации больных ИМ, основное место среди которых отводится методам психотерапии (ПТ) [9].

Цель исследования:

1) оценить эффективность психотерапии (ПТ), применяемой в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда;

2) изучить эффективность гипноуггестивной психотерапии (ГСП) в лечении и реабилитации больных инфаркта миокарда;

3) оценить сравнительную эффективность различных методов ПТ (АТ, ГСП, рационально-разъяснительной психотерапии - РРП) в системе психологической реабилитации больных ИМ.

Материалы и методы исследования.

В течение нескольких лет (2009-2011г.г) наблюдались больные, перенесшие инфаркт миокарда различной степени трудности. Все больные обращались к психотерапевтической помощи на разных этапах после перенесенного заболевания, прошедшие курс лечения в стационаре.

Обследовано 40 больных из них мужчин – 35 (87,5%), женщин - 5 (12,5%); трудоспособного возраста 27-60 лет, средний - 50).

По давности заболевания больные распределялись следующим образом: до года – 21 больной (52,5%), до трёх лет - 13 больных (32,5%), до пяти лет и выше – 6 (15%). По наблюдению перенесенный инфаркт миокар-

да вызывал перестройку характерологических особенностей, что отражалось на темпераменте личности. Увеличилась частота меланхолического темперамента, который характеризовался боязливостью, упрямством, рассудительностью, пессимизмом, необщительностью. Одной из жалоб у этой группы больных был страх перед повторным инфарктом. Этот страх расценивался, как навязчивый страх смерти. В клинической картине этих больных отмечались явления раздражительной слабости, колебания настроения, повышенная впечатлительность и настороженность. Эти больные ходили очень осторожно, медленно, как бы не вызвать физическое напряжение. Они исключали всякое лишнее физическое напряжение. У больных наряду с утратой здоровья и трудоспособности развивалось расстройство сна, неуверенность, чувство неполноценности, т.е. развивались нервно- психические расстройства, усугубляющие клиническое течение заболевания. Клиническая картина психических нарушений проявлялась в основном в астеническом, тревожном, фобическом, депрессивном, ипохондрическом симптомокомплексах, либо их сочетаниях в виде астено-фобического, астено-ипохондрического синдромов и др.

Наиболее часто встречались: явления астении (24%), тревоги+фобии (22%), депрессии (19%), ипохондрии (19%), анозогнозии (16%).

Для больных, поступающих на реабилитацию непосредственно из стационара были разработаны специальные комплексы антистрессовых лечебных мероприятий.

Все методы ПТ включались в комплексное лечение на 6-8 нед.

При проведении аутогенной тренировкой (АТ) была использована методика по J.H.Schultz, [6] включая расширенные формулы спокойствия. Занятия проводились в группах по 8-10 чел., в положении сидя в кресле или лежа по желанию пациентов, 3 раза в неделю, в течение 30 мин. В среднем за курс лечения больные получили 8-10 сеансов. Кроме того, больным предлагалось ежедневно (1-2 раза) заниматься самостоятельно в домашних условиях. ГСП проводилась через день по 30-45 мин. В среднем курс лечения составил 8 сеансов. Погружение в гипнотическое состояние у большинства на уровне I-II стадии по А. Форелю [7] осуществлялось вербальным методом.

Рационально-разъяснительная психотерапия (РРП), [8] которая в среднем состояла из 3-5 бесед (в основном индивидуального характера) по 1 часу, была направлена на формирование у больного адекватного представления о болезни и новых форм поведения в связи с инфарктом миокарда, коррекцию ценностных ориентаций и установок личности.

Психотерапия (ПТ) подбиралась индивидуально для каждого больного. В зависимости от особенностей психического и соматического состояния назначались различные комбинации РРП, АТ и ГСП: 7 чел. (17,5%) нуждались только в РРП; у 10 (25%) больных РРП сочеталась с АТ, у 3 (7,5%) - с ГСП, а у 15 (37,5%) – с АТ и ГСП одновременно; 5 чел. (12,5%) получали АТ в сочетании с ГСП.

Больные занимались также лечебной физкультурой в зале, дозированной ходьбой под контролем врача ЛФК, кардиолога, получали фитотерапию, комплексную медикаментозную (базовую) терапию. Для анализа исследования была взята контрольная группа, состоящая из 40 пациентов с аналогичными характеристиками основного заболевания. Контрольной группой оказывались пациенты, которые в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, но получали медикаментозное лечение, ЛФК, диету и др. По уровню социальной адаптации они максимально приближались к пациентам исследуемой группы, состоящей также из 40 пациентов.

Результаты исследования и обсуждение

Особое место в программе реабилитации имела специальная антистрессовая программа психотерапевтической реабилитации, включающая в себя групповые и индивидуальные сеансы психотерапии, разработанные для данной группы больных.

При направлении больного в психотерапевтический кабинет проводилась беседа, на которой определялись основные психологические проблемы, такие как страх смерти, угроза инвалидности, тревога за будущее из-за возможных затруднений в возвращении к трудовой деятельности, боязнь потери независимости, такие факторы, обосновывающие развитие депрессии, как потеря либидо, бессонница, повышенная раздражительность, снижение внимания. В ходе беседы, помимо вышеуказанных проблем, которые присущи для большинства пациентов этой группы, выявлялись также индивидуальные факторы, являющиеся психотравмирующими и стрессогенными для конкретного пациента. На дальнейших индивидуальных беседах 3 раза в неделю проводилась коррекционная работа, включающая в себя традиционные методы – разъяснительно-рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипносуггестивная психотерапия, семейная психотерапия, при необходимости позитивная психотерапия, транзактный анализ.

В ходе первичной беседы, большинству больных предлагается принять участие в групповых занятиях, работающих по принципу Т- групп (группа собирается в одном и том же составе с первого по последнее занятие 10- 15 дней) или групп встреч (члены группы вливаются в работу по мере направления в психотерапевтический кабинет). Число участников группы 8-12 человек. Продолжительность одного занятия 50-60 минут.

В необходимых случаях проводилась семейная психотерапия, так как роль семьи для больного огромна, что помогало больному выбрать правильную ролевую позицию в семье, обрести уверенность в себе, убежденность в возможности полной семейной и профессиональной реабилитации. В ходе занятий в группе также давался теоретический материал в популярном изложении, касающийся как общегигиенических аспектов дальнейшей жизни (двигательная активность, режим питания, половая жизнь) так и навыки наиболее адекватного реагирования на стрессовые факторы.

В сравнении с контрольной группой у больных, прошедших специальную антистрессовую программу, никаких серьезных осложнений или последствий не было.

По результатам психотерапевтического лечения достигнуто стойкое улучшение соматического состояния. Клинические признаки оздоровления подтверждались параклиническими методами обследования (ЭКГ, лабораторные методы исследования, в т.ч. биохимический анализ плазмы на содержание холестерина и др.). Положительные сдвиги по анализу электрокардиограмм выявлены в 86% случаях. Было выявлено восстановле-

ние нарушенного ритма, проводимости, коронарного кровообращения.

Сравнительная динамика состояния больных групп ПТП (психотерапии) и КГ (контрольная).

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности ПТП при лечении психических изменений у больных ИМ. Установлено достоверное, по сравнению с КГ, снижение уровня астении и депрессии), а также тревоги и ипохондрии. В отдаленном периоде эффект ПТ в отношении тревоги, астении и депрессии стойко сохранялся. В процессе ПТП отмечено формирование адекватной психологической реакции на ИМ у 72,6% больных, тогда как в КГ - только у 27,4%, отмечалась успешная психологическая реадaptация (у 80,0% и 23,1% больных соответственно).

Под влиянием ПТП отмечено достоверное, по сравнению с КГ, улучшение отношения больных к медикаментозной терапии, к соблюдению диеты и врачебного режима.

Анализ изменения межличностных отношений выявил у больных, подвергшихся ПТП, тенденцию к гармонизации отношений с окружающими людьми (вне семьи и работы) по сравнению с исходным, концу курса ПТ, тогда как в КГ этих изменений не наблюдалось). Отмечено такое улучшение отношений в семье в группе ПТП, по сравнению с КГ.

В группе ПТП, по сравнению с КГ, наблюдалась более благоприятная динамика мотивации к труду, уменьшение ригидности установок, враждебности и конфликтности у больных, подвергшихся ПТП, гармонизации реакции больных на ситуацию, коррекции завышенных требований к окружающей среде, улучшении способности пациентов решать стоящие перед ними проблемы.

В ПТП группе, по сравнению с КГ, отмечено также уменьшение числа больных с кардиалгиями в процессе лечения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что проводимая ПТ, оказывает хорошее терапевтическое действие на психическое состояние больных, особенно на аффективные расстройства (тревогу, депрессию) и астению, способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного инфаркта миокарда, оказывает положительное влияние на некоторые показатели сердечно-сосудистой системы, а также на соответствующие установки и поведение больных ИМ, связанные с реабилитацией.

Эффективность гипносуггестивной психотерапии в лечении и реабилитации больных ИМ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ГСП оказывает хорошее терапевтическое действие на психическое состояние больных ИМ, прежде всего, за счет устранения тревоги, астении и депрессии, а также анозогнозии и кардиофобии. Отмечено положительное влияние ГСП и на формирование адекватной психологической реакции на ИМ (у 85% больных, тогда как в КГ - у 15%). К концу наблюдения в группе ГСП, по сравнению с КГ, достоверно чаще отмечалась успешная психологическая реадaptация (у 74,5% и 25,5% больных).

Анализ изменения межличностных отношений выявил тенденцию к гармонизации отношений больных с окружающими людьми (вне семьи и работы) к концу курса ГСП, тогда как в КГ этих изменения не наблюдалось. Отмечено также улучшение отношений в семье у больных, подвергшихся ГСП, в то время как в КГ эти отношения менялись мало.

ГСП оказала определенное влияние также на трудоспособность больных ИМ. Так, через 6 мес. от начала

заболевания число больных, вернувшихся к труду, в группе ГСП составило 62,8%, тогда как в КГ - 46,1%.

Сравнительная эффективность различных методов психотерапии.

По данным длительного наблюдения тенденция в большей эффективности АТ и ГСП, по сравнению с РРП, выявилась более четко. Сравнительный анализ динамики психического состояния за весь период наблюдения подтвердил уменьшение числа больных с анозогнозией в группах АТ и ГСП, по сравнению с РРП.

Изучение динамики отношения к врачебным рекомендациям показало, что АТ и ГСП, лучше чем РРП, способствуют сохранению адекватного отношения к соблюдению врачебного режима, отмечена лучшая гармонизация межличностных отношений.

АТ показывает об уменьшении ригидности установок, а также враждебности и конфликтности у больных, уменьшение ипохондрической фиксации на своем состоянии у больных, прошедших АТ. успешная психологическая реадaptация и возврат к труду, уменьшение выраженности психических нарушений.

В группах АТ и ГСП, по сравнению с РРП, сохранялась более высокая мотивация к труду.

Таким образом, АТ и ГСП оказывают большее положительное влияние на анозогнозию, на отношение к врачебным рекомендациям по соблюдению режима и мотивацию к труду. АТ более эффективно способствует гармонизации межличностных отношений, а ГСП лучше устраняет кардиофобию и влияет на сердечно-болевой синдром. У АТ и ГСП к тому же лечебный эффект отличается большей стойкостью. Возможно, что некоторые преимущества АТ и ГСП перед РРП объясняются, во-первых, состоянием релаксации при АТ и ГСП, которая способствует уменьшению тревожности, психологической и физиологической реакции на стрессовое воздействие. Во-вторых, воздействие на психику посредством эмоционально-суггестивных механизмов, по-видимому, обеспечивает больший терапевтический эффект, чем только логическая переработка информации, и, в особенности, в условиях повышенной тревожности. В-третьих, часть больных, прошедших курс АТ, продолжили самостоятельные занятия в домашних условиях. В-четвертых, в отличие от АТ и ГСП, которые проводились в группах больных, РРП применялась, как в групповой психотерапии, но в основном, в индивидуальной форме.

На основе полученных данных представляется возможность уточнить показания к применению АТ, ГСП и РРП: 1) при наличии кардиофобии, сердечно-болевого синдрома или АГ лучше проводить ГСП; 2) при проблемах межличностных отношений и с целью коррекции негативных личностных изменений (враждебность, ригидность установок, конфликтность) – АТ (семейную психотерапию); 3) РРП следует дополнять релаксационно-суггестивными методами ПТ воздействия.

Психотерапия больных ИМ проводилась дифференцированно с учетом психологических особенностей. В целях психологической реабилитации больных ИМ целесообразно проводить психотерапию уже в ранние сроки после ИМ. При этом для коррекции психических изменений, нарушенных отношений, установок, мотива-

ций достаточен короткий курс психотерапии. При наличии кардиофобии и анозогнозии целесообразно применение суггестивно-релаксационных методов психотерапии. При выявлении ипохондрического синдрома необходимо, наряду с более длительным курсом психотерапии, применение психотропных средств. Подобный же подход нужен при лечении кардиалгий, сопровождающихся выраженной психопатологической симптоматикой. При наличии сердечно-болевого синдрома или АГ из методов психотерапии рекомендуется применение длительного курса гипносуггестивной психотерапии. Коррекция поведенческих факторов риска ИБС требует более длительной и интенсивной психотерапии. Психотерапию лучше проводить в группе больных.

Выводы.

1. Психотерапия улучшает психическое состояние больных ИМ (прежде всего за счет устранения аффективных нарушений и астении), способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного ИМ.

2. Важное значение в восстановлении трудоспособности больных перенесших острый инфаркт миокарда имеет правильная организация психотерапевтических лечебно-реабилитационных мер.

3. Применение рекомендуемых способов психотерапевтического воздействия позволяет не только успешно бороться с указанными отклонениями и предупреждать их, но и позитивно влиять на течение основного заболевания, мобилизовать резервы личности, всего организма, для восстановления здоровья, потенцировать действие других методов терапии и профилактики возможных рецидивов.

4. Гипносуггестивная психотерапия оказывает большее, по сравнению с другими методами психотерапии, терапевтическое действие, как на психическое состояние, так и сердечно-сосудистую систему, а гипносуггестивная психотерапия и аутогенная тренировка более эффективны, чем разъяснительно-рациональная психотерапия, в реабилитации больных ИМ.

Литература:

1. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. // Москва «Медицина» 1996 -С.258-263.[1] (Dunbar 1948).
2. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенёв Ф.Ф. Личность пациента и болезнь // Томск - 1995 - С.164-168.
3. Каменецкий Д.А. Этюды практической психотерапии. // Москва-2000 - С.204-223.[6]
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. // Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии. / Под редакцией В.В.Макарова. Академический проект. - Москва 2000. – С.54-82. (гипноз по Форелю, 1928).
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Москва. «Медицина» 1985 - С. 99 - 101.(P.Dubois, 1912).
6. Шафикова А.Г. Дифференцированная психотерапия больных инфарктом миокарда на стационарном этапе реабилитации. // Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова. Москва 1990 – С.160.