



¹И. А. ВАНХАДЛО, ¹Л. Н. НЕСТЕРУК, ¹Н. Д. САВИЧ, ²В. И. АВЕРИН, ¹Т. М. ЛЕЩИНСКАЯ, ¹А. А. СВИРСКИЙ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА ПИЩЕВОДЕ

¹РНПЦ детской хирургии, Минск, Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

С целью улучшения итогов реабилитации детей, перенесших операции на пищеводе, психологом РНПЦ детской хирургии проанализированы результаты анкетирования 56 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет, перенесших операцию по восстановлению пищевода 1—18 лет назад. В данной группе прооперированных детей было 26 пациентов с ожоговой травмой пищевода и 30 — с врожденной патологией пищевода. Параллельно проведено анкетирование родителей прооперированных пациентов. Для этого использовали специальные методики, позволяющие оценить психологическую составляющую в процессе проведения реабилитации пациента с возможностью проследить динамику и степень адаптации в социуме ребенка, имеющего искусственный пищевод, вследствие перенесенных операций.

Ключевые слова: врожденная патология пищевода, ожоги пищевода, операции на пищеводе, психологическая реабилитация, личностная тревога, реактивная тревога.

This study aimed to present the outcome of children rehabilitation who underwent surgery on the esophagus. For this reason the results of a survey of 56 patients aged 2 to 18 years who underwent surgery to restore the esophagus 1—18 years ago were analyzed by psychologist of Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Surgery. In this group of operated children, there were 26 patients with burn injury of the esophagus and 30 with congenital pathology of the esophagus. At the same time, a survey was conducted among the parents of the operated patients. For this purpose, special techniques were used to assess the psychological component in the process of patient rehabilitation with the ability to trace the dynamics and degree of adaptation in society of a child who has an artificial esophagus as a result of previous operations.

Key words: congenital esophageal pathology, esophageal burns, esophageal surgery, psychological rehabilitation, personal anxiety, reactive anxiety.

HEALTHCARE. 2024; 6: 42—48.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION OF CHILDREN WHO HAD UNDERGONE OESOPHAGEAL SURGERY

I. A. Vankhadlo, L. N. Nestsiaruk, N. D. Savich, V. I. Averin, T. M. Lechtchinskaya, A. A. Svirsky

Оказание медицинской помощи детям с врожденной и приобретенной патологией пищевода заключается не только в проведении хирургического лечения, но и в необходимости обязательной дальнейшей психологической реабилитации. Прооперированный пациент нуждается как в терапии по восстановлению функций пищевода, так и в дополнительной психологической помощи, без которой у ребенка в дальнейшем возникают проблемы с коммуникацией среди сверстников [1].

Цель медицинской и психологической реабилитации — привести часто болеющего и имеющего стойкие повреждения пищевода ребенка в состояние, позволяющее ему обучаться в общеобразовательной школе наравне с другими детьми. Доказано, что в период обострения любая болезнь, в особенности физический дефект, отрицательно влияет на систему

отношений ребенка с его сверстниками. В качестве стрессовых факторов выступают: само заболевание; болезненное реагирование окружающих (особенно родителей); частое и длительное пребывание в стационаре; необходимость последующих оперативных вмешательств.

В отличие от взрослых, дети обычно не противопоставляют свое «Я» болезни, не наблюдают за своей болезнью со стороны, а сливаются с ней эмоционально, то есть живут в болезни. Описывая свою болезнь, дети сначала перечисляют ее внешние проявления (кашель, насморк, температура и т. д.), а потом рассказывают, какие неприятные ощущения у них это вызывает (двоится в глазах, тошнит, болит). Но все эти симптомы существуют не как принадлежащие болезни, а как восприятие самого ребенка [1]. Поведенческие реакции позволяют

ребенку не только добиться желаемого, но и просто привлечь внимание взрослых. Позднее формируются психологические защитные механизмы с участием психических функций: отрицание, подавление, проекция, вытеснение, идентификация, замещение, сублимация, отчуждение. Они позволяют ребенку адаптироваться к среде не за счет изменения внешнего мира, а за счет внутренних изменений.

Болезнь является одной из наиболее типичных психотравмирующих ситуаций для ребенка. Заболевший ребенок неизбежно испытывает страх (в том числе страх смерти) и страдание; его тяготят ограничение свободы, одиночество и отсутствие поддержки. Эти переживания усугубляются госпитализацией ребенка, вынужденной разлукой с близкими.

Цель исследования — оценить реабилитационный потенциал детей с оперированным пищеводом с использованием методик анализа их психологического статуса.

Материал и методы

В ходе исследования было проведено анкетирование 56 пациентов из 92 оперированных в 1992—2019 гг., из них 26 — с приобретенной патологией пищевода (химический ожог пищевода (ХОП)) и 30 — с врожденной патологией (атрезия пищевода (АП)). Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от возраста: 1-я группа — 2—6 лет; 2-я группа — 7—16 лет; 3-я группа — 17 лет и старше. Также было проведено тестирование 40 родителей пациентов 1-й и 2-й групп.

В исследовании было использовано несколько методик. Для оценки степени тревоги и страха перед заболеванием у пациентов применяли методику «Самооценка тревоги Спилбергера — Ханина для детей и подростков» (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), а также вариант данной методики для взрослых с целью отслеживания динамики психологического состояния бывших пациентов РНПЦ детской хирургии [2]. Шкала тревоги в данной методике является информативным способом самооценки уровня тревожности в настоящий момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тре-

вожных переживаний, оценка состояния в динамике и др. При интерпретации показателей использованы следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкая; 31—44 балла — умеренная; 45 баллов и более — высокая. Методику диагностики отношения к болезни ребенка применяли в индивидуальной диагностике отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка в зависимости от характера заболевания (врожденное или приобретенное), типа лечения (амбулаторное, стационарное, полустационарное, санаторное), качества семейных отношений [3, 4]. Для изучения отношения к болезни у детей использовали вариант методики «Незаконченные предложения» [5, 6]. Незаконченные предложения в предлагаемом варианте составлены так, чтобы в их продолжениях проецировались основные аспекты внутренней картины болезни. Для самостоятельного заполнения бланк предлагали детям с 9-летнего возраста. Наиболее важен качественный, содержательный анализ ответов. Но применяли и количественную оценку: когда окончание предложения не выражало отрицательных переживаний — ответ оценивался как «0»; когда же отрицательные переживания звучали в предложении — ответ оценивался как «1» [3].

Для определения отношения родителей ребенка к его заболеванию и их влияния на общий уровень тревоги у ребенка была использована методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР). Шкалы методики определяли следующие уровни тревоги: интернальность (И); тревога (Т); нозогнозия (Н); контроль активности (А). Общую напряженность рассчитывали как суммарный показатель по всему опроснику в целом.

Результаты и обсуждение

Оценка психологического статуса оперированного пациента играет решающую роль на этапе реабилитации пациента как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после операции. Уровень реактивной тревоги определяет психологическое состояние непосредственно в момент психологического обследования. Пациенты, показавшие высокий уровень по данной шкале, были обеспокоены предстоящими медицинскими обследованиями (5 пациентов 1-й группы и 2 пациента 2-й группы) и отсутствием рядом близких родственников

(2 пациента 2-й группы), результаты представлены в таблице.

Личностная тревога представляет собой конституциональную черту, обусловливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на человека и вызывать у него выраженную тревогу. Уровень личностной тревоги показывает, как ощущают себя пациенты вне клиники, находясь в привычных условиях. Как видно из таблицы, высокий уровень тревоги у пациентов 1-й группы ($n = 2$, 14 %) связан с тревогой, исходящей от ближайшего окружения (родители переносят свои переживания на ребенка, и он чувствует себя несчастным). Это подтверждается тем, что при обсуждении ответов на вопросы пациенты использовали фразы: «Мама так сказала», «Мама говорит, что я не смогу этого сделать» и т. п. Следует отметить, что это пациенты, имеющие врожденную патологию (АП).

Пациенты 2-й группы ($n = 4$, 15 %), показавшие высокий уровень личностной тревоги, не удовлетворены своим положением в обществе, отсутствием близких друзей или обеспокоены своим внешним видом. У 2 пациентов кроме вышеперечисленных факторов тревоги присутствует явное неприятие своего тела из-за постоперационных рубцов. Так же как и в 1-й группе, это пациенты, имеющие врожденную патологию (АП).

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Значение итогового показателя по данной шкале позво-

ляет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

По результатам исследования высокий уровень реактивной тревоги отмечен у 5 (36 %) пациентов 1-й группы и 4 (15 %) пациентов 2-й группы. В 1-й группе — это 3 пациента, имеющие приобретенную хирургическую патологию (ХОП), и 2 пациента с врожденной патологией (АП). Следует отметить, что пациенты с врожденной патологией, показавшие высокий уровень реактивной тревоги, имеют также высокие показатели по шкале «Личностная тревога».

Пациенты 2-й группы, имеющие высокий уровень реактивной тревоги, — это пациенты с приобретенной хирургической патологией (ХОП). Они остро реагируют на любую нестандартную ситуацию, не в сопоставлении удерживать под контролем свои эмоции. Из таблицы также видно, что к 17 годам и старше (пациенты 3-й группы) высокий уровень реактивной и личностной тревоги практически полностью отсутствует, что говорит о наличии существенного реабилитационного потенциала, позволяющего добиться хороших результатов при целенаправленной работе психолога с данной категорией пациентов.

При анализе результатов анкетирования 40 родителей пациентов 1-й и 2-й групп были получены следующие данные: высокий уровень общей напряженности показали 12 (30 %) родителей, умеренный — 21 (52 %), низкий — 7 (17 %) человек. Из 12 родителей, показавших высокий уровень общей напряженности, у 3 (25 %) респондентов отмечался высокий индекс по трем исследуемым шкалам (Т, Н, А)

Результаты оценки психосоматического статуса оперированных детей, проведенной по методике «Самооценка тревоги Спилбергера — Ханина для детей и подростков»

Группа пациентов	Количество пациентов	Показатели уровня тревоги, количество пациентов*					
		реактивная			личностная		
		низкий	умеренный	высокий	низкий	умеренный	высокий
1-я (2—6 лет)	14	7 (50 %)	2 (14 %)	5 (36 %)	10 (72 %)	2 (14 %)	2 (14 %)
2-я (7—16 лет)	27	14 (51 %)	9 (34 %)	4 (15 %)	16 (59 %)	7 (26 %)	4 (15 %)
3-я (17 лет и старше)	15	12 (80 %)	3 (20 %)	—	10 (67 %)	5 (33 %)	—

*При $p \leq 0,05$.

и умеренный — по одной (И). На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что родители страдают гипернозогнозией, то есть преувеличивают значимость отдельных симптомов заболевания своего ребенка, следовательно, это повышает уровень контроля активности с их стороны и общий уровень тревоги, у 4 (33 %) человек выявлен высокий индекс по шкалам Т, А и умеренный — по шкалам Н, И. В данном случае родители правильно оценивали тяжесть заболевания ребенка и перспективы, но при этом старались искусственно сдерживать его активность. Остальные 5 (42 %) респондентов из вышеуказанной группы показали высокий уровень по шкалам Н, А и умеренный — по шкалам Т, И. Родители, страдающие гипернозогнозией, сконцентрированы на сдерживании ребенка, поскольку считали, что излишняя активность может негативно сказаться на течении заболевания и помешать эффективности лечения. Во всех этих случаях родители, как страдающие гипернозогнозией, так и имеющие условно адекватное восприятие тяжести заболевания ребенка, склонны сдерживать и в какой-то степени тормозить развитие ребенка (как физическое, так и умственное). Например, именно родители из этих категорий предпочли бы домашнее обучение для своих детей, даже не имея для этого рекомендаций врача, 8 (20 %) респондентов показали низкий уровень по шкале Н из всех исследуемых, то есть они преуменьшили тяжесть заболевания ребенка. Как правило, это родители, изначально имеющие завышенные ожидания от своих детей, они стремились к тому, чтобы наличие заболевания никак не повлияло на исполнение их желаний относительно будущего ребенка.

Методика «Незаконченные предложения» позволяет количественно и качественно оценить основные аспекты внутренней картины болезни: представление о здоровье; представление о болезни; отношение к болезни; отношение к лечению; представление о будущем; отношение семьи к болезни; отношение к госпитализации. Данная методика оказалась не столь информативной, как предыдущие, по следующим причинам: методика для самостоятельного заполнения предлагалась только пациентам старше 9 лет; пациенты до 9 лет не смогли самостоятельно продолжить большинство предложений, так как не понимали зало-

женный в них смысл. Их ответы невозможно интерпретировать в соответствии с основным заболеванием; большинство респондентов, которые заполнили все предложения, не смогли сосредоточиться на основном заболевании даже после разъяснений по правильному заполнению; возникла сложность в количественном подсчете высказываний из-за их неточности и неоднозначности. В связи с этим проведен только качественный анализ, который показал, что, если в младшем возрасте отношение к заболеванию зачастую складывается из объективных ощущений и переживаний, то по мере взросления даже при отсутствии болезненных и неприятных симптомов срабатывают выработанные годами психологические защитные механизмы и пациент продолжает «болеть». Это выражается подавленным состоянием большую часть времени, чрезмерной необоснованной заботой о собственном здоровье, соблюдением диеты на протяжении долгих лет без наличия на то оснований. Такие симптомы были выявлены у 4 респондентов 2-й группы.

Также выявлено 15 (27 %) пациентов с кардинально противоположным отношением к себе и своему заболеванию. Они относятся ко 2-й группе. В отличие от представителей предыдущей характерологической группы эти пациенты ведут свободный образ жизни, не обращая внимания на возникающие изредка симптомы своего основного заболевания, не ограничивают себя ни в чем, всячески пытаются вычеркнуть из своей памяти все, что связано с болезнью. Симптомы, которые могут периодически напоминать о заболевании, категорически с ним не связывают, не проходят плановые осмотры. По данным обследования, такого рода психологическая защита возникла у пациентов, которые слишком тяжело переносили лечение в детском возрасте, а их родители «посвятили» свою жизнь лечению ребенка.

Оперированные пациенты отличаются также повышенным уровнем тревожности из-за своего соматического здоровья — интересуются своей историей болезни, результатами анализов, ждут слов врача после осмотра. Успех психологической реабилитации таких пациентов зависит от детального знания соматических и психических изменений у ребенка, знания эффекта различных психолого-педагогических воздействий и правильной организации жизни

пациентов во время их пребывания в стационаре.

С целью недопущения ухудшения психического состояния с такими пациентами (лично или в сопровождении их законных представителей) проводятся дополнительные разъяснительные беседы, на которых детально обсуждается порядок проведения необходимых процедур и манипуляций.

Режим дня создает определенный внутренний стереотип — помогает организовать поведение детей на основании определенной последовательности событий, поскольку вследствие болезни жизнь ребенка значительно дезорганизовалась: нарушились сон, аппетит, снизился интерес к внешнему миру. Шаг за шагом должно восстанавливаться равновесие ребенка с окружающей средой. Важная часть распорядка дня — достаточное количество сна и отдыха. Ночной сон детей, как правило, беспокоен, поэтому необходим отдых днем, иначе астенизованные заболеванием дети будут еще более истощаться.

Большую роль играет также регламент лечебных процедур — не должно быть испуга от неожиданных уколов, болезненных обследований. Болезненные манипуляции должны отсутствовать до еды, чтобы не нарушить и так ослабленный аппетит. Правильная организация среды вокруг больного ребенка не только облегчает его самочувствие, повышает настроение, но также учит его самого активно использовать имеющиеся возможности. Игрушки, книжки, мультфильмы, музыка, домашние животные и, самое главное, общение с заботливыми и понимающими взрослыми — все это является факторами выздоровления заболевшего ребенка. Выражая сочувствие ребенку, разделяя с ним боль, страх и горе, оказывая практическую помощь, поддерживая надежду на выздоровление, взрослые берут на себя часть его страданий, это своеобразная психологическая защита «со стороны». Осознанно и неосознанно запечатлевая, как ведут себя взрослые, ребенок не только фиксирует стереотипы поведения, но и учится справляться со стрессовыми ситуациями, формируя эффективные копинг-стратегии «решение проблем» и «поиск социальной поддержки».

Для эффективной реабилитации пациентов, а также для создания благоприятных условий пребывания в стационаре необходимо в пер-

вую очередь обучить медперсонал грамотному обращению с такими детьми и их родителями. С этой целью на регулярной основе организованы обучающие модули с разбором реальных ситуаций, тренингами по взаимодействию.

Взаимоотношения ребенка с медицинским персоналом и врачами предполагают сочетание мягкости с известными требованиями (самообслуживание) в целях профилактики формирования демонстративных тенденций. Предъявление требований должно соотноситься с особенностями возрастных этапов (кризы развития), которые вносят свой вклад в поведение ребенка. Например, для 3—4 лет — эмоциональное самоутверждение, реакции упрямства, негативизм; для 6—7 лет — усиление двигательной активности или подавленность и боязливость; в пубертатный период — реакции протеста или депрессивные проявления.

Особенно тяжело вступают в новые для себя отношения с незнакомыми людьми «домашние» дети, которых воспитывают по типу «кумира семьи». Отсутствие социального опыта, понимания, что люди по-разному могут относиться друг к другу, приводит к тому, что дети не могут проявлять гибкость в зависимости от жизненных ситуаций. Ребенок, который больше других требует внимания, из-за своего навязчивого эгоцентризма неизбежно вызывает негативное отношение. Неприятие и отвержение другими воспринимаются ребенком болезненно, вызывают душевную боль. Невозможность осознать причины такой ситуации приводит к неспособности понять необходимость изменения своего поведения. Напряжение, вызванное хроническим внутриличностным конфликтом, вынуждает ребенка искать защиту, например, в проекции — переносе на других своих негативных качеств. Ребенок формирует мнение, что окружающие обзывают его не потому, что он плох, а потому, что сами плохие. Это дает ребенку полное право открыто проявлять защитную вербальную агрессию — хамить и грубить. В таких случаях важно не проявлять ответную агрессию, не вступать в конфронтацию. Более эффективно предоставить возможность выплеска эмоций, обеспечив безопасность ребенка, и спустя некоторое время вернуться к обсуждению неприятного для пациента вопроса.

При длительном пребывании ребенка в больничном стационаре возможно развитие совокупности психических и соматических

расстройств, определяемых как синдром госпитализма. На развитие госпитализма влияют: сенсорная депривация — бедность впечатлений из-за недостатка разнообразных ощущений; эмоциональная депривация — недостаток тепла, любви, заботы, эмоциональной поддержки; интеллектуальная депривация — уменьшение стимулов, способствующих упражнению и развитию умственных способностей. К симптомам госпитализма у детей относятся: замедление физического и психического развития, отставание в овладении собственным телом и речью, пониженный уровень адаптации к окружению, ослабленная сопротивляемость к инфекциям. Последствия госпитализма у младенцев и детей являются долговременными и зачастую могут быть необратимыми, приводя к смерти в тяжелых случаях.

Многие взрослые представляют мир ребенка как свой собственный, но уменьшенного масштаба. Но детей интересуют и волнуют другие проблемы. Они попадают в трудные и опасные ситуации, которых взрослые даже не замечают. У них другие способы преодоления стресса, другие друзья. Если мир взрослых рационален, структурирован и предсказуем, то мир детей не имеет четких границ, он эмоционален от ужаса до восторга; детскую душу переполняют эмоции, которые им трудно выразить и пережить. Поэтому главная задача психолога — помочь ребенку справиться с внутренним напряжением и беспокойством.

Наиболее эффективными в условиях стационара оказались релаксационные техники «Безопасное место», «Световой поток», арт-терапевтические методики «Мое настроение», «Колесо эмоций». Большинство пациентов предпочли индивидуальную работу с психологом, так как в группе чувствовали себя неуверенно.

Таким образом, психологическая адаптация ребенка в ходе проведения реабилитации играет существенную роль в получении конечного результата. Анализ психологических аспектов послеоперационного состояния пациента и работа с ним в данном направлении позволяют дать ему возможность правильно интерпретировать свое состояние и лучше приспособиться в среде своих сверстников за счет целенаправленного снижения уровня тревожности. Так, по данным анкетирования можно

увидеть достоверное снижение уровня реактивной тревожности с высокого у 36 % опрошенных детей в возрасте 2—6 лет до полного отсутствия высокой реактивной тревожности к 17 годам и достоверного снижения реактивной тревожности до низкого уровня у 80 %. Аналогичная тенденция прослеживается при оценке уровня личностной тревоги с 14 % высокого уровня личностной тревоги у детей в возрасте 2—6 лет до полного отсутствия к возрасту 17 лет и старше, что свидетельствует о наличии существенного реабилитационного потенциала, позволяющего добиться хороших результатов при целенаправленной работе психолога с данной категорией пациентов.

Также важна работа психолога не только с детьми, но в первую очередь с их родителями. В возрасте 2—6 лет высокий уровень тревожности родителей оказывает непосредственное влияние на уровень тревоги детей.

Наши исследования показали, что для успешной социализации пациентов целесообразно опираться не только на их физические ощущения, но и на психологическую составляющую всей семьи в целом или на наиболее близких родственников.

Создание искусственного пищевода как следствие хирургического лечения атрезий и ожогов пищевода у пациентов в возрасте до 18 лет приводит в большинстве случаев (81 %) к формированию высокого реабилитационного потенциала, что подтверждает важность проведения мероприятий медицинской реабилитации с акцентом на психологический аспект для улучшения их качества жизни, успешной социализации и снижения инвалидизации.

Контактная информация:

Ванхадло Ирина Александровна — психолог.
РНПЦ детской хирургии.
Пр. Независимости, 64а, 220013, г. Минск.
Сл. тел. +375 17 379-21-07.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Л. Н. Н., В. И. А., Т. М. Л.
Сбор информации и обработка материала: И. А. В., Л. Н. Н., Н. Д. С.
Написание статьи: И. А. В., Л. Н. Н., Н. Д. С., А. А. С.
Редактирование текста: В. И. А., А. А. С.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батаршев А. В. *Базовые психологические свойства и самоопределение личности: практик. руководство по психологической диагностике*. СПб.: Речь; 2005. 208 с.
2. Исаев Д. Н., Каган В. Е. *Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие*. СПб.; 1991.

3. Колодич Е. Н. Коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков. Минск: ФУАинформ; 2002.
4. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Моск. ун-та; 1987.
5. Шац И. К. Психозы у детей: психология и психопатология. М.: Советский спорт; 2002. 216 с.
6. Шац И. К. Психологические и психиатрические аспекты детской онкологии. Детская онкология. (Рук. для врачей). СПб.; 2002. С. 176—94.

REFERENCES

1. Batarshev A.V. *Basic psychological properties and self-determination of personality: A practical guide to psychological diagnostics*. SPb.: Rech'; 2005. 208 s. [(in Russian)]

2. Isaev D. N., Kagan V. E. *Psychodiagnostic methods in pediatrics and child psychoneurology. Toolkit*. SPb.; 1991. [(in Russian)]
3. Kolodich E. N. *Correction of emotional disorders in children and adolescents*. Minsk: FUAninform; 2002. [(in Russian)]
4. Nikolaeva V. V. *The influence of chronic illness on the psyche*. M.: Izd-vo Mosk. un-ta; 1987. [(in Russian)]
5. Shats I. K. *Psychoses in children: psychology and psychopathology*. M.: Sovetskij sport; 2002. 216 s. [(in Russian)]
6. Shats I. K. *Psychological and psychiatric aspects of pediatric oncology. Pediatric oncology. (Manual for doctors)*. SPb.; 2002. S. 176—94. [(in Russian)]

Поступила 18.03.2024

Принята к печати 12.04.2024

Литература по проблеме лечения хронической боли

Савостин, А. П. Корреляции уровня нейромедиаторов ноцицепции с уровнем личностной тревоги и интенсивностью боли у пациентов при хроническом болевом синдроме в нижней части спины / А. П. Савостин, Н. Н. Усова // Успехи современной клинической неврологии и нейрохирургии : тез. докл. XX Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием для молодых специалистов, Минск, 17 сент. 2021 г. — [Опубл. в журн.] Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. — 2021. — Т. 11, № 2, прил. — С. 76—78.

Савостин, А. П. Нейрофизиологические особенности болевого синдрома в нижней части спины / А. П. Савостин, Н. Н. Усова // Современные достижения неврологии и нейрохирургии : тез. XXII Респ. науч.-практ. конф. для молодых специалистов, Бобруйск, 2 июня 2023 г. — [Опубл. в журн.] Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. — 2023. — Т. 13, № 1, прил. — С. 159—161.

Сантимов, А. В. Психотерапевтический подход к лечению хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артите и предикторы его эффективности / А. В. Сантимов, В. Г. Часнык, С. В. Гречаный // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2022. — Т. 13, № 2. — С. 138—150.

Свизунов, О. И. Лечение хронического болевого синдрома, ассоциированного с дискогенной лumbospondylialgia, методом УЗ-ассистированной блокады мышцы, выпрямляющей позвоночник. Клинический случай / О. И. Свизунов, Н. М. Чечик, А. Б. Малков // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. — 2021. — Т. 11, № 3. — С. 423—429.

Сенсорные фенотипы хронической боли у пациентов, переживших критическое состояние: проспективное наблюдательное исследование / А. П. Спасова [и др.] // Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. — 2023. — № 4. — С. 139—148.

Сидорович, Р. Р. Нейростимуляция крестцового сплетения в лечении пациентов с дизурическими нарушениями и синдромом хронической тазовой боли / Р. Р. Сидорович // Медицинские новости. — 2022. — № 1. — С. 25—28.

Сидорович, Р. Р. Тактика нейрохирургического лечения посттравматических невропатий с хроническим болевым синдромом / Р. Р. Сидорович // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. — 2022. — Т. 12, № 2. — С. 156—166.

Совет экспертов: хроническая боль в области плечевого сустава как мультидисциплинарная проблема / А. Е. Каратеев [и др.] // Современная ревматология. — 2023. — Т. 17, № 3. — С. 111—120.

Стимуляция крылонебного ганглия в лечении хронической кластерной головной боли. Результаты первого мультицентрового опыта в России / В. М. Джафаров [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2022. — Т. 122, № 2. — С. 68—73.

Транскраниальная электростимуляция у пациентов с хроническим болевым синдромом / В. А. Мануковский [и др.] // Джанелидзевские чтения — 2022 : сб. науч. тр. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 2—3 февр. 2022 г. / С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. И. И. Джанелидзе ; [под ред. В. А. Мануковского и др.]. — СПб., 2022. — С. 90—93.

Управление болевым синдромом при сохранившейся хронической боли в колене после тотального эндо-протезирования коленного сустава / А. Ю. Елдырев [и др.] // Медицинская наука и практика. Междисциплинарный диалог : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 55-летию Чуваш. гос. ун-та им. И. Н. Ульянова, Чебоксары, 8—9 апр. 2022 г. / М-во науки и высш. образования Рос. Федерации, Чуваш. гос. ун-т им. И. Н. Ульянова ; [редкол.: В. Н. Диомидова, С. И. Павлова]. — Чебоксары, 2022. — С. 137—139.