

О.Е. Варун*,
В.І. Снисарь**

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ Й ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ В ДІТЕЙ ПЕРЕД ОПЕРАЦІЄЮ

Обласна клінічна дитяча лікарня*
м. Дніпропетровськ
Дніпропетровська державна медична академія**

Ключові слова: дитина, операція, анестезія, психологічна та медикаментозна підготовка, ментальні функції та психічний стан

Key words: child, operation, anaesthesia, psychological and medicament preparation, mental functions and mental state

Резюме. У 82 дітей в візасті от 6 до 16 лет, которые поступили в больницу для оперативного лечения по поводу аппендицитии, изучалось влияние медикаментозной, психологической подготовки и анестезии на когнитивные функции и психологическое состояние детей подросткового возраста в преоперационном периоде. Исследования проводились детям школьного возраста, поступившим для оперативного лечения лапароскопическим методом, с диагнозом острый аппендицит. Анестезия проводилась внутривенным методом с искусственной вентиляцией легких. Психологическое обследование проводилось по следующим методикам: 1) метод цветовых выборов М. Люшера; 2) тест цветовых отношений - ЦТО; 3) прогрессивные матрицы Равенна. Их выбор был обусловлен тем, что они в полной мере могут оценить психологическое состояние. Полученные результаты свидетельствовали в пользу проведения комплексной медикаментозной и психологической подготовки у детей младшего возраста. У детей старшего возраста достаточно психологической подготовки, чтобы значительно снизить уровень тревожности и отклонения аутогенной нормы. Одним из важных аргументов в пользу применения эндоскопической методики операции является значительное снижение болевых ощущений в послеоперационном периоде, что дает возможность более быстрого восстановления физической активности пациента. В пользу предложенной анестезии говорит достаточно быстрое восстановление ментальных функций, хорошее восстановление адекватного самостоятельного дыхания и отсутствие депрессии в посленаркозном периоде.

Summary. In 82 children aged 6-16 years, admitted to a hospital for operative treatment of appendicitis, influence of medicament preparation and anaesthesia on cognitive functions and psychological condition of children of adolescent age in the preoperative period was studied. Researches were made in children of school age, admitted for operative treatment of acute appendicitis by laparoscopy method. Anaesthesia was given intravenously with artificial ventilation of the lungs. Psychological inspection was carried out by the following techniques: 1) method of colour selections by M.Ljusher; 2) the test of colour relations; 3) progressive matrices by Ravenn. Their choice was caused by the fact, that they can estimate a psychological condition in full measure. The received results testified in favour of a complex medicament preparation of junior age children. Senior age children have enough psychological preparation to considerably lower anxiety and deviations of autogenous norms. One of the important arguments in favour of endoscopy techniques is a considerable decrease of painful sensations in the postoperative period, this gives the chance to faster restoration of patients' physical activity. Sufficiently quick restoration of mental functions, good restoration of an adequate independent breath and absence of depression in the postanaesthetic period argues for an offered method of anaesthesia.

Проблемі медикаментозної підготовки до операції пацієнтів дитячого віку приділено багато уваги [1]. Застосування різних комбінацій седативних препаратів, наркотичних анальгетиків, гіпнотиків й анестетиків було спрямовано, у першу чергу, на зменшення тривожності,

страху й зниження болевих відчуттів перед операцією й анестезією [2]. У той же час у вітчизняній літературі відсутні які-небудь рекомендації із психологічної підготовки дітей до стресових ситуацій, пов'язаних із майбутнім хірургічним лікуванням. Чи потрібна психоло-

гічна підготовка? У якому обсязі й для якого віку? Ці питання залишаються для нас поки ще без конкретної відповіді. Крім того, недостатньо інформації про вплив різних препаратів для наркозу на пізнавальні функції у дітей, а також їхній взаємозв'язок із психологічним станом у перед- і післяопераційному періоді.

Ключовою проблемою в цьому випадку є страх хворого перед операцією [3]. Певний страх хірургічного втручання природний. Доросла людина може боятися дуже багато чого: самої операції, пов'язаних з нею страждань, болю, наслідків втручання, вона може побоюватися за її результат. Природним є й страх перед наркозом. Про побоювання хворого ми дізнаємося звичайно з його власних слів. Але для дітей така форма прояву своїх страхів є дуже складною. Страх дитини збільшується середовищем, у яке вона потрапляє в лікарні, відірваністю від родини, режимом, безліччю незнайомих людей (сусідів по палаті), які ретельно намагаються "відволікти" його. Діти не скупляються на інформацію і після перенесеної операції, як правило, мають схильність занадто перебільшувати все, що трапилося з ними. Саме тому правдива й збалансована інформація, підготовлена саме для певної вікової групи, є одним із найважливіших механізмів захисту їхнього психологічного стану [3, 5].

Метою нашої роботи стало вивчення впливу медикаментозної й психологічної підготовки, анестезіологічної допомоги на психофізіологічні функції дітей шкільного віку при лапароскопічних операціях.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У нашому дослідженні було обстежено чотири групи хворих шкільного віку. 1-а група - 20 дітей у віці від 6 до 11 років, середній вік $8,95 \pm 0,37$ року. Серед обстежених було 15 хлопчиків й 5 дівчинок, що склало 75% й 25% відповідно. 2-а група - 23 дитини у віці від 6 до 11 років, середній вік $9,04 \pm 0,21$ року. Серед обстежених було 15 дівчинок й 8 хлопчиків, що склало 65% й 35% відповідно. 3-я група - 19 чоловік у віці 12-16 років, середній вік $14,32 \pm 0,32$ року. Серед обстежених було 13 дівчинок й 6 хлопчиків, що склало 72% й 28% відповідно. 4-а група - 20 дітей у віці від 12 до 16 років, середній вік $14,2 \pm 0,3$ року. Серед обстежених було 16 дівчинок й 4 хлопчики.

Всі діти надійшли в стаціонар з діагнозом гострий апендицит і були оперовані лапароскопічним методом під загальною тотальною внутрішньовенною анестезією з ШВЛ. Пацієнтам 1-й й 2-й групи не виконувалася внутрішньом'язова

медикаментозна премедикація. На етапі передопераційної підготовки, після тестування вихідних показників, з ними проводив бесіду психолог і лікар-анестезіолог, використовуючи при цьому спеціально підготовлений методичний посібник (у картинках). Після чого дитина піднімалася в передопераційну палату, де їй проводилося чергове тестування, що дозволяло визначити вплив на неї психологічної підготовки. Безпосередньо перед початком анестезії, вже на операційному столі дітям цих груп внутрішньовенно вводилися атропін 0,1% - 0,02-0,04 мг/кг, (але не більше 1 мг) і фентанил 0,005% - 0,5 - 1,0 мкг/кг, а потім сибазон 0,5% - 0,2-0,4 мг/кг.

Дітям 3-ї й 4-ї груп психологічна підготовка не проводилася, однак їм за 40 хвилин до хірургічного лікування проводилася медикаментозна підготовка шляхом премедикації внутрішньом'язово.

При проведенні анестезії використовувалися фентанил із пропофолом + норкурон (для міоплегії). Дослідження проводилося із хворими в стані середнього ступеня тяжкості, зі стабільними гемодинамічними показниками й передопераційним рівнем болю від 2 до 6 балів за шкалою ВАШ. Тривалість операції в середньому не перевищувала однієї години.

Для реалізації поставленої мети використовувалися наступні методи.

Загальноклінічні - ЧСС, АТ, ЧД, ЕКГ, визначення болю по 10-бальній візуально-аналоговій шкалі (ВАШ). Лабораторні - загальний аналіз крові (НВ, НТ, еритроцити, лейкоцити, час згортання), КЛС. Інтраопераційний моніторинг - ЧСС, АТ, SpO₂, показники ШВЛ. Саме стабільність цих показників була критерієм безпечності проведення анестезії.

Психологічне обстеження проводилося за допомогою наступних методик: методика колірних виборів М.Люшера (для оцінки актуального психологічного стану дитини), тест колірних відносин КТВ (для визначення відносини до значущих об'єктів), прогресивні матриці Равенна (для оцінки психічних процесів сприйняття), методика запам'ятовування 10 слів А.Р. Лурії (для оцінки пам'яті). Вибір даних методик був зумовлений наступними факторами. По-перше, дані методики повною мірою можуть охопити всі параметри, які визначають рішення наших завдань. По-друге, дані методики відповідають вимогам експрес - методик, можуть проводитися в ліжку хворого. Тести досить прості в проведенні й не вимагають спеціальної підготовки лікаря-клініциста, що дозволяє широко вико-

ристати дану методику й в умовах стаціонару. По-третє, це перевірені методи, часто застосовувані в медичній і психологічній практиці, що мають високу вірогідність і надійність.

Наше дослідження проводилося в 5 етапів. Перший етап дослідження проводився відразу після надходження пацієнта в палату й був спрямований на визначення вихідного рівня психологічного стану. Другий етап проводився після психологічної підготовки, завданням якого було визначити вплив даної підготовки до операції на стан хворих. Наступні етапи 3-й на другий й 4-й на третій день після операції проводилися для оцінки відновлення психологічного стану й когнітивних функцій у пацієнтів після анестезії. І заключний 5-й етап проводився на 6-7 день, метою якого було підведення підсумку відновлення дитини.

На 1, 3, 4 й 5 етапах випробуванням пропонувався весь певний нами комплекс методик психологічного дослідження, на 2 етапі в дітей досліджувався тільки психологічний стан і відношення до значимих тем за допомогою методик Люшера й КТВ. Результати спостережень оброблені за допомогою комп'ютерної програми Excel. Вірогідність відмінності оцінювали з використанням t-критерію Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінюючи результати загальноклінічних досліджень перед операцією й інтраопераційного моніторингу, ми одержали усереднені дані показників артеріального тиску й ЧСС, які відповідали віку пацієнтів. У дітей з більше вираженими болючими відчуттями (ВАШ- 4-6 балів) частота серцевих скорочень у передопераційному періоді була збільшена на 15-20% від норми за віком, що цілком з'ясовно. Показники АТ відповідали віковій нормі. Під час операції показники АТ збільшувалися в середньому на 15-20% від вихідного рівня, що

пов'язано з накладенням пневмоперитонеума (10-12 см. вод. ст.). Показники ЧСС у середньому знижувалися на 5-10% від вихідного рівня, а в деяких випадках не змінювалися. Одним із головних критеріїв адекватності анестезії з ШВЛ були показники КЛС, при дослідженні яких відхиленя від норми фактично не спостерігалось.

SpO₂ крові визначалася протягом всієї операції й перебувала на рівні 98-100%. Кровотеч під час операцій не було. Всі пацієнти екстубовані в інтервалі 10-12 хвилин після закінчення операції. Адекватність самостійного подиху атмосферним повітрям визначалося клінічно й підтверджувалося показниками SpO₂ рівні 96-98%. Післяопераційний період у всіх дітей перебігав гладко, болючі відчуття в післяопераційному періоді знеболювались кетопрофеном із розрахунку 2мг/кг тільки протягом першої доби після операції. Всі пацієнти самостійно піднімалися з постелі вже через 6-8 годин.

Скарги на біль у ділянці післяопераційної рани діти пред'являли тільки в першу добу після операції. При цьому хворобливі відчуття відзначалися більшою мірою при русі, були незначні по силі, починаючи з четвертого етапу, дорівнювали фактично нулю й відзначалися тільки при різких рухах. Необхідно відзначити, що в молодших дітей із медикаментозною підготовкою біль знижувався перед операцією, і відповідно зменшувалася тривога. Однак відразу після операції дитина більш сильно сприймала біль, до якого вона не підготовлена психологічно, що, у наслідку, відбивалося й на його психічному стані. У дітей, яким проводилася психологічна підготовка, коливання показників ВАШ були менш виражені. Більше того, у старшої групи навіть у ранньому післяопераційному періоді відзначалося зниження болю, тривоги й рівня психічної напруги (табл. 1).

Таблиця 1

Показники болю по ВАШ на етапах обстеження пацієнтів

Вид підготовки	Вік		1 етап	2 етап	3 етап	4 етап	5 етап
Медикаментозна премедикація	6-11 років	M±m P	2,82±0,25	0,67±0,14 <0,05	3,32±0,28 <0,05	0,76±0,1 <0,05	0,04±0,01 <0,05
	12-16 років	M±m P	2,67±0,24	1,28±0,11 <0,05	2,86±0,15 <0,05	0,93±0,08 <0,05	0,2±0,09 <0,05
Психологічна підготовка	6-11 років	M±m P	2,44±0,26	2,5±0,28	2,76±0,3	0,74±0,15 <0,05	0,05±0,05 <0,05
	12-16 років	M±m P	3,74±0,28	3,68±0,31	3,0±0,29	0,47±0,12 <0,05	0

Що стосується психологічного стану пацієнтів, то його результати залежали від виду проведеної передопераційної премедикації. У групі дітей 6-11 років, яким проводилася психологічна підготовка, фактор відхилення від

аутогенної норми вказував на високу їхню напругу й дискомфорт. Найбільш високий середньогруповий результат відзначався перед операцією й у ранньому післяопераційному періоді (рис. 1).

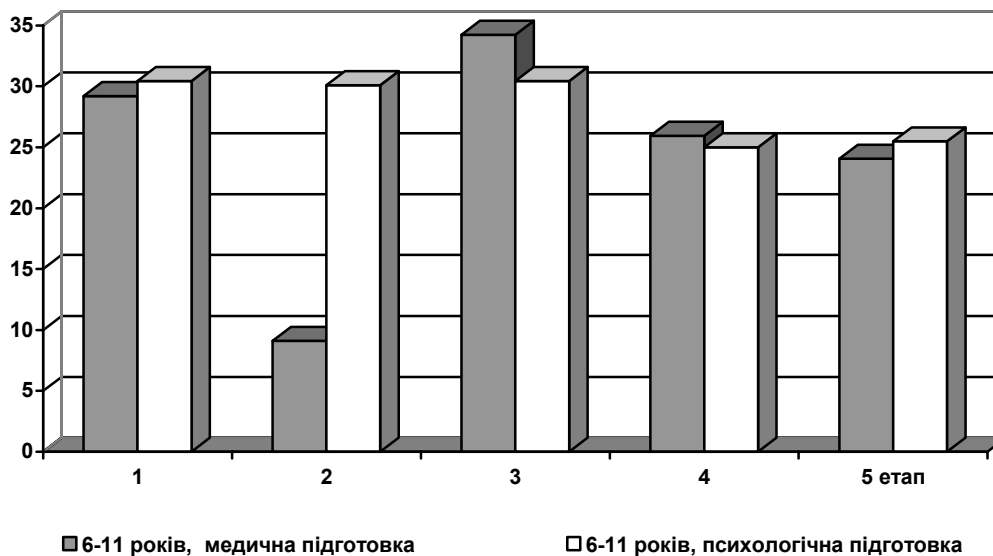


Рис. 1. Відхилення аутогенної норми (%) у дітей 6-11 років

Це викликано, на наш погляд, складними ситуаціями для прийняття дитиною – підготовка до операції й реальним розумінням того, що трапилося відразу після її, незважаючи на проведену психологом роботу. Слід зазначити, що відсутність зниження внутрішнього напруження й тривожності після проведеної психологічної підготовки свідчить про її недостатній вплив на стан дітей даної вікової групи. Рівень показника відхилення аутогенної норми й тривожності після операції залишалися на вихідному рівні, а надалі поступово знижувався, тому що діти були інформовані про перебіг післяопераційного періоду.

У групі з медикаментозною премедикацією, у ранньому післяопераційному періоді після її виконання відзначалося істотне зниження показників відхилення аутогенної норми й тривожності. Однак вже на 3-му етапі (відразу після операції) ми фіксували підйом рівня неспокійності дітей на 14,7%, за рахунок невідомих відчуттів у післяопераційному періоді, про які їх ніхто не попередив. У наступні дні відзначалося зниження відхилення від аутогенної норми, що пов'язано з адаптацією до нової обстановки й підготовкою до виписки. Рівень тривожності трохи підсилювався ($p > 0.05$) тільки на етапі зняття хірургічних швів. Ця процедура не вима-

гала знеболювання, але необхідність відвідування маніпуляційної, а також наявність у руках хірурга інструментарію викликала в багатьох дітей сплеск негативних емоцій. Ми вважаємо, що й на цьому етапі пацієнти цієї вікової категорії так само мають потребу в психологічній підготовці. Також слід зазначити, що протягом усього дослідження показники відхилення від аутогенної норми в дітей молодшої вікової групи нижче в порівнянні із групою підлітків. Це, на наш погляд, пояснюється тим, що діти 6-11 років не можуть повністю уявити все, що буде відбуватися з ними, у силу їхніх вікових особливостей. При цьому попередня бесіда з лікарем-анестезіологом і дитячим психологом дає можливість дитині підготуватися до подальших подій. Діти молодшої вікової групи перекладають на дорослих відповідальність за все, що відбувається, й асоціюють весь біль й неприємності не із хворобою, а з діяльністю дорослих. Це підтверджується й у дослідженні за допомогою тесту колірних виборів. Оцінюючи показники груп молодшого віку, необхідно говорити про комплексний підхід підготовки до оперативного лікування. Саме сполучення медикаментозної й психологічної підготовки дозволить домогтися максимального

результату захисту вищих психічних функцій у дітей.

У підлітків фактор відхилення аутогенної норми на самому початку перебуває на більш високому рівні, що пов'язано з більшим розумінням того, що відбувається, й більше вира-

женими побоюваннями із приводу майбутньої операції. Однак надалі ці показники знижуються, більше виражено в другій групі, що говорить про доцільність проведення психологічної підготовки пацієнтам даної вікової категорії (рис. 2).

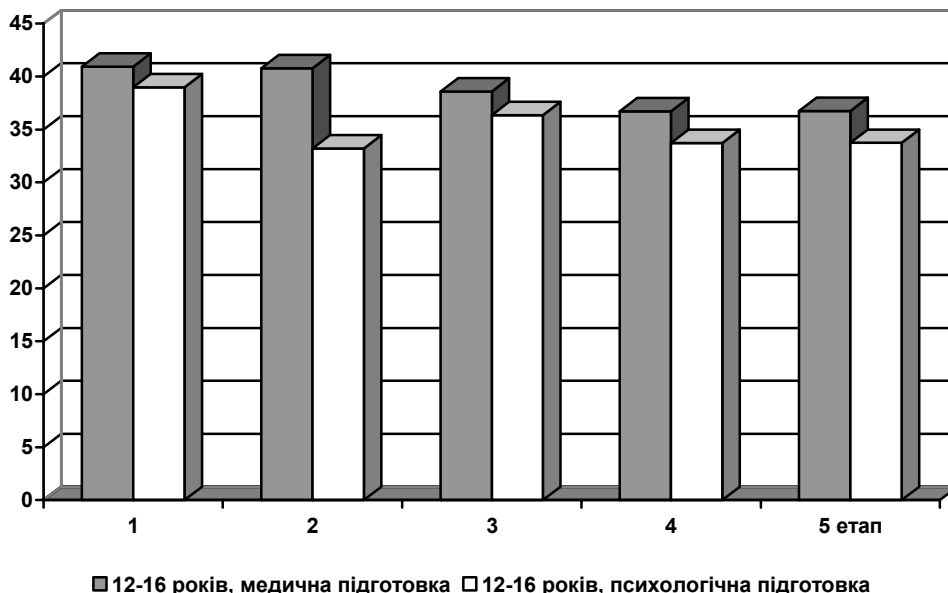


Рис. 2. Відхилення аутогенної норми (%) у дітей 12-16 років

Оцінюючи фактор тривожності, можна сказати, що його рівень у спостережуваних пацієнтів мав істотні розходження. Так, на першому етапі в дітей 6-11 років він трохи нижче, ніж у підлітків, і зберігався приблизно на одному рівні протягом усього лікування (рис. 3).

У пацієнтів молодшого віку при медикаментозній премедикації ми в більшості випадків відзначали значне зниження цього показника на другому етапі. При психологічній підготовці подібні реакції були несуттєвими, що підтверджувало відсутність вираженого впливу даного виду підготовки на дітей даного віку й неповне ними розуміння того, що з ними відбувається перед операцією. У ранньому післяопераційному періоді пацієнти молодшої групи усвідомлюють небезпеку того, що відбувається. І це підтверджувалося підвищеним рівнем їхньої тривожності на 1-му етапі. Однак не можна сказати, що психологічна підготовка ніяк не впливала на рівень їхньої тривожності. Все-таки цей фактор на другому етапі (безпосередньо перед операцією) знижувався на 19,4% ($p < 0.05$). При оцінці показників обох груп даного віку чітко простежувалося підвищення тривоги й перед випискою, пов'язане із процедурою зняття швів.

При дослідженні даного фактора в підлітків

ми визначили, що психологічна підготовка на них мала значущий вплив. На вихідному етапі фактор тривожності, як і слід було сподіватися в підлітків, був трохи вище в порівнянні з дітьми молодшої групи. Це було зумовлено наявністю в них «досвіду» знаходження в лікарні і більшим розумінням, що відбувається. При цьому бесіда із психологом, відповіді на питання підлітків лікарем-анестезіологом, знімали в цих пацієнтів всю їхню тривогу протягом усього періоду лікування. У групі дітей, де проводилася тільки медикаментозна підготовка, зниження тривожності в післяопераційному періоді відбувалося значно повільніше (рис. 4).

Фактор активності, що визначає змушену діяльність, спрямовану на зниження психологічного дискомфорту, відзначався в обох групах приблизно на одному рівні. При цьому дані показники не перевищували 50%-й рубіж, що говорить про патологічні порушення, які вимагають додаткового спеціального лікування.

Найбільш високі результати по даному показнику ми спостерігаємо на першому, другому й третьому етапах, де відзначалася найбільша напруга обстежених пацієнтів. Надалі дані показники знижуються.

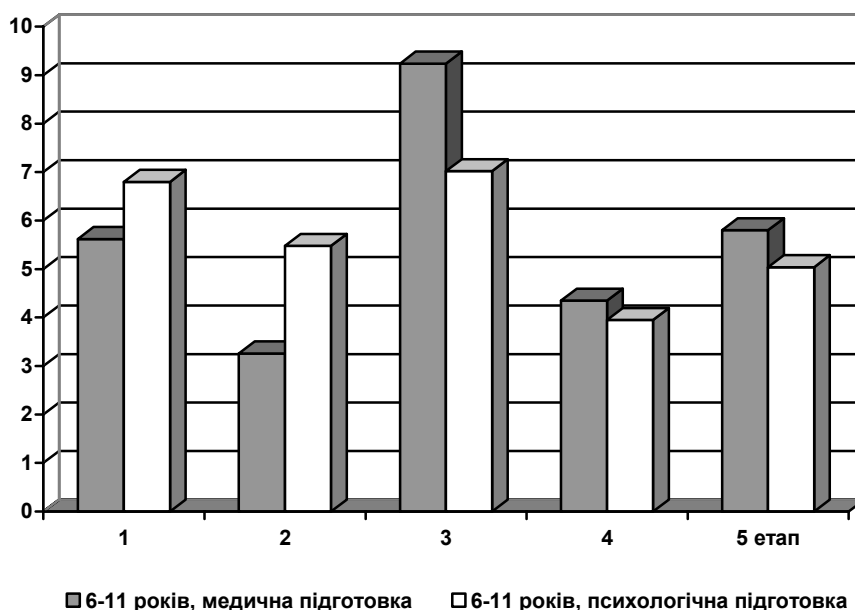


Рис. 3. Фактор тривожності (%) у дітей 6-11 років

Показники працездатності теж перебували на досить високому рівні й мали тенденцію до росту після операції, що вказувало на достатні компенсаторні можливості в дітей всіх груп.

Застосовуючи анестетик пропофолового ряду, ми вже припускали незначні зміни в показниках пам'яті обстежених дітей. І якщо в ранньому

після-наркозному періоді й спостерігалися які-небудь відхилення цієї функції мозку, то вони досить швидко відновлювалися у всіх досліджуваних групах. Однак у процесі дослідження були виявлені ряд вікових особливостей пацієнтів. У групах дітей 6-11 років відмінності були тільки за рівнем оперативної пам'яті.

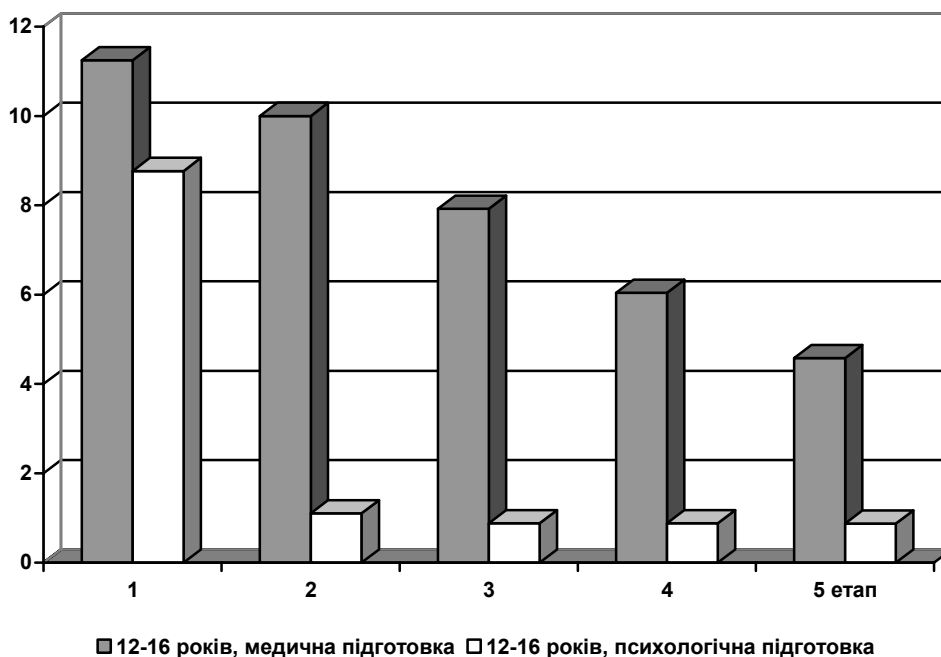


Рис. 4. Фактор тривожності (%) у дітей 12-16 років

На 3-му етапі показники оперативної пам'яті в обох групах дітей у віці 6-11 років вірогідно знижувалися. Однак уже наступного дня (4-й

етап) оперативна пам'ять не тільки відновлювалася до первісного рівня, але навіть перевищувала її вихідний рівень (5-й етап) (табл.2).

Таблиця 2

Показники оперативної пам'яті в дітей 6-11 років

Група із медикаментозною підготовкою				
Рівень виконання завдань*	1 етап (%)	3 етап (%)	4 етап (%)	5 етап (%)
1	30,4	13,0	39,1	43,5
2	4,3	0	0	0
3	17,4	21,7	17,4	26,1
4	26,1	34,8	39,2	30,4
5	21,7	30,5	4,3	0
Група із психологічною підготовкою				
1	21,1	15,8	26,3	36,8
2	5,3	0	0	0
3	15,8	21,1	21,1	21,1
4	31,6	26,3	47,4	36,8
5	6,3	36,8	5,3	5,3

П р и м і т к и : * де, 1 рівень - випробуваний запам'ятав 10 слів 4 і менш повторень, 2 рівень - запам'ятав 10 слів за 5 повторень, 3 рівень - запам'ятав 8-9 слів за 5 повторень, 4 рівень - запам'ятав 5-7 слів за 5 повторень.

Показники довгострокової пам'яті не мають статистично достовірних відмінностей в обох групах на етапах 1,3 й 4 (табл. 3).

До оперативного втручання основна частина результатів розподілилася в ділянці низьких (більше 65%) і середніх значень (більше 39%). При цьому високий рівень довгострокової пам'яті не діагностувався. У першу добу після анестезії перерозподіл результатів відбувався у бік збільшення низьких показників з ділянки середніх, що свідчило про вплив застосовуваних анестетиків на даний вид пам'яті в дітей. Однак вже на 4 етапі ми спостерігали відновлення довгострокової пам'яті з тенденцією подальшого поліпшення результатів безпосередньо перед випискою пацієнтів. При цьому високих показників ми не реєстрували, але на 3-му рівні відсоток дітей, що показали гарний результат, збільшився в 2 рази в порівнянні з вихідним значенням.

При оцінці результатів, отриманих при тестуванні показників пам'яті пацієнтів старшої групи, однозначно визначається вплив анестезії (табл. 4).

Таблиця 3

Показники довгострокової пам'яті в дітей 6-11

Група із медикаментозною підготовкою				
Рівень виконання завдань*	1 етап (%)	3 етап (%)	4 етап (%)	5 етап (%)
1	0	0	0	0
2	0	0	0	26,1
3	30,4	4,3	78,3	65,2
4	56,6	39,2	21,7	8,7
5	13,0	56,6	0	0
Група із психологічною підготовкою				
1	0	0	0	0
2	0	0	0	5,3
3	31,6	5,3	78,9	73,7
4	52,6	47,4	21,1	21,1
5	15,8	47,4	0	0

П р и м і т к и : * де, 1 рівень - випробуваний згадав через годину 8-9 слів, 2 рівень - згадав через годину 6-7 слів, 3 рівень - згадав через годину 4-5 слів, 4 рівень - згадав через годину 3 і менш слів

Таблиця 4

Показники оперативної пам'яті в дітей 12-16 років

Група із медикаментозною підготовкою				
Рівень виконання завдань	1 етап (%)	3 етап (%)	4 етап (%)	5 етап (%)
1	35	10	25	25
2	20	5	10	20
3	25	45	55	40
4	20	20	10	15
5	0	0	0	0
Група із психологічною підготовкою				
1	68,4	5,3	84,2	89,5
2	26,3	21,1	10,5	5,3
3	5,3	63,1	5,3	5,3
4	0	10,5	0	0
5	0	0	0	0

При цьому відзначається два основних моменти, досить швидке відновлення в післяопераційному періоді короткочасної пам'яті й значне поліпшення показників довгострокової пам'яті, що зумовлено відсутністю хвилювання в післяопераційному періоді, з одного боку, і швидким відновленням розумових процесів після анестезії пропофолом, з іншого.

Безумовно, простежується взаємозв'язок даних показників із фактором тривожності в досліджуваних пацієнтів. Так, у пацієнтів старшої групи при зниженні фактора тривожності після бесіди із психологом відзначаються значно кращі показники оперативної й довгострокової пам'яті.

Таблиця 5

Показники довгострокової пам'яті в дітей 12-16 років

Група із медикаментозною підготовкою				
Рівень виконання завдань	1 етап (%)	3 етап (%)	4 етап (%)	5 етап (%)
1	0	0	0	0
2	15	0	10	10
3	20	40	70	80
4	45	30	20	10
5	20	30	0	0
Група із психологічною підготовкою				
1	0	0	0	0
2	5,3	0	31,6	26,3
3	78,9	26,3	68,4	73,7
4	15,8	73,7	0	0
5	0	0	0	0

Вплив застосованих анестетиків на функції уваги й сприйняття ми додатково оцінювали ще й по тестах Равена, де одержали наступні результати. У дітей раннього шкільного віку функція уваги й сприйняття споконвічно була набагато вище в порівнянні зі старшою віковою групою (табл. 6).

У ранньому післяопераційному періоді ці показники більше знижувалися в пацієнтів 6-11 років у порівнянні з підлітками, у яких вони залишалися практично на вихідному рівні. На наступних етапах ми спостерігали навіть посилення, як уваги, так і сприйняття, які в порівнянні з першим етапом підвищувалися на 10-20%. Причому в групі медичної премедикації на 5-му етапі це було виражено більшою мірою.

Таблиця 6

Результати дослідження функції уваги й сприйняття по кількості правильних результатів, (%)

Вік	Групи		1 етап	3 етап	4 етап	5 етап
6-11 років	Група із медикаментозною підготовкою	M±m	75,85±1,54	67,42±2,45*	85,25±1,42*	94,19±1,02*
	Група із психологічною підготовкою	M±m	75,15±1,82	69,33±2,72*	85,07±1,65*	85,61±1,78*
12-16 років	Група із медикаментозною підготовкою	M±m	57,0±1,16	60,67±1,82	67,5±1,32*	69,99±1,18*
	Група із психологічною підготовкою	M±m	61,45±1,94	64,4±1,55	65,55±2,34	67,47±2,41

Примітки: *- достовірне розходження з 1-м етапом (p<0,05)

ПІДСУМОК

Оцінюючи наведені вище показники по тестах Равена, можна зробити висновок, що вихідний рівень сприйняття й розумових здібностей трохи знижений за рахунок домінування думок про операції. При цьому всі пацієнти були доступні продуктивному контакту й відповідали на тести.

Надалі в післяопераційному періоді показники покращилися. У першу чергу, за рахунок анестетика пропофолового ряду, який дозволяє швидко відновлюватися після операції, і в другу – відсутність хвилювань і переживань із приводу майбутньої операції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анестезія в педиатрії / [Пер. с англ.]; под ред. Джорджа А. Грегори. – М.: Медицина, 2003. – 1192 с.
2. Bozkurt, Pervin. Premedication of the pediatric patient - anesthesia for the uncooperative child // Paediatric anaesthesia. Current Opinion in Anesthesiology. – 2007. – Vol. 20, N 3. – P. 211-215.
3. Preoperative preparation programs in children: A comparative examination / Kain, Z., Caramico, L., Mayes L.C. et al. // Anesthesia Analgesia. – 1998. – Vol. 87. – P. 1249-1255.
4. Hatava, Pirkko, Olsson, Gunnar L., Lagerkranser, Michae. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. Source // Pediatric Anesthesia. – 2000. – Vol. 10, N 5. – P. 477-486.
5. Schwartz B.H., Albino J.E., Tedesco L.A. Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations // J. Pediatrics. – 1983. – Vol. 102, N 4. – P. 634-638.

