



УДК 612.248-053.2:371]-08-036.8

УСЬКА В.Р.

Кафедра педіатрії та неонатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

Резюме. У статті наведені результати ефективності проведення комплексу реабілітаційних заходів у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА), в умовах поліклініки. У дослідженні взяли участь 74 дитини, хворі на БА I, II і III ступенів тяжкості, віком 7–16 років. У план лікувально-відновних заходів були включені: базисна терапія, фізична реабілітація та психологічна допомога за згодою батьків. Завдяки проведенню комплексу реабілітаційних заходів дітям, хворим на БА, вдалося покращити показники якості життя (ставлення до тяжкості захворювання, сприйняття симптомів хвороби й емоційних проблем процесу лікування), динаміку симптомів астми, пікову об'ємну швидкість видиху в 1,5 раза, соціальну адаптацію в 1,5 раза та знизити частоту загострень удвічі.

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, реабілітація.

Вступ

Бронхіальна астма (БА) є однією з найбільш поширених патологій дитячого віку серед захворювань органів дихання. Дихальна система — це складний фізіологічний апарат, що вперше включається в роботу при народженні із першим вдихом немовляти. Наступний експресивний феномен, що містить експіраторну фазу дихання, — це плач або крик дитини [12]. Ще на першому році життя немовля переносить кілька захворювань дихальної системи, в тому числі й приступи утрудненого дихання, нічного кашлю, ядухи. Дитяча астма часто починається в ранньому віці [8]. Психологи вважають, що перший стресовий досвід дитини — це сепарація її від матері [9]. Тому більшість науковців вказують на важливість психоемоційних переживань періоду пологів [2]. Відомим є твердження Гіппократа, який писав про можливість розвитку ядухи у хворого на БА під впливом страху. При негайній зупинці дихання в момент тривоги говорять: «Перехопило дух», «перехопило дихання». Адже вдих є поширеним вираженням почуття відчаю. У деяких дітей тригером астми може бути сміх [9]. Існують спостереження, що панічні реакції дитини та її батьків під час сильного кашлю часто провокують приступ ядухи [7]. Поряд із тим пригнічення власних емоцій розглядається як якісний механізм появи бронхоспазму [15]. Крім цього, наявність родинного конфлікту є сильним стресором для дитини, що може призвести до розвитку БА [7].

Різноманітність й атиповість клінічних проявів цього захворювання в дитячому віці часто утруднює своєчасність діагностики й може призвести до погіршення перебігу хвороби. Ранній початок та тяжкість БА, тенденція до зростання захворюваності, інвалідизація й соціальна дезадаптація пацієнта внаслідок хвороби — все це перетворило її не лише на медичну, але й на соціально-психологічну проблему. Так БА стала одним із поширених психосоціальних захворювань у дітей [6].

У літературі зазначається, що в більшості дітей, хворих на БА, спостерігаються психологічні порушення, які часто призводять до погіршення стану чи безуспішного лікування [1]. Тому важливе значення в сучасній педіатрії, зокрема в лікуванні цього захворювання, надають психологічній допомозі та медико-соціальної реабілітації хворого.

Існують ряд методик такого лікування, описаних в сучасній літературі [2, 5, 7]. З огляду на це для оптимізації й ефективності лікувального процесу рекомендують використовувати комплексний підхід, що включає поєднання медикаментозних призначень із психотерапією та фізичною реабілітацією. Застосування реабілітаційного комплексу, у свою чергу, сприяє швидшому одужанню хворого та полегшує перебіг захворювання в цілому.

© Уська В.Р., 2013

© «Здоров'я дитини», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Спеціалісти рекомендують проводити поетапну психофізіологічну реабілітацію [14]. Існує багато аналітичних методик різного спрямування [11, 12, 16], проте доцільно надавати психологічну допомогу за системним підходом з урахуванням вікового критерію та тяжкості перебігу захворювання [8]. Поряд із тим у педіатрії найбільш ефективним є застосування сімейної психотерапії [7].

Насамперед слід проводити клініко-лабораторне обстеження хворого. А тоді вже на підставі отриманих результатів можна формувати за індивідуальним або груповим підходами план лікувально-відновних заходів. Такі заходи повинні включати насамперед базисну терапію та комплексну реабілітацію, що має проводитися як фізичними, так і психологічними методами [5].

Таким чином, з метою ефективного проведення відновного лікування дітей, хворих на БА, в умовах поліклініки нами був запропонований комплексний метод психофізичної реабілітації.

Дизайн дослідження

Дослідження проводилось на базі дитячого поліклінічного відділення (ДПВ) Комунальної 4-ї міської поліклініки м. Львова. У дослідженні взяли участь 74 дитини, хворі на БА, шкільного віку (7–16 років), які попередньо проходили стаціонарне лікування на базі Львівської міської дитячої клінічної лікарні і були направлені на амбулаторне лікування за місцем проживання. Усі досліджувані отримували базисну терапію.

Основну групу становили пацієнти, які брали участь у проведенні реабілітаційного комплексу заходів у запропонованому обсязі (37 осіб). У групу порівняння увійшла така ж кількість дітей, які пропускали заняття у зв'язку із зайнятістю або не мали бажання їх відвідувати. Обидві групи були ідентичними за віковим і статевим критеріями пацієнтів, тяжкістю перебігу БА, соціальною приналежністю батьків та побутовими умовами проживання. Усі досліджувані були розділені:

- на дві підгрупи за статевим та віковим критеріями: підгрупа I — діти 7–11 років (26 хлопчики і 14 дівчаток), II — діти 12–16 років (23 хлопчики і 11 дівчаток);

- на три підгрупи за тяжкістю перебігу БА: підгрупа А (24 %) — діти, хворі на інтермітуючу форму БА, В (34 %) — хворі на персистуючу форму БА легкого перебігу, підгрупа С (42 %) — хворі на персистуючу форму БА середньотяжкого перебігу.

Для діагностики БА застосовували сучасну класифікацію захворювання [8], згідно з якою ступінь тяжкості хвороби визначали за загальноприйнятими критеріями. Діти, хворі на персистуючу форму БА тяжкого перебігу, у дослідженні участі не брали.

Програма реабілітаційних заходів проводилась під час шкільних канікул з понеділка по п'ятницю впродовж місяця. У план лікувально-відновлювальних заходів були включені: базисна терапія [8], спосіб фізичної реабілітації [11] та психологічна до-

помога за згодою батьків. Фізична реабілітація проводилась в умовах фізіотерапевтичного відділення і полягала у застосуванні постурального дренажу та конкретних маніпуляційних втручань (перкусії лікувальної, вібрації, мануального стискання грудної клітки із форсованим видихом, спружинення ребер із покашлюванням, ротації у положенні лежачи на боці, піднімання знизу в положенні лежачи на спині) [11]. Психологічна реабілітація проводилась в умовах Медичного інформаційно-консультативного центру «Погляд у майбутнє» на базі ДПВ у три етапи і включала: I — індивідуальні заняття психолога з дітьми у присутності та за згодою батьків, а також заняття з сім'ями; II — ігрові заняття з дітьми у групах, III — навчання окремо батьків та дітей в умовах «астма-школи» за встановленою тематикою, а також консультації алерголога, педіатра та психолога.

Для індивідуальних занять психолога з дітьми застосовували раціонально-інформаційну бесіду за індивідуальним підходом сумісно з батьками. Крім цього, враховуючи той факт, що психосоматичні хворі виявляють обмежену здатність до спілкування та їм простіше відтворювати свій внутрішній стан у малюнку, у дослідженні використовували проєктивні методики невербального спілкування, які тісно пов'язані з психотерапевтичними моментами. Сюди увійшли тести-малюнки: «Неіснуюча тварина», «Три дерева» і «Людина під дощем» [4, 10]. Для роботи з сім'ями застосовувалися інтерактивні методики [4]. Ефективною виявилась робота у групах, де проводилися соціально-адаптаційні заняття з дітьми за ігровими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення

Упродовж дослідження проводився контроль перебігу захворювання (показники заносилися в щоденник спостереження):

- реєструвалися дані анамнезу захворювання та життя хворого, лікарські призначення, тривалість і показники перебігу БА (наявність денних і нічних симптомів БА та нічних пробуджень через астму, загострень і госпіталізацій, невідкладних звернень за медичною допомогою);

- оцінювалися функціональні показники (пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШвид) за допомогою щоденного моніторингу з використанням індивідуального пікфлоуметра «Вітатест» вітчизняного виробництва);

- аналізувалися показники якості життя (ЯЖ) за допомогою модифікованої української версії російськомовної редакції запитальника М. Крісті та Д. Френч «Childhood Asthma Questionnaire — CAQ» (1993–1994 рр.) за згодою автора — професора Волгоградської медичної академії, д.м.н. І.В. Смоленова.

Динамічний аналіз показників проводився шляхом оцінювання базисного темпу приросту (Тпр). Під час дослідження бралися до уваги лише вірогідні результати ($p < 0,05$).

Таблиця 1. Кореляційна залежність показників якості життя у групах ($p < 0,05$)

Коефіцієнт кореляції (група I/група II)	Якість пасивного життя	Якість активно-го життя	Якість підліткового життя	Дистрес	Самообмеження
Дистрес	-0,6/-0,4	-0,3/-0,2	0/0	-	-
Самообмеження	-0,3/-0,5	-0,6/-0,8	-0,3/-0,1	0,3/0,4	-
Сприйняття тяжкості астми	-0,4/-0,2	-0,1/-0,1	-0,3/-0,3	0,4/0,4	0,3/0,5

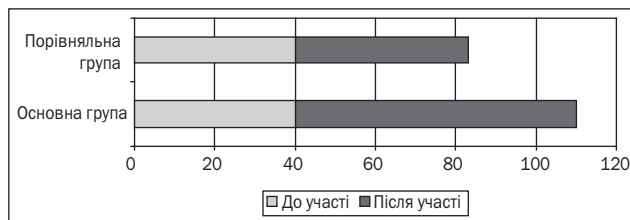


Рисунок 1. Соціальна адаптація дітей, хворих на бронхіальну астму, % (середнє значення)

На підставі отриманих даних можна стверджувати, що серед пацієнтів, які брали участь у програмі, частота проявів денних і нічних симптомів БА значно зменшилася (Тпр в основній групі становив $-41,3\%$, у порівняльній — $-25,0\%$). Частота загострень БА (бали) в дітей основної групи становила $1,1 \pm 0,3$, у групі порівняння — $2,6 \pm 0,5$. Госпіталізацій та невідкладних звернень по медичну допомогу з приводу приступів ядухи в основній групі хворих, на відміну від групи порівняння, не було. Такі результати свідчать про те, що діти, які брали участь у програмі, ретельно виконували призначення лікаря, змінили своє ставлення до проведення базисної терапії та були під постійним спостереженням лікаря.

У результаті проведення реабілітаційних заходів у дітей покращився показник ПОШвид (в основній групі Тпр — $19,4\%$; у порівняльній — $11,1\%$).

Під час дослідження проводився кореляційний аналіз показників ЯЖ, результати наведені в табл. 1.

Аналізуючи дані табл. 1, можна стверджувати, що покращення показників ЯЖ дітей, хворих на БА, можливе за умов зниження дистресу та формування толерантного ставлення до тяжкості захворювання й усвідомлення раціональності самообмежень.

Аналіз прогнозу ЯЖ хворих проводився за методом логістичної регресії в комп'ютерній програмі SPSS. У результаті підрахунків прогностична точність моделі становила $83,1\%$. Покращення показників ЯЖ вірогідно підтверджено в 79 ($78,2\%$) дітей, які брали участь у реабілітаційній програмі. Вірогідними факторами ризику виявились: I — участь у програмі, II — сприйняття тяжкості астми, III — дистрес.

Надання психологічної допомоги сприяло формуванню злагоджених стосунків у родині та школі, толерантного ставлення пацієнта і його сім'ї до тяжкості астми, а також усвідомленню потреби в самообмеженнях, пов'язаних із захворюванням.

Застосування проєктивних методик дозволило проводити заняття у вигляді гри, що сприяло формуванню довірливих взаємостосунків між лікарем і

пацієнтом, стабілізувало психоемоційний стан дитини та полегшувало сприйняття тяжкості захворювання.

Проведення систематизованих реабілітаційних занять позитивно впливало на вольові якості особистості та фізичну активність, покращувало соціальну адаптацію в 1,5 раза (рис. 1).

Хворі та їх батьки навчилися самоконтролю та плануванню візиту до лікаря. Оволоділи навичками запобігання появі повторних приступів БА. Пацієнти змінили своє ставлення до проведення базисної терапії в періоді ремісії та ретельно виконували лікарські призначення.

Висновки

1. Завдяки участі в реабілітаційній програмі дітям, хворим на БА, вдалося покращити показники якості життя (ставлення до тяжкості захворювання, сприйняття симптомів хвороби й емоційних проблем процесу лікування) та знизити частоту загострень удвічі.

2. Проведення комплексу реабілітаційних заходів покращує динаміку симптомів астми та показники ПОШвид в 1,5 раза.

3. Реабілітація хворого в періоді ремісії дозволяє запобігти появі повторних загострень.

4. У дітей, хворих на БА, у результаті занять із психологом удалося покращити соціальну адаптацію в 1,5 раза.

5. Усі учасники програми навчилися дотримуватися терапевтичного режиму та самоконтролю.

Список літератури

1. Альтернативность и ассоциативность приспособительных реакций организма здорового человека и больных бронхиальной астмой / А.М. Земсков, В.М. Земсков, М.А. Луцкий и др. // Успехи современ. биологии. — 2005. — Т. 125, № 3. — С. 239-246.
2. Безруких М.М. Психопсихология ребенка: учеб. пособие / М.М. Безруких, Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер. — 2-е изд., доп. — М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2005. — С. 164-288.
3. Бойко М.Г. Сучасні напрямки реабілітації хворих на хронічні обструктивні захворювання легень та бронхіальну астму / М.Г. Бойко, Т.М. Жабо, Д.М. Бойко // Вісн. наук. досліджень. — 2005. — № 3. — С. 13-15.
4. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов — СПб.: ПитерКом, 1999. — С. 20-310.
5. Генне Н.А. Современная стратегия лечения детей с бронхиальной астмой / Н.А. Генне, Н.Г. Колосов // Пульмонология. — 2006. — № 3. — С. 113-118.
6. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей / Под ред. Л.А. Горячкиной, К.П. Кашкина. — М.: Миклош, 2011. — С. 151.

7. Кравченко Л.Г. Клініко-патогенетичні підходи до комплексних реабілітаційних програм при бронхіальній астмі у дітей / Л.Г. Кравченко // Вісн. морської медицини. — 2001. — № 4. — С. 34-37.
8. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Оригинал-макет, 2012. — 184 с.
9. Недельская С.М. Сфера міжособових внутрішньо-сімейних стосунків дітей, хворих на бронхіальну астму / С.М. Недельская // Перинатологія та педіатрія. — 2003. — № 4. — С. 59-62.
10. Немов Р.С. Психологія: В 3 кн. — М.: Владос, 1999. — Кн. 3: Психодіагностика: введення в наукове психологічне дослідження з елементами математическої статистики / Р.С. Немов. — 631 с.
11. Спосіб фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму: Деклараційний патент України на корисну модель № 7160 (Заяв. № 20040907883 від 28.09.2004; опубл. 04.07.2005) / Н.О. Івасик, В.Р. Уська, Л.В. Беш. — 2005. — 5 с.

12. Шліппе А. Системна психотерапія та консультування: навч. посібник / А. Шліппе, Й. Швайцер — 2004. — С. 204-208.
13. Asthma in Remission / D. Taylor, J. Cowan, J. Green et al. // Chest. — 2005. — Vol. 127, № 1. — P. 845-850.
14. Chronic Asthmatic Chest Troubles And Their Effects On Cognitive Functions, Psychosocial Behaviour And Academic Achievement Among Children In Egypt / Samiha Samuel, Mai Safwat, William Morkos, Samar Salem, Tarek El-Adly and Abeer Mohammed // Journal of American Science. — 2010. — 6(12). — P. 1034-1043.
15. Socioeconomic status asthma and chronic bronchitis in a large community-based study / L. Ellison-Loschman, J. Sunyer, E. Plannet al. // Europ. Respir. J. — 2007. — Vol. 10, № 1. — P. 114-119.
16. Wiecha J. Boston Breathes: Improving pediatric asthma care with a home — based interactive website for patient education, monitoring and clinical team-work / J. Wiecha, W. Adams // AMIA Ann. Symp. Proc. — 2006. — Vol. 16, № 10. — P. 1114.

Отримано 09.04.13 □

Уська В.Р.

Кафедра педіатрії и неонатології факультета послєдипломного образования Львівського національного медического університета імені Данила Галицького

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Резюме. В статье представлены результаты эффективности проведения комплекса реабилитационных мероприятий для детей, больных бронхиальной астмой (БА), в условиях поликлиники. В исследовании участвовало 74 ребенка, больных БА I, II и III степени тяжести, в возрасте 7–16 лет. План лечебно-восстановительных мероприятий состоял из базисной терапии, физической реабилитации и психологической помощи по согласованию с родителями. Благодаря проведению комплекса реабилитационных мероприятий у детей, больных БА, удалось улучшить показатели качества жизни (отношение к тяжести заболевания, восприятие симптомов болезни и эмоциональных проблем процесса лечения), динамику симптомов астмы, пиковую объемную скорость выдоха в 1,5 раза, социальную адаптацию в 1,5 раза и снизить частоту обострений в 2 раза.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, реабилитация.

Uska V.R.

Department of Pediatrics and Neonatology of the Faculty of Postgraduate Education of Lviv National Medical University named Danylo Galatsky, Lviv, Ukraine

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA IN OUTPATIENT HOSPITAL

Summary. The results of the effectiveness of the complex rehabilitation for children with asthma in outpatient hospital are presented. The study involved 74 children with I, II and III degree of severity of asthma, aged 7–16 years. The plan of rehabilitation activities consisted of basic therapy, physical rehabilitation and psychological support in coordination with the parents. Due to the complex rehabilitation in children with asthma, we succeeded improving the quality of life (relation to the severity of the disease, the perception of symptoms and emotional problems of the treatment process), the dynamics of asthma symptoms, peak expiratory flow rate by 1.5 times, social adjustment by 1.5 times and reducing the frequency of exacerbations by 2 times.

Key words: children, bronchial asthma, rehabilitation.