

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГБОУ ВПО КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ  
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ  
И КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ



**ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ  
И БОЛЕЗНИ:**

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

24-25 НОЯБРЯ 2011 Г.

КУРСК

# СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Гарас Н.Н.*

Буковинский государственный медицинский университет,  
г. Черновцы, Украина

Целью лечебных мероприятий при бронхиальной астме (БА) является достижение удовлетворительного контроля над течением заболевания и, соответственно, улучшения качества жизни больных детей [1]. Поскольку заболеваемость БА в последние десятилетия неуклонно растет, актуальным представляется вопрос исследования показателей качества жизни детей школьного возраста при различной степени тяжести персистирующего заболевания.

Цель исследования: определить качество жизни детей школьного возраста, больных тяжелой и среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой.

В пульмонологическом отделении областной детской клинической больницы г. Черновцы (Украина) обследовано 36 детей школьного возраста с верифицированным диагнозом персистирующей БА. Тяжесть заболевания определяли согласно утвержденному Минздравом Украины протоколу диагностики и лечения БА у детей. В соответствии с тяжестью заболевания сформированы две группы сравнения: в первую группу (I) вошли 18 детей с тяжелым персистирующим течением БА, во вторую (II) группу - 18 детей со среднетяжелым вариантом патологии. По основным клиническим характеристикам группы существенно не отличались. Так, в I клинической группе мальчиков было 66,7%, а в группе сравнения - 61,1% ( $p_{\phi} > 0,05$ ). Жителей сельской местности среди школьников с тяжелой БА было 66,7%, а среди пациентов II группы - 61,1% ( $p_{\phi} > 0,05$ ). Средний возраст детей I группы составил  $13,1 \pm 0,62$  года, а больных среднетяжелой персистирующей БА -  $13,2 \pm 0,71$  года ( $p > 0,05$ ). Длительность заболевания в группах сравнения существенно не отличалась. Так, в I клинической группе она равнялась в среднем  $8,8 \pm 0,86$  года, а во II группе -  $7,45 \pm 0,87$  года ( $p > 0,05$ ).

Всем детям во внеприступном периоде проведено комплексное клиническое и параклиническое обследование, а также определение качества жизни по бальному опроснику Е. Джунипер, адаптированному для Украины [2, 3]. Оценка осуществлялась ребенком самостоятельно, охватывала период последней недели и выражалась в баллах. Рост суммарной балльной оценки отражал уменьшение неблагоприятного влияния заболевания на качество жизни пациента. Определение контроля над течением заболевания проводилось с использованием АСТ-теста [4,5], согласно которому каждый вопрос оценивался в баллах от 0 до 5. С улучшением контроля астмы росло суммарное количество баллов, а показателем удовлетворительного контроля считали количество баллов 16 и более.

Как альтернатива, для оценки контроля БА использовали критерии Глобальной инициативы по контролю и предотвращению БА (GINA, 2008) в балльной модификации [6]. Контролируемым течение считали при сумме менее шести баллов.

Полученные результаты анализировали с помощью методов биостатистики. Исследование проведено с соблюдением принципов биоэтики.

Оценка качества жизни проводилась дискретно по трем составляющим опросника (восприятие ребенком ограниченности собственной деятельности, оценка ним симптомов заболевания и состояния эмоциональной сферы), а также по всем пунктам в целом. Полученные результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Показатели качества жизни школьников, страдающих тяжелой и среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой (M±m)**

Группы сравнения	Количество детей	Критерии оценки качества жизни, баллы			Суммарная оценка качества жизни
		Ограничение собственной деятельности	Симптомы заболевания	Эмоциональная сфера	
I	18	21,1±1,2	40,0±2,7	34,4±2,7	96,5±5,2
II	18	22,1±1,7	45,5±3,4	42,4±2,7	110,1±7,1
p		>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Несмотря на отсутствие статистически вероятных различий по показателям суммарной оценки качества жизни, оценка в 115 баллов и меньше наблюдалась у 13 школьников с тяжелой БА (72,2%), и лишь у 8 пациентов (45,6%) со среднетяжелым вариантом заболевания ( $p_{\phi} > 0,05$ ). Эмоциональный дискомфорт, оцененный менее чем в 40 баллов, оказался присущим двум третям обследованных I клинической группы и только каждому четвертому ребенку из II группы ( $p_{\phi} < 0,05$ ).

Вместе с тем школьники, больные тяжелой и среднетяжелой персистирующей БА, существенных различий в оценке воздействия патологии на их повседневную деятельность не отмечали. Не отличалась в клинических группах характеристика выраженности симптомов патологии, однако наблюдалась тенденция к худшей оценке детьми, страдавших тяжелой персистирующей БА. Особое значение в оценке детьми качества жизни приобрели ночные симптомы заболевания. Так, ночные просыпания ассоциировали со снижением качества жизни у детей I клинической группы ( $r=0,59$ ,  $p < 0,05$ ), а у пациентов со среднетяжелым БА эти корреляции оказались еще более выразительными ( $r=0,73$ ,  $p < 0,05$ ). Наличие эмоционального дискомфорта у пациентов I клинической группы оказалось, вероятно, связано с возрастом ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ) и длительностью заболевания ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,05$ ). То есть сам эмоциональный дискомфорт, присущий детям младшего школьного возраста, страдающим БА непродолжительный пери-

од времени. У школьников с тяжелой персистирующей БА с расстройствами эмоциональной сферы ассоциировала частота как дневных ( $r=-0,57$ ,  $p<0,05$ ), так и ночных симптомов ( $r=-0,59$ ,  $p<0,05$ ), оцененных по критериям GINA. Следовательно, с ростом суммарной балльной оценки дневной и ночной симптоматики уменьшалось количество баллов оценки эмоционального дискомфорта. Вместе с тем, у пациентов II клинической группы эмоциональной окраски вероятно приобретали длительные обострения заболевания ( $r=-0,66$ ,  $p<0,05$ ). Это, вероятно, связано с тем, что частота приступов при среднетяжелой персистирующей БА реже, чем при тяжелой, и каждый такой эпизод рассматривается как «неудача в жизни». Дети, больные тяжелой астмой, адаптированные к такому «стилю жизни», к частому чередованию приступов и улучшения, в ходе которых их эмоциональное состояние зависит от кратности появления дневных и, особенно, ночных симптомов.

Снижение оценки качества жизни у школьников обеих клинических групп связано с необходимостью периодического использования ингаляционной бронхолитической терапии для устранения проявлений БА и улучшения самочувствия. Так, частота применения карманного ингалятора с  $\beta_2$ -адреномиметиком вероятно ассоциировала со снижением качества жизни детей I клинической группы ( $r=-0,76$ ,  $p<0,05$ ), в частности, за счет нарушений в эмоциональной сфере ( $r=-0,63$ ,  $p<0,05$ ). Согласно результатам АСТ, установлены вероятные взаимосвязи между потребностью в быстродействующем ингаляционном бронхолитике (регулярное использование оценивалось меньшим количеством баллов) и оценкой качества жизни пациентов со среднетяжелым персистирующей БА ( $r=0,64$ ,  $p<0,05$ ).

Достоверными оказались корреляционные связи изученных показателей качества жизни с контролем течения патологии. У школьников с тяжелой БА показатели качества жизни вероятно ассоциировали со степенью контроля течения, определенным по критериям GINA, 2008 ( $r=-0,65$ ,  $p<0,05$ ), одновременно у пациентов II группы - с контролем, оцененным по опроснику АСТ ( $r=0,70$ ,  $p<0,05$ ).

#### Выводы

1. Школьникам с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой присущ вероятно значимый эмоциональный дискомфорт по сравнению с детьми со среднетяжелым течением заболевания.
2. Изменения в эмоциональной сфере детей с тяжелой бронхиальной астмой связаны с кратностью дневных и ночных симптомов, а у пациентов со среднетяжелым вариантом - с частотой приступов заболевания.
3. Снижение качества жизни у детей обеих групп вероятно ассоциирует с кратностью использования ингаляционных быстродействующих бронхолитиков.

## Список литературы

1. Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Аллергология» [Электронный ресурс]: приказ МЗ Украины № 767 от 27.12.2005 // Режим доступа: [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).
2. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control / E.F. Juniper, P.M. O'Byrne, G.H. Guyatt, [et al.] // Eur. Respir. J. – 1999.- Vol. 14.- P. 902–907.
3. Juniper E.F. Validated questionnaires should not be modified / E.F. Juniper // Eur. Respir. J.- 2009.- Vol. 34.- P. 1015–1017.
4. Огородова Л.М. Тест по контролю над астмой у детей (CHILDRENASTHMACONTROLTEST) – современный инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой у детей, соответствующий новой концепции GINA 2006 / Л.М. Огородова, Е.Л. Тимошина // Педиатр. фармакол.- 2006. - №.3.- С.39-43.
5. Childhood Asthma Control Test [Электронныйресурс] /The American Lung Association // Режимдоступу:[www.asthmacontrol.com/child](http://www.asthmacontrol.com/child).
6. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2008 [Электронныйресурс] / NHLBI/WHO work-shop report // National institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. – Date last updated: July 2008. – Режимдоступу: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).

## КАТЕГОРИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОПЫТ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

*Голубцов В.В., Делова Г.В.*

Курский государственный медицинский университет,  
г. Курск, Россия

Здоровье населения является важнейшим фактором национальной безопасности государства.

Психология здоровья (Health Psychology) вносит значительный научный вклад в исследование профилактики и охраны здоровья; предотвращение и лечение болезней; выявление форм поведения, повышающих риск заболевания; постановку диагноза и выявление причин нарушения здоровья; реабилитацию; совершенствование системы здравоохранения [1, 2].

Изучение представлений о здоровье на основе системного подхода как методологического принципа исследования позволяет лучше понять неиспользованные возможности профилактики определенных болезней, выявляет тенденции структурных преобразований в здравоохранении. Ухудшение популяционного здоровья свидетельствует о необходимости разработки и реализации эффективных программ медицинской профилактики и лечения (Разумов А.Н., 2006), а также внедрения программ по продвижению здорового образа жизни.

<i>Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> Изменение структуры жизненных ценностей и базовых потребностей личности в условиях хронического соматического заболевания.....	54
<i>Василенко Т.Д., Ивишина М.Е.</i> Исследование взаимосвязи типа переживания беременности и удовлетворенности браком.....	59
<i>Гарас Н.Н.</i> Состояние эмоциональной сферы и качества жизни школьников, страдающих тяжелой и среднетяжелой бронхиальной астмой.....	64
<i>Голубцов В.В., Делова Г.В.</i> Категория здоровья: опыт системного подхода.....	67
<i>Горецкая А.Н.</i> Особенности комплайенса больных гипертонической болезнью и система его психокоррекции.....	72
<i>Грицай Л.А.</i> Авторитетное родительство как фактор формирования ментального здоровья подрастающего поколения.....	75
<i>Гурова М.М., Хмелевская И.Г., Жизневская И.И.</i> Особенности клинического течения и качество жизни у детей и подростков с хроническими гастродуоденитами при применении дополнительного перорального питания.....	80
<i>Дереча В.А.</i> Здоровье человека в аспекте потребностей личности и ее поведенческого профиля.....	85
<i>Дремова Н.Б.</i> Социологическое исследование значимости категории «здоровье» для студенческой аудитории.....	90
<i>Дремова Н.Б., Соломка С.В., Хорлякова О.В., Ярошенко Н.П.</i> Здоровье как общечеловеческая ценность: социологическое исследование потребителей лекарственных средств.....	95
<i>Дробот Е.В., Горбань В.В.</i> Качество жизни, характер постпрандиального гемодинамического ответа и уровень тревожности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.....	99
<i>Дробот Н.Н.</i> Туберкулез органов дыхания у подростков – психоэмоциональный статус.....	101
<i>Дрынова М.В., Пережигина Н.В.</i> Феномен тела: материальное проявление нематериального существования личности.....	103