## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Шахова А.М., Лобанов Ю.Ф., 2009

## А.М. Шахова, Ю.Ф. Лобанов

# ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ В ГАСТРОШКОЛЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Кафедра педиатрии № 2 ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития», г. Барнаул, РФ

Изучено влияние обучающей программы в форме гастрошколы на изменение показателей качества жизни детей, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД). Включение занятий в гастрошколе в систему реабилитации детей с ХГД повышает уровень информативности пациентов и их родителей о заболевании, методах лечения и профилактики, что в конечном итоге способствует повышению показателей качества жизни детей.

Ключевые слова: дети, гастрошкола, качество жизни, эффективность, гастродуоденит.

Authors studied influence of training in school for gastroenterological patients upon life quality parameters of children with chronic gastroduodenitis (CGD). Training in school for gastroenterological patients included in complex rehabilitation of patients with CGD increases information awareness of patients about their disease, its treatment and prophylaxis and leads to improvement of life quality of patients.

Key words: children, training of gastroenterological patients, life quality, efficacy, gastroduodenitis.

В последние годы специалисты все чаще отмечают, что все достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между врачом и пациентом не будет налажено истинное сотрудничество [1].

Одним из путей формирования партнерства врача и пациентов является обучение последних (а в педиатрической практике и их родителей) в так называемых школах здоровья, которые создаются для пациентов с неинфекционными заболеваниями при лечебно-профилактических учреждениях [2, 3].

Положительными эффектами подобных «школ» являются повышение грамотности родителей в вопросах заболевания их ребенка; достижение партнерских отношений между врачом и родителями; приобретение навыков самоконтроля в отношении симптомов заболевания и тем самым предотвращение его обострений; адекватная организация и улучшение качества жизни ребенка; доступность квалифицированной помощи детям

с применением современных медикаментозных и немедикаментозных методов диагностики и лечения. Существующий мировой опыт использования проблемно-целевого обучения свидетельствует о его целесообразности и эффективности [4].

Цель исследования — изучить влияние обучающей программы в форме гастрошколы на качество жизни детей и подростков с хроническим гастродуоденитом (ХГД).

## Материалы и методы исследования

Исследования проводили на базе гастроэнтерологического отделения МУЗ «Городская детская больница № 1» г. Барнаула. Под наблюдением находились 160 детей в возрасте от 8 до 16 лет с ХГД, средний возраст пациентов составил 12,5 $\pm$ 1,9 лет. Среди обследованных детей было 88 (55%) мальчиков и 72 (45%) девочки.

Диагноз ХГД устанавливали на основании данных анамнеза, жалоб, результатов клинического осмотра и инструментальных методов исследования.

Контактная информация:

*Шахова Алла Михайловна* — д.м.н., проф., зав. каф. педиатрии № 2 ГОУ ВПО «АГМУ Минздравсоцразвития» Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Деповская, 17 Тел.: (3852)61-91-82, E-mail: allashakhova@yandex.ru

Статья поступила 23.09.09, принята к печати 20.01.10.

Протокол обследования больных включал общеклинический минимум (анализ крови, мочи, копрограмма). С целью определения состояния слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны и выявления моторноэвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) проводили эзофагогастродуодено-скопию (ЭГДС) гастроинтестинальным фиброскопом GIF-XQ 10 фирмы «Olympus» (Япония). Для диагностики хронического гастрита использовали Сиднейскую классификацию, адаптированную к педиатрической практике.

С целью уточнения характера морфологических изменений СО гастродуоденальной области у больных с Helicobacter pylori (H. pylori) инфекцией были выполнены гистологические и бактериологические исследования биоптатов СО желудка (СОЖ).

Для оценки морфологических изменений СОЖ руководствовались критериями Сиднейской классификации гастрита (1990): отсутствие или наличие воспаления, его активность, атрофия, кишечная метаплазия, обсемененность СО *Н. руlori*. Все полученные данные оценивали не только качественно (наличие или отсутствие признака), но и количественно. Степень воспаления в биоптате СОЖ градуировали по визуально-аналоговой шкале [5].

 $H.\ pylori$  определяли биохимическим экспресс-тестом и бактериоскопически.

Для определения эффективности обучения детей с XГД в гастрошколе в каждой группе больных оценивали факторы качества жизни. В исследовании была использована экспериментально-психологическая методика для оценки субъективной удовлетворенности качеством жизни SF-36 Health Status Survey [6]. Обработку данных проводили при помощи инструкции, подготовленной компанией Эвиденс — Клинико-фармакологические исследования.

Протокол клинических исследований был одобрен Комитетом по этике при ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития».

В контролируемое проспективное исследование были включены 160 пациентов, соответствующих следующим критериям включения:

- 1) стационарные больные с болями в животе и объективными данными, характерными для обострения ХГД;
- 2) подтвержденным эндоскопическим исследованием диагнозом «эрозивный гастродуоденит»;
- 3) пациенты, у которых эндоскопически определялись изменения СОЖ без эрозий;
- 4) пациенты, регулярно принимающие соответствующие препараты, способные адекватно оценить свое состояние;
  - 5) дети в возрасте 8-16 лет;
- 6) регулярное диспансерное наблюдение у городского детского гастроэнтеролога.

Критериями исключения являлись следующие:

- 1) наличие аллергических заболеваний;
- 2) язвенная болезнь;
- 3) систематический и/или эпизодический прием

препаратов, не входящих в группы фармакологического сравнения и потенциально способных повлиять на течение заболевания;

4) заболевания почек.

Для определения влияния занятий в гастрошколе на изменение показателей качества жизни детей, страдающих ХГД, было выделено 2 группы: 1-я группа (основная группа) — 80 детей с ХГД, проходивших стационарное лечение и обучение в гастрошколе; 2-я группа (группа сравнения) — 80 детей с ХГД, проходивших стационарное лечение и не проходивших обучение в гастрошколе. Одним из условий формирования основной группы было наличие желания заниматься в гастрошколе как у родителей, так и у детей. По полу и возрасту группы были однородны.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли на персональном компьютере с помощью программных средств и пакета статистического анализа «Statistica for Windows 5.0». Использован вариационный анализ. Для каждого вариационного ряда определена средняя арифметическая (М), средняя ошибка средней арифметической (m). Достоверность различных средних арифметических величин определяли при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни. Для сравнительного анализа показателей в группах пациентов применяли t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

### Результаты и их обсуждение

При первом обращении всем родителям было предложено анкетирование по специально разработанной анкете, состоящей из 28 вопросов, касающихся общих сведений о состоянии здоровья ребенка, его заболевании и об уровне информированности в отношении болезни, соблюдения режима дня, характера питания в семье, психологического климата в семье и школе, качества выполнения врачебных рекомендаций и советов, представлений родителей о влиянии имеющегося гастродуоденального заболевания на жизнь ребенка.

Проведенное анкетирование позволило выявить ряд проблем: низкий уровень знаний родителей в отношении заболевания ребенка, трудности в выполнении врачебных рекомендаций по лечению и профилактике заболевания, неуверенность и тревога за будущее ребенка из-за болезни. Как правило, на эти проблемы врачи мало обращают внимание, хотя, безусловно, они влияют на эффективность лечения и поэтому должны учитываться в повседневной работе.

Достаточно плохо родители информированы о причинах возникновения заболевания. Большинство (92%) смогли указать только такую причину, как нарушение режима питания и диеты. Более чем  $^2/_3$  родителей ничего не знали о H. pylori. Такое незнание принципиально важного аспекта причины заболевания у детей ведет, как правило,

к реинфицированию, обострению заболевания и прогрессированию морфологических изменений.

Выявлен низкий уровень знаний относительно тактики родителей при появлении тех или иных жалоб у ребенка. Например, при появлении болей в животе 52% родителей предлагают своим детям выпить активированный уголь, 34% — Но-шпу, 14% — наблюдают за ребенком. На вопрос: «Что вы даете ребенку, если у него изжога?», — только 31,5% респондентов предлагают своему ребенку алмагель или маалокс, 51,9% называли соду, фестал, Но-шпу, воду, 16,5% — не знали ответа.

Количество правильных ответов на вопросы, касающиеся особенностей строения и функционирования желудочно-кишечного тракта у детей, методов диагностики заболеваний пищеварительного тракта, также было невелико (18%). И это при том, что 87,5% родственников обследованных детей страдают хроническими заболеваниями ВОПТ.

При изучении качества выполнения родителями врачебных рекомендаций было выявлено, что половина опрошенных родителей (46,3%) строго выполняли назначения врача, другая половина (53,7%) выполняли их не полностью.

Одной из причин нарушений врачебных рекомендаций 72,1% родителей называют недостаток финансовых средств в семье, что обусловлено социально-экономической ситуацией. А  $^{1}/_{3}$  опрошенных родителей нарушали рекомендации врача, так как не считали их важными и не понимали смысла и необходимости их выполнения. Еще одной причиной невыполнения рекомендаций врача названо недоверие врачу (14,6%). Каждый третий родитель говорит о «трудности контроля за ребенком». Это связано с большой занятостью на работе и отсутствием времени у родителей, сложностью контроля за подростками, которые

иногда не хотят принимать лекарства и соблюдать некоторые ограничения.

Повторное анкетирование после окончания обучения в гастрошколе свидетельствовало о повышении уровня знаний родителей о заболевании ребенка, количество правильных ответов увеличилось до 88,6%.

Детям и их родителям был выдан дневник пациента, в который пациенту еженедельно необходимо было вносить результаты самоконтроля и оценивать эти результаты по сумме баллов. Кроме того, в дневнике содержались рекомендации врача по приему лекарств.

Через 6 месяцев мы вновь обследовали детей 1-й и 2-й группы. В 1-й группе значительно реже отмечались нарушения режима и рациона питания (8%), а также конфликты в семье и школе (12%). В 15% случаев дети и родители совместно пересмотрели дополнительную учебную нагрузку и отметили улучшение психоэмоционального фона в семье. В течение прошедших 6 месяцев в основной группе ухудшение состояния отмечалось у 10% детей, что было связано с психоэмоциональными нагрузками и нарушением режима питания. Эти дети были проконсультированы лечащим врачом, и стационарного лечения не потребовалось.

Во 2-й группе нарушали режим и рацион питания 77% детей, неблагоприятный психологический климат в семье сохранялся у  $^1/_3$  детей, обострение ХГД отмечалось у 28% детей уже через 3 месяца после окончания стационарного лечения, что потребовало дополнительных материальных затрат.

Катамнестическое наблюдение позволило выявить, что к концу года наблюдения в основной группе ухудшение состояния отмечалось у 17% детей, что было связано с психоэмоциональными нагрузками и нарушением режима питания; в

Tаблица  $\label{eq:Table}$  Показатели качества жизни у детей с XГД в исследуемых группах

Показатели качества жизни, баллы	1-я группа			2-я группа		
	до лечения	через 6 мес	через 12 мес	до лечения	через 6 мес	через 12 мес
ФФ	$63,0{\pm}2,6$	$82,0\pm2,1^*$	$79,4\pm2,1^*$	$63,7{\pm}5,0$	$74,6{\pm}3,5^*$	$69,6 \pm 3,1$
РФФ	$67,5 \pm 7,2$	$78,7 \pm 7,2$	$75,1{\pm}6,8$	$71,3\pm 3,1$	$75,1\pm 5,3$	$73,3{\pm}4,8$
ИБ	$61,3\pm 4,9$	$77,7{\pm}2,7^*$	$76,1{\pm}2,7^*$	$62,2\pm2,4$	$71,4\pm3,3$	$69,8\pm2,9$
03	$53,4 \pm 3,4$	$58,2 \pm 3,6$	$57,9 \pm 3,8$	58,1±2,9	$62,6\pm2,9$	$61,2\pm3,0$
ЖА	$59,1 \pm 3,4$	$63,5 \pm 3,6$	$60,5{\pm}4,1$	$52,1\pm3,2$	$63,8{\pm}4,3$	$60,8{\pm}4,0$
СФ	$66,2{\pm}4,5$	$79,7{\pm}4,7^*$	$75,7{\pm}2,7$	66,8±3,6	$71,8\pm 4,7$	$69,0{\pm}4,1$
РЭФ	$63,8 \pm 8,4$	$72,4\pm 8,8$	$70,4{\pm}7,8$	$65,4{\pm}5,4$	$75,1 \pm 5,7$	$71,3\pm 5,2$
ПЗ	$61,4\pm3,1$	$77,0{\pm}3,7^*$	$74,9{\pm}4,6^*$	$60,2\pm2,5$	67,1±3,3*	66,1±3,
M±m	$62,0{\pm}4,7$	$73,6{\pm}4,5$	$71,2 \pm 4,3$	$61,7{\pm}3,5$	$70,2{\pm}4,1$	$67,6 \pm 3,8$

<sup>\*</sup> p<0.05 достоверность различия показателей до и после обучения;  $\Phi\Phi$  – физическое функционирование,  $P\Phi\Phi$  – роль физического функционирования, NB – интенсивность боли, OS – общее здоровье, RA – жизненная активность,  $C\Phi$  – социальное функционирование,  $P\Phi$  – роль эмоционального функционирования, RS – психическое здоровье.

группе сравнения обострение  $X\Gamma Д$  отмечалось у 38% детей.

Оценку показателей качества жизни проводили до начала лечения, затем через 6 и 12 месяцев после окончания лечения (см. таблицу).

Как видно из таблицы, при оценке показателей качества жизни статистически значимых различий в исследуемых группах к началу обучения выявлено не было  $(62,0\pm4,7$  и  $61,7\pm3,5$  балла соответственно, p>0,05).

Однако через 6 месяцев после окончания обучения в 1-й группе улучшились показатели «физическое функционирование» (82,0 $\pm$ 2,1 балла, p<0,05), «интенсивность боли» (77,7 $\pm$ 2,7 балла, p<0,05), «социальное функционирование» (79,7 $\pm$ 4,7 балла, p<0,05), «психическое здоровье» (77,0 $\pm$ 3,7 балла, p<0,05), во 2-й группе — показатели «физическое функционирование» (74,6 $\pm$ 3,5 балла, p<0,05) и «психическое здоровье» (67,1 $\pm$ 3,3 балла, p<0,05).

В 1-й группе положительная динамика сохра-

нялась в течение года, а во 2-й — показатели качества жизни мало отличались от тех, что были выявлены до начала обучения (p>0.05).

### Выводы

- 1. Образовательная программа в форме гастрошколы обеспечивает улучшение показателей качества жизни детей с  $X\Gamma\Pi$  на 21%.
- 2. Положительное влияние на динамику патологического процесса прослеживается на протяжении 6 месяцев после окончания обучения. Более чем в 2 раза снижается частота обострений ХГД на протяжении года у детей, прошедших обучение в гастрошколе.
- 3. Непонимание смысла и необходимости выполнения назначений, а также недоверие врачу свидетельствуют об отсутствии партнерских отношений между врачом и родителями пациентов.
- **4.** Трудности контроля за подростками свидетельствуют о необходимости привлечения к занятиям в гастрошколе как родителей, так и детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1. Малямова Л.Н. Перспективы развития педиатрической гастроэнтерологической службы г. Екатеринбурга. Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России. М., 2005: 78.
- 2. Звягин А.А. Функциональная диспепсия и хронический гастрит у детей: оптимизация диагностики, лечения и реабилитации: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2006.
- 3. Панков Д.Д., Румянцев А.Г., Держицкая О.Н. Организационно-методические проблемы на пути реализации проекта по созданию школ здоровья. Рос. пед. журнал. 2008; 1: 33–37.
- 4. Рябухин Ю.В., Угненко Н.М. О влиянии проблемноцелевого обучения пациентов на качество лечения и эффективность реабилитации детей, страдающих хроническими заболеваниями. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. 2001; 1: 28–31.
- 5. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада X, 1998.
- 6. Ware JE, Ware JE, Snow KK et al. SF-36 Health Survey Manual and Intertpretation Guide. Boston, MA: New Engl. Med. Centre, The Health Institute, 1993: 1–22.