

Астма-школа индивидуальной подготовки и ее перспективы в медицинской практике Республики Армения

В.Б.Акунц

*Кафедра клинической аллергологии НИЗ МЗ РА
375051, Ереван, ул.Комитаса, 49/4*

Ключевые слова: астма-школа, бронхиальная астма, обучение

Бронхиальная астма (БА) и другие аллергические заболевания принадлежат к числу наиболее распространенных заболеваний у детей. Если раньше наблюдался рост этого заболевания у детей, проживающих в индустриально развитых регионах [3,4,14], то в настоящее время наметилась тенденция к его росту и в сельских районах. Следует обратить серьезное внимание на то, что в отдельных, особенно экологически неблагоприятных, регионах БА достигает 40% и выше и будучи экологически зависимой, представляет собой серьезную социальную и медицинскую проблему [1, 2,7,8,10]. Патогенетическую основу ее составляет аллергическое воспаление слизистой оболочки бронхов. Болезнь возникает и развивается под воздействием поллютантов, ксенобиотиков и разнообразных триггеров, которыми характеризуется место проживания больного, ибо одной из причин роста аллергических заболеваний является химизация среды обитания в быту и на производстве. В настоящее время известно более 200 веществ с алергизирующими свойствами (пестициды, природные и синтетические полимеры, эпоксидные смолы, металлы, другие химические и биологические вещества, в больших количествах выбрасываемые в атмосферу промышленных городов). Именно в районах размещения крупных производственных комплексов (нефтехимии, горнорудной промышленности, крупных ТЭЦ) отмечаются более высокие показатели аллергической заболеваемости [11-13].

В последние годы во всем мире отмечается все возрастающая роль факторов риска, влияющих на утяжеление клинического течения БА, приводящих нередко к инвалидности в детском возрасте и даже смертельному исходу [1,5,8,10,12-14]. Следует отметить также низкую санитарную культуру больных, бесконтрольное применение глюкокортикоидов и других препаратов, неправильное питание, неудовлетворительную организацию процесса реабилитации, влияние нарушенной экологии внешнего мира и наличие триггеров в быту больного. Среди факторов, влияющих на ухудшение качества жизни, особое место занимает

информационный вакуум больных детей и их родителей. Международный консенсус первой и важнейшей задачей программы по успешному лечению БА предусматривает просвещение и обучение пациентов.

Для восполнения информационного вакуума нами организована астма-школа индивидуальной подготовки. Образование является необходимой составляющей комплексной программы лечения детей с БА, т.к. эффективность терапии БА тесно связана со скрупулезным выполнением родителями квалифицированных врачебных рекомендаций.

Цель данной работы – оценка эффективности индивидуального обучения больных и их родителей по адаптированной для Армении программе астма-школы. Такая работа в Армении проводится впервые. Астма-школа ставит перед собой задачу дать больным и родителям знание основных особенностей течения БА и ухода за больными детьми, осведомленность по вопросам гигиены, физиологии, влияния экологических факторов в детском возрасте. В занятиях особое место уделяется также режиму дня: учебе и отдыху больных, их физическому воспитанию, питанию и т.д. Образно раскрывая дисгармонию в формировании психических качеств индивидуума, французский энциклопедист Д.Дидро писал: "Понятия, не имеющие никакой опоры в природе, можно сравнить с теми лесами, где деревья – без корней. Достаточно легкого порыва ветра, чтобы перевернуть целый такой лес; достаточно незначительного факта, чтобы перевернуть целый лес представлений" [9]. Руководствуясь этой мудростью, программа обучения была построена так, чтобы ознакомление с этой болезнью было преподнесено вполне аргументировано и дало возможность больному и его родным трезво оценить создавшуюся ситуацию с подбором адекватных мер во время очередных обострений болезни.

Подготовка к этой работе началась с опроса родителей для выяснения багажа знаний об астме и навыков родителей по уходу за детьми в периоды заболевания (обострение, ремиссия болезни). Наш опыт охва-

тивает 298 родителей 157 больных детей с БА. Возраст больных – от 0 до 15 лет (табл. 1), а родителей – до 40 лет, 193 – занимаются умственным трудом, 47 – рабочие, 58 – сельскохозяйственные рабочие. По степени тяжести больные распределены следующим образом: легкое течение астмы было у 85 больных

(54,2%), средней тяжести – 69 (43,9%), тяжелое течение – у 3 больных (1,9%). По клиническим формам – распределились так: у 57 (36,3%) – инфекционно-аллергическая форма, неинфекционно-аллергическая – у 45 (28,6%) больных, а смешанная форма была диагностирована у 55 (35,1%) больных.

Таблица 1

Возрастная группа, гг.	Число больных		Мальчики		Девочки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0–3	7	4,4	7	7,7	–	–
3,1–6	15	9,6	11	12,1	4	6,1
6,1–9	37	23,5	26	28,6	11	16,7
9,1–12	43	27,4	21	23,1	22	33,3
12,1 и выше	55	35,1	26	28,5	29	43,9
Всего	157	100	91	100	66	100

Разнотипность обучающихся не могла дать одинаковый результат в процессе обучения. Если в одном случае во время занятий можно было довольствоваться объяснениями, связанными с действием новейших препаратов, то в другом случае родители требовали более глубоких объяснений в связи с побочными действиями этих препаратов. Наш опыт показал, что работа с коллективом не может дать желаемого результата, ибо не всегда мы встречали полное понимание со стороны всех слушателей. Некоторые родители с трудом преодолевали психологические барьеры общения, в таких случаях нарушалась связь врач – слушатель.

На первом занятии опрос родителей показал, что 127 из них (42,6%) не имеют представления о сущности БА, причинах, прогнозе заболевания; 176 (59,06%) – отказались регулярно ходить к врачу или часто меняли лечащего врача; 198 (68,5%) – не дооценивали этапного лечения и часто начинали с реабилитационных мероприятий (климатолечение, спелеотерапия и т.д.); 115 (38,6%) – не захотели регулярно применять лекарственные средства; 102 (34,2%) – во время приступов, не советуясь с лечащим врачом, проводили глюкокортикоидную терапию или другие методы самолечения; 127 (42,6%) – не имели представления о применении гипоаллергенного режима, никто из больных не подвергался самоконтролю; 143 (47,9%) – вывозили летом детей в зону субтропиков Абхазии, Аджарии, на побережье Краснодарского края Российской Федерации, что не рекомендуется при лечении БА; никто из детей не занимался лечебной физкультурой, лечебным плаванием или другими способами закаливания.

Всего индивидуальные занятия в астма-школе прошли 455 больных и их родители. За одну неделю полученные знания закреплялись на практике по уходу за своими больными детьми. Решение, которое принимал лечащий врач в каждом отдельном случае, было индивидуализированным. Это дало возможность родителям более глубоко понять особенности течения БА у своих детей и действовать во время ухода адекватно с течением болезни.

Такой подход был более рациональным и в процессе решения возникших психологических проблем у ребенка. Процессы аллергической перестройки организма вызывают значительные сдвиги в формировании личности. К подростковому возрасту начинают интенсивно перестраиваться и развиваться нервнорегуляторные механизмы, нейрогуморальные соотношения и органы дыхательной системы. В возрасте 14–15 лет уже заканчивается их морфологическое развитие. В дальнейшем в течение пубертатного периода у больных БА несколько меняется структура этих органов и некоторые их функции. В этой ситуации страдает психика ребенка, развивается чувство страха и неуверенности в себе, которое преследует его на протяжении всей жизни. В этом случае вскрываются недостатки гармоничного воспитания психики подростка, которые приводят к тому, что подросток хорошо знает, как не надо жить, но часто не знает, как надо жить. Вместе с тем именно гармоничное воспитание больного ребенка тандемом врач–родители создает условия для выработки такого синхронного соотношения, качества которого присущи данному человеку в их единстве и неповторимой индивидуальности. Однако далеко не всегда удавалось “управлять” психикой

больного ребенка, ибо эта проблема требует дальнейшего изучения.

К концу занятий, которые длились 1,5–2 месяца, 151 (96,1%) больной БА стал правильно пользоваться ингалятором, пикфлоуметром и понимать необходимость длительного лечения. У 142 (90,4%) детей исчезло чувство страха и изменилось качество жизни в положительную сторону.

Для оценки проведенной учебной работы мы изу-

чали динамику приступов и особенно дистанцию времени в межприступном периоде (табл. 2). Градация критериев оценки была следующей:

- а) короткая дистанция, при которой светлый промежуток между приступами длился 1 неделю;
- б) средняя дистанция – 1 месяц;
- в) длинная дистанция I – до 3 месяцев;
- г) длинная дистанция II – до 6 месяцев.

Таблица 2

Дистанция светлых промежутков	Число больных			
	до учебы		после учебы	
	абс.	%	абс.	%
Короткая	3	1,9	2	1,3
Средняя	87	55,4	71	45,2
Длинная I	46	29,3	55	35,1
Длинная II	21	13,4	29	18,4
Всего	157	100	157	100

Из табл. 2 видно, что положительная динамика в сторону урежения приступов удушья отмечена у тех больных, которые проходили обучение. Больные отмечали, что их перестало беспокоить чувство страха, они стали более уверенными в себе даже во время обострения болезни.

В астма-школе индивидуальной подготовки родители убедились в том, что они не одиноки, что им хотя бы помочь врачи и ученые-специалисты, и все они объединены одним желанием – избавить детей от тяжелых симптомов астмы, научить управлять болезнью. Партнерские отношения между больным ребенком, родителями и врачами должны включать оценку

симптомов болезни и возможность регулярно получать консультативную помощь.

Таким образом, форма образования пациентов и их родителей, включающая циклы лекций, практические занятия, частные беседы, является необходимой для улучшения качества жизни больного ребенка.

Полученные результаты дают основание говорить о высокой эффективности астма-школы индивидуальной подготовки больных и их родителей оказалось более перспективным для больных Армении, исходя из некоторых национальных особенностей характера армян.

Поступила 05.03.01

Литература

1. Авдеенко Н.В., Ефимова А.А., Балаболкин И.И. и др. Педиатрия, 1990, 5, с. 10.
2. Մկրտչյան Վ.Բ., Համբարձումյան Հ.Շ. Երեխաների ավերակի հիվանդության վրա պատիցիդների ազդեցության ուսումնասիրությունը, մերողական ձեռնարկ, Երևան, 1994.
3. Акунц В.Б. Вестник хирургии Армении. 1999, 3-4, с.103.
4. Акунц В.Б. Мат.науч.практ.конференции педиатров, посв. 10-летию армяно-шведского сотрудничества. 5 октября 1999, с. 23.
5. Акунц В.Б., Геворкян Дж.К. Научные труды и сообщения НИЗ МЗ РА, 1999, с. 30.
6. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия (совм.докл. ВОЗ). Пульмонология (приложение), 1996, с. 68.
7. Войтович Т.Н. Автореф.дисс.докт.мед.наук. М., 1992.
8. Велтицев Ю.Е. Росс.вестник перинатол. и педиатрии. 1996, 2, с. 5.
9. Дидро Д. Собр. соч. М.–Л., 1935, 1, с. 304.
10. Дугва Л.А., Мизерницкий Ю.Л. Росс.вестник перинатол. и педиатрии. 1995, 1, с. 25.
11. Хаитов Р.М., Богова А.В., Ильина Н.И. Иммунология, 1998, 3, с. 4.
12. Madge P.J., Nisbet L., McColl J.H. et al. Scott.Med.J., 1995, Oct. 40(5), p. 141.
13. Vargas M.H., Sienna-Monge J.J., Diaz-Mejia G.S. Gac. Med. Mex., 1996, May–Jun., 132(3), p.255.
14. Wilkie A.T., Ford R.P., Pattemore P. et al. N.Z.Med.J., 1995, May 24, 108(1000), p. 188.