

УДК 615.234

**ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ
С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

В.В. Маринич¹, Ю. Л. Мизерницкий²

¹Полесский государственный университет, Пинск, vital35406@mail.ru

²Московский научно–исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Росздрава,
Москва, yulmiz@mail.ru

Введение. В последние годы во всем мире отмечается рост числа детей, страдающих аллергическими заболеваниями. По данным эпидемиологических исследований, выполненных в различ-

ных регионах Российской Федерации, количество детей с аллергопатологией в последние десятилетия увеличилось более, чем в 10 раз и составило от 5% до 15% детского населения [1,2, 4].

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее частых хронических аллергических заболеваний в детском возрасте. Проведенные исследования позволили установить, что наряду с увеличением количества детей, страдающих БА, отмечается рост пациентов с тяжелым инвалидизирующим течением заболевания, которые составляют по данным разных авторов от 12% до 14%. В современных условиях наблюдается существенное снижение качества жизни пациентов с БА [3,6,7].

Качество жизни детей с БА должно основываться не только на оценке своего состояния самим ребенком, но и учитывать мнение родителей о качестве жизни семьи с больным ребенком. Это касается и восприятия симптомов заболевания, их влияния на функциональные возможности и психологическое состояние как ребенка, так и всех членов семьи. Восприятие симптомов заболевания ребенком в значительной степени зависит от его возраста. Дети дошкольного возраста часто не распознают симптомы БА, но могут ссылаться на усталость, раздражительность, капризы и т.п. («поведенческие маркеры» болезни). Родители и дети могут не рассматривать эти «поведенческие маркеры» в качестве симптомов, связанных с БА. Кроме того, дети дошкольного возраста склонны смотреть на имеющиеся у них симптомы статично, не предполагая, что их частота и тяжесть со временем могут измениться [4,5].

Материалы и методы исследования. В лонгитудинальное проспективное исследование в г.г. Смоленске, Москве было включено 207 детей с БА и 149 детей, отнесенных к группе «среднепопуляционные значения».

Среди детей с БА, включенных в исследование, мальчиков было 50,9%, девочек – 49,1%. На долю больных 6–7 лет приходилось 12,3% респондентов, 8–9 лет – 14,7%, 10 – 12 лет – 27,4%, 13–15 лет – 27,8%, 16–17 лет – 17,8%.

Тяжелое течение заболевания отмечалось у 27,7% детей с БА, среднетяжелое – у 49,2%, легкое – у 23,1%.

Большинство детей (91,4%) получало базисную противовоспалительную терапию в течение 3 месяцев, предшествовавших исследованию.

В целом данную выборку детей с БА можно охарактеризовать как «активных больных» – т.е. пациентов, имеющих симптомы БА, обращающихся за медицинской помощью и, как правило, получающих терапию, рекомендованную для лечения БА с позиций существующих руководств и согласительных документов.

Результаты исследования.

Физический статус детей с бронхиальной астмой.

Изучение КЖ детей с БА выявило значительные отклонения большинства параметров от среднепопуляционных значений. Так, при анализе физического статуса детей с БА установлено, что ограничение физических возможностей детей с БА детерминировано степенью тяжести заболевания и возрастом ребенка. Кроме того, зарегистрированы существенные различия в оценке КЖ детей, полученные при анкетировании самих пациентов и их родителей (рис. 1).

Так, при анкетировании детей с легким течением БА в целом не отмечено существенного снижения показателей, характеризующих физический статус ребенка.

При анкетировании родителей пациентов с легкой БА установлено, что физическая активность детей 6–7 и 8–9 лет достоверно снижена по сравнению со среднепопуляционными значениями. Возможно, сам факт наличия у ребенка диагноза «бронхиальная астма» является основанием, приводящим к ограничению физической активности ребенка со стороны родителей. При этом сами дети не осознают этих ограничений. В дальнейшем, по мере уменьшения влияния родителей на уровень двигательной активности детей, различия в оценке уровня физической активности между родителями и детьми исчезают.

Родители детей, имеющих легкую БА, независимо от возраста отмечают достоверное и существенное снижение показателя «общее здоровье», что может свидетельствовать о более серьезной оценке самого факта наличия заболевания у ребенка и его возможного влияния на долгосрочные перспективы здоровья.

Для детей со среднетяжелым течением БА было характерно достоверное и не зависящее от возраста снижение показателей «физическая активность», «общее здоровье» и «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности». Последний показатель характеризует степень ограничения школьной и социальной активности ребенка вследствие проблем с физическим здоровьем (невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок, наличие дополнительных усилий и потребность в дополнительном времени).

Для детей с тяжелым течением БА были характерны наиболее низкие значения всех показателей, характеризующих физический статус. Так же как и при среднетяжелой БА, результаты анкетирования родителей свидетельствовали о более значительном ограничении физических возможностей, чем данные опроса детей.

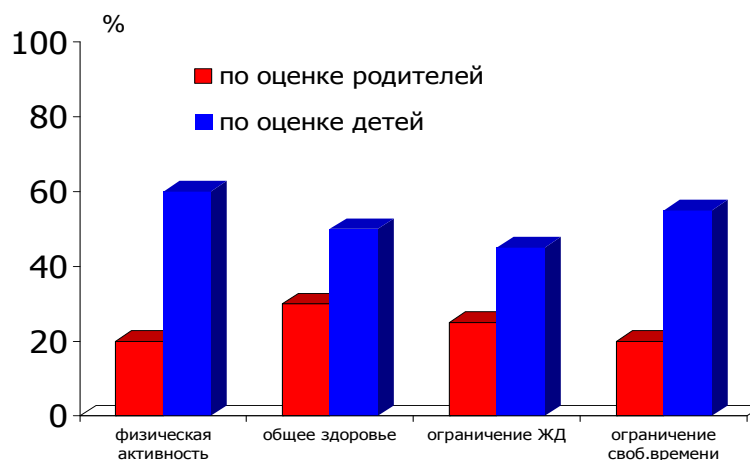


Рисунок 1 – Физический статус детей с бронхиальной астмой.

Психосоциальный статус детей с бронхиальной астмой

Психосоциальный статус детей с легкой БА отличался в лучшую сторону по сравнению с детьми, отнесенными к группе «среднепопуляционные значения». Так, дети с легкой БА имели меньше ограничений в школьной активности и повседневной деятельности из-за эмоциональных и поведенческих проблем. Для детей с легкой БА был характерен более высокий показатель «психическое здоровье» по сравнению со сверстниками. Это может свидетельствовать о том, что дети чаще чувствовали себя спокойными и умиротворенными, для них в меньшей степени были характерны тревога и депрессия.

Показатель «общее поведение», отражающий частоту поведенческих расстройств, умение ладить с другими людьми, агрессивность и незрелость ребенка, его способность совершать правонарушения, также имел тенденцию к увеличению в группе больных БА, что свидетельствует о меньшей частоте поведенческих нарушений.

Показатель «самооценка» детей с легкой БА (степень удовлетворенности своими способностями, внешним видом, отношениями с членами семьи и ровесниками, жизнью в целом) был выше среди детей 6–7 и 8–9 лет. Однако он снижался с возрастом и к 16–17 годам был уже достоверно ниже, чем у детей из группы «среднепопуляционные значения».

При анкетировании родителей детей с легкой БА не было обнаружено достоверных различий в показателях, характеризующих психосоциальный статус, по сравнению со среднепопуляционными значениями. Единственное исключение – показатель «общее поведение», который был выше в возрастных группах 13–15 и 16–17 лет по сравнению со среднепопуляционными значениями (рис. 2).

Для детей с тяжелой БА было характерно значительное и достоверное снижение всех пяти показателей, характеризующих психосоциальный статус. При этом наименьшие значения были характерны для таких параметров, как «самооценка» и «психическое здоровье» (рис. 3).

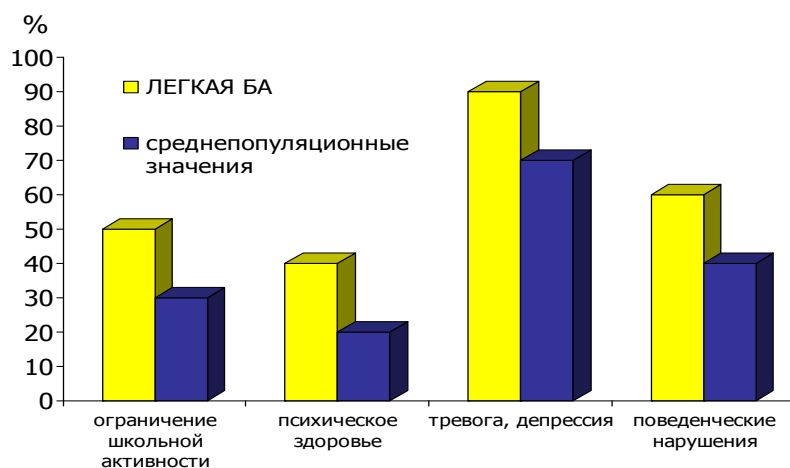


Рисунок 2 – Психосоциальный статус детей с легкой формой бронхиальной астмы

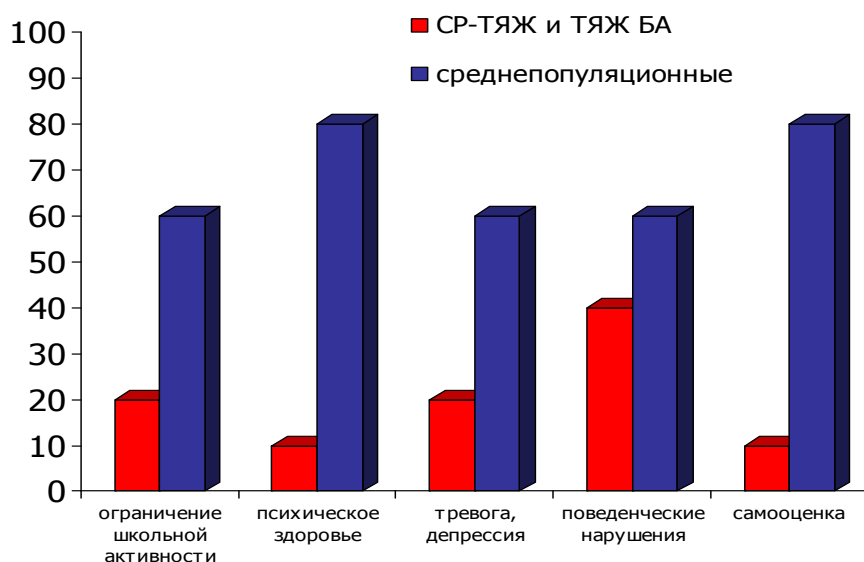


Рисунок 3 – Психосоциальный статус детей со среднетяжелой и тяжелой формой бронхиальной астмы.

Качество жизни детей с различной степенью тяжести бронхиальной астмы

Таким образом, легкое течение БА оказывает незначительное негативное влияние на КЖ детей, которое в большей степени определено, скорее, самим фактом наличия заболевания, нежели реальными ограничениями, накладываемыми болезнью на физическое и психосоциальное функционирование ребенка и его семьи. Это подтверждается и тем фактом, что большинство отклонений от среднепопуляционных значений КЖ получено при анкетировании родителей, а не самих детей.

Среднетяжелая БА накладывает безусловные ограничения на физическое функционирование детей, что приводит к ограничению семейной активности и негативно влияет на эмоциональное состояние детей и родителей. При этом психосоциальный статус больных практически не отличается от такового у их сверстников, за исключением более низкой самооценки.

Тяжелая БА оказывает выраженное негативное влияние на физические и психосоциальные компоненты КЖ. При этом наибольшие отклонения от среднепопуляционных значений зарегистрированы для показателей, характеризующих физический статус ребенка и семейную активность.

Если ставить задачу нормализации КЖ детей с БА, то мониторинг КЖ безусловно необходим для пациентов с тяжелой БА. У детей со среднетяжелым течением заболевания наиболее чувствительным будет мониторинг параметров КЖ, характеризующих физический статус и самооценку, что может оправдывать использование более коротких форм опросников КЖ. Мониторинг КЖ у детей с легким течением БА, вероятно, не имеет большого клинического значения.

Таким образом, исследование качества жизни детей, страдающих бронхиальной астмой должно стать тонким механизмом контроля течения заболевания, эффективности проводимой терапии, а также способом, позволяющим ребенку вести активную в биологическом, психологическом и социальном плане жизнь.

Реабилитационные мероприятия дети, страдающие БА, получают на базе амбулаторно-поликлинических структур (БОС-терапия, галотерапия, аэроиотерапия, ЛФК, массаж), санаториях, центрах психологического консультирования с применением методов сказкотерапии, песочной терапии, ритмотерапии, арттерапии и музыкотерапии. Психологическую реабилитацию дети проходят вместе с родителями и другими членами семьи.

Информационные технологии, внедряемые специалистами:

1) программы для пациентов и их родителей с проведением индивидуальных и групповых занятий с обеспечением образовательными пособиями (методические рекомендации, видеофильмы);

2) программы для врачей поликлиник и стационаров города с ежегодными городскими научно-практическими конференциями по актуальным вопросам диагностики и лечения бронхиальной астмы и аллергического ринита с участием ведущих специалистов России; ежегодное обучение врачей на однодневной школе-семинаре по вопросам диагностики и лечения БА; издание методических рекомендаций и пособий;

3) выступление в средствах массовой информации (телевидение, газеты) по актуальным вопросам бронхиальной астмы.

Психологическая реабилитация

Одним из ведущих направлений в работе респираторно-образовательного центра является психологическая реабилитация, так как существование неконтролируемого хронического заболевания может способствовать нарушению гармоничного развития личности ребенка. При этом БА рассматривается как соматическая манифестация психодинамического конфликта при отсутствии вытеснения агрессии.

Система мероприятий включает психодиагностику во время индивидуальной беседы с психологом с оценкой эмоциональной сферы ребенка и некоторые формы коррекционной работы (индивидуальной и групповой). Выявлялся психологический климат в семье, проводится психодиагностика нарушений во взаимоотношениях между родителями и ребенком, создаются условия для возникновения партнерских отношений между ними. В работе клинических психологов РОЦ широко используется метод позитивной психотерапии – ребенок должен ощутить себя центральной фигурой, задействовать ресурсы борьбы с недугом.

Как показали проведенные исследования, дети, регулярно посещающие занятия психолога, отличались большей комплаентностью лечения основного заболевания. Ремиссия у таких детей наступала быстрее, стабилизация состояния была более успешной даже при тяжелом течении БА, отсутствовала обращаемость за экстренной медицинской помощью.

Методическая деятельность реабилитационных центров.

Широко используются информационно-образовательные технологии, ставящие своей задачей формирование партнерских отношений с пациентами и их родителями для достижения максимальной комплаентности и контроля над заболеванием. Образовательные программы проводятся в индивидуальном и групповом режиме, включают 5 занятий по специально разработанной схеме с системой обратной связи. Пациенты обучаются принципам организации гипоаллергенной диеты и быта, рациональной физической нагрузке, основам проведения контроля симптомов заболевания (пикфлоуметрия) и базисной терапии (средства доставки лекарственных препаратов). Все пациенты бесплатно снабжаются образовательной литературой, имеют возможность воспользоваться мультимедийной библиотекой.

Образовательные программы для врачей включают обязательный однодневный ежегодный семинар с интерактивным общением, ежегодную научно-практическую конференцию с участием сотрудников Научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии Минсоцздрава РФ и Детского научно-практического пульмонологического центра МЗ РФ, ежегодную городскую акцию «День бронхиальной астмы», выступление сотрудников РОЦ в поликлиниках города. Кро-

ме того, респираторно–образовательный центр ежегодно выпускает информационные письма для врачей и методические рекомендации для пациентов по вопросам диагностики, лечения и профилактики бронхиальной астмы, аллергического ринита (режимные моменты, особенности гипоаллергенного быта, диеты).

Одной из основных концепций ведения больных, страдающих бронхиальной астмой, является назначение адекватной степени тяжести заболевания базисной противовоспалительной терапии.

В патогенезе бронхиальной астмы важную роль играют острые респираторные инфекции, определяющие во многих случаях фенотипическую реализацию заболевания, его течение и исход. При анализе влияния частоты ОРЗ на дебют и течение бронхиальной астмы было установлено, что при легкой БА количество детей, перенесших ОРЗ до 3 раз за год, составляло 72%, при среднетяжелой – 62%, то при тяжелой БА этот показатель снижается в 1,7 раза и составляет 40% ($p < 0,05$). В то же время число детей, перенесших 4 и более эпизодов ОРЗ, возрастало с утяжелением течения БА, составив 28%, 37% и 60% (соответственно).

Литература

1. Коростовцев, Д.С. К вопросу об эффективности внедрения программы диагностики и лечения больных бронхиальной астмой и аллергического ринита / Д.С. Коростовцев // Аллергология. – 1998. – № 3. – С. 26. – 27.
2. Чучалин, А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 1998. – № 4. – С. 6 – 22.
3. Бронхиальная астма у детей. // Руководство для врачей под ред. С.Ю.Каганова – М.: Медицина, 1999. – 367 с.
4. Дрожжев, М.Е. Современные показатели распространенности бронхиальной астмы среди детей / М.Е. Дрожжев [и др.]// Российский вестник перинатологии и педиатрии.– 2002.– №2.– с.20–24.
5. Asher? M.I., Weiland S.K. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISSAC). ISSAC Steering Committee.– Clin.Exp.Allergy.– 1998.– 28 (suppl. 5): 52–66.
6. Cookson? W. The alliance of genes and environment in asthma and allergy // Nature.– 1999.– Vol.402, No.6760. – Suppl. “Allergy and Asthma”. B5–B11.
7. International consensus report on diagnostic and management of asthma. Publication № 92–3091. Bethesda, Maryland 20892, USA. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute of Health, 1992.