

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ганиева Дурдона Камаловна, Каримова Дилорам Исмамовна, Тоирова Наргиза Нуриддиновна

Ташкентский педиатрический медицинский институт. 100140, Узбекистан, г.Ташкент, ул.Боги-Шамол 223

E-mail: ot.del.nayka@mail.ru

Ключевые слова: бронхиальная астма; дети; подростки; поликлиника; реабилитация.

Введение. Бронхиальная астма (БА) — является длительно текущим хроническим респираторным заболеванием, характеризующееся бронхо обструкцией и гиперсекрецией слизи, приводящий к вариабельному ограничению воздушного потока [1,3]. В последние годы отмечается увеличение числа детей и подростков страдающих БА, по результатам ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood), распространённость БА достигает от 16,7% до 23,3% среди госпитализированных детей [5,6]. Наличие сопутствующей патологии требует индивидуального подхода к каждому пациенту [2,4]. На данном фоне, в последние годы отмечается усиление внимания на оздоровительные мероприятия среди данной категории детей.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексных реабилитационных мероприятий по оздоровлению детей и подростков с БА.

Материалы и методы. Изучена частота обострения БА у 27 детей и подростков от 7 до 15 лет (сред. $12,6 \pm 1,44$), проходящих реабилитацию в семейных поликлиниках города Ташкента. Все дети находились в диспансерном учёте, и ежегодно проходили соответствующее стационарное лечение по поводу основного заболевания. Методы исследования включали: общий осмотр, пикфлоуметрию, по необходимости — рентген грудной клетки. Качество жизни (КЖ) оценивалось по специализированному вопроснику PAQLQ(S) — Standardised Paediatric Asthma Quality Of Life Questionnaire(2017).

Результаты. Все пациенты были разделены на две взаимно сопоставимые исследуемые группы (I-я группа $n = 13$ или 48,1%; II-я группа $n = 14$ или 51,9%). Обе группы получали стандартные процедуры реабилитации, но II-ой группе совместно со стандартными методами оздоровления (индивидуальный подбор физио- и фитотерапии, дыхательная гимнастика, витаминотерапия), проводили психотерапию. Физиотерапия включала процедуры: индуктотермию, дециметрового микроволн диапазона (ДМВ), электрического поля УВЧ и т.д. Более эффективные результаты отмечали при использовании лекарственного электрофореза. При этом, в основном использовали 2–5% растворы кальция хлорида, растворы сульфата меди, цинка, йодида калия, платифиллина. Средняя длительность физиотерапии составляла из 10 дневного курса.

Оздоровление проводились совместно с врачом физиотерапевтом и детским психотерапевтом. Как показали наши наблюдения, бронхиальная астма влияет на эмоциональный и поведенческий статус детей. При этом, школьники с БА находятся в невыгодном положении, с точки зрения отношений со сверстниками, а некоторые подвергаются издевательствам.

Как показали наши исследования, данная категория детей более раздражительны и ведут замкнутый образ жизни. Со слов родителей, у подростком временами отмечается всплеск раздражительности, иногда переходящий на агрессивность, и в конечном итоге появляется очередной приступ астмы. Учитывая данные факторы, пациентам из II-ой группы был проведен курс психологической поддержки, пересмотр распорядка дня школьников, и режим питания. Для анализа результативности оздоровительных мероприятий, проведено оценка КЖ по вопроснику PAQLQ(S), состоящий из 23 вопросов, характеризующие состояние по ограниченностью физической активности, основным симптомам заболевания и эмоциональному статусу пациентов за последние 7 дней. Оценка качество жизни проводили до начала и на 6 месяц оздоровления. До начало КЖ в среднем по PAQLQ(S) составил — $5,15 \pm 0,322$ балла, через 6 месяцев данный показатель в I-е группе составил — $5,87 \pm 0,541$,

во II-е группе $6,34 \pm 0,448$ балла ($p \leq 0,05$). Данные показатели указывают о необходимости психологической помощи школьникам с БА.

Вывод. Школьники с бронхиальной астмой нуждаются в реабилитационных мероприятиях, совместно с психологической помощью. При этом, необходимо пересмотр распорядка дня и режима питания школьников. Данные мероприятия способствуют повышению качества жизни пациентов до 7,4%.

Литература:

1. Зайцева С.В., Зайцева О.В., Локшина Э.Э., Застрожина А.К., Муртазаева О.А. Тяжелая бронхиальная астма у детей //Аллергология и иммунология в педиатрии. 2019. — №3 (58). — С.4–14.
2. Подкорытов А.А., Мещеряков В.В., Кирсанов В.В. Современные методы контроля и мониторинга бронхиальной астмы у детей //Вестник СурГУ. Медицина. 2021. — №4 (50). — С.17–25.
3. Потапова Н.Л., Гаймоленко И.Н. Витамин д и контроль бронхиальной астмы у детей // Здоровье и образование в XXI веке. 2019. — №10. — С.99–104.
4. Стройкова Т.Р., Башкина О.А., Мизерницкий Ю.Л., Селиверстова Е.Н. Тяжелая бронхиальная астма у детей //Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2018. — №3. — С.302–307
5. Harris K, Kneale D, Lasserson TJ, McDonald VM, Grigg J, Thomas J. School-based self-management interventions for asthma in children and adolescents: a mixed methods systematic review.// Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1): CD011651. doi:10.1002/14651858. CD011651. pub2
6. Rathod A, Zhang H, Arshad SH, et al. DNA Methylation and Asthma Acquisition during Adolescence and Post-Adolescence, an Epigenome-Wide Longitudinal Study. //J Pers Med. 2022;12(2):202. doi:10.3390/jpm12020202