

РОЛЬ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

*Т.Ю. Крестьянинова, *И.М. Прищеп, **Э.А. Доценко

*Витебский государственный университет им. П.М. Машиерова

**Республиканский липидный лечебно-диагностический центр метаболической терапии, Витебск

Человеческий организм формируется в условиях неразрывного взаимодействия с окружающей средой. Благодаря социальному образу жизни и активному использованию научно-технических достижений, человек значительно расширил диапазон своей жизнедеятельности. Темпы экологических изменений на современном этапе могут значительно обгонять скорости приспособительных возможностей организма. Данное несоответствие приводит к росту аллергической патологии, в том числе заболеваемости бронхиальной астмой [БА].

Многочисленные исследования показывают, что увеличение распространенности БА будет продолжаться [1, 7, 9, 10]. Поэтому сегодня наиболее актуальным становится вопрос ее места в жизни современного общества.

Необходимость обучения больных БА правилам самонаблюдения и самоведения признается и подчеркивается всеми международными и различными национальными документами, посвященными программам помощи больным БА. Недостаточное внимание к развитию образовательных проектов приводит к снижению эффективности предлагаемой пациенту терапии и, тем самым ухудшает результаты лечения, прогноз заболевания, снижает качество жизни больного и приводит к увеличению расходов на ведение больных БА [1, 2, 6].

Нами предпринята попытка организации астма-школы для взрослых больных БА в существующих в Республике Беларусь социально-экономических и экологических условиях и оценки эффективности ее работы.

На основе международных рекомендаций [1] нами создана обучающая программа, состоящая из 8 занятий продолжительностью 1 час. В структуру программы включены вопросы, касающиеся причин возникновения астмы, патогенеза, диагностики, принципов терапии и профилактики обострений, основ самоконтроля и самоведения.

Структура образовательной программы:

Занятие 1. Что такое бронхиальная астма. Как диагностируют бронхиальную астму.

Занятие 2. Пусковые механизмы бронхиальной астмы. Аллергия. Как осуществлять контроль за факторами риска или избежать их.

Занятие 3. Основные принципы лечения бронхиальной астмы. Лечение бронходилататорами.

Занятие 4. Противовоспалительные препараты и стероиды. Ступенчатый подход к лечению бронхиальной астмы

Занятие 5. Самоконтроль и самоведение при бронхиальной астме. Как справиться с приступом.

Занятие 6. Лечение и профилактика вирусной инфекции. Ночная астма. Астма и физическая нагрузка.

Занятие 7. Дыхательная гимнастика, физкультура, массаж.

Занятие 8. Астма и определенные ситуации.

На сегодняшний день наиболее актуальным и не вполне разрешенным вопросом является проблема выбора оптимальной формы обучения с целью достижения наибольшего эффекта, заключающегося в конечном итоге в наилучшей кооперации пациента и врача, что по сути и является целью образовательных программ.

В работах, проведенных в последние годы в России и других странах [2, 4-6], убедительно показано, что внедрение систем обучения больных БА ведет к уменьшению количества госпитализаций, обострений, вызовов скорой медицинской помощи, пропусков рабочих и учебных дней. Кроме того, изменяется спектр применяемых препаратов в сторону более современных, увеличивается число пользующихся ингаляционными кортикостероидами, повышается число пациентов, проводящих пикфлоуметрию и использующих спейсер. Повышаются базовые знания о болезни, что ведет к более точному соблюдению противоаллергических и профилактических режимов. Улучшаются психосоциальные показатели, значительно изменяется в положительную сторону качество жизни больного БА.

В настоящее время существуют и обоснованы разнообразные формы представления информации больным БА: астма-школа, астма-день, телефон помощи, брошюры и буклеты, видеофильмы.

Наряду с положительными эффектами, авторы указывают на некоторые недостатки этих форм обучения: продолжительность цикла, трудность посещения всех занятий в амбулаторных астма-школах; кратковременность обучения, окружение "белых халатов", состояние обострения у больных в условиях стационарной астма-школы; недостаток времени для индивидуального обучения у лечащего врача во время приема; рекламная направленность астма-дней; экономические сложности организации телефона помощи для больных БА; недостаточная доступность для больных заочных форм обучения (буклетов, книг, специализированных периодических изданий, видеопродукции, специализированных страничек в Интернете) [8].

Принимая во внимание вышеизложенное, занятия проводятся на базе отделения гипобарической терапии и бароклиматической адаптации Республиканского липидного лечебно-диагностического центра метаболической терапии, 2 раза в неделю, общая продолжительность цикла - 1 месяц. Сочетание курса гипобарической терапии с циклом обучения идеально соответствует принципу закрытой группы и побуждает слушателей регулярно посещать занятия.

Обследовано 78 больных БА в возрасте от 14 до 70 лет. Группа обследованных состояла из 31 мужчины (39,7%) и 47 женщин (60,3%). По возрасту они были распределены следующим образом: моложе 19 лет - 15 человек (19,2%); 20-39 лет - 26 человек (33,4%); 40-59 лет - 34 человека (43,6%); 60-70 лет - 3 человека (3,8%). Распределение больных по продолжительности заболевания: до 2 лет - 23 человека (29,5%); 3-5 лет - 24 человека (30,8%); 6-10 лет - 19 человек (24,3%); и более 10 лет - 12 человек (15,4%). Средняя продолжительность заболевания - 5,44±0,69 лет. Среди больных были пациенты с атопической, аллергической, инфекционно-зависимой, смешанной и псевдоаллергической формами заболевания. Большую часть составили больные с аллергической формой БА - 42,3%.

По степени тяжести течения заболевания преобладали больные со среднетяжелым течением - 78,2%.

Для изучения эффективности обучающей программы использовались следующие параметры: количество госпитализаций, вызовов скорой помощи, показатели функции внешнего дыхания (ФВД), применение приборов индивидуального пользования, изменение типа отношения к болезни (ТОБ). Также до и после астма-школы регистрировался уровень базисных знаний больных о БА с помощью ранее разработанной анкеты, включающей три вида ответов: "да", "нет" и "не знаю".

Большинство больных изначально демонстрировало низкий уровень знаний о своей патологии. Правильный ответ на вопросы анкеты встречался в 32,8% случаев, неправильный - в 34,1% и ответ "не знаю" - в 33,1% случаев.

Для диагностики типа отношения к болезни использовали методику, разработанную в лаборатории клинической психологии научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург) [3]. У 26 обследованных больных БА ($0,25 \pm 0,042$, $p < 0,01$) диагностировались ТОБ блока с адекватной реакцией на болезнь. Гармоничный ТОБ выявлен у 9 пациентов (8,5%), эргопатический - у 13 (12,5%), анозогнозический - у 4 (3,8%). У 31 обследованного ($0,29 \pm 0,044$, $p < 0,01$) выявлены ТОБ интрапсихической направленности. Тревожный ТОБ выявлен у 7 пациентов (6,6%), неврастенический - у 22 (20,8%), апатический - у 2 (1,9%). У 43 пациентов ($0,41 \pm 0,048$, $p < 0,01$) диагностировались ТОБ с интерпсихической направленностью. Среди них преобладал паранойальный ТОБ - 33 пациента (31,1%).

При сравнении групп обследованных с адекватными и неадекватными ТОБ, установлено, что адекватные ТОБ формируются у пациентов с более легким течением заболевания, небольшой продолжительностью болезни, у лиц молодого возраста, а также у пациентов с высоким уровнем знаний о своей патологии.

После окончания обучения ТОБ адекватного блока были выявлены у 50 больных ($0,63 \pm 0,054$, $p < 0,01$), в частности гармоничный - у 48 пациентов ($0,6 \pm 0,055$, $p < 0,01$). У 11 пациентов сохранились ТОБ с интрапсихической направленностью ($0,14 \pm 0,039$, $p < 0,01$), и у 21 пациента - ТОБ с интерпсихической направленностью ($0,26 \pm 0,049$, $p < 0,01$).

После обучения в астма-школе отмечено повышение уровня базисных знаний о своей патологии, так правильные ответы на вопросы анкеты давались в 75,3% случаев, неправильные - в 16,2% случаев и ответ "не знаю" - в 8,5% случаев. Высокий уровень знаний сохранялся и спустя год после обучения.

В табл. 4 приведены данные по изменению количества госпитализаций и обращений за неотложной медицинской помощью после посещения больными астма-школы.

Изменение количества госпитализаций

Показатели	Группа пациентов (n=78) M+m	
	в течение года до обучения	в течение года после обучения
Количество плановых госпитализаций*	$1,2 \pm 0,16$	$0,5 \pm 0,15$
Количество экстренных госпитализаций*	$0,8 \pm 0,22$	$0,27 \pm 0,07$
Количество вызовов "03"*	$3,2 \pm 0,87$	$1,6 \pm 0,4$

* - в расчете на 1 пациента

В то же время посещение астма-школы достоверно не повлияло на показатели ФВД. Следует отметить, что их измерение проводилось до, после и спустя год после занятий, что не может отражать истинного изменения функциональной способности легких.

Имеются некоторые изменения в применении приборов индивидуального пользования.

Таким образом, у больных БА уровень знаний о сущности патологии и принципах самоконтроля является недостаточным для осуществления рациональных лечебных и профилактических мероприятий; обучение больных БА является эффективным методом повышения уровня знаний пациента о своей болезни, что позволяет ему осуществлять самоконтроль своего заболевания; в результате применения программы наблюдается изменение патологических типов отношения к болезни в сторону гармонического, расширяется использование приборов индивидуального пользования, наблюдается снижение количества госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи по поводу БА, что доказывает целесообразность ее широкого применения.

Таблица 5
Изменение количества используемых пикфлоуметров, спейсеров и УЗ-ингаляторов, (%)

Используемые приборы	До астма-школы (n=78)	После астма-школы (n=78)
пикфлоуметры	7,1	63,9
спейсеры	-	31,0
УЗ-ингаляторы	-	-

Таблица 1

Распределение больных (%) в зависимости от формы заболевания

Форма БА	Группа больных (n=78)
атопическая	20,5
аллергическая	42,3
инфекционно-зависимая	3,8
смешанная	25,6
псевдоаллергическая	7,8

Таблица 2

Распределение больных (%) в зависимости от характера течения БА

Степень тяжести	Группа больных (n=78)
легкая	19,2
среднетяжелая	78,2
тяжелая	2,4

Таблица 3

Изменение уровня базисных знаний больных астмой (%)

Варианты ответов	До астма-школы	После астма-школы	Через 12 месяцев после занятий в астма-школе
Правильный ответ	32,8	75,3	67,1
Неправильный ответ	34,1	16,2	20,4
Ответ "не знаю"	33,1	8,5	12,5

Таблица 4

Литература

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия//Пульмонология. –1996. – Приложение.
2. Гераклов К.А., Белевский А.С. Медико-социальное значение обучения больных бронхиальной астмой // Пульмонология. – 1996. - №4. – с.28-33.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД пресс, 1999. – 558с.
4. Проворотов В.М., Будневский А.В. Психологические аспекты организации и проведения занятий в “астма-школе” // Пульмонология. – 2000. - №4. - с.63-67.
5. Семенова Н.Д., Малевич М., Периц С. Психотерапия в системе реабилитации больных бронхиальной астмой (на материале клуба для больных бронхиальной астмой). Часть 1: групповая психотерапия и диагностика // Пульмонология. – 1997. - №3. - с.22-27.
6. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школы) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF – 36 в пульмонологии) // Пульмонология. – 1997. - №3. – с.18-22.
7. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. – Л.: Медицина, 1988. – 272с.
8. Формулярная система./Пульмонология. – 1999. – Приложение.
9. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма.: В 2 т. Т.2 – М.: Агар, 1997. – 400с.
10. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. – 512с.

Summary

Patients' unawareness of their pathology is a serious obstacle on the way of the disease successful overcome. To solve this trouble a training program was created and it was examined carefully to control its efficiency. 78 adult patients with bronchial asthma were examined before and 1 year after training. The main results of the program were significant improve ment of knowledge about disease, decreasing of hospitalisation rate and emergency visits. The number of patients, using peakflowmeters, spacers increased substantially. Change of the type of the ratio to disease was exposed. The number of the patients with harmony reaction increased. Thus, achieved results showed high efficacy of suggested program and necessity of its wide application.

ФЕНОМЕН СОЦИАЛЬНО-ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЛЮДЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Плеханова И. Г.

Витебский государственный университет

В нашем обществе лишь в последнее время стал заметным огромный социальный слой инвалидов и лиц, имеющих выраженные нарушения в состоянии здоровья. По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов человек с нарушенным психическим и физическим развитием [1], что составляет почти десятую часть жителей нашей планеты. Это подтверждают и данные Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), свидетельствующие, что число таких людей достигает 13% от общего числа населения. Всего в мире 200 миллионов детей с ограниченными возможностями.

В Беларуси насчитывается около 420 тысяч людей, имеющих функциональные нарушения в состоянии здоровья. И это число в силу ряда причин постоянно увеличивается. Среди факторов, провоцирующих рост числа людей с различными функциональными нарушениями, специалисты особо выделяют влияние на состояние здоровья населения последствий экологической катастрофы в целом и Чернобыльской аварии в частности. Заболевания, вызванные радиоактивным загрязнением, различные недомогания, отягощенная наследственность – вот далеко не полный перечень нашего Чернобыльского наследия. К сожалению, численность людей с выраженными функциональными нарушениями имеет устойчивую тенденцию к увеличению, изменить которую, по прогнозам ЮНЕСКО, мировое сообщество в ближайшее время не сможет. По этой причине рост числа лиц с ограниченными возможностями здоровья следует рассматривать как постоянно действующий фактор, требующий не отдельных, частных, а планомерных социальных решений - ведь наряду с медицинским аспектом существует также психологический, отношенческий аспект данной проблемы. Долгое время в нашем обществе относились к человеку с особенностями психофизического развития как к низшему “существу”, человеку “второго сорта”. Однако такое восприятие человека, пусть даже очень сильно отличающегося от так называемой “нормы”, представления о которой являются далеко не универсальными, противоречит ценностям гуманистической этики. Каким же должно быть отношение к людям с особенностями психофизического развития? Попробуем разобраться в этом вопросе.

Категория «отношения» существует со времен античности – еще Аристотель включил данную категорию в число 10 основных логических категорий [2]. И вплоть до XIX века понятие «отношение» употреблялось в логическом и онтологическом (бытийном) значении: как связь между понятиями и явлениями действительности (Дж. Локк, Г. В. Лейбниц, Д. Юм, Ф. Шеллинг, И. Кант и др.) [2]

Однако приобретением новой научной глубины понятие «отношение» прежде всего, обязано Гегелю. Именно ему в силу научной задачи необходимо было применить термин “отношение” как проявление диалектичности мира, поскольку раскрыть внутреннюю связь развития мира без того, чтобы начать рассматривать мир, как мир отношений, развивающихся между предметами, действительно было невозможно. Термин “отношение” использовался Гегелем для описания связи и взаимодействия предметов для выражения всеобщей закономерности взаимоотношений. [3]

Благодаря изучению процессов общественной жизни людей категория отношения наполнилась новым философским содержанием. Возникло понятие общественных отношений, блестяще развитое Марксом, для которого человеческая сущность «есть сущность всех человеческих отношений». Маркс также определял человеческое общество “как