

Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

Довіра пацієнтів і батьків: психологічний аспект чи компонент терапії бронхіальної астми у дітей?

Протягом останніх років спостерігається зростання значущості проблеми бронхіальної астми в педіатрії. Аналізуючи найсучасніші епідеміологічні дослідження, мусимо, на жаль, визнати, що в найближчі десятиліття немає перспективи ані знизити, ані стабілізувати показники частоти цієї патології у дітей, зате є можливість досягнення контролю над хворобою шляхом своєчасної діагностики і призначення адекватного лікування.

Чи в повному об'ємі реалізуємо ми цю можливість? На жаль, ні.

Незважаючи на потужний поступ у розумінні механізмів розвитку бронхіальної астми і загальноновизнані ефективні схеми лікування, ми не можемо похвалитися її добрим контролем. Чому так? Хочу представити власне бачення, тобто роздуми-відповідь на низку послідовних запитань.

• Чи достатньо сьогодні в арсеналі вітчизняних лікарів ефективних засобів для лікування бронхіальної астми?

• Чи знають лікарі, які з них найефективніші?

• Чи застосовуємо ми ці засоби у практичній діяльності?

• І, нарешті, найголовніше: чи дійсно отримують відповідне лікування наші пацієнти?

Отже, перше питання: на мою думку, таких засобів цілком достатньо. Більше того, лікарі добре знають, які з них є найефективнішими і, безперечно, саме ці препарати призначають своїм пацієнтам. Але чи дійсно хворі отримують ті ліки, які ми призначаємо? На жаль, на це питання я не можу дати ствердної відповіді. Проведені в різних галузях медицини численні дослідження доводять, що 1/3 пацієнтів узагалі не приймає призначені лікарем препарати, 1/3 самостійно моделює призначення і лише 1/3 приймає препарати згідно із вказівками лікаря. Задля справедливості треба зазначити, що така ситуація простежується не лише в Україні, це проблема всіх країн світу, більше того, це чи не найбільша проблема сучасної медичної галузі.

Як змінити ситуацію? Нині доведено, що головне завдання – налагодити співпрацю з хворим (покрашення комплайенсу), оскільки в таких випадках найчастіше проблема полягає в недотриманні лікарських рекомендацій. Актуальними й нині є слова сирійського лікаря Абуль Фараджа, який жив ще у XIII ст.: «Нас троє – ти, хвороба і я. Якщо ти будеш із хворобою, вас буде двоє, і я залишуся один – ви мене переможете. Якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба буде одна – ми її пережемо».

Однією з причин часткової терапевтичної ефективності при бронхіальній астмі є неповне усвідомлення пацієнтами суті захворювання, несприйняття ними потреби у тривалому лікуванні і, як наслідок, недотримання лікарських рекомендацій. Не завжди хвора дитина і її батьки правильно сприймають інформацію, яку доносять їм медики. Вищеописана ситуація диктує необхідність проводити навчання пацієнтів і їхніх рідних, яке має сприяти формуванню навичок самоконтролю, довіри до лікаря, впевненості у призначеній терапії.

Виходячи з цієї позиції, протягом останніх років у практичну роботу лікарів упроваджуються різнопланові освітні програми для пацієнтів і їхніх родин. Перші навчальні програми для хворих на бронхіальну астму впроваджено в клінічну практику понад 30 років тому. Однак незважаючи на багаторічний досвід їх застосування і постійне вдосконалення, низка аспектів освітньої роботи з пацієнтами залишаються дискусійними. Зокрема, і досі триває активна дискусія щодо переваг двох основних форм навчання – індивідуальної та групової. Більшість практичних лікарів схильються до проведення індивідуальних занять, які забезпечують тісний контакт між лікарем і пацієнтом, сприяють формуванню довіри між ними, створюють оптимальні умови для корекції базисної терапії.

З іншого боку, прихильники групового методу навчання зазначають, що такий підхід більшою мірою впливає на ефективність засвоєння матеріалу і сприяє соціальній адаптації пацієнта.

Львівський міський дитячий алергологічний центр одним із перших в Україні впровадив у свою практичну роботу навчальні програми для хворих на бронхіальну астму. Це дозволяє нам сьогодні робити обґрунтовані висновки і надавати відповідні рекомендації. Наш досвід доводить, що освітня програма має бути комплексною і поєднувати два основні напрями навчання, включати низку додаткових елементів і допоміжних складових. Отже, основні напрями навчання мають передбачати:

- освітню роботу з дітьми:
- індивідуальні заняття під час візиту до лікаря;
- групові заняття в астма-школі;
- освітню роботу з особами, які оточують дитину:
- індивідуальні консультації для родичів хворого;
- групові заняття з батьками в астма-школі;
- навчальні цикли для медичного персоналу.

Додаткові елементи освітньої програми забезпечують закріплення й поглиблення здобутих знань і навичок, створюють сприятливі умови для соціальної адаптації хворих. Вони включають:

- зустрічі в астма-клубі («круглі столи» для батьків, які відвідували заняття в астма-школі);
- проведення громадських заходів (акція «Загальмуймо атотічний марш разом», концерти, конкурси, навчально-ігрові змагання для дітей тощо).

Допоміжні складові освітньої програми передбачають:

- надання психологічної допомоги пацієнтам і їхнім сім'ям;
- проведення фізичної реабілітації хворих.

Запропонована нами концепція комплексної освітньої програми знайшла своє практичне застосування в багатьох дитячих клініках України. Наш досвід доводить, що перевагу все ж таки треба надавати індивідуальній роботі. Під час кожного візиту лікар повинен обов'язково запитати свого пацієнта, як він приймає ліки, контролює лікування тощо. Дуже важливим аспектом досягнення контролю хвороби у разі бронхіальної астми є адекватне й коректне використання засобів доставляння інгаляційних препаратів. Від адекватності вибору інгаляційного засобу і правильності проведення інгаляції значною мірою залежить успіх терапії. Тому лікар повинен не просто призначити інгаляційний спосіб лікування, а показати, як його застосовувати. Відповідне навчання хворих з наступним контролем дозволяє суттєво підвищити показник безпомилкового проведення інгаляції.

Сьогодні доведено, що покращують співпрацю з пацієнтом простий режим дозування, долучення приймання ліків до способу життя хворого, звичних побутових справ (наприклад, чищення зубів). Безперечно, для налагодження співпраці необхідні часті візити до лікаря.

Бронхіальна астма нерідко впливає на спосіб життя наших маленьких пацієнтів. Досить типовим явищем для таких дітей є обмеження руху і зменшення активності, спричинене поганим самопочуттям. Саме тому батьки

нерідко просять надати дитині звільнення від занять фізичним вихованням. Не завжди таке прохання є обґрунтованим. Правильно підібране фізичне навантаження і навіть вид спорту, які передбачають раціональне й поступове навантаження, не призводять до погіршення стану, а, навпаки, стають окремим елементом реабілітації.

Відверто кажучи, на сьогодні повністю виконати шкільні нормативи на заняттях із фізичної культури не завжди під силу навіть здоровій дитині. Тому, коли ми рекомендуємо нашим пацієнтам заняття у спеціальних групах, завжди наголошуємо батькам на потребі налагодити співпрацю з учителями. Адже вчитель також повинен розуміти, що бронхіальна астма – захворювання мінливе, і нерідко спостерігаються періоди, протягом яких існує потреба у тривалому обмеженні фізичної активності (коли провокаційним чинником загострення хвороби є фізичне навантаження).

Правильний вибір виду діяльності й адекватна організація активності є основним елементом реабілітаційної програми для дитини, хворої на бронхіальну астму. Підбирати режим фізичних вправ слід з урахуванням тяжкості перебігу основного захворювання, наявності супутньої патології, віку, статі дитини, її толерантності до різних видів фізичного навантаження.

Не допускаються:

1. Тривала експозиція пилу у високій концентрації (заняття на матах, довготривале перебування в закритих приміщеннях – спортзалах).

2. Контакт із хімічними реагентами (хлоровані басейни). Плавання добре впливає на покращення функціональної здатності легень, але контакт із хімічними алергенами є дуже небажаним. Необхідно шукати басейни, де використовують інші методи очищення.

3. Вид спорту, де немає можливості в будь-який час у разі найменших проявів захворювання припинити навантаження.

Необхідно:

1. Обирати приміщення, де наявні адекватна система вентиляції і вологе прибирання (заняття шейпінгом, аеробікою тощо).

2. Можливість проводити час на відкритому повітрі (великий і настільний теніс, стрільба, верхова їзда, велоспорт, ковзани, лижі).

3. Робити акцент на водних видах спорту (плавання, водний волейбол, веслування).

4. Поступово дозувати навантаження, виконувати розминку:

- розігрівання без спортивного спорядження (біг, присідання, віджимання);
- розігрівання із спортивним спорядженням (м'яч, скакалка, обруч).

Як бачимо, з будь-якої ситуації можна знайти вихід. Погіршення стану під час фізичного навантаження часто зумовлюється не астмою, а неправильним вибором режиму навантаження. Лікарі не акцентують увагу на правильному дозуванні фізичних вправ; учителі не вдумуються в суть проблеми і не створюють індивідуальних програм для таких учнів; батьки забувають про користь рухових ігор. У цьому контексті дуже слушним є часто цитований вислів про те, що «рух сам по собі може замінити багато ліків, але ніякі ліки не замінять рух». Лікарі мають переконати своїх пацієнтів і членів їхніх родин у тому, що бронхіальна астма – це не вирок, а заняття спортом є важливим не лише для претендентів на олімпійські



Л.В. Беш

нагороди. І навіть якщо наші пацієнти ніколи не здобудуть золотих медалей на спортивних змаганнях, вони навчатися боротися з хворобою, щоб, урешті-решт, перемогти.

І, нарешті, існує ще одна проблема, яка призводить до погіршення співпраці з пацієнтами, а саме: лікарі не завжди враховують і правильно оцінюють психологічні особливості хворої дитини. Більше того, педіатри працюють не лише з пацієнтом, а й із його найближчим оточенням. Ми маємо пам'ятати, що хвороба часто змінює психічний стан пацієнта, який, у свою чергу, впливає на перебіг патологічного процесу та ефективність лікування. Успіх терапії значною мірою визначається налагодженням контакту, взаєморозуміння, співпраці між лікарем, хворим і його родиною. Чи завжди нам це вдається? На жаль, ні. Чому так? Налагодженню доброго контакту з пацієнтом значною мірою «заважає» засилля технологій в медицині. Нерідко тривалість різноманітних діагностичних процедур у десятки разів перевищує тривалість спілкування лікаря з хворим і його родиною. Така ситуація часто не дозволяє досягти доброго контакту з пацієнтом і породжує конфлікти. У своїй книзі «Утеранное искусство врачевания» відомий лікар Б. Лоун наводить слова, які чітко визначають позицію хворого: «Я не став би просити лікаря приділити мені більше часу. Я просто хочу, щоб він повністю присвятив мені себе хоча б на п'ять хвилин, став близькою мені людиною, підтримав не лише мою плоть, а й душу, адже люди по-різному переживають хворобу...». Чи завжди ми маємо для пацієнта ці кілька хвилин? Так, безперечно. Але чи завжди ми їх використовуємо? На жаль, ні.

Практика доводить, що добрий лікар завжди є психологом, йому вистачає такту й терпіння навіть у спілкуванні з так званими конфліктними пацієнтами. Це дозволяє встановити партнерські взаємини між усіма учасниками лікувального процесу й узгодити спільну програму дій, результатом яких є контрольованість захворювання.

Таким чином, бронхіальна астма і сьогодні породжує багато терапевтичних проблем. Незважаючи на те що ми маємо достатньо засобів для ефективного лікування цієї патології, нам далеко не завжди вдається її контролювати. Така ситуація значною мірою пов'язана із труднощами в налагодженні співпраці між усіма учасниками лікувального процесу. Що потрібно таким хворим? Спокій і психологічний комфорт, зрозумілі і відпрацьовані режим дозування й техніка інгаляції, віра в успішність лікування за умови чіткого дотримання лікарських рекомендацій. І все це ми можемо забезпечити завдяки нашому вмінню співпрацювати з пацієнтами.