

© Коллектив авторов, 2003

Т. Н. Суровенко, А. В. Яцук, В. А. Мирошниченко, С. Н. Ежов

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИДРОКИНЕЗИТЕРАПЕВТИИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Владивостокский медицинский университет, Лечебно-оздоровительный Центр
«Физкультурный Айболит», г. Владивосток, РФ

Цель настоящего исследования — сравнительная оценка степени влияния на качество жизни (КЖ) обучения подростков навыкам самоконтроля и групповым программам (35 подростков с бронхиальной астмой (БА) и групповых занятий по гидрокинезитерапевтическим программам (36 подростков с БА) и применение показателя КЖ подростков как критерия эффективности различных методов обучения. Для оценки КЖ использовали стандартизированный опросник West A., French D., Christie M. (1995), русифицированный В. И. Петровым и И. В. Смоленским (1998). Показано, что подростки с БА имеют существенное нарушение КЖ — ограничение жизненной и физической активности, сопровождающееся высоким дистрессом. Поэтому образовательные программы для подростков с БА должны быть адаптированы для этого возраста с обязательным включением обучения конкретным формам физической активности. Гидрокинезитерапевтическая программа обладает большим, чем просто обучение, положительным влиянием на клиническое течение БА, снижает гиперреактивность бронхов при физической нагрузке и формирует изменение отношения подростка к своему заболеванию. Более полный контроль над болезнью позволяет значимо увеличить физическую и жизненную активность подростков.

The aim of this investigation was to study the influence of adolescent education upon life quality (LQ) of patients with bronchial asthma (BA) and usage of LQ index as a criterion to estimate different methods of training. 35 adolescents with BA was educated in asthma-school according to group programs of self-control and self-aid training and 35 adolescents had group training on hydrokinesitherapy. Standard questionnaire by West A., French D. and Christie M. 1995 (Russian version by V. I. Petrov and I. V. Smolensky) was used for LQ estimation. Authors showed that adolescents with BA had significantly decreased LQ, reduced vital and physical activity, accompanied by high distress. Therefore training programs for adolescents must be adapted for this age, including obligate information about normative parameters of physical activity. Hydrokinesitherapeutic program had more positive influence upon BA clinical course than standard training program, decreased bronchial hypersensitivity after physical exercises and changed attitude of adolescent to his disease. Better control of disease permits to increase significantly physical and vital activity of adolescents.

Тот факт, что бронхиальная астма (БА) является тяжелой эмоциональной травмой для подростка, не вызывает сомнений. Никто, как правило, не остается безразличным к этому диагнозу [1, 3, 5, 7—9]. Постоянное ожидание приступа удушья, привязанность к определенным лекарствам, с одной стороны, и боязнь применения некоторых из них, с другой, все это делает жизнь подростка с БА в значительной степени отличающейся от жизни окружающих [4, 5, 10]. Это усугубляется проблемами подросткового возраста, которые характеризуются диспропорцией в уровне и темпах психического развития. Мышление

становится более самостоятельным, активным, творческим, подросток способен воспринимать сведения о собственном заболевании и формировать свое отношение к нему. Но свойственные этому возрасту эмоциональная неустойчивость и импульсивность, легкая ранимость и неуверенность в себе предрасполагают к неправильному восприятию своего состояния. К тому же знание не всегда приводит к изменению образа жизни подростка, активному занятию лечебной физкультурой, эффективному контролю своего состояния и окружающей среды. Необходима организационная структура, в пределах которой подросток может применять свои знания и формировать здоровый жизненный стереотип. Во Владивостоке такая система создана в рамках лечебно-оздоровительного Центра «Физкультурный Айболит» (руководитель — канд. мед. наук С. Н. Ежов), в котором подростки занимаются по индивидуальным кинези- и гидрокинезитерапевтическим программам 2—3 раза в неделю по 2 ч.

В комплекс кинези- и гидрокинезитерапевтической программ входят циклические виды спорта (спортивная ходьба, бег, плавание), дыхательная и дренажная гимнастика, общая и атлетическая гимнастика с элементами йоги, элементы спортивных игр. Большое внимание уделяется адаптации к гипоксии посредством применения упражнений, выполняемых под водой, на задержке дыхания.

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности групповой образовательной и кинези- и гидрокинезитерапевтической программ и их влияние на качество жизни (КЖ) подростков, страдающих БА.

Материалы и методы исследования

Подростки были разделены на 2 группы сравнения: 1-я группа — 36 человек, регулярно посещающих тренировки в ЛОЦ «Физкультурный Айболит»; 2-я группа — 35 человек, обученных в Астма-Школе. Каждый подросток был проинформирован о природе болезни, ему была разработана индивидуальная программа лечения и проведено обучение навыкам самоконтроля и самопомощи, в том числе технике ингаляций, массажа и самомассажа, звуковой и дренажной гимнастики, контролю окружающей среды. Перед началом и после завершения образовательной и гидрокинезитерапевтической программ (через 3 и 6 месяцев) оценивали показатели КЖ подростка.

Показатель КЖ отражает степень комфортности человека внутри себя и в рамках своего общества и был применен нами для оценки психологического профиля пациента и эффективности образовательной и гидрокинезитерапевтической программ [2, 6]. Для этого мы использовали стандартизированный опросник КЖ для подростков 12—16 лет West A., French D., Christie M. (1995), русифицированный В. И. Петровым и И. В. Смоленовым (1998) [1, 11]. Опросник состоит из 31 вопроса, разделенных на 5 шкал: 1) дистресс; 2) тяжесть астмы; 3) реактивность; 4) качество активной жизни; 5) качество подростковой жизни.

Дистресс характеризует ощущение симптомов астмы, а также социальные ситуации, в которых астма

может оказывать стрессирующее влияние. Оценка тяжести астмы отражает частоту симптомов. Шкала реактивности содержит вопросы об отношении подростка к факторам окружающей среды, провоцирующим развитие у него симптомов астмы, и о необходимости применения у него лекарственных средств. Качество активной жизни характеризует физическую активность и удовлетворение от занятий спортом, игр, прогулок на свежем воздухе и включает вопросы о частоте участия в данных видах активности. Качество подростковой жизни определяет степень вовлечения молодых людей в типичную для подросткового возраста социальную активность (походы на дискотеки, вечеринки и др.).

Результаты и их обсуждение

При анкетировании подростков до начала программ установлено ограничение качества активной и подростковой жизни, пропорциональное возрастанию степени тяжести БА, а также уровню дистресса. После проведения программ мы получили различные показатели КЖ в двух группах.

У подростков, прошедших курс обучения из 8 занятий в Астма-Школе, повысилась частота симптомов астмы (тяжесть астмы) на 9 % и реактивность на 30% (см. рисунок), что, видимо, связано с переоценкой своего состояния и возросшим страхом перед болезнью. При этом возросло ощущение тяжести заболевания (дистресс) на 11%. Мы объяснили это психофизиологическими особенностями подросткового возраста — неадекватным восприятием информации, эмоциональной нестабильностью, легкой ранимостью и неуверенностью в себе, которые делают личность подростка уязвимой и чувствительной к различным воздействиям. В шкале субъективной оценки тяжести течения БА у подростков асимптомному течению болезни соответствует сумма в 9 баллов, максимально тяжелому — 34 балла. Интересно, что показатель дистресса был максимален, если подросток получал базисную терапию ($27,3 \pm 0,45$ балла), что, очевидно, связано как с более тяжелым течением заболевания, так и с негативным отношением к постоянному применению ингаляторов. После проведенных бесед отношение подростка изменилось и показатели тяжести астмы и дистресса снизились к 6-му месяцу наблюдения.

В группе подростков, активно занимающихся лечебной физкультурой в ЛОЦ «Айболит», напротив, показатели реактивности снизились на 22% к 3-му месяцу занятий, что мы связываем со снижением гиперреактивности бронхов на физическую нагрузку и навыками подростка по снятию бронхоспазма без применения лекарственных средств. Изменилось отношение подростков к своему заболеванию, выразившееся в снижении показателей дистресса на 12 %. Показатели активной и подростковой жизни существенно увеличились (16% и 14 % соответственно), что свидетельствует о лучшей социализации подростков, более активном их участии в разнообразных мероприятиях в коллективе сверстников. Обращает на себя внимание обратная корреляционная связь между качеством активной жизни и дистрессом

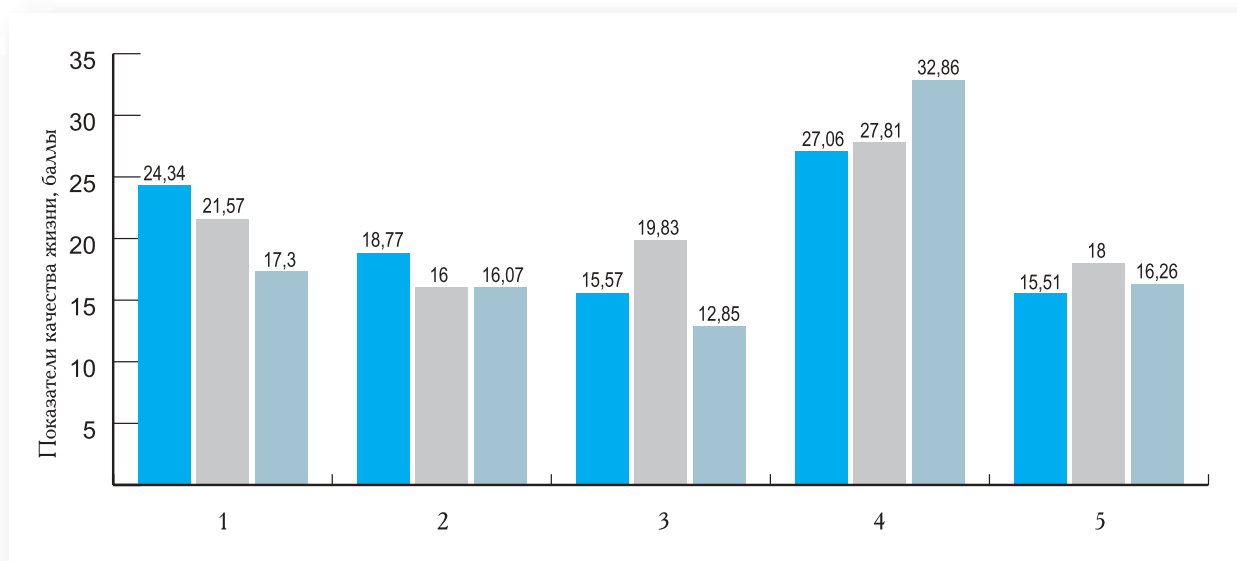


Рисунок. Динамика показателей качества жизни подростков с бронхиальной астмой. ■ до начала программы, ■ после образовательной программы, ■ после гидрокинезитерапевтической программы, 1 — дистресс, 2 — тяжесть астмы, 3 — реактивность, 4 — качество активной жизни, 5 — качество подростковой жизни.

($r = -0,44$; $p < 0,01$), что свидетельствует о нарушениях психоэмоционального состояния подростка при ограничении его физической активности.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости развития образовательных программ, адаптированных для детей подросткового возраста с учетом возрастных особенностей развития высших психических функций. Опыт работы ЛОЦ «Физкультурный Айболит» показывает целесообразность расширения в системе наблюдения подростков, больных БА, организационных структур, объединяющих диагностику, лечение, а также кинези- и гидрокинезитерапевтические и образовательные программы. Кинези- и гидрокинезитерапевтическая программа обладают положительным влиянием на клиническое течение БА, снижают гиперреактивность бронхов при физической нагрузке и формируют изменение отношения подростка к своему заболеванию. Более полный контроль над болезнью позволяет значительно увеличить физическую и жизненную активность подростков. В подавляющем большинстве случаев такая организация помощи подросткам с БА оказалась весьма эффективной, существенно повысив КЖ и, особенно, степень социализации подростков.

Заключение

Таким образом, подростки, больные БА, имеют существенное нарушение КЖ — ограничение жизненной и физической активности, сопровождающееся высоким психоэмоциональным дистрессом. Оценка КЖ подростков с БА может служить критерием эффективности различных лечебных, реабилитаци-

онных и образовательных программ. Образовательные программы для подростков с БА должны быть адаптированы для этого возраста с обязательным включением обучения конкретным формам физической активности. Кинези- и гидрокинезитерапевтические программы обладают положительным влиянием на клиническое течение БА у подростков и существенно повышают их КЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров В. И., Смоленов И. В., Медведева С. С., Смирнов Н. А. // Российский педиатрический журнал. — 1998. — № 4. — С. 16—21.
2. Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С., Чучалин А. Г. // Пульмонология. — 1997. — Т. 7, № 3. — С. 14—19.
3. Чучалин А. Г., Сенкевич Н. Ю. // Тер. архив. — 1998. — Т. 70, № 9. — С. 53—57
4. Гельцер Б. И., Суровенко Т. Н., Пащенко О. П., Просекова Е. В. // 7-й Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — М., 2000. — С. 129.
5. Просекова Е. В., Гельцер Б. И., Шестовская Т. Н. // Пульмонология. — 2002. — № 1. — С. 82—84.
6. Juniper E. F. // Curr. Opin. Pulm. Med. — 1999. — Vol. 5, № 2. — P. 105—110.
7. Juniper E. F., O'Byrne P. M., Guyatt G. H. et al. // Eur. Respir. J. — 1999. — Vol. 14, № 4. — P. 902—907.
8. Juniper E. F. // Can. Respir. J. — 1998. — Vol. 5. — Suppl. A. — P. 77A—84A.
9. Juniper E. F. // Allergy. — 1997. — Vol. 52, № 10. — P. 971—977.
10. Storms B., Olden L., Nathan R., Bodman S. // Ann. Allergy Asthma Immunol. — 1995. — Vol. 75, № 6. — Pt. 1. — P. 491—494.
11. French D. J., Christie M. J., Sowden A. J. // Qual. Life Res. — 1994. — Vol. 3, № 3. — P. 215—224.