



УДК. 616. 248

Т.Ю. Крестьянинова, А.Г. Николаева, И.М. Прищепя

Опыт применения обучающих программ при реабилитации больных бронхиальной астмой

Общепризнанно, что успех в контроле хронического заболевания зависит от степени информированности пациента в сущности своего заболевания, понимания принципов лечения и адекватного поведения [1–6], что приводит к разработке и широкому внедрению разнообразных образовательных программ, в частности, для больных бронхиальной астмой (БА).

За рубежом выработаны и обоснованы разнообразные формы обучения больных [1, 2, 7–9]. В настоящее время, в Республике Беларусь предпринимаются активные попытки расширения сети астма-школ [10]. Вместе с тем в нашей стране не проводилось изучение эффективности применения образовательных программ для больных БА.

Цель данной работы – изучение эффективности применения обучающих программ при реабилитации больных бронхиальной астмой.

На базе отделения гипобарической терапии и бароклиматической адаптации Республиканского липидного лечебно-диагностического центра метаболической терапии, в соответствии с Международными рекомендациями [11] и опытом российских коллег [2, 7, 11], была организована астма-школа для взрослых пациентов с БА. К обучению в астма-школе было привлечено 104 больных БА (40 мужчин и 64 женщины в возрасте от 16 до 70 лет), которые составили основную группу. Средняя продолжительность заболевания в основной группе составила – 5,44±0,69 лет. У большей части больных была аллергическая форма БА – 44 человека (42,2%). По степени тяжести течения болезни больные распределялись следующим образом: 82 (78,9%) со среднетяжелым течением, 20 (19,2%) с легким и 2 (1,9%) с тяжелым течением БА.

Контрольная группа состояла из 31 больного БА различной степени тяжести (12 мужчин и 19 женщин в возрасте от 16 до 70 лет), находившихся под амбулаторным наблюдением, прошедших курс гипобарической терапии, но не прошедших обучения в астма-школе. Средняя продолжительность заболевания в этой группе составила 5,16±0,62 лет. Большая часть больных страдала аллергической формой БА – 13 человек (41,9%). По степени тяжести течения болезни распределялись следующим образом: 24 (77,4%) со среднетяжелым течением, 6 (19,4%) с легким и 1 (3,2%) с тяжелым течением БА.

Для оценки уровня базисных знаний больных о своей болезни использовалась анкета, разработанная с учетом Международных рекомендаций, включающая 3 вида ответов: «да», «нет», «не знаю» [2].

Для оценки характера течения заболевания были выбраны следующие параметры: число госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи, связанных с БА; потребность в противоастматических лекарственных препаратах.

Правильность техники использования дозированного аэрозоля оценивалась у всех больных при измерении ФВД.

Приборами индивидуального пользования больных БА считались: спейсер, пикфлоуметр, индивидуальный ультразвуковой ингалятор.

Для диагностики типа отношения к болезни использовали методику, разработанную в лаборатории клинической психологии научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург) [12]. С помощью данной методики диагностируется 12 типов отношения к болезни (ТОБ). При попадании в диагностическую зону одной шкалы определяется «чистый», нескольких шкал – смешанный или «диффузный» ТОБ. Шкалы объединены в три блока. Первый блок представляет собой адекватный тип реакции на болезнь и включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Второй блок состоит из типов реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. В третий блок включены типы реагирования с интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

Весь комплекс методов исследования проводили до, после и через 12 месяцев после обучения.

Обучение проводилось в «закрытых» группах из 8–10 амбулаторных больных БА в виде астма-школы, состоящей из цикла, включающего 8 семинаров. Занятия проходили в барозале отделения гипобарической терапии и бароклиматической адаптации 2 раза в неделю, перед сеансом баротерапии. Продолжительность каждого занятия – 1 час. Общая продолжительность цикла составила 1 месяц.

Анализ базисных знаний по данным проведенного анкетирования показал низкий уровень знаний больных о своей патологии. Всего 32,8% верных ответов на вопросы анкеты; 34,1% неправильных ответов и 33,1% ответов «не знаю». Большинство неправильных ответов и ответов «не знаю» было получено на вопросы, связанные с лекарственными препаратами. После обучения в астма-школе отмечено повышение уровня базисных знаний больных о своей патологии. Высокий уровень знаний по сравнению с исходным, сохранялся у больных спустя 12 месяцев, что свидетельствует об эффективности применяемой обучающей программы (табл. 1).

Таблица 1

Изменение уровня базисных знаний больных основной группы, %

Варианты ответов	До астма-школы	После астма-школы	Через 12 месяцев после астма-школы
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

При оценке техники использования ингалятора было выявлено, что только 47% больных правильно пользовались дозированным аэрозолем. Пациенты допускали следующие ошибки: неплотно обхватывали мундштук губами, не синхронизировали вдох с нажатием на дно баллончика, сразу дважды нажимали на дно баллончика, не задерживали дыхания после вдоха препарата. Спустя 12 месяцев после астма-школы 84% больных демонстрировали пра-

вильную технику использования дозированного аэрозоля. Остальные 16% больных допускали существенные ошибки при ингаляции.

При оценке изменения числа госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи, потребности в противоастматических препаратах была выявлена тенденция к их снижению. Так, в основной группе больных, за год, последующий курсу баротерапии и обучения, общее число госпитализаций снизилось в 1,97 раза ($p < 0,01$); число вызовов скорой медицинской помощи снизилось в 2,7 раза ($p < 0,01$). Количество полученных льготных рецептов уменьшилось в 1,6 раза ($p < 0,01$). При анализе амбулаторных карт, в течение года после курса баротерапии, у пациентов контрольной группы общее число госпитализаций снизилось в 2,1 раза и составило ($p < 0,01$). Число вызовов скорой медицинской помощи снизилось в 3 раза ($p < 0,01$); количество полученных льготных рецептов уменьшилось в 1,2 раза ($p < 0,01$) (табл. 2). Достоверных различий в течении заболевания между основной и контрольной группой больных выявлено не было, это говорит о том, что улучшение в течении заболевания скорее было вызвано курсом баротерапии, пройденным больными.

Таблица 2

Изменение числа госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и количества льготных рецептов за период 2000–2002 гг.

	Основная группа (n=104) M±m		Контрольная группа (n=31) M±m	
	2001	2002	2001	2002
Общее число госпитализаций *	2,14±0,39	1,09±0,25	2,19±0,54	1,05±0,23
Число вызовов «03» *	3,13±0,84	1,17±0,34	2,65±0,69	0,87±0,23
К-во льготных рецептов *	16,86±3,55	10,57±2,57	20,57±2,93	17,81±2,70

Примечание. * в расчете на одного больного; $p < 0,01$

Среди больных основной группы только 8,7% использовали пикфлоуметры с целью контроля за своей болезнью; среди пациентов не было лиц, пользовавшихся спейсерами и ультразвуковыми ингаляторами. После курса обучения произошли изменения в использовании пикфлоуметров и спейсеров, 61,4% больных начали применять пикфлоуметры в повседневной практике и 29,8% пациентов начали пользоваться спейсерами. Отказ от использования ультразвуковых ингаляторов объяснялся больными их высокой стоимостью. В контрольной группе изменений в использовании приборов индивидуального пользования выявлено не было.

С помощью методики, разработанной в лаборатории клинической психологии научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева [12], до курса обучения, у 36 больных основной группы ($p < 0,01$) были диагностированы типы отношения к болезни адекватного блока. Из них у 9 больных ($p < 0,01$) был выявлен гармоничный тип, у 13 ($p < 0,01$) – эргопатический тип, у 14 ($p < 0,01$) – анозогнозический тип отношения к болезни. У 31 ($p < 0,01$) больного были диагностированы типы отношения к болезни блока с интрапсихической направленностью. У большинства из них, 22 чело-

века ($p < 0,01$), был выявлен неврастенический тип отношения к болезни, характеризующийся поведением по типу «раздражительной слабости». У 39 больных ($p < 0,01$) были диагностированы типы отношения к болезни интерпсихической направленности. При чем у 33 ($p < 0,01$) был выявлен паранойяльный тип, для которого характерна уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. После обучения в астма-школе, где больные получали знания о своем заболевании, принципах терапии, правилах самоконтроля и самоведения, поведении в определенных ситуациях, имели возможность на протяжении длительного времени общаться с медицинскими работниками и друг с другом, типы отношения к болезни адекватного блока были выявлены у 61 больного ($p < 0,01$). Гармоничный тип, которому характерна трезвая оценка своего состояния, стремление содействовать успеху лечения, был выявлен у 58 больных ($p < 0,01$). Уменьшилось число лиц с патологическими типами отношения к болезни. Так только у 16 больных ($p < 0,01$) сохранились типы отношения с интрапсихической направленностью. Типы с интерпсихической направленностью сохранились у 27 больных ($p < 0,01$). Спустя 12 месяцев после занятий в астма-школе у больных основной группы сохранились изменения типов отношения к болезни (табл. 3). В контрольной группе достоверных изменений ТОб выявлено не было.

Таблица 3

Изменение типов отношения к болезни больных бронхиальной астмой в процессе обучения в астма-школе

Тип отношения к болезни	До астма-школы (n=106)	После астма-школы (n=104)	Спустя 12 месяцев после астма-школы (n=104)
Адекватный блок	0,34±0,04*	0,59±0,04*	0,54±0,04*
Гармоничный	0,25±0,07*	0,95±0,02*	0,95±0,02*
эргопатический	0,36±0,08*	0,02±0,01	0,02±0,01
анозогнозический	0,39±0,08*	0,03±0,03	0,04±0,02
Блок с интрапсихической направленностью	0,29±0,04*	0,15±0,03*	0,18±0,03*
Тревожный	0,23±0,07	0,25±0,10	0,32±0,11
ипохондрический	-	-	-
неврастенический	0,71±0,08*	0,75±0,10*	0,68±0,11*
меланхолический	-	-	-
апатический	0,06±0,04	-	-
Блок с интерпсихической направленностью	0,37±0,04*	0,26±0,04*	0,28±0,08*
Сенситивный	0,10±0,04	0,07±0,04	0,1±0,05
эгоцентрический	0,05±0,03	-	-
паранойяльный	0,85±0,05*	0,95±0,04	0,89±0,06*
дисфорический	-	-	-

* $p < 0,01$

Таким образом, расширение объема знаний о своем заболевании, методах его лечения и профилактики обострений, появление уверенности и умения себя вести во время приступов удушья, нахождение в коллективе людей, страдающих одинаковой патологией, неформальный контакт с медицинским персоналом способствуют улучшению техники использования ингалятора, уменьшению психозмоционального напряжения у больных БА; приводит к гармонизации отношения к собственному здоровью, окружающей среде, медицинскому обслуживанию без применения специальных психотерапевтических методик; побуждает к применению приборов индивидуального пользования, свидетельствуя об эффективности выбранной обучающей программы.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. **Булкина Л.С., Белевский А.С.** Образовательные программы для больных бронхиальной астмой: мировой опыт // Пульмонология, 1994, № 1. – С. 89–90.
2. **Булкина Л.С., Белевский А.С., Княжеская И.П., Сосина Е.Е.** Обучение больных бронхиальной астмой, находящихся под амбулаторным наблюдением // Пульмонология, 1996, № 1. – С. 25–30.
3. **Булкина Л.С., Белевский А.С., Княжеская И.П., Чучалин А.Г.** Влияние обучения больных бронхиальной астмой на течение заболевания // Тер. архив, 1996, № 12. – С. 30–35.
4. **Гаркалов К.А., Белевский А.С.** Медико-социальное значение обучения больных бронхиальной астмой // Пульмонология, 1996, № 4. – С. 28–33.
5. **Собченко С.А., Коровина О.В.** Обучение больных бронхиальной астмой в комплексе их лечения // Международ. мед. обзоры, 1993, № 2. – С. 120–123.
6. **Собченко С.А., Коровина О.В.** Опыт работы «Школы для больных бронхиальной астмой» // Пульмонология, 1991, № 3. – С. 14–19.
7. **Никулина И.Н.** Оценка эффективности педиатрической астма-школы по критерию частоты обострений бронхиальной астмы // Аллергология, 2001, № 3. – С. 12–17.
8. **Пунин А.А., Старовойтов В.И., Ковалева С.В., Голубков М.А., Борохов А.И., Козырев О.А.** Опыт реализации антиастматической программы в г. Смоленске // Пульмонология, 1999, № 1. – С. 68–71.
9. **Gary S. Rachelefsky, M.D.** Review of asthma self-management programs // J. Allergy clin. immunol., 1987, vol. 80, № 3(2). – P. 506–511.
10. **Суковатых Т.Н.** Обучение родителей в системе лечебной помощи детям, страдающим бронхиальной астмой // Пульмонология, 1996, № 2. – С. 91–93.
11. **Чучалин А.Г.** Бронхиальная астма. – М., 1997. Т. 2. – 400 с.
12. **Менделевич В.Д.** Клиническая и медицинская психология. – М., 1999. – 558 с.

S U M M A R Y

135 patients at the age of 16 to 70 years (basic group – 104 men, control – 31) were examined.

In the basic group the increase of the level of basic knowledge among the patients about their pathology after training is marked; the number of the patients using devices of individual usage as well as; the number of the people with adequate types of the attitude to illness ($p < 0,01$) has increased. Distinctions in character of the disease between the basic and control groups were not revealed.

Поступила в редакцию 8.10.2003