

Статья поступила в редакцию 8.12.2018 г.

Дракина С.А., Перевощикова Н.К., Черных Н.С., Торочкина Г.П.
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ

Развитие ребенка в условиях тяжелой соматической патологии сказывается на формировании его личности, особенностях взаимоотношений со сверстниками и возможностях адаптации в целом. Около 25-30 % обострений бронхиальной астмы (БА) у подростков связаны с периодами эмоционального напряжения. Эмоциональная неустойчивость, неуверенность в себе, замкнутость у больных БА подростков нарушают формирование самооценки, доверительных отношений со взрослыми. Отсутствие комплайенса между больными БА подростками, родителями и врачом лежит в основе потери контроля над течением заболевания.

Цель – восстановление контроля над течением бронхиальной астмы с учетом особенностей свойств личности подростка.

Материалы и методы. В статье представлена эффективность межведомственного подхода к ведению больных БА подростков, используемого в проведении образовательных программ («Астма-школа для подростков», «Астма-школа для родителей»), релаксирующих психологических тренингов. В исследовании приняли участие 100 подростков, больных бронхиальной астмой, в возрасте 11-17 лет (средний возраст $13,9 \pm 0,14$ лет, стаж болезни – $8,05 \pm 0,33$ лет), которые состояли на диспансерном учете, но категорически отказывались от базисной терапии, признавая лечение лишь в период приступа.

Результаты. Улучшение комплайенса между подростками, родителями и врачом сказалось на восстановлении доверительных отношений, следствием чего явилось выполнение подростками всех требований и рекомендаций пульмонолога – приобретение пикфлоуметра, ведение дневника самоконтроля, восстановление базисного лечения. Исчезла потребность в круглосуточной госпитализации, наблюдение и лечение больных БА подростков переведено на амбулаторный этап.

Заключение. Для достижения увеличения эффективности лечения БА необходимо принимать во внимание, помимо основных факторов, лежащих в основе развития заболевания, личностные, эмоциональные и физиологические особенности подростков.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подростки; бронхиальная астма; свойства личности; комплайенс.

Drakina S.A., Perevoschikova N.K., Chernich N.S., Torochkina G.P.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

THE RESTORATION OF CONTROL OVER THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA WITH CONSIDERATION OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS

The development of a child in severe somatic pathology affects the formation of his personality, features of relationships with peers and opportunities for adaptation in General. About 25-30 % of exacerbations of bronchial asthma (BA) in adolescents are associated with periods of emotional stress. Emotional instability, self-doubt, isolation in patients with bronchial asthma of teenagers, violate the formation of self-esteem, trusting relationships with adults. The lack of compliance between BA patients, adolescents, parents and the doctor is at the heart of the loss of control over the course of the disease.

Aim – restoration of control over the course of bronchial asthma, taking into account the characteristics of the personality of the teenager.

Materials and methods. The article presents the effectiveness of the interdepartmental approach to the management of adolescent BA patients, used in educational programs («Asthma school for adolescents», «Asthma school for parents»), relaxing psychological trainings. The study involved 100 adolescents with bronchial asthma at the age of 11-17 years (mean age 13.9 ± 0.14 years, length of illness – 8.05 ± 0.33 years), who were on dispensary registration, but categorically refused basic therapy, recognizing the treatment only during the attack.

Results. Improvement of the compliance between adolescents, parents and medical impact on the restoration of trust, the result of which was the execution of teenagers of all requirements and recommendations of the pulmonologist – purchase peakflowmetry, keeping a diary of self-control, restoration of basic therapy. The need for round-the-clock hospitalization has disappeared, the monitoring and treatment of BA adolescent patients has been transferred to the outpatient stage.

Summary. In order to achieve an increase in the effectiveness of BA treatment, it is necessary to take into account, in addition to the main factors underlying the development of the disease, personal, as well as emotional and physiological features of adolescents.

KEY WORDS: adolescents; bronchial asthma; personality traits; compliance.

Среди аллергических заболеваний бронхиальная астма (БА) последние несколько десятилетий занимает стойкие лидирующие позиции [1]. К 2025 году ВОЗ прогнозирует увеличение числа больных БА до 400 млн человек в мире [2]. Отмечается рост заболеваемости БА среди детей 6-7 лет

(11,1-11,6 %) и подростков 13-14 лет (13,2-13,7 %) [3]. В современных условиях в этиологии и патогенезе заболевания возросла роль психоэмоциональных и психосоциальных факторов.

Бронхиальная астма является одним из распространенных психосоматических заболеваний среди под-

ростков, особенно проживающих в промышленных городах, где частота её колеблется от 0,6 % до 1 % [4]. Именно на подростковый возраст чаще приходится обострение психосоматических заболеваний, что обусловлено физиологической перестройкой организма, процессами полового созревания, особенностями психоэмоциональной сферы (инфантильность, невротичность, тревожность), изменением в системе социальных требований [5, 6].

Обострения БА у подростков в 25-30 % случаев связаны с периодами эмоционального напряжения [7]. Подростки, страдающие БА, составляют в популяции детей 36-40 % [8]. С каждым годом растет летальность от БА и 4 случая из пяти приходятся именно на пубертатный период [1]. К числу главенствующих этиологических факторов смертности детей подросткового возраста от БА относятся отсутствие или низкая степень приверженности к назначенной терапии, превышение допустимой дозы β_2 -агонистов и теofilлина, низкий уровень взаимодействия между врачом, подростком и родителем [9].

Цель исследования — восстановление контроля над течением бронхиальной астмы с учетом особенностей свойств личности подростка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 100 детей в возрасте 11-17 лет, больных БА, состоящих на диспансерном учете в пульмонологическом центре МБУЗ ДКБ № 1, которые по достижении подросткового возраста (11-17 лет) категорически отказывались от базового лечения и наблюдения, и прибегали к лечению только в случае приступа бронхиальной астмы. Средний возраст подростков составил $13,9 \pm 0,14$ лет, стаж болезни — в среднем $8,05 \pm 0,33$ лет.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе осуществлялись сбор анамнестических данных, работа с амбулаторными картами, клинико-лабораторное обследование, психологическое тестирование подростков посредством компьютерной программы STATUS-PF в МБУО «Центр диагностики и консультирования». На втором этапе проводились обучающие курсы в «Астма-школе для подростков» и «Астма-школе для родителей», психологические тренинги. На третьем этапе проводилась оценка эффективности проведенных мероприятий.

Для сравнения были выбраны 30 больных БА подростков соответствующего возраста, которые прошли первый этап, но отказались от обучения в «Астма-школе» и от психологических тренингов. Среди причин отказа — отсутствие желания и времени как у родителей, так и у подростков на запланированные мероприятия.

Корреспонденцию адресовать:

ДРАКИНА Светлана Альбертовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КеМГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3842) 73-48-56.
E-mail: sdrakina@yandex.ru

Психологический статус оценивался с помощью локальных видов тревожности по А.М. Прихожан, имеющих две формы, каждая из которых состоит из сорока вопросов, содержит четыре субшкалы, определяющие школьную, межличностную, магическую тревожность. Первая форма («А») предназначена для подростков 10-12 лет, вторая («Б») — для подростков 13-16 лет. Подсчитывалась общая сумма баллов и отдельно по субшкалам. Первичная оценка переводится в шкальную. В качестве шкальной оценки используется стандартная десятка (1-2 — тревожность не свойственна, 3-6 — нормальный уровень тревожности, 7-8 — несколько повышенная тревожность, 9 — явно повышенная, 10 — очень высокая).

При помощи многофакторного опросника Р.Б. Кэттелла, состоящего из 105 вопросов, диагностировались личностные особенности детей подросткового возраста. Каждый вопрос имел три варианта ответа.

Исследование осуществлялось согласно этическим стандартам в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» с поправками 2013 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава России № 266 от 19.06.2003 г. с обязательным информированным согласием исследуемых или их законных представителей.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ StatSoft Statistica 6.0. Для представления качественных признаков использовали относительные показатели (доли, %). Достоверность качественных показателей оценивалась с помощью критериев «хи-квадрат» Пирсона и критерия Фишера, количественных признаков — с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех наблюдаемых подростков диагностировалось легкое течение БА, персистирующее — у 96 %, интермиттирующее — у 4 %. Обострение заболевания лечили в условиях дневного стационара 14 подростков, в круглосуточном стационаре — 3 подростка, остальные снимали приступы бесконтрольно.

Первые симптомы заболевания приходились на возраст 2-3 года, тогда как сам диагноз «Бронхиальная астма» (МКБ-10, J45.0) был поставлен через 1,5-2 года. Постановке диагноза предшествовали повторные эпизоды обструктивного бронхита от 2 до 5 раз в год. Основными провоцирующими факторами развития БА в раннем и дошкольном возрасте в 86,3 % являлись ОРВИ, в 15,1 % — пищевая аллергия, в 8,2 % — контакт с домашними животными. В младшем школьном возрасте основными провоцирующими факторами в 66,7 % случаев являлась вирусная инфекция, в 25 % — аллергический компонент и в 8,3 % случаев — физическая нагрузка. В 42 % случаев причинными факторами обструкции в подростковом возрасте являлись отрицательные эмоции, в

33 % — аллергическая составляющая, в 20 % — острая респираторная инфекция, в 5 % — физическая нагрузка. Первые приступы БА в подростковом возрасте возникли у 15 человек и, как правило, были связаны с психоэмоциональными стрессами (развод родителей — у 7 человек, переход в новую школу — у 2, потеря близкого — у 4, издевательское отношение сверстников — у 2).

Спортивные секции (плавание, фигурное катание, футбол, волейбол) посещали 25 % детей с БА. При этом каждый четвертый подросток с БА имел вредную привычку — табакокурение. В семьях, где курил один из родителей, случаи употребления табачных изделий подростками встречались чаще, так как основной источник сигарет у подростков — сигареты родителей, которые находились в свободном доступе. Так, курение отца встречалось в 37 % случаев, курение матери — в 30 %. Каждый шестой подросток (17 %), больной БА, проживал в семьях, где курят оба родителя.

Наблюдались у пульмонолога подростки преимущественно в период постановки диагноза. Указания пульмонолога использовать β_2 -агонисты перед начинающимся приступом 41 подросток дополняли его прием по собственному усмотрению. Так, 24 подростка с БА не могли разграничить начинающийся приступ от других неприятных ощущений (волнение, духота в помещении, необъяснимая тревога, боли в сердце), 15 подростков с БА манипулировали своим заболеванием перед учителем (боязнь быть вызванным на уроке), родителями (во время ссоры и для пропуска школы). Два юноши 16 и 17 лет использовали сальбутамол для купирования изжоги.

Одним из основных показателей здоровья является физическое развитие. При его оценке отмечено, что 62 % подростков с БА имели среднее физическое развитие, 22 % — ниже среднего, 16 % подростков имели дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела.

При изучении соматической патологии первое ранговое место в структуре заболеваемости занимали болезни нервной системы (вегето-сосудистая дистония), второе — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит, дискинезии желчевыводящих путей), третье — психические расстройства в виде невротического состояния, синдрома гипервозбудимости, тикоидных гиперкинезов, ночного энуреза. На учете у эндокринолога состояли 13 подростков, из которых 11 — с ожирением II степени (9 мальчиков, 3 девочки), с гипертиреозом — 1, с аутоиммунным тиреоидитом — 1.

Практически у каждого четвертого пациента (27 %) бронхиальная астма сочеталась с аллергическим ринитом, у каждого пятого (20 %) — с атопическим дерматитом. Одновременно все три заболевания присутствовали у 7 подростков.

Реабилитационные мероприятия проводились подросткам при сотрудничестве учреждений образовательного и медицинского профиля.

Образовательный курс в «Астма-школе для подростков» включал 3 занятия по 2-2,5 часа. Группа формировалась в зависимости от возраста и состояла из 10-11 человек. В процессе обучения подростков знакомили с физиологией и анатомией органов дыхания, провоцирующими факторами, правилами и техникой ингаляции, навыками самоконтроля. В конце курса занятий подросткам давались рекомендации о последующей профориентации.

Параллельно с обучением подростков проводилась «Астма-школа для родителей», состоящая из 6 занятий по 1-1,5 часа. Основные темы: понятие БА, механизм развития, факторы риска, методы и критерии контроля, принципы лечения, лекарственные препараты и способы их доставки, скорая помощь при приступе.

После обучения подростков в «Астма-школе» осуществлялась психотерапевтическая коррекция. Педагог-психолог, начиная свою работу с сольных занятий с подростком и родителями, определял дальнейшую программу. Подростки, легко вступающие в контакт, формировались для занятий в группы по 8 человек. С ребятами, трудно вступающими в контакт, занимались индивидуально. Программа включала 10 занятий по 1,5 часа. Целью данных занятий являлось обучение подростков способам снятия внутреннего напряжения, конструктивным мерам взаимодействия со сверстниками, родителями и окружающими. Занятия проводились в сенсорной комнате, оборудованной музыкальным креслом-подушкой, мягкими складными креслами, световым мерцающим ковром «млечный путь», светящейся сетью, тактильно-световыми пузырьковыми трубами, музыкальным центром с набором релаксирующей музыки, колючими мячами, «мячами-гигантами». Результативность комплекса мероприятий определялась сразу после занятий, через 3, 6 и 12 месяцев.

Наблюдение за изменениями локальных видов тревожности у подростков выявило, что более существенно изменились показатели подростков младшей возрастной группы 11-14 лет (табл. 1). Среди высоко тревожных школьников 11-14 лет статистически значимо регистрировалось снижение числа детей по виду школьной тревоги, самооценочной, межличност-

Сведения об авторах:

ДРАКИНА Светлана Альбертовна, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: sdrakina@yandex.ru

ПЕРЕВОЩИКОВА Нина Константиновна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nkp42@mail.ru

ЧЕРНЫХ Наталья Степановна, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nastep@mail.ru

ТОРОЧКИНА Галина Петровна, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: torochkinagp@mail.ru

твой. Положительный результат психокоррекции сохранялся до 3-х месяцев ($p = 0,0337$; $p = 0,0231$; $p = 0,0234$). Психокоррекция в старшей возрастной группе была менее эффективной. Снизилось лишь число подростков с высокой самооценочной тревожностью ($p = 0,0382$), однако эффект был недолгосрочным и сохранялся менее 3-х месяцев.

Показатели самооценки подростков, проводимые при помощи многофакторного опросника Р. Кеттелла (табл. 2), оценивали сразу по завершении психокоррекционных занятий и через 6 месяцев. Наиболее чувствительными к релаксирующим занятиям были подростки младшей возрастной группы (11-14 лет), менее – подростки старшей возрастной группы (15-17 лет). Так, по окончании психокоррекционных занятий ребята младшей возрастной группы стали гибче и коммуникабельнее в общении в 2,2 раза, более чуткими в отношениях со сверстниками, стоворчивее (Ф-А, $p = 0,0003$). У подростков 11-14 лет появилась постоянность не только в поведении, но и в эмоциях, уравновешенность и стоворчивость в группе (Ф-С, $p = 0,0022$). Половине подростков (50,7 %) младшей возрастной группы были свойственны излишняя скромность, застенчивость, склонность к конформизму, тогда как по окончании релаксирующих

занятий данные признаки регистрировались лишь у 23,3 % подростков (Ф-Е, $p = 0,0005$).

Ребята 11-14 лет стали мужественнее, решительнее, рискованнее, не боялись браться за новое дело (Ф-Н, $p = 0,0001$). В 2 раза сократилось число подростков младшей возрастной группы с избыточной недоверчивостью и скептичностью (Ф-Л, $p = 0,0015$). Статистически значимо сократилось число детей младшей возрастной группы, обращающих внимание на мелочи и пустяки; более значимо, в 4 раза, уменьшилось число подростков 15-17 лет с высокими значениями в плане натянутых взаимоотношений со сверстниками, несамостоятельности в практических делах (Ф-М, $p = 0,0496$ и $p = 0,0008$, соответственно). Статистически значимые изменения отмечались у подростков 11-14 лет, ставших более сдержанными, уравновешенными, менее значимыми и чувствительными к собственной персоне (Ф-О, $p = 0,0001$). После курса психотерапевтических занятий статистически значимо снизилось (с 57,5 % до 39,7 %) число детей младшего возраста с зависимостью от чужого мнения, ориентировкой на социальное одобрение (Ф-Q2, $p = 0,0314$).

Ранее свойственные 56,2 % подросткам 11-14 лет и 63 % детей 15-17 лет несдержанность, экзальтированность, взвинченность, раздраженность после кур-

Таблица 1
Динамика показателей локальных видов тревожности по М. Прихожан у больных бронхиальной астмой подростков с исходно высоким уровнем тревоги (9-10 стен)

Table 1
Dynamics of indicators of local types of anxiety according to M. Prikhozhan in patients with bronchial asthma of adolescents with initially high levels of anxiety (9-10 walls)

Локальная тревожность	Подростки с бронхиальной астмой, абс. (%)					p парные
	Исходные данные (1)	После психокоррекции (2)	Через 3 месяца (3)	Через 6 месяцев (4)	Через 12 месяцев (5)	
Подростки 11-14 лет						
	n = 73	n = 73	n = 73	n = 65	n = 28	
Школьная	16 (21,92)	7 (9,58)	7 (9,58)	11 (16,92)	5 (17,86)	1-2 = 0,0337 1-3 = 0,0337
Самооценочная	14 (19,1)	6 (8,2)	5 (6,85)	8 (12,31)	4 (14,29)	1-2 = 0,0451 1-3 = 0,0231
Межличностная	14 (19,18)	6 (8,22)	5 (6,85)	9 (13,8)	5 (17,8)	1-2 = 0,0451 1-3 = 0,0234
Магическая	13 (17,81)	-	-	-	-	1-3 = 0,0001
Подростки 15-17 лет						
	n = 27	n = 27	n = 25	n = 23	n = 10	
Школьная	3 (11,11)	-	-	1 (4,35)	1 (10)	
Самооценочная	8 (29,62)	2 (7,4)	2 (8)	4 (17,39)	2 (20)	1-2 = 0,0382
Межличностная	8 (29,63)	3 (11,1)	6 (24)	6 (26)	3 (30)	

Information about authors:

DRAKINA Svetlana Albertovna, candidate of medical sciences, docent, department of polyclinic pediatrics and propaedeutics childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: sdrakina@yandex.ru

PEREVOSCIKOVA Nina Konstantinovna, doctor of medical sciences, professor, head of department of polyclinic pediatrics and propaedeutics childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nkp42@mail.ru

CHERNICH Natalia Stepanovna, candidate of medical sciences, docent, department of polyclinic pediatrics and propaedeutics childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nastep@mail.ru

TOROCHKINA Galina Petrovna, candidate of medical sciences, docent, department of polyclinic pediatrics and propaedeutics childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: torochkinagp@mail.ru

Таблица 2

Динамика личностных особенностей больных бронхиальной астмой подростков (опросник Р. Кеттелла)

Table 2

Dynamics of personality characteristics of adolescent patients with bronchial asthma (R. Kettella questionnaire)

Факторы	Подростки с бронхиальной астмой, абс. (%)				p парные
	11-14 лет		15-17 лет		
	Исходные данные n = 73 (1)	Через 6 месяцев n = 73 (2)	Исходные данные n = 27 (3)	Через 6 месяцев n = 27 (4)	
А «Общительность-замкнутость»	38 (52)	17 (23,3)	3 (11,1)	3 (11,1)	1-2 = 0,0003
С «Эмоциональная устойчивость»	37 (50,7)	19 (26)	9 (33,3)	4 (14,8)	1-2 = 0,0022
Е «Независимость-подчиненность»	37 (50,7)	17 (23,3)	8 (29,6)	7 (25,9)	1-2 = 0,0005
Ф «Озабоченность-беспечность»	24 (32,8)	17 (23,3)	13 (48,1)	6 (22,2)	3-4 = 0,0461
Н «Смелость-робость»	51 (69,9)	23 (31,5)	11 (40,8)	6 (22,2)	1-2 = 0,0001
Л «Подозрительность-доверчивость»	33 (45,2)	15 (20,6)	19 (70,4)	14 (51,8)	1-2 = 0,0015
М «Непрактичность-практичность»	26 (35,6)	16 (21,9)	16 (59,2)	4 (14,8)	1-2 = 0,0496 3-4 = 0,0008
О «Тревожность-спокойствие»	49 (67,2)	24 (32,9)	15 (55,6)	9 (33,3)	1-2 = 0,0001
Q1 «Радикализм-консерватизм»	33 (45,2)	31 (42,5)	12 (44,4)	5 (18,6)	3-4 = 0,0403
Q2 «Самостоятельность-внушаемость»	42 (57,5)	29 (39,7)	16 (59,2)	11 (40,8)	1-2 = 0,0314
Q4 «Напряженность-релаксация»	41 (56,2)	16 (21,9)	17 (63)	7 (25,9)	1-2 = 0,0001 3-4 = 0,0062

са релаксирующих занятий снизились в 2,5 раза (Φ -Q4, $p = 0,0001$ и $p = 0,0062$).

По завершении психокоррекционных занятий положительные изменения претерпевали параметры проходимости бронхов. Так, статистически значимо увеличились форсированная жизненная емкость легких ($p = 0,0404$), объем форсированного выдоха за первую секунду ($p = 0,0159$), пиковая объемная скорость ($p = 0,0082$), мгновенная объемная скорость при выдохе 50 % и 75 % ($p = 0,0093$ и $p = 0,0056$), индекс Тиффно ($p = 0,0014$).

По завершении комплекса реабилитационных мероприятий (табл. 3) у всех 100 подростков, больных БА, стал осуществляться контроль: у 72 % полный, у 28 % частичный. В то же время, из 30 подростков группы сравнения только 8 (26,7 %) планомерно посещали пульмонолога и получали базовое лечение. Среди детей группы сравнения увеличилось число подростков, неконтролируемо использующих сальбутамол (с 43,3 % до 50 %).

Присутствие ночного кашля, отсутствие подготовки родителей и подростков в «Астма-школе», обострения основного заболевания свидетельствуют о недостаточном контроле над течением бронхиальной астмы в группе сравнения.

Для уточнения дальнейшей судьбы подростков через 8 лет были опрошены 18 ребят в возрасте 19-23 лет (5 девушек, 13 юношей). В результате опроса было выявлено, что в течение всего этого периода у 6 ребят приступов БА не было, все они длительно занимаются спортом — плавание, футбол, из них 4 юноши обучаются в военных ВУЗах. Оставшиеся 12 пациентов испытывают приступы БА периодически, из них базисное лечение в виде фликсотиды, серетиды, беклазона получают только 5 пациентов. Однако на учете у взрослого пульмонолога не состоят

и используют те схемы лечения, которые были рекомендованы детским пульмонологом. Среди провоцирующих факторов у 6 пациентов — психогенный, у 2 — период цветения растений, у 2 — контакт с шерстью животных, у 2 — ОРВИ. Для купирования приступа психогенной этиологии все ребята используют методики, данные психологом во время психокоррекционных занятий, и справляются самостоятельно.

ВЫВОД

Большую роль в достижении контроля над течением бронхиальной астмы играет плотный тандем медицинского и образовательного профиля. Для достижения увеличения эффективности лечения БА необходимо принимать во внимание, помимо основных факторов, лежащих в основе развития заболевания, личностные, эмоциональные и физиологические особенности подростков. Эмоциональная нестабильность, закомплексованность, отчужденность в коллективе, интравертированность являются отправной точкой для развития низкого уровня доверительных отношений и взаимодействия между врачом, подростком и родителями. Неотъемлемой частью реабилитационного процесса является посещение «Астма-школы» родителями и подростками, а также психокоррекционные занятия с педагогом-психологом, что способствует восстановлению контроля над течением БА и, как следствие, улучшению качества жизни больных БА подростков.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Таблица 3
Эффективность комплекса реабилитационных мероприятий у больных БА подростков
Table 3
Efficiency of a complex of rehabilitation measures in patients with adolescent asthma

	Подростки с бронхиальной астмой, абс. (%)				p парные
	Основная группа (n = 100)		Группа сравнения (n = 30)		
	Первое исследование (1)	После реабилитации (2)	Первое исследование (3)	Через 2 года (4)	
Наличие ПФ	79 (79)	93 (93)	21 (70)	22 (73,3)	1-2 = 0,0036 2-4 = 0,0031
Использование ПФ	24 (24)	87 (87)	9 (30)	7 (23,3)	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0001
Ведение дневника самоконтроля	7 (7)	91 (91)	4 (13,3)	-	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0001
Базисное лечение	31 (31)	64 (64)	10 (33,3)	9 (30)	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0010
Плановое посещение пульмонолога	27 (27)	97 (97)	9 (30)	8 (26,7)	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0001
Использование сальбутамола без показаний	41 (41)	2 (2)	13 (43,3)	15 (50)	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0001
Ночной кашель	43 (43)	14 (14)	13 (43,3)	9 (30)	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0440
Обучение в «Астма-школе для родителей»	37 (37)	84 (84)	11 (36,7)	11 (36,7)	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0001
Наличие обострений:					1-2 = 0,0002
- 1	30 (30)	9 (9)	8 (26,7)	6 (20)	1-2 = 0,0001
- 2	26 (26)	2 (2)	12 (40)	4 (13,3)	2-4 = 0,0252
- 3	9 (9)	-	4 (13,3)	-	1-2 = 0,0021
Госпитализация:					
- круглосуточная	3 (3)	-	2 (6,6)	2 (6,6)	2-4 = 0,0118
- дневной стационар	14 (14)	2 (2)	-	-	
Контроль:					1-2 = 0,0001
- полный	-	72 (72)	-	8 (27,7)	1-2 = 0,0001
- частичный	-	28 (28)	-	15 (50)	1-2 = 0,0043
- отсутствуют	100(100)	-	30 (100)	-	2-4 = 0,0001

Примечание (Note): ПФ - пикфлоуметр (peak flow meter).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Ogorodova LM, Kobyakova OS, Abashina AV. Efficiency of asthma treatment in primary care. *Pulmonology*. 2010; (3): 39-45. Russian (Огородова Л.М., Кобякова О.С., Абашина А.В. Оценка эффективности ведения больных бронхиальной астмой на уровне первичного звена здравоохранения //Пульмонология. 2010. № 3. С. 39-45.)
- Pawankar R. Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. *World Allergy Org J*. 2014; 7(1): 55. DOI: org/10.1186/1939-4551-7-12.
- Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallol J, Keil U, Mitchell E et al. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2007; 62(9): 758-766. DOI: 10.1136/thx.2006.070169
- National program «Bronchial asthma in children. Treatment strategy and prevention». 5th ed. M.: Original layout, 2017. 160 p. Russian (Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 5-е изд. М.: Оригинал-макет, 2017. 160 с.)
- Drakina SA, Perevoshikova NK. Psycho-vegetative characteristics of teenagers with a bronchial asthma. *Mother and Child in Kuzbass*. 2012; (1): 3-7. Russian (Дракина С.А. Перевощикова Н.К. Психо-вегетативные особенности подростков с бронхиальной астмой //Мать и Дитя в Кузбассе. 2012. № 1. С. 3-7.)
- Britkova TA, Kazarin DD. Psycho-emotional features of children with bronchial asthma. *Sovremennye tendencii razvitiya nauki i tekhnologii*. 2015; 9-2: 15-17. Russian (Бриткова Т.А. Казарин Д.Д. Психоэмоциональные особенности детей, больных бронхиальной астмой //Современные тенденции развития науки и технологий. 2015. № 9-2. С. 15-17.)
- Krivosnogo TS, Shemyakina TA, Babikova YuA, Gavrilova NA. Psychosomatic Aspects of Bronchial Asthma in Children. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2015; 70(5): 509-512. Russian (Кривоногова Т.С., Шемякина Т.А., Бабикова Ю.А., Гаврилова Н.А. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме у детей //Вестник Российской академии медицинских наук. 2015. Т. 70, № 5. С. 509-512.)
- Namazova-Baranova LS. Allergy in children: from theory to practice. M.: Union of pediatricians of Russia, 2011. 667 p. Russian (Намазова-Баранова Л.С. и др. Аллергия у детей: от теории к практике: [монография]. М.: Союз педиатров России, 2011. 667 с.)
- Vishneva EA, Namazova-Baranova LS, Alekseeva AA, Karkashadze GA, Antonova EV, Smirnov VI. New methods of interaction between the doctor and patient in achieving control over the disease. *Current Pediatrics*. 2014; 13(S1): 54-55. Russian (Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Каркашадзе Г.А., Антонова Е.В., Смирнов В.И. Новые методы взаимодействия врача и пациента в достижении контроля над болезнью //Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13, № S1. С. 54-55.)

* * *