

**Е.В. Ляпунова, И.В. Попова,
А.Н. Токарев, В.А. Беляков**

Кировская государственная медицинская академия

«Астма-школа» в детской больнице

Ключевые слова: астма-школа, бронхиальная астма, дети.

Контактная информация: Ляпунова Елена Вячеславовна, к.м.н.

E-mail: elen-lyapunov@mail.ru

© Коллектив авторов, 2011

Бронхиальная астма (БА) представляет собой серьезную медико-социальную проблему [1]. Ранняя диагностика и своевременный комплекс адекватных лечебно-профилактических мероприятий могут снизить риск развития этого заболевания, уменьшить число тяжелых его форм. Актуальна проблема профилактики БА у детей [2]. Повторяемость симптомов заболевания, угрожающих жизни, создает условия для эмоционального напряжения, психологических проблем, которые истощают силы больного и его близких. Эффективность терапии БА у детей напрямую связана с точным выполнением родителями квалифицированных врачебных рекомендаций [3]. В связи с этим обучение родителей – важная часть комплексной программы лечения детей с БА. Одна из эффективных форм обучения родителей – систематические занятия в «Астма-школе» [4, 5].

На клинической базе кафедры пропедевтики детских болезней Кировской детской городской клинической больницы в течение 13 лет работает «Астма-школа» для родителей детей, больных БА. За эти годы обучение в ней прошли более 800 родителей. Учебная программа включает 8 занятий (16 учебных часов), которые проводят два раза в неделю. В группе обучаются от 6 до 10 родителей. Они получают всю необходимую информацию об этиологии, патогенезе, диагностике, лечении и профилактике БА, их обучают приемам пользования ингаляторами, спейсерами, дискхалерами, циклохалерами, пикфло-

уметрами. На занятиях широко используют наглядный материал, учебные видеофильмы. В программу обучения входят индивидуальные и групповые занятия. На индивидуальных занятиях родители осваивают методы контроля за эффективностью терапии, проводимой у их ребенка, вырабатывают правильную тактику поведения в различных жизненных ситуациях, составляют индивидуальные планы контроля за состоянием и купированием обострения у больного ребенка. Групповые занятия проходят в виде лекций и бесед.

На занятиях семья больного ребенка получает необходимую информацию о преимуществах ингаляционных методов терапии с обязательным обучением правильной технике ингалирования. Особое внимание уделяется пикфлоуметрии как способу контроля за течением болезни. Подробно рассматривают принципы базисной терапии с использованием противовоспалительных препаратов и роль специфической иммунотерапии в достижении стойкой ремиссии заболевания. Профилактическому лечению БА отводят одно из ведущих мест в цикле занятий. Подчеркивается, что здоровый образ жизни, соблюдение целенаправленных элиминационных мероприятий, регулярное мониторинговое пиковое измерение скорости выдоха (ПСВ), динамическое наблюдение, рациональное использование физической культуры и спорта обеспечат улучшение здоровья детей и дадут возможность повысить качество жизни. Обучение

E.V. LYAPUNOVA, I.V. POPOVA, A.N. TOKAREV, V.A. BELYAKOV

Analysis of the work of «asthma-school» in children's hospital

Key words: *asthma-school, bronchial asthma, children.*

родственников больного ребенка позволяет улучшить течение, оптимизировать прогноз заболевания, снизить инвалидизацию детей, страдающих БА.

Цель исследования: оценка эффективности образовательной программы «Астма-школы» при БА у детей.

В исследовании участвовали 424 ребенка: в 1-ю группу включили 228 детей, родители которых обучались в «Астма-школе»; во 2-ю группу – 196 детей, их родители не обучались в «Астма-школе». Эффективность обучения родителей оценивали через 12 мес после окончания занятий по следующим показателям: частота обострений заболевания, вызовы «Скорой помощи», госпитализации, пропуски школы, дополнительное обращение за неспециализированной помощью (при лечении заболевания), изменение переносимости физической нагрузки, использование закалывающих процедур и дыхательной гимнастики в комплексном лечении БА. Оценивали навыки самоконтроля (использование пикфлоуметрии), применение базисной терапии, соблюдение гипоаллергенного режима в быту. Исследуемые показатели анализировали на основании анкет, дневников самонаблюдения и амбулаторных карт.

При анализе анкет, заполненных перед началом обучения, выяснилось, что большинство родителей отвечают «не знаю» на 60% вопросов. Неправильные ответы были получены на 24% вопросов, правильные – на 16%. По окончании обучения количество неправильных ответов уменьшилось до 8%, а ответы «не знаю» встречались в единичных случаях.

Анализ анкетирования показал, что исходно только 32% родителей имели представление об изменениях, происходящих в организме при БА, предрасполагающих и провоцирующих факторах. Информацию о заболевании в 97% случаев родители получали от врачей-пульмонологов, для 3% родителей источниками информации о болезни были средства массовой информации и знакомые.

Более трети родителей (38%) не знали, что для купирования приступов БА применяются ингаляционные β_2 -адреномиметики. Из бронхолитических препаратов «Беротек» применяли 35% родителей, «Сальбутамол» – 23%, «Беродуал» – 42%. Правильной техникой при проведении ингаляции лекарственных средств владели 28% родителей.

Более половины родителей (61%) не имели представления о показаниях к применению ингаляционных препаратов с различным механизмом действия (нестероидные противовоспалительные препараты, ингаляционные ГКС). Для постоянного лечения в 14% случаев использовались нестероидные противовоспалительные препараты, в 86% – ингаляционные ГКС. При отсутствии положительного

эффекта от их применения ни в одном случае не проводили подбора дозы и не меняли препарат на более эффективный. Некоторые родители отказывались от базисной терапии заболевания и использовали только ингаляции β_2 -агонистов. Крайне настороженно родители относились к назначению ингаляционных ГКС и психологически не были подготовлены к длительной базисной терапии. Более половины респондентов считали, что их дети в процессе лечения могут привыкнуть к ингаляторам. В 50% случаев родители испытывали страх при наступлении приступа удушья, почти всех волновало будущее их ребенка. Это послужило поводом для включения в программу «Астма-школы» двух занятий с психологом.

Для купирования приступов БА у детей 32% семей использовали немедикаментозные методы лечения. Впервые узнали о спейсерах и пикфлоуметрии на занятиях в «Астма-школе» 78% родителей. Регулярно измеряли ПСВ в 15% семей. Около 25% родителей не имели представления о гипоаллергенном быте, а более 50% не считали необходимым создавать оптимальную среду в окружении больного ребенка.

Доверие к участковым педиатрам отмечали только 24% родителей, остальные относились к рекомендациям врача с недоверием, обусловленным кратковременностью поликлинического приема, неумением врача доступно и грамотно объяснить цель и схему проводимой терапии, ее длительность и основные моменты, связанные с контролем за состоянием ребенка. Родители, как правило, не владели достаточной информацией о характерных симптомах БА, отличиях этой болезни от респираторных заболеваний и бронхитов. Кроме того, было установлено, что детям раннего возраста с БА участковые врачи необоснованно назначали курсы лечения антибиотиками.

Регулярно занимались гимнастикой 18% детей, спортом – 25%; у 26% больных физическая нагрузка вызывала симптомы БА, что, к сожалению, побуждало не только родителей, но и врачей освобождать детей от физкультуры и уменьшать физическую нагрузку. При реакции на холодный воздух родители уменьшали и даже прекращали прогулки, переводили детей на домашний режим, что усугубляло тяжесть болезни. Закалывающие процедуры в комплексном лечении заболевания использовали лишь 8% родителей.

Почти все дети из-за частых обострений болезни 2–3 мес в году и больше пропускали школу, не посещали детские дошкольные учреждения. По данным анкетирования, в 62% случаев БА мешала учебе, в 53% – затрудняла общение больных детей со сверстниками, в 48% – ограничивала контакты семьи.

Обсуждаемые на занятиях вопросы по программе «Астма-школы» совпадают с коррекцией лечения больных, что позволяет быстрее и эффективнее добиваться взаимопонимания между врачом и родителями. Последние начинают осознанно воспринимать проводимую терапию, активно включают в лечебный процесс, ежедневно проводят суточный мониторинг с помощью пикфлоуметра.

За время работы «Астма-школы» ни один из родителей по собственному желанию не отказался от обучения. Работа «Астма-школы» предполагает не только обучение, но и дальнейший контроль. Большинство родителей выразило желание, чтобы и в дальнейшем их дети находились под контролем врачей, ведущих занятия в «Астма-школе». Однако, как показало исследование в течение года, не все родители

График
Базисные препараты, применяемые при лечении БА, %

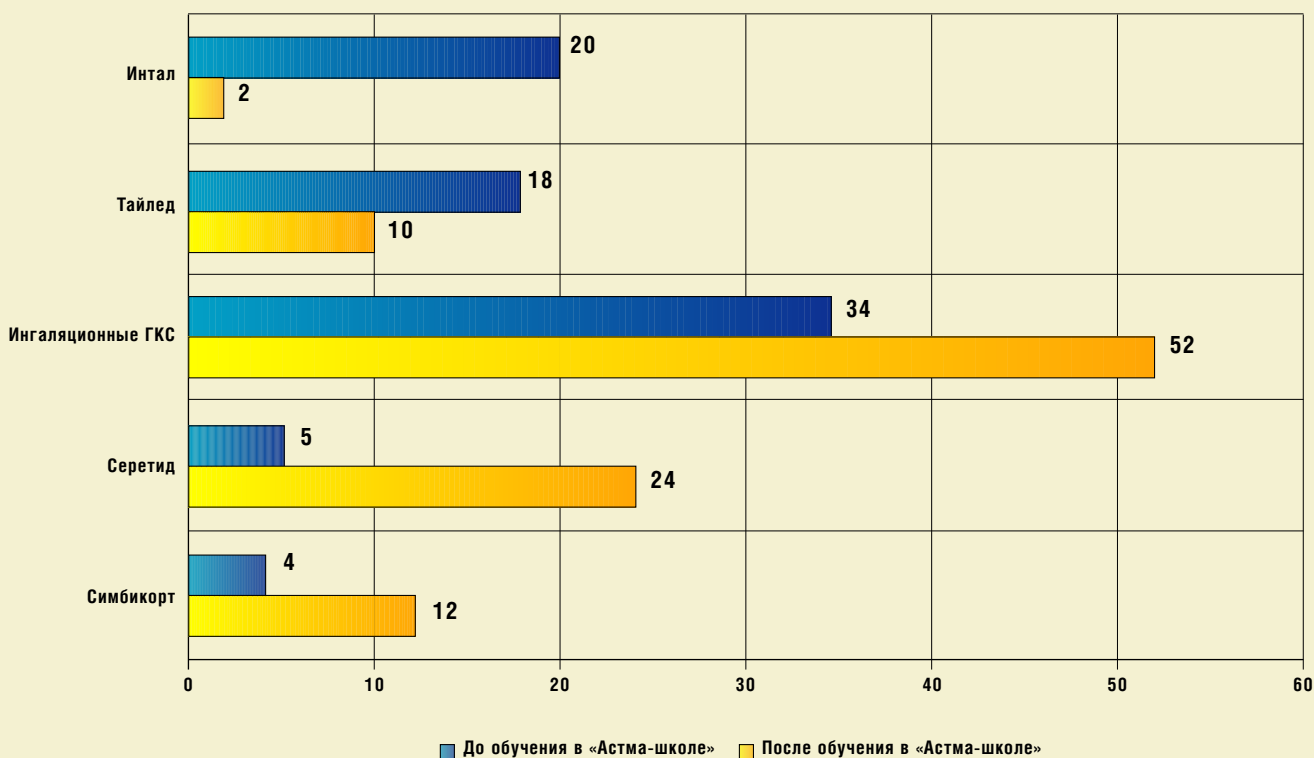


Таблица
Влияние занятий в «Астма-школе» на течение бронхиальной астмы у детей

Признак	Группа	
	1-я (n=228)	2-я (n=196)
Снижение частоты обострений БА, %	69	23
Снижение частоты вызовов «Скорой помощи», %	84	7
Проведение ПФМ и ведение дневника самоконтроля, %	83	37
Адекватная регулярно проводимая базисная терапия БА, %	85	48
Прекращение использования бронхолитиков для снятия приступа БА, %	47	0
Улучшение переносимости физической нагрузки, %	54	5
Дополнительные занятия спортом и/или физической культурой, %	18	1
Соблюдение гипоаллергенного режима и диеты, %	85	18
Снижение частоты повторных госпитализаций, %	38	4

осуществили свои планы – под наблюдением остались 58% больных. Повторно обратились хотя бы один раз 19% родителей.

В качестве базисного лечения до занятий в «Астма-школе» 20% больных использовали «Интал», после обучения – только 2% (*график*); «Тайлед» применяли 18%, после обучения – 10% больных. Ингаляционные ГКС до обучения в школе использовали 34%, после обучения стали применять 52% больных. Препараты «Серетид» и «Симбикорт» до обучения родителей использовали лишь 9%, после обучения – соответственно 24 и 12% детей. Не применяли базисных препаратов до обучения в «Астма-школе» 19% детей.

Опрос родителей сразу же по завершении программы обучения свидетельствовал о необходимости и важности этих занятий для понимания смысла болезни, изменения отношения к ней и к коррекции терапии.

Анализ результатов работы в «Астма-школе» показал, что у детей 1-й группы уменьшение частоты обострений БА отмечено в 69% случаев (*табл.*), а у детей 2-й группы – в 23%. Частота вызовов «Скорой помощи» у детей 1-й группы уменьшилась на 84%, а во 2-й – лишь на 7%.

После обучения многие родители (85%) стали более тщательно выполнять рекомендации по оздоровлению среды, окружающей ребенка с БА, использовать гипоаллергенную диету, изменилось их отношение к курению в присутствии ребенка. Во 2-й группе больше семей не соблюдали гипоаллергенный быт, содержали домашних животных (82%).

Определенные различия выявлены по таким показателям самоконтроля, как использование пикфлоуметрии и базисной терапии. Так, ежедневно измеряли ПСВ и вели дневник самоконтроля 83% детей 1-й группы; во 2-й группе эти показатели были более чем в два раза ниже (37%).

Адекватную базисную терапию (соответствующую степени тяжести заболевания) регулярно получали 85% детей в 1-й группе и 48% – во 2-й. Возникающий бронхоспазм купировали самостоятельно 100% детей в 1-й группе и только 64% – во 2-й. Дети 1-й группы в межприступном периоде заболевания и для купирования удушья чаще стали применять дыхательную гимнастику (80%). Потребность в бронхолитиках снизилась в 1-й группе, 47% опрошенных в течение последнего года вообще не пользовались ими для снятия приступов БА. У детей 2-й группы в этих случаях использование бронхолитиков не уменьшилось.

Переносимость физической нагрузки улучшилась в 1-й группе у 54% детей. Физическая переносимость нагрузки у детей 2-й группы изменялась более медленно и незначительно (5%). Кроме того, многие

дети 1-й группы (18%) стали дополнительно заниматься физкультурой; во 2-й группе – только 1%.

У детей 1-й группы уменьшилась частота повторных госпитализаций (на 38%) по сравнению с детьми 2-й группы (на 4%).

У тех детей, чьи родители обучались в «Астма-школе», уменьшилась частота обострений БА и вызовов «Скорой помощи», а также частота повторных госпитализаций, увеличилась переносимость физической нагрузки. В семье стали правилом регулярное проведение пикфлоуметрии и ведение дневника самоконтроля, адекватная регулярно проводимая базисная терапия БА, прекращение использования бронхолитиков для снятия приступов БА, соблюдение гипоаллергенного режима быта и диеты.

ВЫВОДЫ

Занятия в «Астма-школе» значительно повышают знания родителей детей с БА, улучшают технику использования ингаляторов, изменяют выбор препаратов в сторону более современных и безопасных. Работа «Астма-школы» способствует повышению эффективности лечения детей при минимальном объеме лекарств, уменьшает число госпитализаций, тяжесть течения болезни за счет улучшения навыков самоконтроля: использования пикфлоуметрии, применения спейсеров, ведения дневника самоконтроля. Уровень полученных знаний дает возможность большинству родителей правильно ориентироваться в сложных ситуациях и проводить рекомендуемое лечение амбулаторно. Важно регулярное прохождение переподготовки в «Астма-школе», поскольку стратегия лечения и методика профилактики БА постоянно совершенствуются.

Литература

1. Намазова Л.С., Огородова Л.М., Генне Н.А. Бронхиальная астма // Лечащий врач, 2006, № 4, с. 10–19.
2. Зайцева О.В. Профилактика аллергии у детей // Практическая медицина, Казань, 2008, № 7 (31), с. 3–8.
3. Clark N.M., Valerio M.A. The role of behavioral theories in educational interventions for pediatric asthma. Paediatr Respir Rev 2003; 4: 325–33.
4. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – М.: ИД «Атмосфера», 2008, 108 с.
5. Солодкова Е.В. Опыт работы «Астма-школы» Медсанчасти-36 // Пульмонология, 2010, №4, с. 123–124.