

- аллергическими заболеваниями кожи // Педиатрия. – 1994. – № 1. – С. 23–27.
8. Торопова Н.П., Сафронова Н.А., Гордеева Л.М. Паразитарная фауна кишечника у детей, страдающих atopическим дерматитом. Аспекты диагностики и патогенеза (сообщение 1) // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 1998. – № 1. – С. 27–33.
9. Шендеров Б.А. Роль анаэробных неспорообразующих бактерий в поддержании здоровья человека // Вестник Росс. АМН. – 1996. – № 2. – С. 8–11.
10. Чернушенко Е.Ф. Актуальные вопросы иммунокорригирующей терапии при аллергических заболеваниях // Астма и аллергия. – 2002. – № 1. – С. 37–41.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ

С.С. КАЗАК, Г.В. БЕКЕТОВА

Резюме

У статті представлені результати анамнестичного та клініко-параклінічного обстеження 63 дітей у віці від 5 до 15 років із хронічними захворюваннями органів травлення.

Оцінена ефективність включення в їх комплексну терапію продукту функціонального харчування «NON with Bifidum-bacteriums».

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHILDREN SUFFERING FROM CHRONIC DISEASES OF DIGESTIVE ORGANS AND ALLERGIC DERMATOSES

S.S. KOZAK, G.V. BEKETOVA

Summary

In the article represented the results of anamnestic and clinico-paraclinic examination of 63 children from 5 to 15 years of age suffering from chronic diseases of digestive organs.

There has been an estimation of the effectiveness of including the product of functional feeding «NON with Bifidumbacteriums» into the complex therapy.

УДК: 616.248-053.2:614.24

Л.В. БЕШ, В.Р. УСЬКА

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівський міський дитячий алергологічний центр

Протягом останніх років у різних країнах створюються спеціальні навчальні програми для хворих на бронхіальну астму (БА). Більшість дослідників вважає, що оптимізація освітніх програм для пацієнтів та їх оточення — шанс до зниження госпіталізацій і смертності [1, 3, 5].

Нині не існує ідеальної остаточно опрацьованої освітньої програми. Кожна продовжує переоцінюватися, допрацьовуватися та апробуватися знову [4]. Робота з дітьми — особливо складна, адже дитина росте, змінюються її свідомість, світогляд і рівень знань, звідси впливає і проблема багаторакурсного і різнопланового навчання. З іншого боку, як відомо, хвора дитина ніколи не є самотньою. Поруч з нею завжди її сім'я й оточення, які прагнуть, можуть і повинні допомогти дитині адаптуватися до ситуації, пов'язаної з хворобою. Нами зроблена спроба розробити програму, яка націлена на те, щоб не лише медичний персонал, але й вихователі і особливо батьки брали активну участь у навчанні дитини.

Метою нашої роботи було підвищення ефективності лікування і якості життя дітей шляхом розробки комплексної цілісної освітньої програми для дітей, хворих на бронхіальну астму та їх оточення.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставлених у роботі цілей нами обстежено 180 дітей хворих БА різного ступеня важкості віком від 3-х до 16-ти років з тривалістю захворювання від 1 до 13 років. З них 61,3 % становили дівчатка, 38,7 % — хлопчики. 90 дітей прийняли участь в освітній програмі і склали основну групу, в контрольну групу також увійшло 90 дітей. Дітей підібрали таким чином, щоб обидві групи були ідентичними за віком, статтю, давністю і важкістю захворювання.

Комплексна освітня програма реалізувалася у таких напрямках:

1. Освітня робота з дітьми із застосуванням ігрового методу навчання. Заняття проводились щоденно під час шкільних канікул.

2. Освітня робота з дорослими — забезпечення активної позиції оточення шляхом навчання родичів, медичного персоналу, персоналу дитячого садка, вихователів в алергологічному стаціонарі.

3. Астма-школа. Заняття з дорослими проводились 1 раз на тиждень протягом 2,5 місяців.

4. Астма-клуб. Батьки, які закінчили астма-школу, мали можливість продовжити навчання в астма-клубі. Зустрічі в клубі проходили регулярно — один раз на 3-4 міс.

Для кожної дитини був складений комплекс реабілітаційних заходів, які проводились паралельно з навчанням в астма-школі: дихальна гімнастика, лікувальна фізкультура, масаж, психотерапевтична корекція.

Для оцінки ефективності навчальної програми були використані:

- загальноклінічні методи дослідження (анамнез, клініка, визначення функції зовнішнього дихання),
- методи соціологічного дослідження (анкетування, тести тощо).

Під час дослідження оцінювалися такі показники: кількість загострень бронхіальної астми; кількість непланових візитів до медичних установ з приводу бронхіальної астми; кількість екстрених звернень за медичною допомогою; кількість госпіталізацій (планових і екстрених); кількість пропущених днів навчання у школі; динаміка пікфлоуметричних показників; показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) за допомогою комп'ютерної спірографії; оцінка спектру лікарських препаратів, що застосовуються в основній та контрольній групах до і після участі в навчальній програмі; оцінка техніки використання дозованих аерозолів та інших пристроїв для інгалювання (спейсери, небулайзери, тощо); оцінка якості життя хворих; довіра до лікування і лікуючого лікаря.

Аналіз перерахованих показників проводився до початку реалізації освітньої програми, на 6-й і 12-й місяці після її початку.

Результати та їх обговорення

Особливе значення мала робота "астма-школи" й "астма-клубу". Ми намагалися зацікавити батьків, вихователів та медичний персонал нашою освітньою програмою, випробували різні способи: оголошення в газеті, по радіо, телебаченню, персональні запрошення тощо. Наш досвід показав, що за умови персонального запрошення процент участі в освітній програмі значно вищий, ніж у випадку загальної реклами. Окрім того, проведені дослідження показали потребу організації роботи астма-клубу, на засідання якого слід обов'язково запрошувати батьків, які вже були задоволені результатами навчання в астма-школі і лікування своїх дітей. Інформація, яку отримували члени астма-клубу від таких батьків нерідко була значно ціннішою порівняно з фаховими повідомленнями лікарів.

В основній групі навчання в "астма-школі" пройшли 90 батьків і 55 дітей. Більшість батьків (82–91,1 %) пройшли повний курс навчання і відвідували засідання астма-клубу, а 8 (8,9 %) пропустили окремі заняття з особистих причин. Всі діти, які розпочали навчання в "астма-школі", закінчили повний його курс. Заняття проводилися у вигляді лекцій, дискусій і практичних тренувань. Перше заняття завжди починалося з короткого анкетного опитування, яке дозволяло нам оцінити рівень знань слухачів про астму. Таке анкетування дуже часто виявляло, що переважна більшість батьків і дітей раніше не отримували належну інформацію про клінічні прояви й особливості перебігу бронхіальної астми, не мали поняття про можливість контролювати стан зовнішнього дихання за допомогою пікфлоуметра, вважали недостатньо ефективним медикаментозне лікування і виявляли велике занепо-

коєння тривалими курсами терапії.

Розпочинаючи роботу з батьками, ми проводили додаткове анкетування, яке дозволило нам отримати цікаву інформацію про індивідуальні особливості розвитку і перебігу бронхіальної астми, ставлення до лікуючого лікаря. Таке анкетування дозволило виявити, що у 42 (46,7 %) дітей діагноз захворювання був встановлений несвоєчасно. В окремих випадках повторні епізоди бронхообструкції на фоні atopічного анамнезу реєструвалися протягом 4–6 років до встановлення діагнозу бронхіальної астми, що не могло не вплинути на перебіг і прогноз захворювання. Переважна більшість батьків (64,4 %) визнали, що вони з недовірою ставилися до лікуючих лікарів. Більшість дітей до включення в дослідження (62,2 %) спостерігалися і лікувалися дільничними педіатрами. Невдоволення якістю лікування і відсутність довіри до лікаря призводили до того, що батьки не зверталися за медичною допомогою навіть у разі важкого загострення хвороби. 33,3 % батьків віддавали перевагу виклику "швидкої допомоги", а не візиту до лікуючого лікаря. Внаслідок такої ситуації більшість дітей не отримували базисної терапії бронхіальної астми, зловживали бронхолітичними препаратами, що, як відомо, підвищує ризик розвитку загрозливих для життя станів і летальних наслідків.

Ми постійно вдосконалювали програму і методи навчання, намагаючись максимально адаптувати їх до вимог аудиторії, активно залучали до роботи психологів. Працюючи спільно з психологами ми змогли провести тестування, яке допомогло скласти психологічний портрет кожної дитини, виявити її ставлення до хвороби.

У процесі реалізації освітньої програми особлива увага зверталася на те, щоб діти і батьки зрозуміли суть хвороби і пов'язану з нею потребу тривалого лікування. Багато часу відводилося обговоренню показань до застосування в лікуванні гормональних препаратів, оскільки більшість батьків боялися такого лікування і дуже негативно ставилися до можливості призначення навіть інгаляційних стероїдів.

Велика увага у роботі "астма-школи" приділялася практичним тренуванням техніки проведення пікфлоуметрії та правильного користування пристроями для інгалювання.

Важливим доповненням до навчальної програми було опрацювання і розповсюдження спеціальних матеріалів (пам'ятки, звернення, наочні посібники, ілюстрації тощо), які сприяли кращому засвоєнню знань.

Весь процес навчання в кінцевому результаті повинен сприяти тому, щоб після закінчення його курсу діти та батьки могли самостійно контролювати перебіг хвороби й ефективність лікування за допомогою ведення щоденника самопостереження, у який заносяться показники пікфлоуметрії, динаміка симптомів астми (кашель, задишка, кількість приступів протягом доби, нічні епізоди бронхоспазму) і ліки, що застосовувалися протягом доби. Варіант щоденника самоконтролю подано на рис.1.

Відразу ж після закінчення циклу занять оцінювалася ефективність навчальної програми порівнянням анкет, які заповнювалися слухачами школи перед початком

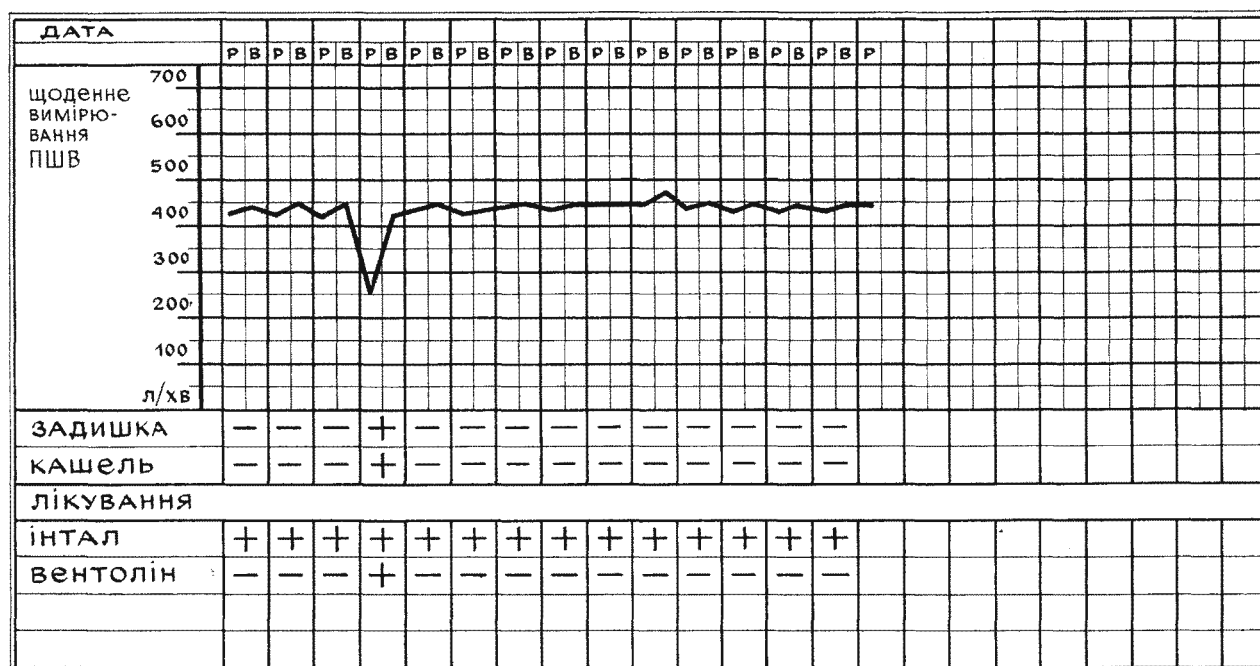


Рис. 1. Варіант щоденника самоконтролю (загострення бронхіальної астми — різке зниження ПШВ)

навчання і після його закінчення. В анкетах пропонувалися 3 варіанти відповіді — “так”, “ні”, “не знаю”. Оцінювали загальну кількість відповідей правильних, неправильних і відповідей “не знаю”. Динаміка рівня знань слухачів “астма-школи”, отримана на підставі анкетних даних, представлена на рис. 2.

На підставі анкетних даних встановлено, що 82,1 % (119) слухачів під час навчання суттєво розширили свої знання про сутність бронхіальної астми, зрозуміли потребу тривалого лікування і самоконтролю за його ефективністю. На підсумкових практичних тренуваннях 86,2 % (125) слухачів “астма-школи” продемонстрували правильне користування пікфлоуметром та інгаляційною технікою. Отримавши достатні знання, хворі та їх оточення стали активними помічниками лікаря, набули впевненості, підвищилася ступінь довіри до лікування і пунктуальність у виконанні рекомендацій лікаря.

Для оцінки характеру перебігу хвороби у досліджуваних групах дітей були вибрані такі параметри: частота загострень, госпіталізацій (загальних, планових і екстрених), екстрених звернень за медичною допомогою, пов'язаних з бронхіальною астмою, а також

кількість пропущених днів навчання у школі. Вказані показники реєструвалися за допомогою спеціальної анкети-опитувача, записів в амбулаторних картках та історіях хвороби. Через 12 міс. після початку реалізації освітньої програми в основній групі зменшилась кількість загострень у 2 рази, екстрених госпіталізацій — у 2,6 рази, екстрених звернень за медичною допомогою — у 1,7 рази, кількість пропущених днів навчання у школі — у 1,8 рази. Водночас, у контрольній групі суттєво зменшилась лише кількість екстрених госпіталізацій (в 1,5 рази).

При дослідженні ФЗД в основній групі виявлено покращення таких показників: форсованої життєвої ємкості легень (ФЖЄЛ) — на $11,2 \pm 4,8$ %, пікової швидкості видиху (ПШВ) — на $16,4 \pm 6,1$ %, об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁) — на $14,2 \pm 5,9$ % вже через 6 міс після початку реалізації освітньої програми. Показники стали ще кращими через 1 рік. Щоденне вимірювання пікфлоуметричних показників дозволило зареєструвати тенденцію до їх підвищення у дітей основної групи вже в перші 1-2 міс. після початку навчання. Водночас, у хворих контрольної групи суттєвого покращення вказаних вище показників не виявлено.

У пацієнтів обох груп після закінчення дослідження зареєстровано краще вміння користуватися пікфлоуметром і індивідуальними пристроями для інгалювання.

Оцінка спектру лікарських препаратів, що застосовувалися для лікування астми, показала суттєві зміни в базисній терапії захворювання у дітей обох груп. Збільшилась кількість дітей, які отримували базисну інгаляційну терапію, однак, її склад у групах відрізнявся. Діти основної групи значно частіше за показаннями отримували інгаляційні глюкокортикостероїди. Отже, комплексна освітня програма дала можливість зменшити стероїдофобію.

Відомо, що важливим критерієм ефективності лікування є оцінка якості життя хворої дитини. Важливо, щоб сама хвороба й оптимальні терапевтичні заходи не

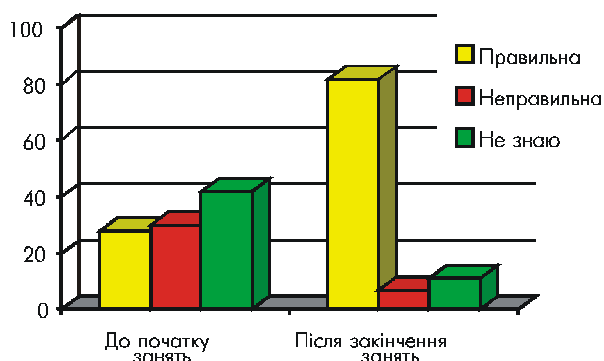


Рис. 2. Динаміка рівня знань слухачів астма-школи (на підставі анкетування).

впливали на комфортність життя дитини і її сім'ї. Основні критерії, які застосовуються нині для оцінки якості життя хворих, представлені у таблиці 1.

Сьогодні існує багато опитувальників, які дають можливість оцінити якість життя хворих. Вони характе-

Таблиця 1.
Критерії оцінки якості життя хворих

Критерії	Складові
Фізичні	Сила, енергія, втомлюваність, відчуття болю, дискомфорту, сон, відпочинок
Психологічні	Емоції, мислення, запам'ятовування, висловлювання, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд
Рівень самостійності	Щоденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування
Суспільне життя	Міжособові взаємини, суспільна цінність суб'єкта
Духовне життя	Релігія, особисті переконання
Оточення	Добробут, безпека, побут, забезпеченість, доступність і якість медичної допомоги та соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання, організація дозвілля, екологія (полютанти, шум, населеність, клімат)

ризуються різною чутливістю і валідністю. Для оцінки якості життя наших пацієнтів ми намагалися знайти опитувальник, який би був доступним для застосування у дітей, стандартизованим (єдиний варіант стандартних відповідей і питань для всіх груп респондентів), чутливим до змін різних параметрів якості життя у кожного респондента, простим у користуванні і стислим. Саме таким вимогам, на нашу думку, відповідає опитувальник якості життя для дітей, хворих на БА – Childhood Asthma Questionnaire (CAQ) [6]. Критерії якості життя, які оцінюються за даним опитувальником представлені у таблиці 2.

Таблиця 2.
Шкала опитувальника якості життя для дітей з бронхіальною астмою (Childhood Asthma Questionnaire – CAQ)

Якість активного життя	Участь в активних іграх, заняттях фізкультурою, спортом тощо
Якість пасивного життя	Задоволення від типового для дітей певної вікової групи проведення часу (читання, малювання, спокійні ігри в домашніх умовах тощо)
Дистрес	Характеризує ставлення дитини до симптомів астми та емоційних проблем, пов'язаних з нею
Важкість	Частота симптомів астми, кількість пропущених днів у школі, думка дитини про важкість свого захворювання

Вихідні показники якості життя до включення в дослідження були суттєво знижені у хворих обох груп і характеризувалися значним обмеженням рухової активності, лабільністю емоційної сфери, зниженням соціальної адаптації тощо. Динаміка змін якості життя (в балах) через 12 міс. від початку освітньої програми представлена на рис. 3.

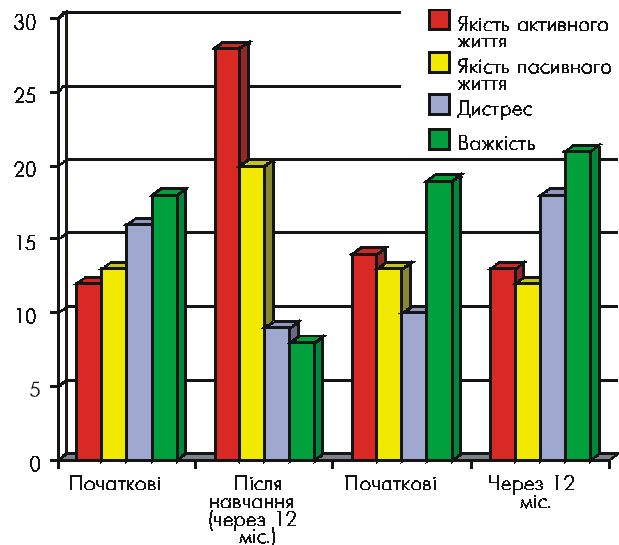


Рис. 3. Динаміка змін якості життя у обстежених дітей

Отже, освітня програма сприяла суттєвому поліпшенню якості життя дітей основної групи, яке проявлялося зростанням показників фізичної активності, стабілізацією емоційного стану дітей. Хворі і ті, хто їх оточує навчилися контролювати перебіг хвороби і лікування, що сприяло формуванню відчуття захищеності, рідше виникала стурбованість симптомами хвороби, зменшилися побоювання з приводу вживання ліків і страх перед приступом.

Висновки

Таким чином, досвід роботи комплексної освітньої програми доводить її значну ефективність. Про це свідчать не лише зменшення активності симптоматики астми, частоти загострень захворювання, кількості екстрених госпіталізацій і пропущених днів навчання у школі, але й суттєвий позитивний вплив на якість життя дітей. Розуміння суті хвороби, її причин, вміння правильно вести себе у різних ситуаціях, пов'язаних з хворобою, сприяє внутрішній рівновазі, усуває хронічну стресову ситуацію, покращує соціальну адаптацію хворої дитини, забезпечує її адекватну поведінку, фізичну активність і покращує психологічну атмосферу в родині.

ЛІТЕРАТУРА

- Геппе Н.А., Гребенева И.В., Карпушкина А.В. Роль астма-школы в комплексе лечебно-терапевтических мероприятий у детей с бронхиальной астмой // Рос. вестн. перинат. и пед. – 2000. – № 5. – С. 29–34.
- Опыт обучения детей, страдающих бронхиальной астмой, в астма-школе / Рябухин Ю.В., Плутенко Е.В., Кладнищкая Н.К., Дехнич Г.С. // Рос. пед. журн. – 2000. – № 3. – С. 62–63.
- Опыт работы астма-школы в педиатрической практике / Ревякина В.А., Балаболкин И.И., Намазова Л.С. и др. // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сб. резюме. – М., 1995. – № 848. – С. 17–23.
- Перцева Т.А., Ботвинникова Л.А. Влияние образовательных программ на качество жизни больных бронхиальной астмой // Укр. терапевт. журн. – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 65–67.

5. Суховатых Т.Н. Обучение родителей в системе лечебной помощи детям, страдающим бронхиальной астмой // Пульмонология. – 1996. – № 2. – С. 91–93.
6. Christie M.J., French D.J., West A. Quality of Life in childhood asthma : development of the Childhood Asthma Questionnaires / In M.J. Christie and D.J. French (Eds). The Assessment of Quality of Life in Childhood asthma. – Chur: Harwood Academic, 1994.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Л.В. БЕШ, В.Р. УСЬКА

Резюме

Обстежено 180 дітей, хворих на бронхіальну астму різного ступеня важкості, віком від 3-х до 16-ти років з тривалістю захворювання від 1 до 13 років. 90 дітей прийняли участь в комплексній освітній програмі і склали основну групу. 90 хворих увійшли в контрольну групу. Результати проведення комплексної освітньої програми довели її значну ефективність. Завдяки програмі не лише зменшилися активність симптоматики астми, частота загострень захворювання, кількість екстрених госпіталізацій і пропущених днів навчання у школі, але й відмічено суттєвий позитивний вплив на якість життя дітей.

EFFECT OF COMPLEX EDUCATIONAL PROGRAMME ON THE QUALITY OF LIFE AND COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

L. BESH, V. USKA

Summary

Assessment of 180 children, aged 3-16 years with bronchial asthma of various severity and duration of the disease from 1 to 13 years, was performed. Of them, 90 children were engaged into the educational programme the main group, the other 90 were controls.

Results of the executed complex educational programme proved its efficiency: intensity of the symptoms reduced, the number of exacerbation decreased and period of absence from school due to asthma became shorter, the number of emergency hospitalisations decreased, quality of life in the sick children improved.

УДК: 616.211-002.036-056.3-08

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.В. НАСІКОВСЬКА

АЛГОРИТМ ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ КРИТЕРІЇВ СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Поширеність алергічного риніту у світі в останні роки значно зростає (у 1,5–3 рази). Як свідчать епідеміологічні дослідження, у країнах Європи кількість хворих алергічним ринітом складає 8–39,7 % усього населення, у розвинених країнах світу кожний шостий страждає цим видом алергопатології. Якщо врахувати витрати на ускладнення типу отиту, загострення супутньої алергопатології, то вартість лікування їх в 1994 році склала більше 8 мільярдів доларів США на рік, а в 1996 році — відповідно 10 мільярдів доларів. В цілому у 60–80 % випадків у людей з алергічним ринітом розвивається інша патологія дихального тракту, що може надалі розвинути в таке важке захворювання як бронхіальна астма.

Методи ранньої діагностики алергічного риніту розроблені ще недостатньо, внаслідок чого зберігається значна гіподіагностика цих станів, більшість випадків алергічного риніту проходить під знаком ГРВІ, адекватна терапія призначається у дітей з запущеними важкими формами захворювання.

У комплексній терапії алергічного риніту відсутній системний ступінчатий підхід. Нині для терапії алергічного

риніту, відповідно до Міжнародного консенсусу по ринітах (1994) використовуються різноманітні медикаменти, які можна розділити на 3 основні групи: антигістамінні топічні і пероральні препарати, топічні стабілізатори мембран тканинних базофілів, топічні глюкокортикостероїди. Дія цих препаратів неоднакова. Але немає чітких рекомендацій щодо вибору препаратів при різноманітному перебігу захворювання в залежності від клініко-лабораторних показників важкості процесу.

С.М. Пухликом була виявлена наявність дисфункції надсегментарних вегетативних структур із формуванням синдрому вегето-судинної дістонії при алергічному риніті у дорослих [1, 2]. У дітей порушення вегетативної нервової системи при алергічному риніті не досліджені.

Мета даного дослідження — розробити алгоритм терапії алергічного риніту у дітей в залежності від ступеню важкості перебігу захворювання.

Методи обстеження: анкетування (збір анамнезу), клінічне обстеження, передня і задня риноскопія, діагностичні тести (кожні скарифікаційні проби, визначення алергенспецифічного IgE у сироватці крові методом імунотермістиметрії), визначення загального сироваткового IgE імунофлюоресцентним методом, цитологія на-