

and etc. 2010

13. Happy research institute. Job Satisfaction index. Denmark. 2019.

14. Institute of Medicine. Health services research: training and workforce issues. Washington, DC: National Academy Press; 1995.

15. Institute of Medicine. Report on health services research. Washington, DC: National Academy Press; 1979.

16. Lohr KN, Steinwachs DM. Health services research: an evolving definition of the field. Health Serv Res. 2002 Feb;

17. Committee on Quality of HealthCare in

America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century Institute of Medicine. National Academy Press; Washington, DC: 2001.

18. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. Bull World Health Organ. 2000

19. Schoen C, Osborn R, Doty MM, et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experience in seven countries. Health Aff. 2007

20. Committee on Quality of HealthCare in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century Institute of Medicine. National Academy Press; Washington, DC: 2001.

УДК 61

ГРНТИ 76.29

**КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ВОЗВРАЩЕННЫХ В РОССИЮ ИЗ ЗОН БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2020.2.80.1101

Захарова Наталия Михайловна

кандидат медицинских наук, руководитель

*Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В. П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва*

Милехина Алла Владимировна

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник

*Отдела патологии речи и нейрореабилитации
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России
г. Москва*

Natalia M. Zakharova

*“V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Moscow, Russia*

Alla V. Mileokhina

*“V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology”
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Moscow, Russia*

АННОТАЦИЯ

На основании анализа данных клинико-психопатологического и экспериментально-психологического обследования 93 детей, эвакуированных из зон боевых действий на Ближнем Востоке, представлены основные направления медико-психологической реабилитации детей, находившихся длительное время на территории, подконтрольной запрещенной в РФ террористической группировки ИГИЛ. Описаны основные психодиагностические, лечебно-реабилитационные и ресоциализационные мероприятия, направленные на восстановление психического здоровья детей, профилактику развития психических расстройств на отдаленных этапах, создание безопасной среды и обеспечение оптимальной интеграции ребенка в новом микро- и макросоциуме.

ABSTRACT

Based on the analysis of the data of the clinical-psychopathological and experimental psychological survey of 93 children evacuated from war zones in the Middle East, the main areas of medical and psychological rehabilitation of children who have been in the territory controlled by the terrorist group ISIS are represented for a long time in the territory controlled by the terrorist group ISIS, which is banned in Russia. The main psychodiagnosis, treatment and rehabilitation and resocialization measures aimed at restoring children's mental health, preventing the development of mental disorders at remote stages, creating a safe environment and ensuring optimal integration of the child in the new micro- and macro-society are described.

Ключевые слова: дети, жертвы локальных военных конфликтов, психическое здоровье, медико-психологическая реабилитация, интеграция в социум.

Keywords: children, victims of local military conflicts, mental health, medical and psychological rehabilitation, integration into society.

Введение

Проживание в зоне военных действий, особенно на территориях, подконтрольных радикальным террористическим группировкам, угроза жизни и здоровью, вынужденное переселение, захваты заложников, ограничение свободы и т.д., оказывают значительное негативное влияние на психику детей, приводя к нарушению адаптации и развитию у них различных психических и поведенческих расстройств [1, 2, 3]. Исследования, проведенные среди детей – жертв локальных военных конфликтов, показали значительный рост расстройств психотического [4, 5] и непсихотического круга в остром периоде и наличие у большинства из них симптомов, характерных для посттравматического стрессового расстройства с преобладанием депрессивных реакций, раздражительности со вспышками гнева, агрессивностью [6,7] и астенических расстройств [8, 9, 10] в отсроченном периоде. Особое значение в формировании психических расстройств у детей – жертв локальных военных конфликтов, имеют проблемы социального окружения: жестокое обращение или холодное отношение со стороны родственников, отсутствие или низкий уровень образования, отвержение сверстниками [11, 12, 13].

В последнем десятилетии наибольший резонанс получила деятельность запрещенной в РФ террористической группировки Исламское государство Ирака и Леванта (ИГИЛ). Многие боевики, выходцы из разных стран, в том числе и из России, вывезли (не всегда добровольно) на территорию, подконтрольную террористам, своих жён и детей. При этом дети воспитывались в строгом соответствии с шариатом [14], проходили психологическую идеологическую обработку и специфическую физическую подготовку с последующим участием в актах насилия и жестокого обращения (преимущественно мальчики старше 8 лет) [15]. Будучи возвращены в Россию, эти дети нуждаются в адаптации и социализации в условиях мирного существования, что невозможно без своевременных диагностики, лечения и профилактики постстрессовых психических расстройств.

Цель исследования

Разработка алгоритма медико-психологической реабилитации детей, возвращенных в Россию из зон боевых действий.

Материалы и методы

Были обследованы 93 ребенка (44 мальчика и 49 девочек) в возрасте от 1 года 7 месяцев до 15 лет. Все дети были эвакуированы с территории, контролируемой запрещенной в Российской Федерации террористической организацией ИГИЛ и долгое время находились в специальных лагерях, организованных при тюрьмах на территории Республики Ирак. **Общесоматическое обследование** проводилось в стационарном отделении ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России. Грубой соматической патологии выявлено не было. **Психолого-**

психиатрическое обследование проводилось в течении первых суток после возвращения из Ирака. Использовались клинический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологический методы исследования.

Результаты исследования

На состояние здоровья детей существенное влияние оказали особые условия жизни, в которых дети находились на протяжении нескольких лет: особое семейное и религиозное воспитание, утрата близких родственников (отца, братьев, сестер), друзей и знакомых, утрата привычной социальной среды, а впоследствии и свободы (примерно 1,5 года дети, независимо от пола и возраста, провели в общих камерах иракской тюрьмы вместе с осужденными матерями), бедное, однообразное питание, отсутствие обучения, игр.

Дополнительными стрессогенными факторами для всех детей явились разлука с матерью и смена привычной для них социальной среды.

В результате обследования были выявлены комплексы симптомов и поведенческих особенностей, характерных для отдельных гендерно-возрастных категорий:

Дети от 1года 7 месяцев до 4-х лет (31 человек: 16 девочек и 15 мальчиков). У всех детей данной возрастной группы независимо от пола выявлялись признаки острой реакции на стресс (F43.0) в связи с разлукой с матерью. Отмечалась либо частая смена эмоций с плаксивостью и расторможенностью (32,3%), либо двигательная и психическая заторможенность с сонливостью (67,7%) с постепенной редукцией симптоматики.

У детей старшего возраста, наряду с реакцией на разлуку с матерью, были выявлены психические и поведенческие нарушения, имевшие различия в гендерном аспекте.

Дети 4 - 7 лет (27 человек: 15 девочек и 12 мальчиков). Симптомы острой реакции на стресс (F43.0) с заторможенностью, застыванием надолго в одной позе и отсутствием контакта были выявлены в данной возрастной категории только у 2-х девочек (7,4%), причем указанная симптоматика постепенно редуцировалась в течение 3-4 часов. На первый план при обследовании девочек выступали настороженность, боязнь незнакомых лиц, ограничение или отсутствие взаимодействия со сверстниками, что позволяет предположить формирование у них реактивного расстройства привязанностей в детском возрасте (F94.1). У мальчиков в психическом статусе были отмечены тревожность, повышенная отвлекаемость на внешние стимулы, неусидчивость. Также были выявлены оппозиционное, дерзкое поведение со склонностью к бравате и агрессивностью в играх и общении с незнакомыми сверстниками и взрослыми, что позволяет говорить о возможном развитии социализированного расстройства поведения (F91.2)

Следует отметить, что у всех детей, родившихся в зоне военных действий, либо попавших туда в возрасте до 3-х лет, обращали на

себя внимание задержка психофизического развития (задержка в росте, грацильные пропорции тела, в психическом развитии преобладание игровых интересов над интеллектуальными, неустойчивость активного внимания, склонность к подражанию при выполнении заданий, неразвитость логического и абстрактного компонентов мышления у детей более старшего возраста).

Дети 7 - 12 лет (30 человек: 14 девочек и 16 мальчиков). В данной группе детей на момент осмотра клинические проявления острой реакции на стресс в виде заторможенности или возбуждения отсутствовали. У девочек отмечены эмоциональная сглаженность, рассудительность, склонность к пребыванию в одиночестве. При обследовании были выявлены повышенная тревожность, напряжение, сниженный фон настроения, усиливающиеся при обсуждении судьбы родителей и адаптации к новой жизни, чувство вины за «возвращение к нормальной жизни», активное избегание тем, касающихся ситуации войны и потери близких, при попытках расспросов – слезы и отказ от дальнейшего общения. Учитывая наличие тревожно-депрессивной симптоматики и симптомов избегания можно предположить развитие посттравматического стрессового расстройства (F43.1). Мальчики данной возрастной группы держались обособленно, с опекунами общались предельно почтительно, контактов с другими взрослыми старались избегать. При обследовании обнаруживались пониженное настроение, настороженность, чувство вины, активное нежелание говорить на тему войны, потери близких, подробностей жизни в ИГИЛ и особенно в приютах и тюрьме. При настойчивых расспросах выявлялись также чувство беспомощности в создавшейся ситуации (невозможность помочь матери), раздражительность, агрессивность, а в 2-х случаях (12,5%) - тщательно скрываемое желание отомстить за гибель отца и заключение матери. При переходе на религиозные темы, оживлялись, с напором, заученно декламировали большие отрывки из Корана, взгляд цепенел, дальнейшее общение становилось непродуктивным. Наличие симптомов депрессивного круга и избегания в сочетании с повышенной раздражительностью, агрессивностью, а также охваченность религиозными идеями и, тщательно скрываемыми, идеями мести, позволяет предположить у этих детей формирование ПТСР (F43.1).

Дети 12 - 15 лет (все девочки, мальчиков старше 12 лет среди обследованных детей не было). В отделении держались обособленно, к общению не стремились, «изображали» взрослых, подчеркивая свою религиозность в одежде и выборе продуктов питания. Охотно поддерживали беседу на религиозные темы и темы будущего замужества. О перспективе обучения в школе отзывались скептически, декларируя, что предназначение женщины в замужестве и рождении детей. Разговора о жизни в зоне военных

действий старательно избегали, объясняя это «болезненностью» воспоминаний.

При обследовании выявлялись пониженный фон настроения и тревога за судьбу матери и свое будущее проживание в новой семье, страх, что их могут «заставить» нарушить заповеди шариата. В психическом статусе отмечались аффективная лабильность, пассивность, сменяющаяся суетливостью, повышенная утомляемость и быстрое ослабление концентрации внимания при выполнении заданий, в субъективно сложных ситуациях легко дезорганизовывались с тенденцией к принятию мало мотивированных решений. В 50% случаев были выявлены нарушения сна в виде частых пробуждений и кошмарных сновидений, фабула которых, связана с актуальной ситуацией. Учитывая особенности поведения девочек-подростков, наличие тревожно-депрессивной симптоматики с избеганием тем, связанных с переживаниями утраты и страха, несмотря на превалирование ситуационно обусловленной симптоматики и склонность к диссимулированию, нельзя исключить развитие ПТСР (F43.1).

У всех детей школьного возраста отмечалась значительная педагогическая запущенность с отсутствием или недостаточностью навыков чтения и письма, ограниченностью и религиозной направленностью познаний об окружающем мире.

Учитывая длительное воздействие множественных психотравмирующих факторов, сопровождающееся дополнительным негативным влиянием: разлука с матерью, смена социального окружения, изменение приоритетов и мировоззрения и т.д., можно предположить у детей развитие в отсроченном периоде более тяжелых психических расстройств, чем моментальные. В связи с этим, наиболее важное значение приобретают раннее выявление, психических и поведенческих нарушений, профилактика постстрессовых расстройств на отдаленных этапах психотравмы, своевременная и полноценная реабилитация и реинтеграция в общество.

Основные направления медико-психологической реабилитации детей, длительное время находившихся в зоне военных действий

- создание для ребенка безопасной среды;
- восстановление актуального физического и психического здоровья ребенка;
- профилактика развития психических расстройств на отдаленных этапах;
- восстановление утраченных или извращенных мотивационных и эмоциональных ресурсов личности;
- восстановление навыков взаимодействия с окружающими и решения проблем, обеспечивающих интеграцию ребенка в обществе;

Медико-психологическая реабилитация репатриированных детей, длительное время находившихся в зоне военных действий, должна включать 3 основные группы мероприятий:

психодиагностические, лечебно-реабилитационные, ресоциализационные.

1. Психодиагностические мероприятия должны проводиться по трем ключевым направлениям:

а) индивидуальная психодиагностика – выявление психических расстройств, прежде всего, связанных с хронической психотравмирующей ситуацией (ПТСР, тревожные, фобические, панические расстройства, психогенно обусловленные задержки развития и др.), а также иных патологических состояний, включая личностную патологию (осуществляется детским врачом-психиатром, детским врачом-психотерапевтом, клиническим психологом);

б) микросоциальная психодиагностика – выявление проблем интеграции репатрированного ребенка в семью и в микросоциальную среду, включая детские коллективы (осуществляется детским врачом-психотерапевтом, клиническим психологом);

в) реабилитационная психодиагностика – поиск личностных ресурсов для реабилитации и последующего гармоничного развития у самого ребенка, у членов его семьи и микрогруппы (осуществляется детским врачом-психотерапевтом, клиническим психологом).

На этапе психодиагностических мероприятий, на основании проведенного обследования, для каждого ребенка должна быть разработана индивидуальная клиническая стратегия психофармакологического лечения (если оно представляется необходимым). Также должен быть составлен клинико-психопатологический и клинико-психологический «портрет» ребенка в контексте его микросоциального окружения и намечен индивидуальный план личной, семейной, групповой психотерапевтической работы и психокоррекции.

Этап психодиагностических мероприятий предполагает продолжительность 2-3 месяца и также, по необходимости, может включать консультации иных специалистов (врачей различных специальностей, коррекционных педагогов, логопедов-дефектологов).

2. Лечебно-реабилитационные мероприятия также включают три ключевых направления:

а) психофармакологическая терапия (в случае необходимости) – подбирается индивидуально, корректируется в ходе регулярных, не реже 1 раза в месяц, динамических осмотров, в случае необходимости может осуществляться в режиме стационара (дневного стационара) (осуществляется детским врачом-психиатром);

б) психотерапевтическая работа – осуществляется врачом-психотерапевтом в режиме индивидуальных терапевтических сессий и в режиме работы семейных групп, групп детско-родительских отношений, групповой поведенческой терапии с детьми и с родителями;

в) психокоррекционная психолого-педагогическая работа – осуществляется клиническим психологом, коррекционным

педагогом, педагогом-дефектологом, логопедом, специалистами в области терапии творчеством и т.д.

Продолжительность этапа составляет около 5-6 месяцев. Итогами проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий должны являться редукция психопатологической симптоматики и формирование устойчивых гармоничных отношений с опекунами (взрослыми, заменяющими родителей), в семье и в детском коллективе.

3. Мероприятия по ресоциализации предполагают работу по двум основным направлениям:

а) мероприятия, направленные на воспитание, адаптацию к культурной среде, интеграцию в общественные институты – осуществляется педагогами, деятелями культуры, воспитателями, спортивными тренерами и др. специалистами, волонтерами и т.д. под контролем специалистов-врачей и психологов;

б) мероприятия, направленные на формирование перспективной позитивной личной истории (история персонального будущего) – осуществляются врачом-психотерапевтом в рамках профильных ресоциализационных психотерапевтических групп на отдаленных этапах реабилитационной программы.

Этап ресоциализации должен начинаться с первых дней пребывания ребенка в новой для него социальной среде и осуществляться полипрофессиональными бригадами специалистов по индивидуальным программам по месту жительства детей. Длительность этапа ресоциализации зависит как от личностных особенностей ребенка, так и от его социального окружения.

Итогом реализации всего комплекса реабилитационных мероприятий должны являться:

а) ликвидация психопатологических последствий перенесенных психотравмирующих воздействий;

б) формирование гармоничных отношений в семье и микросоциальной группе, обеспечивающих устойчивое нормативное психосоциальное развитие;

в) интеграция в социальную и культурную среду российского общества с формированием позитивных установок на будущее.

Существенным моментом, препятствующим адаптации в обществе детей - членов семей боевиков ИГИЛ, может послужить **феномен стигматизации**. Со стороны окружающих возможно негативное отношение из-за непонимания поведения детей, воспитывавшихся в условиях воинствующего радикализма, «переноса» на ребенка вины родителей за участие в террористической организации, страх перед возможной радикализацией, «зомбированием» ребенка и т. д. Со стороны ребенка – несоответствие определенных моральных устоев и приоритетов в прошлой и в новой для него социальной среде. Внутренняя борьба между желанием жить современной мирной жизнью и

боязнь нарушить привитые заповеди, чувство вины перед родителями и т.д. Поэтому необходимым является проведение также комплекса дестигматизационных мероприятий, включающих в себя:

- просветительскую работу с населением с помощью средств массовой информации (телевидение, радио, интернет) с целью формирования в обществе правильного представления о репатриированных детях, подвергшихся воздействию целого комплекса негативных стрессовых факторов;

- психологическую работу с родственниками (опекунами) в обязанности которых входит обеспечение комфортных условий жизни, решение бытовых задач, психологическая поддержка пострадавших, от которых требуется активное участие в процессе реадaptации детей, подвергшихся воздействию длительной чрезвычайной ситуации;

- обеспечение юридической и социальной поддержки детям и их опекунам;

- обучение специалистов, участвующих, в оказании профессиональной помощи детям, длительное время проживавшим на территории, подконтрольной радикальной террористической группировке.

Итогом реализации всего комплекса реабилитационных мероприятий должны являться:

- а) ликвидация психопатологических последствий перенесенных психотравмирующих воздействий;

- б) формирование гармоничных отношений в семье и микросоциальной группе, обеспечивающих устойчивое нормативное психосоциальное развитие;

- в) интеграция в социальную и культурную среду российского общества с формированием позитивных установок на будущее.

Заключение

Массивное отрицательное влияние на детскую психику множественных психотравмирующих факторов может привести к более выраженным долгосрочным/отсроченным психическим последствиям, чем моментальные. Дополнительным негативным фактором, способным утяжелить состояние, является высокая вероятность возникновения трудностей с интеграцией этих детей в социум, в том числе в связи с радикальным религиозным воспитанием, педагогической запущенностью и разлукой с матерью. В связи с этим, приобретает чрезвычайно важное значение максимально раннее выявление у пострадавших психических и поведенческих нарушений, профилактика у них постстрессовых расстройств на отдалённых этапах психотравмы и их своевременная и полноценная реабилитация и реинтеграция в общество.

Медико-психологическая реабилитация детей, возвращенных в Россию из зон боевых действий, должна включать в себя комплекс медицинских, психологических и социальных мер, направленных на:

- восстановление физического и психического здоровья пострадавшего ребенка;

- создание безопасной среды для его жизни в новых условиях;

- профилактику развития психических расстройств на отдаленных этапах;

- восстановление навыков взаимодействия с окружающими (сверстниками и взрослыми), утраченных в результате множественной и длительной психотравмы;

- обеспечение интеграции ребенка в новую для него микро- и макросоциальной среде, восстановление его социального статуса.

В связи с этим, реабилитационный процесс должен начинаться на самых ранних этапах, носить системный характер и осуществляться полипрофессиональными бригадами. Для успешной реализации этих мероприятий необходимо проведение специальной подготовки медицинского, педагогического и вспомогательного персонала, важным аспектом которой являются знания культуральных и религиозных особенностей и направленность на дестигматизацию и дерадикализацию пострадавших.

Литература

1. Олейник А.Д. Психологические последствия войн для детей // Материалы II Межвузовской научно-практической конференции «Международно-правовые и социально-психологические последствия мировых войн». М., 2017. С. 94-101, [The psychological consequences of wars for children. Proceedings of the II Interuniversity Scientific and Practical Conference "International Legal and Socio-Psychological Consequences of World Wars". Ed. S.V. Shermazanova. 2017: 94-101. (In Russ.)].

2. Портнова А.А. Особенности клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у детей. Психиатрия чрезвычайных ситуаций: руководство / Под ред. проф. З.И. Кекелидзе. 2-е изд. исправ. и доп. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2011. Т. 1. С. 248–275. [Features of the clinical manifestations of post-traumatic stress disorder in children. Psychiatry emergency. Guideline: in 2 vol., Ed. Z.I. Kekelidze. Moscow: GNC SSP im. VP Serbskogo, 2011, T. 1, p. 248—275. (In Russ.)].

3. Attari, A., Dashty, S., & Mahmoodi, M. (2006). Post-traumatic stress disorder in children witnessing a public hanging in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12, 72-80.

4. Loga S. et al. Psychosocial research during the war in Sarajevo // *Med Arh*. 1999. Vol. 53 (3): 139-144.

5. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: 518–528.

6. Ахмедова Х.Б. Эрготерапия детей-беженцев с посттравматическими стрессовыми расстройствами // *Московский психотерапевтический журнал*. 2001. № 4. С. 196–205. [Ergotherapy for refugee children with post-

traumatic stress disorders. Moscow psychotherapeutic journal, 2001(4): 196—205. (In Russ.).].

7. Овдун Д.А., Палихов М.С. Жизненный цикл: детство и чеченская война. Смалта. 2017. №6, С. 72-74. [Life cycle: childhood and the Chechen war]. Smal'ta, 2017(6): 72-74. (In Russ.).].

8. Коренев Н.М., Лебец И.С., Толмачева С.Р. и др. Состояние соматического и психического здоровья детей из зоны антитеррористической операции // Здоровье ребенка. 2017. Т. 12, № 1. С. 1–5. [The state of somatic and mental health of children from the anti-terrorist operation zone. The health of the child, 2017, 12(1):1—5. (In Russ.).]. DOI: 10.22141/2224-0551.12.1.2017.95016

9. Rosner R, Powell S, Butollo W. Posttraumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo. J Clin Psychol. 2003;59:41–55.

10. Comtesse, H., Powell, S., Soldo, A. et al. Long-term psychological distress of Bosnian war survivors: an 11-year follow-up of former displaced persons, returnees, and stayers. BMC Psychiatry 19, 1 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1996-0>

11. Samara, M., El Asam, A., Khadaroo, A., & Hammuda, S. Examining the psychological well-being

of refugee children and the role of friendship and bullying. // British Journal of Educational Psychology. 2019. doi:10.1111/bjep.12282

12. Bartol C.R. Criminal Behavior: A Psychological Approach. 9 th ed. New York: Prentice Hall, 2010. 672 p.

13. Ошевский Д.С. Клинико-психологические аспекты вхождения подростков в экстремистскую и террористическую деятельность // Психология и право. 2017. Том 7. №2. С. 123-132. [Clinical and psychological aspects of adolescent involvement in extremist and terrorist activities. Psychology and law, 2017, Vol. 7(2): 123-132. (In Russ.).].

14. Cheema U. 20 Men, Women, Children from Lahore join Daesh, go to Syria. The News [Электронный ресурс]. 31 December 2015. URL:<https://www.thenews.com.pk/print/85370-20-men-women-children-from-Lahore-join-Daesh-go-to-Syria>

15. Cook J., Vale G. From Daesh to ‘Diaspora’: Tracing the Women and Minors of Islamic State. London: King’s College. 2018. 72 p.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2020.2.80.1102

Хушвакова Нилуфар Журакуловна

Д.м.н. профессор, Заведующая кафедры Оториноларингологии СамМИ

Хамракулова Наргиза Орзуевна

PhD, доцент кафедры Оториноларингологии СамМИ

Исхакова Фотима Шарифовна

Ассистент кафедры Оториноларингологии СамМИ

Неъматов Шерзод

Резидент магистратуры 2курса СамМИ

Самаркандский Медицинский Институт

Г. Самарканд, Узбекистан

На сегодняшний день заболеваемость острого катарального среднего отита достигает почти 30% среди лиц с патологией ЛОР - органов [2-5]. Проблема острого воспалительного процесса среднего уха многие годы актуальна для ЛОР - специалистов. Воспаление среднего уха встречается в любом возрасте, известно, что в полостях среднего уха могут формироваться очаги гнойной инфекции, которые являются причиной стойкого течения воспалительного процесса в среднем ухе. Особенно часто заболевание наблюдается у детей первых лет жизни. В частности, установлено, что к годовалому возрасту 62,4% детей переносят острый катаральный средний отит однократно, а у 17,3% отмечаются три и более эпизодов этого заболевания [4–8]. Перенесенный в детском возрасте средний отит в 26% случаев является причиной развития тугоухости у взрослых, при этом примерно у 15% больных тугоухость носит сенсоневральный характер [1, 3].

При различных формах заболевания в одном из отделов среднего уха эти изменения выражены в большей степени, нежели в других [2, 8]. Так, при

катаральном среднем отите процесс преобладает в слуховой трубе, при остром гнойном среднем отите — в барабанной полости, при мастоидите — в сосцевидном отростке.

По данным последних исследований, в настоящее время участились случаи осложнений при неперфоративных формах острого катарального среднего отита. Причиной этого авторы считают неадекватное применение антибиотиков, несвоевременную госпитализацию, позднее хирургическое лечение [1-4].

На ранней стадии острого среднего отита, с покраснения и сосудистой инъекцией барабанной перепонки и до развития гнойного выпота, отличий между гнойным средним отитом и вирусным отитом практически нет [10]. Основными жалобами при остром катаральном отите являются: боль в ухе (иногда пульсирующего характера), заложенность уха, снижение слуха, шум в ухе, лихорадка, аутофония (резонирование собственного голоса в больном ухе). В детском возрасте первыми признаками острого среднего отита иногда являются вестибулярные признаки (тошнота, однократная рвота) вследствие близкого