

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
„ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО”**

УСЬКА ВІРА РОМАНІВНА

УДК 612.248-053.2:371]-08-036.8

**ВПЛИВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ В ДІТЕЙ**

14.01.10 - педіатрія

АВТОРЕФЕРАТ

**дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Тернопіль – 2008

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Беш Леся Василівна**,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького МОЗ України,
професор кафедри факультетської та шпитальної педіатрії

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Недельська Світлана Миколаївна**,
Запорізький державний медичний університет МОЗ України,
завідувач кафедри факультетської педіатрії

доктор медичних наук, професор **Юрцева Алла Петрівна**,
Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України,
завідувач кафедри пропедевтики дитячих хвороб

Захист дисертації відбудеться 24 червня 2008 р. об 11 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.02 у Державному вищому навчальному закладі „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” МОЗ України (46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1).

Із дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державного вищого навчального закладу „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8).

Автореферат розісланий 22 травня 2008 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
кандидат медичних наук, доцент

Синицька В.О.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Бронхіальна астма є однією з найактуальніших проблем клінічної медицини, оскільки, незважаючи на існуючі превентивні й лікувальні заходи, захворюваність на дану патологію помітно не знижується (Ласиця О.І., 2002). Тяжкість перебігу хвороби та небезпека розвитку летальних наслідків спонукають фахівців до пошуку нових способів оптимізації лікувального процесу (Johansson S., 2005; Геппе Н.А., Охотнікова О.М., 2006).

Одну з причин часткової ефективності терапевтичних заходів при бронхіальній астмі вчені вбачають у неповному усвідомленні хворими суті захворювання (Przybylski G. et al., 2006), у несприйнятті ними потреби тривалого лікування та, як наслідок цього, в недотриманні рекомендацій лікаря (Bucher L. et al., 1998; Lenney J. et al., 2006). Виходячи з цієї позиції, провідні алергологи світу впроваджують у практичну педіатрію різнопланові підходи до освітніх програм (Cressy D., 1998; Ласиця О.І., 2004; Ellison-Lochman L. et al., 2007).

Навчальні програми для хворих почали розробляти у провідних клініках Європи й Америки понад 20 років тому. Однак і досі в наукових колах триває дискусія щодо переваг двох основних форм навчання – індивідуальної та групової (Maslennikova G. et al., 1998; Pongracic J., 2000). За оцінками вчених, індивідуальні заняття сприяють забезпеченню тісного контакту між лікарем і пацієнтом (Schneider S. et al., 1997; Wesseldine L., 1999). З іншого боку, певні переваги має груповий метод навчання, який більшою мірою впливає на ефективність засвоєння матеріалу (Petersen D. et al., 1999) та покращує соціальну адаптацію хворих (Tieffenberg J. et al., 2000).

Європейський досвід застосування освітніх програм доводить, що навчання пацієнтів позитивно впливає на терапевтичний процес. Діючі програми найчастіше передбачають проведення занять в „астма-школі” та позитивно впливають на результати лікування і якість життя хворих (Огнев В.А., 2001; Боярская Л.Н. и др., 2003; Чучалин А.Г., 2004). Проте й сьогодні в Україні існує потреба опрацювання комплексної освітньої програми, яка б включала не лише навчання в „астма-школі”, але й передбачала надання психологічної допомоги пацієнтам і їхнім сім’ям та проведення заходів фізичної реабілітації.

Представлена вище ситуація визначила актуальність та мету нашого дослідження, яке покликане полегшити перебіг і підвищити ефективність лікування бронхіальної астми в дітей, а також покращити якість життя хворих шляхом впровадження в педіатричну практику вдосконаленої методики комплексної освітньої програми.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри факультетської та шпитальної педіатрії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ

України і є фрагментом теми „Моніторинг вікової розповсюженості соматичної патології в дітей з метою розробки методів адекватного спостереження, профілактики і лікування” (№ держреєстрації 0102U007230). Здобувач є співвиконавцем даної науково-дослідної роботи.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування бронхіальної астми та якість життя хворих шляхом застосування комплексної освітньої програми.

Завдання дослідження:

1. Розробити і впровадити комплексну освітню програму для дітей, хворих на бронхіальну астму, та їхніх оточуючих у роботу педіатричного стаціонару.
2. На підставі анкетного опитування оцінити ефективність навчання в „астма-школі”.
3. Вивчити психологічні особливості дітей, хворих на бронхіальну астму, і запропонувати методи психологічної допомоги.
4. Розробити методику фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму.
5. Проаналізувати вплив запропонованої освітньої програми на перебіг захворювання та ефективність лікування бронхіальної астми.
6. Провести динамічний аналіз показників якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму.

Об’єкт дослідження – бронхіальна астма в дітей.

Предмет дослідження – перебіг бронхіальної астми в дітей, ефективність лікування, психоемоційний статус пацієнта, якість життя хворих.

Методи дослідження: клінічні, інструментальні (комп’ютерна спірометрія, пікфлоуметрія), специфічна алергодіагностика (скарифікаційні шкірні тести), анкетування та психологічне тестування, математично-статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. У процесі лікування бронхіальної астми вперше застосовано удосконалену методику комплексної освітньої програми для дітей, їхніх батьків і медиків, яка передбачала навчання в „астма-школі”, надання індивідуалізованої психологічної допомоги пацієнтам і їхнім сім’ям та проведення спеціальних заходів фізичної реабілітації.

У комплекс фізичної реабілітації включено спеціально розроблений спосіб постурального дренажу та конкретних маніпуляційних втручань (перкусії лікувальної, вібрації, мануального стискання грудної клітки з форсованим видихом, спружинення ребер з покашлюванням, ротації у положенні лежачи на боці, піднімання знизу в положенні лежачи на спині). Обсяг психологічної допомоги хворим і їхнім сім’ям визначався індивідуально на підставі аналізу психоемоційного статусу пацієнта та проводився із застосуванням проєктивних методик і сімейних бесід.

Для оцінки ефективності комплексної освітньої програми застосований не лише системний динамічний аналіз показників перебігу хвороби (денних і нічних симптомів, нічних пробуджень через астму; частоти загострень, госпіталізацій та екстрених звернень за медичною допомогою;

кількості пропущених днів навчання у школі / дитсадку), але й аналіз якості життя пацієнтів і дотримання ними схеми призначеної терапії.

Практичне значення одержаних результатів. Упровадження комплексної освітньої програми в роботу педіатричного стаціонару дозволило підвищити ефективність лікування бронхіальної астми.

Надання психологічної допомоги хворим і їхнім сім'ям сприяло розв'язанню внутрішнього конфлікту пацієнта й налагодженню міжособових стосунків у родині.

Застосування комплексної освітньої програми дозволило покращити якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму, сприяло налагодженню співпраці між усіма учасниками лікувального процесу.

Основні засади та структурні елементи освітньої програми висвітлені в інформаційному листі „Методика комплексної освітньої програми для дітей, хворих на бронхіальну астму” (Київ, 2002), а особливості способу фізичної реабілітації пацієнтів представлені в деклараційному патенті України на корисну модель (№ 20040907883).

Методика комплексної освітньої програми та запропонований спосіб фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму, впроваджені в роботу міської дитячої клінічної лікарні м. Львова, Львівської обласної дитячої спеціалізованої клінічної лікарні, Львівської обласної дитячої клінічної лікарні „ОХМАТДИТ”, Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні, міської дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська, Запорізької міської багатoproфільної дитячої лікарні № 5.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особистим дослідженням автора. Здобувач на підставі джерел наукової літератури самостійно проаналізувала сучасний стан вивчення проблеми. Спільно з науковим керівником автор розробила спеціальну методику комплексної освітньої програми та методологію дослідження. Беручи активну участь у реалізації програми, дисертант проводила клінічне обстеження хворих. При цьому вона опанувала ряд методик анкетного опитування, психологічного й алергологічного тестувань, спірометрії та пікфлоуметрії.

Автор створила електронну базу даних, самостійно провела статистичний аналіз результатів дослідження, підготувала ряд наукових праць до друку та доповідей на науково-практичних конференціях.

У наукових працях, опублікованих у співавторстві, основні ідеї належать дисертанту; матеріали дослідження підготовані здобувачем самостійно.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційної роботи оприлюднені на IV науково-практичній конференції „Алергія. Астма. Клінічна імунологія” (Лодзь, Польща, 2002), I з'їзді алергологів України (Київ, 2002), III з'їзді фтизіатрів і

пульмонологів України (Київ, 2003), обласній науково-практичній конференції „Дитяча та юнацька психотерапія в Україні: основні напрямки роботи” (Львів, 2003), Міжнародній конференції „Здорова дитина: здоровій дитині – здорове середовище” (Чернівці, 2004).

Публікації. На основі матеріалів дисертації опубліковано 10 наукових праць, з них: 4 – статті у фахових виданнях, які входять до переліку видань ВАК, 5 – тез у матеріалах з’їздів та конференцій, 1 – деклараційний патент України на корисну модель. Виданий інформаційний лист.

Обсяг і структура дисертації. Наукова праця викладена на 198 сторінках рукопису (основний обсяг становить 136 сторінок, бібліографічний опис джерел літератури та додатки викладені на 62 сторінках). Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, розділу „Матеріали і методи дослідження”, 3-х розділів власних досліджень, розділу „Аналіз та узагальнення результатів дослідження”, висновків, рекомендацій щодо наукового та практичного використання здобутих результатів, списку використаної літератури (загальна кількість джерел – 226, з них: кирилицею – 129, латинкою – 97). Дисертація ілюстрована 26 таблицями та 19 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено результати клінічного обстеження та катамнестичного спостереження 172 дітей 6–16 років, хворих на БА. Основну групу склали 86 пацієнтів (56 хлопчиків і 30 дівчаток) та їхніх родичів, які брали участь в освітній програмі. У групу порівняння увійшло також 86 дітей та батьків, які не навчалися. Огляд пацієнтів проводили до початку дослідження, через 3, 6 та 12 міс. Найчисельнішу вікову підгрупу хворих склали пацієнти 8–11 років (34,9%). Дітей 6–7 років було по 29 (33,7%) у кожній групі, пацієнтів 12–16 років – по 27 (31,4%). Групи дослідження були ідентичними за віковим і статевим критеріями, тяжкістю захворювання.

Дослідження було проведено на базі Львівської міської дитячої клінічної лікарні в умовах Львівського міського дитячого алергологічного центру (вул. Орлика, 4). Роботу розпочинали лише після одержання згоди хворого та його батьків на участь у дослідженні. У ході роботи були дотримані правила безпеки здоров’я досліджуваних і збережені права пацієнта. Проведену роботу розглянуто комісією з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (витяг з протоколу № 8 від 29.10.2007). Порушень морально-етичних норм під час проведення дослідження не виявлено. Лабораторії, в яких обстежувалися діти, були сертифіковані.

Клінічні методи дослідження включали вивчення анамнезу життя й захворювання дітей, даних об’єктивного обстеження й катамнестичного спостереження. У клінічних умовах проводили спірометрію за допомогою апарата „Пульмовент-1.002” (виробник – ТзОВ „Сенсорні системи”).

Для щоденного моніторингу ПОШвид застосовувався індивідуальний пікфлоуметр „Вітест КС-1” вітчизняного виробництва. Специфічну алергодіагностику проводили методом скарифікаційних шкірних проб із різноманітними алергенами. Анкетування батьків і дітей здійснювали з метою оцінити рівень їхньої обізнаності з питань астми в динаміці. Для визначення психологічних особливостей дітей застосовували особистісний запитальник Р. Кеттела. Психологічне тестування за М. Люшером проводили з метою виявити внутрішній конфлікт і переживання особи. Для визначення спрямованості й типу психологічних реакцій дитини застосовували тест рисункової асоціації за С. Розенцвейгом. Тест Е. Вагнера („Рука”) проводили з метою виявити агресивність поведінки особи. Проективні тести-малюнки „Три дерева”, „Неіснуюча тварина” і „Людина під дощем” застосовували для психологічного аналізу та з метою арттерапії. Оцінювання показників ЯЖ пацієнтів здійснювали за визначеною бальною шкалою шляхом аналізу відповідей анкети-запитальника (модифікована українська версія російськомовної редакції, за згодою автора – проф. І.В. Смоленова, запитальника „Childhood Asthma Questionnaire – CAQ” М. Крісті та Д. Френч).

Вивчення психологічних особливостей дітей та проведення динамічного аналізу психоемоційного стану хворих проводилося спільно з випускниками кафедри психології під керівництвом доцента, кандидата психологічних наук Г.В. Католик на підставі укладеної угоди між Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького та Львівським національним університетом імені Івана Франка.

З метою оцінювання результатів психологічного тестування було сформовано додаткову контрольну групу з 86 здорових дітей (71 особа – учні Львівської середньої загальноосвітньої школи № 44 ім. Т. Шевченка, 15 – відвідувачі школи-садка „Любисток”). Контрольна група співпадала за віковим і статевим критеріями пацієнтів основної групи.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася на персональному комп’ютері ІМ типу Pentium 3 в операційному середовищі Windows^{XP} із використанням пакета статистичних програм „Microsoft Excel 97“, „SPSS 10.0 for Windows”. Створена електронна база даних підлягала математичній обробці за методом варіаційної статистики з визначенням середньої арифметичної, стандартної похибки, коефіцієнта достовірності результатів за рівнем похибки $p < 0,05$. Динамічний аналіз показників проводився шляхом оцінювання $T_{пр}$ (базисного темпу приросту), який визначався за формулою:

$$T_{пр} = \frac{(y_n - y_0)}{y_0} \times 100\%, \quad (1)$$

де y_n – кінцевий показник, а y_0 – початковий.

З метою встановити значимість окремих факторів та їх взаємозалежностей проводився дисперсійний аналіз із визначенням коефіцієнтів кореляції та регресійний аналіз із визначенням значущих факторів прогнозування.

Використання такого комплексу статистичних методів дозволило підтвердити достовірність отриманих результатів, незважаючи на варіабельність показників у відносно малочисельних групах.

Результати дослідження та їх обговорення. За анамнестичними даними, 38,4% дітей основної і 33,7% порівняльної груп виховувалося в неповних сім'ях, а 68,6% і 66,3% пацієнтів, відповідно, проживали в незадовільних побутових умовах. Школу відвідували 81,4% хворих основної і 80,2% порівняльної груп, дитячий садок – 18,6% і 16,3% осіб. Зі слів батьків, у групах переважали сім'ї з середнім матеріальним достатком (в основній – 76,7%, у порівняльній – 75,6%).

На підставі ретельного збору анамнезу, об'єктивного, алергологічного та додаткових обстежень у 90,7% дітей основної і у 87,2% порівняльної груп діагностовано супутні алергічні захворювання (риніт, атопічний дерматит, полівалентна алергія). ЛОР-патологію (хронічний верхньощелепний синусит і тонзиліт, аденоїдні вегетації) виявлено відповідно в 33,7% і 36,0% хворих, гастроентерологічну (хронічний гастродуоденіт і холецистит, дискінезії жовчовивідних шляхів) – в 19,8% і 12,8%; ендокринологічну (гіперплазія щитоподібної залози) – у 8,1% і 9,3%.

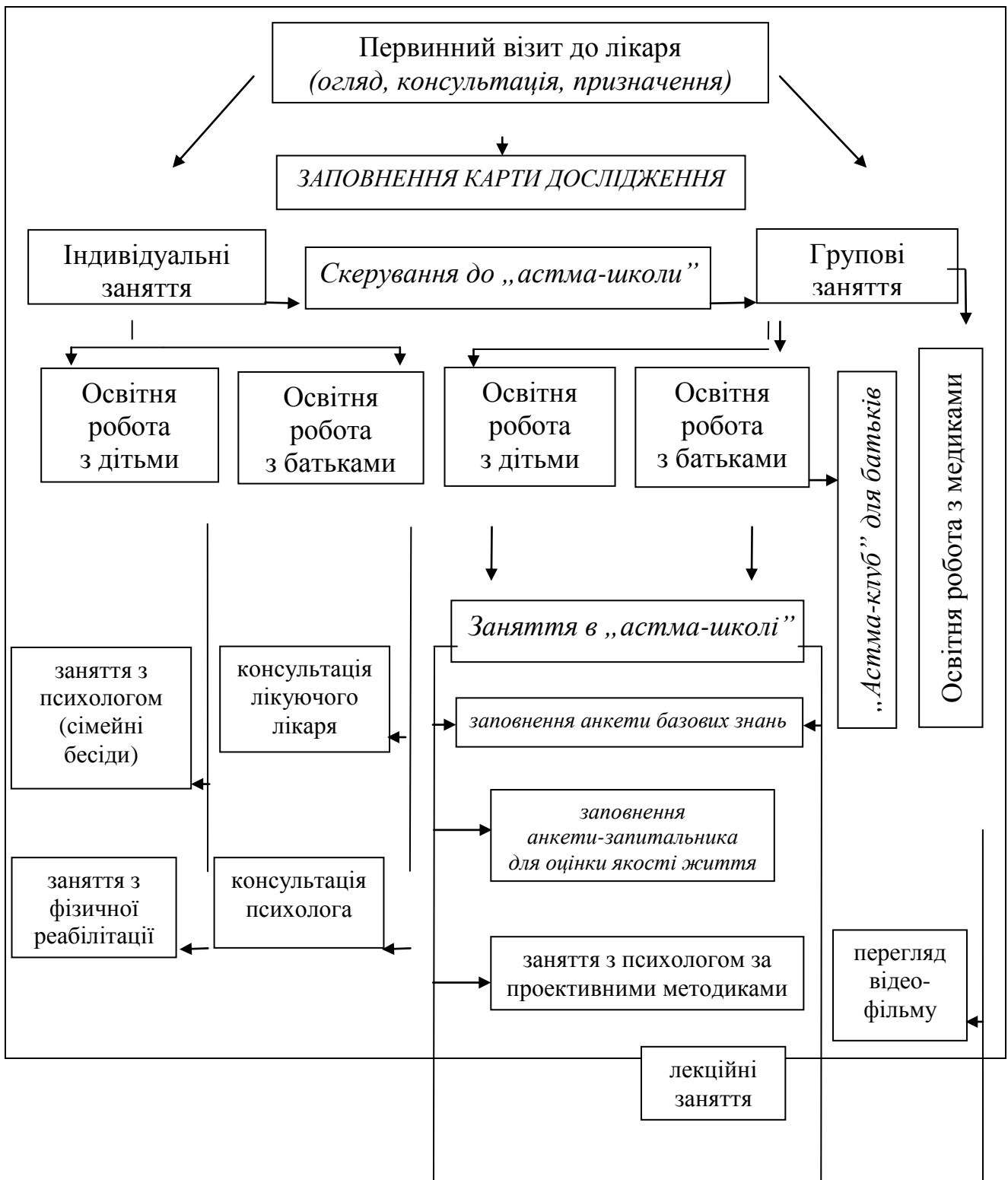
Для діагностики БА застосовували класифікацію, в основу якої покладено визначення ступеня тяжкості захворювання (наказ МОЗ України № 767 від 27 грудня 2005 р.). На підставі даних анамнезу, об'єктивного обстеження та інструментальних досліджень (комп'ютерна спірометрія, пікфлоуметрія) в 11,6% дітей діагностовано БА IV ступеня тяжкості, у 36,0% – БА III ступеня, у 29,1% – БА II ступеня, у 23,3% – БА I ступеня. Слід зазначити, що у всіх вікових підгрупах переважала БА III ступеня тяжкості.

За результатами скарифікаційних шкірних проб визначено структуру сенсibiliзації дітей. У всіх вікових підгрупах найчастіше (75,6–77,9% – основна і 77,8–79,1% – порівняльна групи) реєструвалася підвищена чутливість до побутових алергенів (домашній пил, пір'я подушки). Водночас, у дітей 6–7 років зберігала свою суттєву значущість харчова алергія (54,7% – основна і 56,9% – порівняльна групи), тоді як серед 12–16 річних на досить високих рівнях реєструвалися пилкова (34,9% і 32,6% – відповідно) та епідермальна (25,6% і 23,3%) сенсibiliзації. Таким чином, отримані результати співпадають із даними літератури і відтворюють вікові особливості структури сенсibiliзації в дітей (Ласиця О.І., 2002).

Виконання поставлених завдань дослідження передбачало розробку вдосконаленої методики комплексної освітньої програми, концепція якої полягає в поєднанні двох основних напрямків навчання, його додаткових елементів і допоміжних складових. Напрямки навчання – освітня робота з дітьми (індивідуальні заняття під час візиту до лікаря та групові – в „астма-школі”); освітня

робота з оточуючими (індивідуальні консультації для родичів і групові заняття з батьками в „астма-школі”; навчальні цикли для медперсоналу). Для батьків в „астма школі” проводилось 13 занять (лекції, семінари, практичні тренінги), для дітей – 10. Для медичних працівників навчальний цикл передбачав 7 лекційних і практичних занять за спеціально розробленим тематичним планом. Додаткові елементи навчального процесу включали: засідання „астма-клубу” („круглі столи” для батьків, які навчалися в „астма-школі”) та проведення громадських заходів (акція – „Загальмуймо атопічний марш разом”, навчально-ігрові змагання для дітей тощо). Допоміжні складові передбачали надання психологічної допомоги пацієнтам і їхнім сім’ям та оволодіння спеціальним методом фізичної реабілітації.

Алгоритм роботи запропонованої освітньої програми представлено на рис. 1.



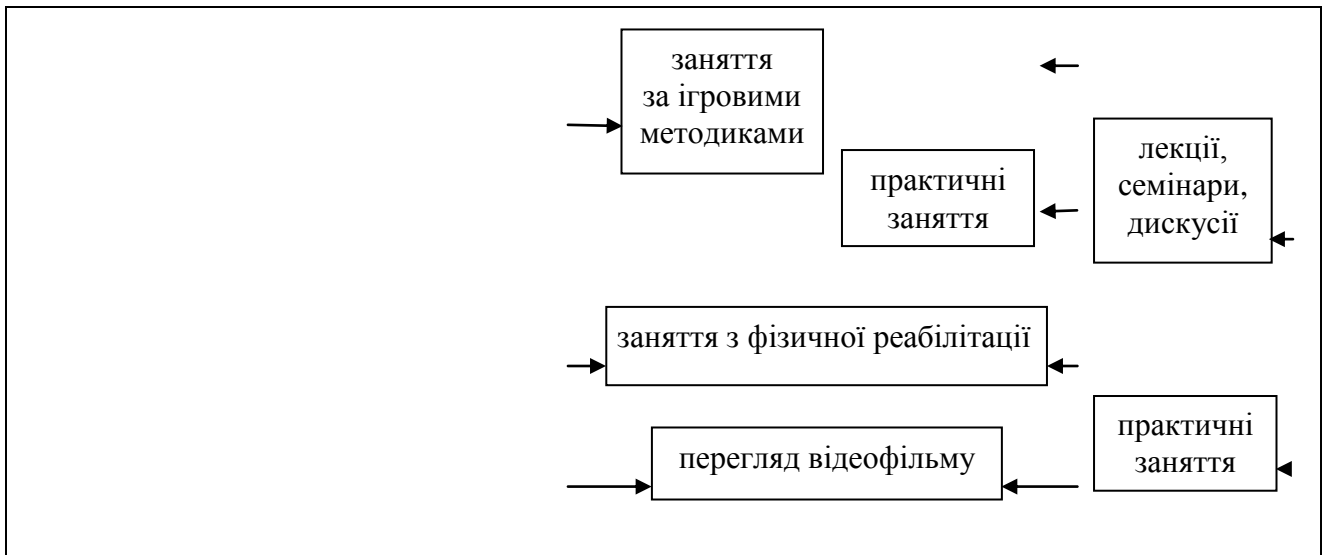


Рис. 1. Алгоритм роботи комплексної освітньої програми

Надання психологічної допомоги хворим і їхнім сім'ям проводилося у вигляді бесід із застосуванням проєктивних методик, обсяг і структура яких визначалися на підставі аналізу особистісних рис пацієнта та психологічного мікроклімату в родині. У результаті тестування виявлено, що в дітей, хворих на БА, домінують екстрапунітивні реакції (засудження зовнішньої причини почуття незадоволення, перебільшення ступеня тяжкості стресової ситуації та висунення вимог до навколишніх щодо її усунення), середня частота яких у здорових дітей становила 41,5%, у хворих – 48,8% ($p < 0,001$). Водночас, імунітивні реакції (відтворення ставлення до стресу як до другорядної ситуації, відсутність звинувачень самого себе чи навколишніх у виникненні особистісного конфлікту) проявлялися у здорових дітей частіше, ніж у хворих (середня частота – 32,7% і 27,6%; $p < 0,001$), що є ознакою соціально адаптованої особи (Горошков О.В., 2001; Заковряшин М.С., 2003). Таким чином, підтверджено існуючу в літературі думку про схильність хворих до висунення особливих вимог до оточуючих щодо ліквідації причин стресу на ґрунті психосоматичних страждань (Ребров А.П. и др., 2002).

Аналіз типу психологічних реакцій дозволив установити, що здорові діти активніше проявляють реакції самозахисту (середня частота у здорових – 48,0%, у хворих – 37,8%; $p < 0,001$). Діти, хворі на БА, яскравіше демонструють схильність до відповідальності за свій проступок, менш активні щодо захисту власного „Я” та набагато частіше дбають про задоволення особистих потреб (середня частота прояву цих реакцій у хворих – 36,9%, у здорових – 27,3%; $p < 0,001$). Коефіцієнт соціальної адаптації у хворих дітей становив 40,1%, а у здорових – 58,3% ($p < 0,001$). Таким чином, отримані результати дозволили підтвердити існуючі дані про те, що надмірна опіка батьків обмежує емоційні прояви та ініціативність хворих, сприяє зниженню їх соціальної адаптації (Хайтович М.В. та ін., 2003).

Оцінка психологічних рис дітей проводилася відповідно до стандартного тестового ключа (Немов Р.С., 1999) за триступеневою бальною шкалою (1–3 бали – низький рівень устанавленого

фактору, 4–7 – середній, 8–10 – високий). Отримані результати дозволили представити психологічний портрет хворого на БА, який характеризується тривожністю ($6,3 \pm 1,6$), напруженістю ($5,9 \pm 2,3$), проявами реакцій самоконтролю ($4,7 \pm 1,6$), схильністю до егоцентризму ($5,3 \pm 1,4$) та агресивної поведінки ($1,3 \pm 3,3$), зниженим почуттям відповідальності за вчинок ($4,6 \pm 1,4$), емоційною залежністю від матері ($0,9 \pm 0,3$), здатністю зосереджуватися на хворобі через її болісне сприйняття ($0,8 \pm 0,3$). Слід відзначити, що прояви агресивної поведінки частіше реєструвалися у пацієнтів із неповних сімей.

З метою запобігти розвитку негативного ставлення пацієнта до свого захворювання та тривалості терапії, зростанню напруги у внутрішньо-сімейних стосунках психологами був застосований метод проєктивного рисунка, оскільки саме в ньому діти найкраще відтворюють свої емоції та настрої. Таким чином, рисунки, які були виконані до участі в дослідженні, відтворювали прояви агресивної поведінки хворого захисного типу, стійку потребу в реалізації планів і, водночас, зниження життєвої сили для їх здійснення. Після занять з психологом дитячі рисунки відображали спокійний і врівноважений психоемоційний стан особи, її впевненість у власних силах, вміння контролювати свої емоції та керувати поганим настроєм. Динамічний аналіз рисунків дозволив відзначити поступове формування адекватного ставлення пацієнта до свого захворювання, зниження страху перед можливим приступом астми, покращення соціальної адаптації хворого. Отримані результати певною мірою співпадають із даними існуючих досліджень (Недельська С.М., 2003).

Також у комплексі освітньої програми застосовували сучасні методи фізичної реабілітації (Бойко М.Г. та ін., 2005). Використовувалися лікувальна фізкультура, дихальна гімнастика та оригінальний спосіб постурального дренажу і конкретних маніпуляційних втручань. Це дозволило пацієнтам вести активніший спосіб життя: 96,5% хворих почали займатися дихальною гімнастикою й лікувальною фізкультурою, 84,9% – відвідувати заняття з фізичного виховання у школі.

Провідну роль в освітній програмі відіграло навчання в „астма-школі”. Рівень знань слухачів з питань БА оцінювався на підставі анкети базових знань (20 запитань) до початку дослідження та після його завершення. Оцінка 0–5 балів відтворювала низький рівень обізнаності, 6–15 – середній, 16–20 – високий. До включення в дослідження у більшості батьків обох груп (54,6% основної та 53,5% порівняльної) реєструвався низький рівень знань про астму. Через 12 міс 96,5% батьків, які брали участь в освітній програмі, показали високий рівень обізнаності, водночас, у порівняльній групі виявлено незначне покращення (низький рівень – у 15,1%, середній – у 57%, високий – лише в 27,9% батьків). Подібна тенденція спостерігалася і серед дітей, які через 12 міс продемонстрували набагато кращі результати (високий рівень знань про астму виявлено в 77,9% осіб основної і 10,5% порівняльної груп). Отримані результати дозволяють

стверджувати, що після участі в освітній програмі рівень обізнаності слухачів „астма-школи” значно підвищився, що співпадає з даними існуючих досліджень, хоча методики анкетного опитування й аналізу відрізнялися (Суковатых Т.Н., 1996; Лемко І.С. та ін., 2002).

У процесі дослідження виявлено, що навчання в „астма-школі” сприяло налагодженню гіпоалергенного харчування та побуту, формуванню навичок правильного користування пікфлоуметром та інгаляційними приладами. До участі в дослідженні гіпоалергенне харчування отримували 54,7% пацієнтів основної та 55,8% порівняльної груп, а після його закінчення – відповідно 77,9% і 56,9%. Суттєво покращилися побутові умови проживання хворих. Зокрема, навчання позитивно впливало на усвідомлення батьками шкідливості тютюнокуріння. Якщо до дослідження 44,2% батьків основної та 45,3% порівняльної груп курили у квартирі, то через 12 міс відповідно 10,5% і 8,1% осіб відмовилися від цієї шкідливої звички. Значна кількість родин покращила житлові умови для хворої дитини: виділили окрему кімнату, організували гіпоалергенний побут.

Одним із найважливіших досягнень „астма-школи” слід вважати налагодження самоконтролю за перебігом хвороби та лікуванням завдяки ретельному веденню індивідуального щоденника спостереження. Участь в освітній програмі дозволила подолати стероїдофобію та переконати пацієнтів і їхніх близьких у доцільності й ефективності застосування ІГКС. Таким чином, вдалося сформувати позитивне ставлення хворих до тривалої базисної терапії БА: нестероїдні протизапальні препарати (інтал або тайлед) почали приймати 68,6% пацієнтів основної та 45,3% порівняльної груп, ІГКС – 29,1% і 18,6%. Крім цього, зросла довіра слухачів „астма-школи” до потреби тривало застосовувати пролонговані β_2 -агоністи, що дозволило не лише зменшити частоту приймання β_2 -агоністів короткої дії, але й оптимізувати базисну терапію відповідно до існуючих терапевтичних підходів (Gebert N. et al., 1998; Белевский А.С. и др., 2003; Макарова И.В., 2004; GINA, 2006).

Оцінка ефективності освітньої програми проводилася на підставі катамнестичного спостереження в динаміці за денними та нічними симптомами захворювання, нічними пробудженнями через астму. Отримані результати, проаналізовані шляхом визначення $T_{пр}$ за формулою (1), дозволяють стверджувати, що серед пацієнтів, які навчалися, частота проявів денних і нічних симптомів БА значно зменшилася: вже через 3 міс $T_{пр}$ становив -31,3% і -25,0% ($p < 0,001$), через 6 міс – -48,8% і -43,8% ($p < 0,001$), через 12 міс – -56,3% і -50,0% ($p < 0,001$). При цьому в дітей покращився сон: через 3 міс $T_{пр}$ – -31,3% ($p < 0,001$), через 6 міс – -43,4% ($p < 0,001$), через 12 міс – -50,0% ($p < 0,001$). У порівняльній групі хворих також спостерігалась позитивна динаміка перебігу захворювання, проте показники були гіршими: через 3 міс від початку дослідження $T_{пр}$ денних, нічних симптомів і порушення сну становив -13,3%, -6,7% і -6,3%

($p < 0,001$); через 6 міс – -20,0%, -13,3% і -12,5% ($p < 0,001$); через 12 міс – -26,7%, -20,0% і -18,7% ($p < 0,001$).

У ході дослідження доведено, що участь в освітній програмі сприяла зниженню частоти загострень астми (табл. 1) на 38,1% ($p < 0,001$), невідкладних звернень за медичною допомогою – на 54,5% ($p < 0,001$), госпіталізацій – на 54,2% ($p < 0,001$); зменшенню кількості пропущених днів навчання у школі (дитсадку) через астму на 26,1% ($p < 0,001$). Водночас, серед пацієнтів, які не навчалися, було виявлено помірні зміни цих показників: частота загострень знизилась на 20,0% ($p < 0,01$), невідкладних звернень за медичною допомогою – на 36,4% ($p < 0,001$), госпіталізацій – на 30,4% ($p < 0,001$); кількість пропущених днів навчання у школі зменшилася на 17,4% ($p < 0,001$). Отримані результати доводять ефективність освітньої програми, яка сприяла виконанню терапевтичних призначень і досягненню контролю за перебігом хвороби (Баранов А.А. и др., 2000; Яшина Л.А., 2003; Лебедева Т.М., 2006).

Усім хворим, які брали участь у дослідженні, призначалася тривала базисна терапія БА, корекція якої проводилася індивідуально кожних 3 міс на підставі сучасних загальноновизнаних рекомендацій (Johansson S., 2005; GINA, 2006; Геппе Н.А., 2006). Якщо упродовж 3 міс на фоні призначеного лікування захворювання добре контролювалося, то дозування ІГКС зменшувалося, призначалися нестероїдні протизапальні препарати.

Динамічний аналіз функціональних показників пацієнтів дозволив підтвердити значне їх покращення в основній групі (Тпр ОФВ₁ через 12 міс після участі в освітній програмі – 16,2%, $p < 0,001$; Тпр ПОШвид – 19,4%, $p < 0,001$). Проте в порівняльній групі хворих спостерігався незначний приріст цих показників (Тпр ОФВ₁ через 12 міс від початку дослідження – 9,1%, $p < 0,001$; Тпр ПОШвид – 14,1%, $p < 0,001$).

Таблиця 1

Аналіз частоти загострень бронхіальної астми (M±m, бали)

| Група | | Перебіг захворювання (ступінь тяжкості) | | | | |
|--------------|--------------------|---|---------|---------|-----------|----------|
| | | I | II | III | IV | всі діти |
| Г1 (n=86) | 1 | 1,2±0,4 | 1,2±0,4 | 2,6±0,5 | 4,5±0,5 | 2,1±1,2 |
| | 2 | 0,8±0,6 | 0,7±0,6 | 1,6±0,7 | 3,3±0,7,3 | 1,3±1,0 |
| | p _{1,2} | *** | *** | *** | *** | *** |
| | Тпр _{1,2} | -33,3% | -41,6% | -38,5% | -26,7% | -38,1% |
| Г2 (n=86) | 3 | 1,1±0,3 | 1,2±0,4 | 2,5±0,5 | 4,5±0,5 | 2,0±1,2 |
| | 4 | 0,9±0,5 | 0,9±0,6 | 1,9±0,7 | 3,8±0,6 | 1,6±1,1 |
| | p _{3,4} | * | ** | * | * | ** |
| | Тпр _{3,4} | -18,2% | -25,0% | -24,0% | -15,6% | -20,0% |

| | | | | | | |
|---------|------------------|------|------|------|------|------|
| Г1 / Г2 | p _{1,3} | 0,19 | 0,37 | 0,23 | 0,50 | 0,37 |
| | p _{2,4} | 0,1 | 0,07 | * | * | * |

Примітки: 1. 1,3 – до включення в дослідження; 2,4 – після закінчення дослідження; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

- Оцінка за бальною шкалою: 0 – загострення 1 раз на 9–12 міс, 1 бал – 1 раз на 6 міс, 2 бали – 1 раз на 3 міс, 3 бали – щомісяця, 4 бали – щотижня, 5 балів – щодня.

Застосування методу логістичної регресії для прогнозування загострень БА дозволило визначити достовірні фактори ризику за точністю прогностичної моделі – 72,7%: значення показника ПОШвид, ступеня тяжкості захворювання та дотримання режиму базисного лікування. Отже отримані результати підтверджують позитивний вплив запропонованої освітньої програми на перебіг БА та ефективність лікування.

Особлива увага приділялася динамічному аналізу ЯЖ дітей, хворих на БА. Отримані результати доводять, що якість пасивного життя (пізнавальна активність) в основній групі пацієнтів (Г1) покращувалася на кожному етапі дослідження: вже через 3 міс Тпр становив 29%, через 6 міс Тпр – 45,2%, через 12 міс Тпр – 51,6% ($p < 0,01$). Водночас, у групі порівняння (Г2) реєструвалися менш помітні зміни: через 3 міс Тпр цього показника – 15,6%, через 6 міс Тпр – 18,8%, через 12 міс Тпр – 25,0% ($p < 0,001$), (рис. 2). Поряд з тим, у дітей основної групи в динаміці дослідження спостерігалася тенденція до стрімкого підвищення рівня якості активного життя (фізична активність): вже через 3 міс Тпр – 30,3%, через 6 міс Тпр – 48,5%, через 12 міс Тпр – 57,6% ($p < 0,001$). У хворих порівняльної групи рівень цього показника зростав повільніше і досяг нижчих величин: через 3 міс Тпр – 17,6%, через 6 міс Тпр – 26,5%, через 12 міс Тпр – 35,3% ($p < 0,001$), (рис. 3). Серед пацієнтів, які навчалися, якість підліткового життя (соціальна активність підлітків) також значно покращилася: через 3 міс Тпр – 23,5%, через 6 міс Тпр – 44,1%, через 12 міс Тпр – 52,9% ($p < 0,001$). Проте в порівняльній групі хворих особливих змін не відбулося: через 3 міс Тпр цього показника – 11,4%, через 6 міс Тпр – 20%, через 12 міс Тпр – 28,6% ($p < 0,001$), (рис. 4). Показник дистресу (емоційні переживання, пов'язані з хворобою та її лікуванням) помітно знизився в основній групі дітей: через 3 міс Тпр – -29,3%, через 6 міс Тпр – -34,4%, через 12 міс Тпр – -39,5% ($p < 0,001$). У порівняльній групі пацієнтів реєструвалися дещо гірші результати: через 3 міс Тпр цього показника – -18,4%, через 6 міс Тпр – -25,3%, через 12 міс Тпр – -31,6% ($p < 0,001$), (рис. 5). Крім цього, в основній групі хворих спостерігалась тенденція до зниження рівня самообмежень (уникнення тригерів БА): через 3 міс Тпр – -23,7%, через 6 міс Тпр – -35,6%, через 12 міс Тпр – -42,4% ($p < 0,001$). У порівняльній групі пацієнтів було виявлено помірні зміни цього показника: через 3 міс Тпр – -13,8%, через 6 міс Тпр – -29,3%, через 12 міс

Тпр – -39,6%; ($p < 0,001$), (рис. 6). Рівень сприйняття тяжкості астми також досить помітно знижувався в основній групі хворих: через 3 міс Тпр – -20,6%, через 6 міс Тпр – -33,8%, через 12 міс Тпр – -47,1% ($p < 0,001$). Водночас, у порівняльній групі пацієнтів значні зміни цього показника були виявлені лише на останньому етапі дослідження: через 3 міс Тпр – -10,3%, через 6 міс Тпр – 22,1%, через 12 міс Тпр – -41,2% ($p < 0,001$), (рис. 7). Отримані результати співпадають із даними наукових публікацій (Каганов С.Ю. и др., 1999; Бримкулов Н.Н., Огнев В.А. и др., 2001; Боярская Л.Н. и др., 2003; Перцева Т.О., 2004).

Рис. 2. Показники якості пасивного життя дітей, хворих на бронхіальну астму

Рис. 3. Показники якості активного життя дітей, хворих на бронхіальну астму

Рис. 4. Показники якості підліткового життя хворих на бронхіальну астму

Рис. 5. Показники дистресу в дітей, хворих на бронхіальну астму

Рис. 6. Показники самообмежень у дітей, хворих на бронхіальну астму

Рис. 7. Показники сприйняття тяжкості астми в дітей

Отже, участь в освітній програмі сприяла підвищенню фізичної та соціальної активності дітей, сформувала адекватне ставлення до хвороби й усвідомлення потреби в самообмеженнях, допомогла пацієнтам у подоланні стресових ситуацій.

Застосування методу логістичної регресії для прогнозування ЯЖ пацієнтів дозволило встановити такі достовірні фактори впливу: участь в освітній програмі, адекватне сприйняття тяжкості астми та рівень дистресу пацієнта (точність прогностичної моделі – 83,1%). Таким чином, доведено, що навчання хворих та їхніх родичів позитивно впливає на ЯЖ пацієнтів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та представлено нове вирішення актуального завдання сучасної педіатрії – підвищення ефективності лікування бронхіальної астми в дітей шляхом застосування комплексної освітньої програми.

1. Освітня програма для дітей, хворих на бронхіальну астму, повинна здійснюватися за комплексною методикою, яка передбачає навчання в „астма-школі”, проведення заходів фізичної реабілітації та організацію психологічної допомоги пацієнтам і їхнім сім’ям.
2. Психоемоційний статус дитини, хворої на бронхіальну астму, характеризується тривожністю ($6,3 \pm 1,6$ бали), напруженістю ($5,9 \pm 2,3$ бали), схильністю до егоцентризму ($5,3 \pm 1,4$ бали) та агресивної поведінки ($1,3 \pm 3,3$ бали), зниженим почуттям відповідальності за вчинок ($4,6 \pm 1,4$ бали), емоційною залежністю від матері ($0,9 \pm 0,3$ бали), здатністю зосереджуватися на хворобі через її болісне сприйняття ($0,8 \pm 0,3$ бали).
3. Індивідуалізована психологічна допомога з використанням проєктивних методик і сімейних бесід дозволила змінити ставлення пацієнта до хвороби та сформувати довірливі стосунки між усіма учасниками лікувального процесу (лікар, хворий, його сім’я).
4. Навчання в „астма школі” дозволило досягти значно вищого рівня обізнаності з питань астми як у батьків, так і в дітей.
5. Участь пацієнтів в освітній програмі сприяла зниженню частоти проявів денних і нічних симптомів бронхіальної астми на 56,3% і 50,0% ($p < 0,001$).
6. Застосування комплексної освітньої програми дозволило знизити в дітей частоту загострень бронхіальної астми на 38,1% ($p < 0,001$), невідкладних звернень за медичною допомогою на 54,5% ($p < 0,001$), госпіталізацій на 54,2% ($p < 0,001$) та зменшити кількість пропущених днів навчання у школі (дитсадку) через астму на 26,1% ($p < 0,001$).
7. Дотримання пацієнтами режиму базисної терапії та проведення заходів фізичної реабілітації сприяло покращенню функціональних показників (ОФВ₁ збільшився на 16,2%, $p < 0,001$; ПОШвид підвищилася на 19,4%, $p < 0,001$) в дітей, хворих на бронхіальну астму.
8. Участь в освітній програмі сприяла покращенню якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму: показник якості активного життя підвищився на 57,6% ($p < 0,001$), пасивного – на 51,6% ($p < 0,01$), підліткового – на 52,9% ($p < 0,001$); показник сприйняття тяжкості астми покращився на 47,1% ($p < 0,001$); показники самообмежень і дистресу знизилися відповідно на 42,4% ($p < 0,001$) і 39,5% ($p < 0,001$).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. У роботі дитячих лікувальних закладів рекомендується застосовувати комплексну освітню програму для хворих на бронхіальну астму та їхніх оточуючих, яка повинна включати:
 - групові заняття в „астма-школі” для дітей (ігри, практичні тренінги, заняття з фізичної реабілітації, перегляд відеофільмів) та батьків (лекції, практичні тренінги, заняття з фізичної реабілітації, перегляд відеофільмів);

- навчальні цикли для медичного персоналу (лекції, практичні заняття, семінари, дискусії, перегляд відеофільмів);
 - зустрічі в „астма-клубі” для батьків, які навчалися в „астма-школі” („круглі столи”, диспути);
 - індивідуальні заняття з психологом для дітей (проективні методики) і батьків (консультації та сімейні бесіди).
2. Заняття в „астма-школі” слід проводити циклами: для дітей – 3–4 рази на рік (для підлітків – лекції та практичні тренінги, для молодших – ігрові заняття), для батьків – 2 рази на рік (лекції, практичні тренінги, семінари). Кожний навчальний цикл повинен включати 10 тематичних занять для дітей і 13 занять – для батьків.
 3. Заняття з психологом слід рекомендувати пацієнтам, у яких яскраво виражені тривожність, напруженість, агресивність поведінки та схильність зосереджуватися на астмі через болісне її сприйняття.
 4. У комплекс освітньої програми слід включати заняття з фізичної реабілітації, які передбачають оволодіння методами дихальної гімнастики, лікувальної фізкультури, постурального дренажу та конкретних маніпуляційних втручань (перкусії лікувальної, вібрації, мануального стискання грудної клітки з форсованим видихом, спружинення ребер з покашлюванням, ротації у положенні лежачи на боці, піднімання знизу в положенні лежачи на спині).

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Беш Л. В. Вплив комплексної освітньої програми на якість життя і перебіг бронхіальної астми у дітей / Л. В. Беш, В. Р. Уська // Астма та алергія. — 2002. — № 2. — С. 50–54. (Здобувачем проведено клінічне обстеження та анкетування хворих, оцінювання показників якості життя пацієнтів; виконано статистичну обробку отриманих даних та проаналізовано результати дослідження).
2. Уська В. Р. Освітні програми для дітей та їх оточення в комплексі лікування бронхіальної астми / В. Р. Уська, Л. В. Беш, І. М. Головка // Буковинський мед. вісник. — 2002. — Т. 6, № 2. — С. 178–183. (Здобувачем проведено інформаційно-патентний пошук; проаналізовано стан вивчення проблеми й визначено її актуальність; написана стаття).
3. Уська В. Р. Особливості психоемоційного статусу дітей, хворих на бронхіальну астму / В. Р. Уська, Л. В. Беш, Г. В. Католик // Буковинський мед. вісник. — 2004. — Т. 8, № 4. — С. 72–75. (Здобувач брала активну участь в інтерпретації отриманих результатів; провела статистичну обробку матеріалу та аналіз дослідження; самостійно написала статтю).

4. Уська В. Р. Динамічний аналіз якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму, в процесі реалізації освітньої програми / В. Р. Уська // Запорозький мед. журнал. – 2007. – № 4. – С. 90–93.
5. Деклараційний патент України на корисну модель 7160 UA, U 7 A61H23/00. Спосіб фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму / Н. О. Івасик, В. Р. Уська, Л. В. Беш. – № 20040907883; заяв. 28.09.04; опубл. 15.06.05, Бюл. № 6. – 6 с. (Здобувач брала активну участь у розробці способу та проведенні фізичної реабілітації хворих; оформила патент).
6. Уська В. Р. Вплив комплексної освітньої програми на перебіг бронхіальної астми у дітей / Уська В. Р., Беш Л. В. // І з'їзд алергологів України: матеріали з'їзду. – Київ, 2002. – С. 22–23. (Здобувач проводила клінічне обстеження та анкетування хворих; виконала статистичну обробку отриманих даних; проаналізувала результати дослідження; написала тези).
7. Uśka W., Besz L. Wpływ programów edukacyjnych na jakość życia dzieci chorych na astmę oskrzelową // *Alergia. Astma. Immunologia Kliniczna “Łódź, 2002”* / IV Konferencja Środkowo-Europejskiej, 12–15 czerwca 2002 r.: streszczenie wykładów. – Łódź: Mediton, 2002. – S. 15–16. (Здобувач проводила анкетне опитування та динамічне спостереження хворих; на підставі отриманих результатів написала тези).
8. Уська В. Р., Беш Л. В., Католик Г. В. Психологічні особливості дітей, хворих на бронхіальну астму // *Укр. пульмонологічний журнал* / III з'їзд фтизіатрів і пульмонологів, 26–28 травня 2003 р.: матеріали з'їзду. – Київ, 2003. – № 2 (40). – С. 382. (Здобувач проаналізувала отримані результати дослідження; виконала статистичну обробку матеріалу; написала тези).
9. Уська В. Р., Беш Л. В., Католик Г. В. Роль психолога в роботі дитячої „астма-школи” // *Дитяча та юнацька психотерапія в Україні: основні напрямки роботи: матеріали обласної науково-практичної конференції*. – Львів, 2003. – С. 13–14. (Здобувач виконала статистичну обробку матеріалу; написала тези).
10. Уська В. Р. Основні напрямки комплексної освітньої програми, створеної для дітей, хворих на бронхіальну астму та їх оточення // *Здорова дитина: здоровій дитині – здорове середовище*, 30 вересня – 1 жовтня 2004 р.: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції. – Чернівці: Вид-во БДМА, 2004. – С. 35. (Здобувач розробила концепцію освітньої програми та брала активну участь в її реалізації; написала тези).

АНОТАЦІЯ

Уська Віра Романівна. Вплив освітньої програми на ефективність лікування бронхіальної астми в дітей. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Державний вищий навчальний заклад „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” МОЗ України. – Тернопіль, 2008.

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне обґрунтування та нове вирішення актуального завдання сучасної педіатрії – підвищення ефективності лікування бронхіальної астми в дітей шляхом застосування запропонованої комплексної освітньої програми. Розроблена освітня програма включає: роботу „астма-школи” й „астма-клубу”; заняття з психологом та надання індивідуалізованої психологічної допомоги пацієнтам і їхнім сім'ям на підставі аналізу психоемоційного статусу хворого; проведення комплексу фізичної реабілітації із застосуванням запропонованого способу – постурального дренажу та конкретних маніпуляційних втручань (перкусії лікувальної, вібрації, мануального стискання грудної клітки з форсованим видихом, спружинення ребер з покашлюванням, ротації у положенні лежачи на боці, піднімання знизу в положенні лежачи на спині); навчання медичного персоналу. Запропонований спосіб фізичної реабілітації входить у план занять „астма-школи” для батьків.

У дослідженні обстежено 172 дітей, хворих на бронхіальну астму. Проведений динамічний аналіз перебігу захворювання (денних і нічних симптомів, нічних пробуджень через астму; частоти загострень, госпіталізацій, невідкладних звернень за медичною допомогою; кількості пропущених днів навчання у школі / дитсадку через астму), дотримання режиму базисної терапії, функціональних показників ОФВ₁, ПОШвид та якості життя пацієнтів.

На підставі отриманих результатів виявлено, що участь в освітній програмі позитивно впливає на ефективність лікування бронхіальної астми в дітей, покращує їхній психоемоційний стан та якість життя. Проведене дослідження підтверджує ефективність запропонованої комплексної освітньої програми за умови дотримання хворими режиму базисної терапії та доводить її позитивний вплив на перебіг бронхіальної астми.

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, освітня програма, лікування.

АННОТАЦИЯ

Уська Вера Романовна. Влияние образовательной программы на эффективность лечения бронхиальной астмы у детей. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 – педиатрия. – Государственное высшее учебное заведение „Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского” МЗ Украины. – Тернополь, 2008.

В диссертационном исследовании представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной проблемы современной педиатрии – улучшения эффективности лечения бронхиальной астмы в детей путём реализации предложенной комплексной образовательной программы, которая предусматривает занятия в „астма-школе” с детьми и их родственниками, проведение учебных циклов для медперсонала. Программа включает оказание психологической помощи пациентам и их семьям с учётом психологических особенностей больного. Кроме того, она обеспечивает проведение физической реабилитации, которая включает лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, специально разработанный способ постурального дренажа и конкретных манипуляций (лечебной перкуссии, вибрации, мануального сдавливания грудной клетки с форсированным выдохом, спружинивания рёбер с покашливанием, ротации в положении лежа на боку, поднимания снизу в положении лежа на спине). План занятий „астма-школы” для родителей предусматривает обучение предложенному способу физической реабилитации.

Обследовано 172 детей, больных бронхиальной астмой. Изучено психологический портрет пациента, который характеризуется тревожностью ($6,3 \pm 1,6$ балла), напряженностью ($5,9 \pm 2,3$ балла), реакциями самоконтроля ($4,7 \pm 1,6$ балла), склонностью к эгоцентризму ($5,3 \pm 1,4$ балла) и агрессивному поведению ($1,3 \pm 3,3$ балла), сниженным чувством ответственности за проступок ($4,6 \pm 1,4$ балла), эмоциональной зависимостью от матери ($0,9 \pm 0,3$ балла), болезненным восприятием астмы ($0,8 \pm 0,3$ балла), сниженной социальной адаптацией ($40,1 \pm 13,2\%$).

Для родителей проводились консультации психолога и семейные беседы. Для работы с детьми использовались проективные методики (тесты-рисунки „Три дерева”, „Несуществующее животное”, „Человек под дождем”), а также арттерапия. Анализ детских рисунков в динамике исследования показал, что такие занятия положительно влияют на разрешение внутреннего конфликта личности пациента, улучшают его отношение к болезни и длительной терапии, а также содействуют формированию доверительных внутрисемейных отношений.

Обучение пациентов и их родителей в „астма-школе” улучшило уровень знаний об астме у 96,5% родителей и у 77,9% детей. Участие в образовательной программе помогло больным соблюдать гипоаллергенные диеты и быт. Обучение в „астма-школе” обеспечило формирование адекватного отношения к ингаляционной терапии глюкокортикостероидами, а также навыки самоконтроля пациента (пикфлоуметрия, индивидуальный дневник наблюдений).

Разработанная методика образовательной программы позволила снизить частоту проявлений дневных и ночных симптомов астмы на 56,3% и 50,0% ($p < 0,001$), обострений бронхиальной астмы на 38,1% ($p < 0,001$), частоту неотложных обращений за медицинской

помощью на 54,5% ($p<0,001$), частоту госпитализаций на 54,2% ($p<0,001$); уменьшить количество пропущенных из-за астмы дней обучения в школе (детском саду) на 26,1% ($p<0,001$).

Соблюдение режима базисной терапии и проведение реабилитационных мероприятий положительно влияло на улучшение функциональных показателей у больных: ОФВ₁ увеличился на 16,2% ($p<0,001$), ПОСвыд – на 19,4% ($p<0,001$).

Участие в комплексной образовательной программе пациентов и их родителей обеспечило улучшение качества жизни больных бронхиальной астмой: увеличило показатели качества активной жизни на 57,6% ($p<0,001$), пассивной – на 51,6% ($p<0,01$), подростковой – на 52,9% ($p<0,001$); улучшило показатель адекватности восприятия тяжести астмы на 47,1% ($p<0,001$); уменьшило показатели самоограничения на 42,4% ($p<0,001$) и дистресса пациентов – на 39,5% ($p<0,001$).

Полученные в ходе исследования результаты подтверждают, что участие в образовательной программе положительно влияет на течение заболевания и эффективность лечения бронхиальной астмы.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, образовательная программа, лечение.

ANNOTATION

Us'ka Vira Romanivna. The educational programme effect on effectiveness of treatment the children for asthma bronchial. – Manuscript.

The thesis on receiving on academic degree of kandidat of medical science, speciality 14.01.10 – pediatrics. – State Higher Establishment “The Ivan Horbachevsky Ternopil State Medical University” the Ministry of Health of Ukraine. – Ternopil, 2008.

Given here is the theoretic grounding and new approach to the important task of modern pediatrics: an improvement of effectiveness of treatment the children for asthma bronchial by means of application of proposed complex of educational programme for sick children and their environment.

The implemented educational programme includes: “asthma-school” and “asthma-club” work; training with the psychologist and providing individual psychological aid for sick children and their parents on the basis of psycho-emotional status of sick children analysis; conducting of physical rehabilitation complex with application of the method proposed – drainage postural and massage manipulations (percussion curative, vibration, manual compression of thorax with forcing exhalation, costal elasticity with tussive, rotation the patient from his lying position on his side, lifting the patient by the underneath from his lying position on his back), which is on integral part of the training parents and medical staff.

172 children were examined during the research. There has been carried out the dynamical analysis of the disease in progress (day-time and night-time symptoms, awaking during the night because of asthma; the frequency of exacerbation and hospitalization, urgent calling for medical aid; the number of days missed at schools / kindergartens), keeping to the regimen of basic therapy, indices FEV₁, PEF and the quality of patients' life.

On the basis of the results obtained it has been revealed that the participation in this educational programme influences positively effectiveness of treatment the children for asthma bronchial and it improves their psycho-emotional state and their quality of life. The studies conducted confirm effectiveness of the proposed complex educational programme under conditions of keeping to the basic therapy regimen; this supports its positive effect on the disease in progress.

Key words: children, asthma bronchial, educational programme, treatment.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| БА | – бронхіальна астма |
| ІГКС | – інгаляційні глюкокортикостероїди |
| ОФВ ₁ (FEV ₁) | – об'єм форсованого видиху за 1 с |
| ПОШвид (PEF) | – пікова об'ємна швидкість видиху |
| Тпр | – базисний темп приросту |
| ЯЖ | – якість життя |