

Т.Н.Суковатых

ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Белорусский институт усовершенствования врачей, Минск

Бронхиальная астма — важная проблема педиатрии во всем мире [1,9,11,13,16]. Значимость болезни определяется ее высокой распространенностью у детей, отсутствием тенденции к уменьшению ее частоты и тяжести, возможностью летальных исходов, нередко недостаточной эффективностью лечения [3,4,15]. Эпидемиологические исследования по распространенности бронхиальной астмы у детей в странах СНГ свидетельствуют о несоответствии данных официальной статистики истинной частоте болезни и значительном недоучете (в 2 и более раз) больных астмой в детских поликлиниках [2—4]. Различными авторами и нашими исследованиями установлено достоверное преобладание частоты болезни в промышленных районах с высокой степенью загрязнения воздуха по сравнению с более благоприятными экологическими зонами [2,5,14,16]. Анализ историй развития болезни детей с бронхиальной астмой показал, что легкая астма часто не диагностируется и при течении болезни без четко очерченных приступов удушья, при связи обострений болезни с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) ставятся ошибочные диагнозы ОРЗ и бронхитов. Сложилась порочная практика диагностировать бронхиальную астму только после консультации аллерголога и подтверждения этиологического диагноза с помощью аллергологических тестов. Практические врачи не всегда учитывают ведущие критерии диагностики астмы у детей: классические признаки атопии (наследственное предрасположение, сопутствующие атопические болезни у ребенка), характерные для астмы клинические симптомы. Недооцениваются наличие важнейшего механизма развития бронхиальной астмы — гиперчувствительности бронхов и роль неаллергических причин в обострениях болезни.

К сожалению, педиатры практически не информированы о современных подходах к диагностике и лечению бронхиальной астмы, о рекомендациях Международного консенсуса, что выясняется в процессе педагогической работы на циклах усовершенствования врачей.

В то же время первой и важнейшей задачей программы действий для успешного лечения астмы Междуна-

родный консенсус предусматривает просвещение и обучение пациентов и родителей больных детей по различным вопросам астмы. К настоящему времени накоплен опыт этой работы во многих странах и функционируют астма-школы в ряде городов СНГ [6,7,10,12]. В рамках решения задачи обучения с 1995 г. в Минске работает астма-школа для родителей, дети которых страдают бронхиальной астмой. В своей работе астма-школы используют программы, отражающие общие тенденции, но различные по длительности курсы обучения и варианты тематики занятий. Нами составлена педиатрическая программа, рассчитанная на 10 занятий, которые проводятся в вечерние часы, удобные для родителей. За истекшее время в школе обучились 76 родителей, большинство которых прошли полный курс занятий, некоторые по различным причинам имели пропуски или не закончили полный курс учебы.

На первом занятии уточнялись данные о больных детях, соответственно составленной анкете проводился краткий опрос родителей для выяснения их базовых знаний об астме. Все занятия строились в форме бесед с ответами на вопросы, интересующие родителей. На каждом занятии более подробно освещалась определенная тема, по возможности с иллюстрациями, проводилось обучение пользованию ингаляторами, пикфлоуметром. Отрабатывались первичные навыки массажа, правильного дыхания, дыхательной гимнастики. В процессе образовательного курса родители заполняли более подробные анкеты, анализ которых выявил их низкий уровень знаний, а также значительные дефекты в диагностике и лечении больных детей. При легком течении бронхиальной астмы ни у одного ребенка диагноз не был поставлен на начальной стадии болезни, до постановки диагноза обычно проходил срок от 1 года до 3 лет, а иногда и более. Детям с бронхиальной астмой без достаточных показаний (и без эффекта) назначались повторные курсы лечения антибиотиками и сульфаниламидами. Родители, как правило, не получали информации о характерных симптомах астмы, отличиях болезни от респираторных заболеваний и бронхитов. Диспансерное наблюдение

осуществлялось недостаточно и некачественно. Менее одной трети больных однократно проходили спирографическое исследование, а о возможности контроля функции внешнего дыхания с помощью пикфлоуметра родители не имели представления. Плохо проводится работа с родителями по необходимости соблюдения гипоаллергенного быта, обязательности занятий лечебной и общей физкультурой. Только 15,2% детей регулярно занимались гимнастикой, еще меньше (13,9%) — спортом. У 30% больных физическая нагрузка вызывала симптомы астмы, что, к сожалению, побуждало не только родителей, но и врачей освобождать детей от физкультуры и уменьшать физическую нагрузку. При реакциях на холодный воздух родители уменьшали и даже прекращали прогулки, переводили детей на домашний режим, что лишь усугубляло тяжесть болезни. О возможности предупреждения обострения астмы от воздействия аллергена или неспецифического раздражителя никому не было известно. Почти все дети из-за обострений болезни до 2—3 мес в году и больше пропускали школу и не посещали детские учреждения. По данным анкетирования, в 74% случаев астма мешает учебе, в 60,9% затрудняет общение больных детей со сверстниками, в 59,2% ограничивает контакты семьи. Более половины родителей считают, что лекарства плохо лечат астму их детей, испытывают страх при приступах удушья, почти все тревожатся о будущем ребенка. 89% матерей опасаются лечения глюкокортикоидными препаратами и крайне отрицательно относятся к возможности их назначения. Только 10,8% родителей были удовлетворены своим участковым врачом. Все обучающиеся хотели как можно больше знать об астме и аллергии, выражали удовлетворение курсом обучения и отмечали, что занятия позволили им оптимизировать санитарно-гигиенический режим, снизить психологическую напряженность, правильно оценивать и проводить назначенное лечение. Не вызывает сомнения, что участковые педиатры должны осуществлять своевременную первичную диагностику бронхиальной астмы и проводить рациональное лечение и качественное диспансерное наблюдение за больными согласно современным положениям и рекомендациям. Это возможно лишь при достаточном объеме знаний врача. В то же время от врачей в некоторых случаях родители получают неправильную информацию. Консультативно-методическая помощь детских аллергологов не может обеспечить должный уровень реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой. Поэтому имеется насущная необходимость совершенствования знаний педиатров по вопросам астмы и аллергии.

Нами организован детский реабилитационный центр "Астма и аллергия", в составе которого будет осуществляться работа астма-школы. Разработана программа для обучения самих больных детей. Важным дополнением обучающих программ является выпуск материалов в помощь усвоению знаний, их распространение и использование больными и семьей. С этой целью составлены учебные материалы "Уроки для родителей" и "Полезные советы". В реабилитационном

центре родители смогут овладеть навыками физических методов лечения, контролю за болезнью и состоянием функции внешнего дыхания.

При реабилитационном центре планируется проведение тематических циклов и семинаров для усовершенствования знаний практических врачей по астме и аллергии. Практические занятия с педиатрами по реабилитации детей с бронхиальной астмой позволят решать дискуссионные вопросы, наглядно видеть ошибки в проведении лечения и диспансеризации, убедиться в эффективности современных методов лекарственной и немедикаментозной терапии.

Педиатрические астма-школы целесообразно организовывать на всех этапах диспансеризации детей с бронхиальной астмой, прежде всего амбулаторно-поликлиническом, а также стационарном и в отделениях матери и ребенка санаторных учреждений.

Работа астма-школ будет способствовать повышению эффективности лечения детей при минимальном объеме лекарств и снижении числа госпитализаций, уменьшит тяжесть течения болезни и улучшит долгосрочный прогноз. Кроме того, занятия с родителями позволят улучшить социальную адаптацию больных детей, их эмоциональный тонус, психологическую обстановку в семье, обеспечить активный образ жизни детей, привить им необходимые санитарно-гигиенические навыки.

Широкое внедрение в практическое здравоохранение обучающих программ для родителей детей, страдающих бронхиальной астмой, а также для врачей послужит осуществлению главной цели образования — развитию партнерства врач-больной-семья.

Для обеспечения высокого уровня образовательной работы необходимо тесное взаимодействие и сотрудничество органов здравоохранения, научных, профессиональных, государственных и свободных организаций, которые должны быть заинтересованы в уменьшении заболеваемости детей астмой и аллергией, уменьшении тяжести их течения, повышении эффективности лечения, а значит, улучшении здоровья нации в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста // Педиатрия. — 1992. — № 3. — С.7—13.
2. Войтова Е.В. Распространенность и удельный вес основных аллергических заболеваний у детей г. Минска и Минского района и их связь с экологическими факторами: Автореф. дис. ... канд. — Минск, 1994.
3. Воронцов И.М., Цинзерлинг А.В., Коростовцев Д.С., Макарова И.В. Анализ летальности при бронхиальной астме у детей // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й Сборник резюме. — М., 1995. — № 1495.
4. Неретина А.Ф. Организация диспансерного наблюдения, новые этапы лечения и медико-социальной реабилитации детей с хронической бронхолегочной патологией: Науч. доклад др. мед. наук. — Воронеж, 1994.
5. Петрова Т.И., Гервасиева В.Б., Даутов Ф.Ф. Зависимость распространенности бронхиальной астмы у детей от загрязненности атмосферного воздуха // Улучшение качества жизни при астме и аллергии. — СПб., 1995. — С.30.
6. Ревякина В.А., Балаболкин И.И., Намазова Л.С. и др. Опыт работы "астма-школы" в педиатрической практике // Нацио

нальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 848.

7. Чайковская М.В., Лехнович В.М., Волкова В.К. и др. Особенности образовательных программ для детей, страдающих бронхиальной астмой и другими аллергическими заболеваниями // Там же.— № 851.
8. Dekker C. Childhood asthma and the indoor environment // Chest.— 1991.— Vol.100.— P.922—926.
9. Ringsberg K.C., Wilklund L. Education of adult patients at an "asthma-school": effects on quality of life, knowledge, and need for nursing // Eur. Respir. J.— 1990.— Vol.3.— P.33—37.
10. Taggart V.S. You can control asthma: evaluation of an asthma education program for hospitalized inner-city children // Patient. Educ. Couns.— 1991.— Vol.17.— P.35—47.

11. Taylor W.R., Newachek P.W. Impact of childhood Asthma in Health // Pediatrics.— 1992.— Vol.90, № 5.— P.657—662.
12. Van Asperen P.P., Kemp A.S., Mukhi A. Atopy in infancy predicts the severity of bronchial hyperresponsiveness in later childhood // J. Allergy Clin. Immunol.— 1990.— Vol.85.— P.790—795.
13. Wardlaw A.J. The role of air pollution in asthma // Clin. Exp. Allergy.— 1993.— Vol.23.— P.81—96.
14. Weiss K.B., Gergen P.J., Wagener D.K. Breathing better or wheezing worse? The changing epidemiology of asthma morbidity and mortality // Am. Rev. Publ. Health.— 1993.— Vol.14.— P.491—513.
15. Weitzman M., Gortmaker S., Sobol A. Racial, social and environmental risks for childhood asthma // Am. J. Dis. Child.— 1995.— Vol.144.— P.1189—1194.

Поступила 16.02.96.

Хроника. Информация

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ (220-е ЗАСЕДАНИЕ) ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И СЕКЦИИ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ФТИЗИАТОРОВ ОТ 23.05.95

Председатель — акад.РАМН М.И.Перельман, Референт проф. Н.С.Королева

Доклады

1. В. И. Казакевич (МНИОИ им.П.А.Герцена). Роль эхографии при раке легкого и опухолях средостения.

Комплексное УЗИ проведено 205 больным раком легкого (центральным — 133, периферическим — 72) на аппаратах "Тошиба-90", "АЛОКА" (Япония), конвексными датчиками 3,5 МГц и линейными 5 и 7,5 МГц. Основные задачи УЗИ: 1) исследование печени, почек, надпочечников, забрюшинного пространства; 2) исследование надключичных областей для выявления поражения лимфатических узлов; 3) исследование переднего средостения для выявления поражения внутригрудных лимфатических узлов по методике K. Werneke et al.; 4) выявление жидкости в плевральных полостях; 5) определение врастания периферического рака в грудную стенку по следующим признакам: подвижность узла при дыхании, инфильтрация мягких тканей, деструкция ребер опухолью. При рентгенологическом исследовании выявляют инвазию грудной стенки реже, чем при эхографии — соответственно в 21,7 и 91,3%; 6) при центральном раке с ателектазом переднего сегмента верхней доли легкого возможна визуализация первичной опухоли и определение характера вовлечения магистральных сосудов корня легкого (сдавление, прорастание, опухолевый тромбоз) по разработанной методике. Возможны измерения расстояния от места прорастания легочной артерии до легочного ствола с выявлением вовлечения последнего; измерение расстояния от края опухолевого тромба в легочных венах до левого предсердия; выявление тромба в сердечных камерах, инфильтрации перикарда и миокарда. Данные исследований (33 пациента) совпадали с операционными находками; 7) в случаях центрального и периферического рака исследование средостения пищеводным датчиком на аппарате АКУСОН 128 ХР для выявления поражения паразофагеальных и бифуркационных лимфатических узлов, их врастания в магистральные сосуды, перикард и сердце; 8) проведение прицельной диагностической пункции под контролем УЗИ для морфологической верификации выявленного очага; 9) выявление внутригрудного рецидива после пневмонэктомии. Таким образом, УЗИ — необходимый этап обследования для определения распространенности опухолевого процесса, показаний к хирургическому

лечению и планирования объема оперативного вмешательства при раке легкого, а также для динамического наблюдения.

При опухолях средостения (123 больных) УЗИ позволяет определить 1) связь опухоли с щитовидной железой; 2) жидкость в плевральных полостях и в полости перикарда; 3) соотношение опухоли с перикардом, сердцем, аортой и ее ветвями, легкими, сосудами корня легкого и грудной стенкой; 4) эффект консервативного противоопухолевого лечения. Остаточные изменения, имитирующие опухоль, могут оставаться длительное время, являясь нередко морфологически узлами фиброза или некротизированной ткани. Рецидив выглядит как узел, сходный по экзогенности с первичной опухолью. В целом УЗИ отвечает почти на все вопросы диагностики. У 28 больных с опухолями средостения на разных этапах лечения данные УЗИ подтверждены во время хирургического вмешательства.

Ответы на вопросы

Сегодня нельзя четко сказать — имеется гиперплазия лимфатического узла или метастатическое поражение. Минимальный размер выявляемой опухоли равен 1 см, для пункции под контролем УЗИ размер опухоли должен быть не менее 2 см. Транспищеводный датчик вводят до входа в желудок. При центральном раке транспищеводное исследование производится в положении больного на левом боку. Распространенность рака по бронху и плевре увидеть нельзя. УЗИ дает больше информации о вовлечении в процесс сосудов, чем компьютерная томография.

2. В. Н. Наумов, А. Э. Эргешов (ЦНИИТ РАМН). Эхография в комплексной диагностике туберкулеза легких и плевры.

Применение УЗИ у больных туберкулезом органов дыхания позволяет получить дополнительную информацию для выявления и дифференциальной диагностики субплеврально расположенных округлых образований, определить наличие жидкости в плевральной полости при туберкулезных плевритах, обеспечить контроль за формированием фиброторакса после пульмонэктомии у больных туберкулезом. УЗИ позволяет оценить форму, величину, контур, экзогенность, эхоструктуру, наличие или отсутствие капсулы при туберкулемах и округлых инфильтратах. Эхография в 1,8 раза чаще,