

пита и  $7,17 \pm 0,40\%$  по поводу периодонтита. В  $5,89 \pm 0,36\%$  случаев выявлен кариес депульпированного зуба. В среднем у каждого ребёнка от 1 до 9 лет, нуждающегося в лечении временных зубов, детскому стоматологу необходимо вылечить  $3,92$  временных зуба, из них  $1,64$  зуба с осложнениями. В 4–9 лет осложнения кариеса во временных зубах начинают превалировать над неосложнённым кариесом.

5. У детей раннего возраста чаще поражены и нуждаются в лечении резцы ( $43,14 \pm 1,76\%$ ), у дошкольников — первые моляры ( $41,58 \pm 1,07\%$ ), а у младших школьников — вторые временные моляры ( $46,08 \pm 1,44\%$ ).

6. Результаты исследования показали высокий процент осложнений кариеса во временных зубах. Учитывая высокую потребность в лечении кариеса и его осложнений у детей, необходимо увеличить объём

просветительской работы среди родителей, направленной на мотивацию раннего обращения в стоматологические медицинские организации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Елизарова В.М., Воробьев Ю.И., Ковылина О.С., Трунень В.П. Диагностика и выбор тактики лечения хронических форм пульпита молочных зубов у детей // Стоматология. — 2001. — №2. — С. 50–53.
2. Кудрявцев В.А., Щепина Ю.В., Петровская О.В., Кушнер А.М. Частота и причины удаления временных и постоянных зубов у детей в амбулаторной практике врача-стоматолога // Стоматол. ж. — 2004. — №2. — С. 37–38.
3. Кузьмина Д.А., Новикова В.П., Мороз Б.Т. и др. Распространённость кариозной болезни и факторы, её определяющие, у детей Санкт-Петербурга // Стомат. детск. возр. и профилактик. — 2003. — №3. — С. 3–8.
4. Маслак Е.Е., Рождественская Н.В. Профилактика и лечение осложнений кариеса у детей раннего возраста // Стомат. детск. возр. и профилактик. — 2001. — №2. — С. 23–27.

УДК 616.366-002-053.8-072.8-082.8-084

T18

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Гюльназ Ягафаровна Хисматуллина\*, Вилена Вильевна Улямаева, Лариса Васильевна Волевач,  
Эльвира Сахаувна Баширова

Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа

#### Реферат

**Цель.** Изучение эффективности образовательной личностно-ориентированной программы при реабилитации пациентов молодого возраста, страдающих хроническим некалькулёзным холециститом.

**Методы.** Обследованы 64 человека в возрасте от 18 до 35 лет с диагнозом «хронический некалькулёзный холецистит в фазе ремиссии». Проведены комплексное обследование и клинико-психологическое исследование уровней личностной и реактивной тревожности по методике Спилбергера-Ханина, психологическая диагностика типов отношения к болезни, оценка качества жизни с помощью теста «ОСАДА» (Оценка Ситуации Адаптации, ДезАдаптации). Все пациенты участвовали в образовательной личностно-ориентированной программе, включавшей индивидуальное консультирование, составление плана лечения и реабилитации, посещение «гастро-школы».

**Результаты.** В результате обучения 64 пациентов количество людей с высоким уровнем реактивной тревожности снизилось с 5 (7,8%) до 2 (3,1%), со средним уровнем — с 27 (42,2%) до 21 (32,8%), а число лиц с низким уровнем тревожности увеличилось с 32 (50,0%) до 41 (64,1%). Значимо снизилась доля пациентов, имеющих высокий уровень личностной тревожности: с 57,8 до 29,7% ( $p < 0,001$ ). Отмечено увеличение числа людей со средним и низким уровнем тревожности: с 32,8 до 43,8% и с 9,8 до 26,6% соответственно ( $p < 0,001$ ). Увеличивалось число лиц с типом отношения к болезни первого блока, с чёткой тенденцией к увеличению пациентов с эргопатическим типом отношения к болезни к концу занятий: с 6,3 до 25,0% ( $p < 0,001$ ). Из типа отношения к болезни второго блока наибольшая положительная динамика зарегистрирована среди лиц с тревожным (с 23,4 до 12,5%) и ипохондрическим (с 43,8 до 29,7%) типами.

До обучения придерживались рекомендаций по лечебному питанию лишь 9 (14,1%) человек, соблюдали диету, но нерегулярно, 19 (29,7%) человек; после обучения стали придерживаться диеты 41 (64,4%), непостоянно — 23 (35,9%) человека. До обучения гимнастику делали регулярно 7 (10,9%) пациентов, нерегулярно — 18 (28,1%); в конце обучения регулярно занимались гимнастикой 18 (28,1%) пациентов, нерегулярно — 39 (60,9%). Умели «бороться со стрессом» до обучения 4 (6,3%), в конце — 34 (53,1%) пациента.

**Вывод.** Разработанная образовательная личностно-ориентированная программа для пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы показала свою эффективность: улучшились показатели психоэмоциональной сферы, выработались благоприятные навыки по ведению здорового образа жизни.

**Ключевые слова:** личностно-ориентированная образовательная программа, молодой возраст, хронический некалькулёзный холецистит, «гастро-школа».

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PERSONALITY-ORIENTED EDUCATIONAL PROGRAMS FOR REHABILITATION OF YOUNG PATIENTS WITH CHRONIC NON-CALCULOUS CHOLECYSTITIS**

*G.Ya. Khismatullina, V.V. Ulyamaeva, L.V. Volevach, E.S. Bashirova. Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.* **Aim.** To study the effectiveness of personality-oriented educational program in the rehabilitation of young patients with chronic non-calculous cholecystitis. **Methods.** Examined were 64 people aged 18 to 35 years with a diagnosis of «chronic non-calculous cholecystitis in the remission phase». Conducted was a comprehensive examination and a clinico-psychological evaluation of the levels of personal and reactive anxiety, according to the method of Spielberger-Hanin, psychological diagnosis of types of attitudes to the disease, assessment of the quality of life according to the «ESADA» (Evaluation of the Situation of Adaptation, DysAdaptation). All patients participated in the educational personality-oriented program, which included individual counseling, coming up with a treatment and rehabilitation plan, visiting the «gastro-school». **Results.** As a result of educating of 64 patients the number of people with high levels of reactive anxiety decreased from 5 (7.8%) to 2 (3.1%), with a moderate level — from 27 (42.2%) to 21 (32.8%) and the number of individuals with low levels of anxiety increased from 32 (50.0%) to 41 (64.1%). The proportion of patients with high levels of personal anxiety decreased significantly: from 57.8 to 29.7% ( $p < 0.001$ ). Noted was an increase in the number of people with moderate and low levels of anxiety: from 32.8 to 43.8% and from 9.8 to 26.6%, respectively ( $p < 0.001$ ). The number of individuals with the type of attitude to the disease of the first block increased, with a clear trend towards an increase in patients with an ergopathic type attitude to the disease by the end of classes: from 6.3 to 25.0% ( $p < 0.001$ ). Among the type of attitude to the disease of the second block the largest positive trend was registered among individuals with anxious (from 23.4 to 12.5%) and hypochondriacal (from 43.8 to 29.7%) types. Before training only 9 (14.1%) patients were compliant with guidelines on therapeutic nutrition, 19 (29.7%) patients maintained the diet, but not on a regular basis; and after the training 41 (64.4%) individuals started maintaining the diet, 23 (35.9%) people — not on a regular basis. Prior to the training 7 (10.9%) patients had regular physical exercise, 18 (28.1%) — occasional physical exercise; upon completion of the training 18 (28.1%) patients engaged in regular physical exercise, 39 (60.9%) — in occasional physical exercise. 4 (6.3%) patients were able to «cope with the stress» prior to training, and 34 (53.1%) patients — upon completion of training. **Conclusion.** The developed personality-oriented educational program for patients with diseases of the biliary system has proven its effectiveness: the features of the psycho-emotional area have improved, favorable healthy lifestyles habits have developed. **Keywords:** personality-oriented educational program, young age, chronic non-calculous cholecystitis, «gastro-school».

Личностные особенности молодого человека, пищевые предпочтения, двигательная активность, эмоциональный фон, формирование вредных для здоровья привычек могут играть роль в развитии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе и желчевыводящей системы [6]. Особое значение приобретает обучение «поведению здоровья» лиц подросткового и молодого возраста, так как считают, что более эффективны воздействия на поведенческие факторы риска именно в этом возрасте [9]. Создание совместно с пациентом индивидуальной программы, а также обучение основным принципам самоконтроля состояния здоровья при уже развившемся заболевании — неотъемлемая часть тактики ведения пациента в поликлинических условиях [3, 5]. В настоящее время существуют и продолжают развиваться и совершенствоваться различные формы и методы образовательных программ — выездная, индивидуальная, групповая, смешанная [1, 2]. Приняв за основу опыт по организации «Школ здоровья», «Школ больного», накопленный в последние годы в нашей стране, в том числе в Республике Башкортостан, нами была создана образовательная личностно-ориентированная программа для пациентов молодого возраста, страдающих патологией желчевыводящей системы.

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности метода образовательной личностно-ориентированной программы при реабилитации больных моло-

дого возраста, страдающих хроническим некалькулезным холециститом.

Под наблюдением находились 64 человека в возрасте от 18 до 35 лет с диагнозом «хронический некалькулезный холецистит (ХНХ) в фазе ремиссии», среди которых мужчин было 23, женщин — 41. Для верификации диагноза было проведено комплексное обследование пациентов с использованием как общеклинических, лабораторных, так и инструментальных методов исследования. Диагноз ХНХ был установлен в соответствии с классификацией хронического холецистита Я.С. Циммермана [10]. Основными ультразвуковыми критериями ХНХ были: (1) утолщение стенки жёлчного пузыря (более 3 мм) и повышение её эхогенности (за счёт воспалительного отёка и разрастания фиброзной ткани), (2) наличие ультразвукографического симптома Мерфи (болезненности в точке жёлчного пузыря при надавливании ультразвуковым датчиком), (3) увеличение размеров жёлчного пузыря более чем на 5 см по сравнению с верхней границей нормы, (4) наличие ультразвуковой тени от стенок жёлчного пузыря в виде «нимба» вокруг него, бедного эхо-сигналами.

За нормальную массу тела принимали значения индекса массы тела [масса тела (кг)/рост<sup>2</sup> (м<sup>2</sup>)] 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>, за избыточную массу тела — 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup> (согласно рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения). Индекс массы тела у обследуемых был в пределах 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кроме того, до начала занятий и после за-

Таблица 1

Уровни тревожности у слушателей образовательной личностно-ориентированной программы в ходе обучения

Уровни тревожности	Периоды обучения				р, ТМФ
	В начале		В конце		
	абс.	%	абс.	%	
Реактивная тревожность					
Высокий уровень	5	7,8	2	3,1	0,219
Средний уровень	27	42,2	21	32,8	0,181
Низкий уровень	32	50	41	64,1	0,0764
Личностная тревожность					
Высокий уровень	37	57,8	19	29,7	0,0011
Средний уровень	21	32,8	28	43,8	0,137
Низкий уровень	6	9,8	17	26,6	0,0099

Примечание: ТМФ — точный метод Фишера.

вершения курса «гастро-школы» проводили клинико-психологическое исследование уровней личностной и реактивной тревожности по методике Спилбергера-Ханина (1981), психологическую диагностику типов отношения к болезни (ТОБОЛ), оценку качества жизни с помощью теста «ОСАДА» (Оценка Ситуации Адаптации, ДезАдаптации) [7]. Проведённые исследования выполнены в соответствии с Хельсинкской декларацией (одобрено этическим комитетом учреждения).

Была организована образовательная личностно-ориентированная программа на базе дневных стационаров поликлиник г. Уфы. Концепция «школы» заключалась в следующем: повышение мотивации лиц молодого возраста к здоровому образу жизни, уменьшению или нивелированию имеющихся факторов риска и выполнению врачебных рекомендаций, повышение информированности пациентов о своём заболевании, формирование доверительных отношений между врачом и пациентами, оценка психоэмоционального статуса, качества жизни и прогноза заболевания. Обучающая программа для пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы состояла из двух частей (шесть занятий): основной и дополнительной. Для каждого пациента был составлен индивидуальный план реабилитационно-профилактических мероприятий. Занятия проводили вечером с 17:00, продолжительность занятий составляла 45–60 мин — в зависимости от активности группы. Перед началом первого занятия слушатели заполняли анкету для выявления факторов риска развития заболеваний органов пищеварения.

Статистический анализ данных осу-

ществляли с использованием программ «Statistica», MS Excel. Сравнение двух независимых выборок осуществляли с применением t-критерия Стьюдента для количественных данных при нормальном распределении величин показателя или U критерия Манна-Уитни для порядковых и количественных данных при отличающемся от нормального распределения величин показателя. Для оценки достоверности различий результатов наблюдения между двумя группами применяли  $\chi^2$ -тест и критерий Фишера (абсолютные показатели).

С целью оценки эффективности образовательной личностно-ориентированной программы были изучены психологические показатели личности, качества жизни и поведенческие навыки больных под влиянием обучения.

В ходе исследования 64 пациентов с ХНХ количество лиц с высоким уровнем реактивной тревожности снизилось с 5 (7,8%) до 2 (3,1%), со средним уровнем — с 27 (42,2%) до 21 (32,8%), а с низким уровнем тревожности увеличилось с 32 (50,0%) до 41 (64,1%). Отмечено значимое снижение доли больных, имеющих высокий уровень личностной тревожности (с 57,8 до 29,7%,  $p < 0,001$ ), и увеличение количества пациентов со средним и низким уровнем тревожности (с 32,8 до 43,8% и с 9,8 до 26,6% соответственно,  $p < 0,001$ ). Результаты представлены в табл. 1.

В ходе обучения определяли тип отношения пациентов к болезни (табл. 2). Было выявлено увеличение количества пациентов с ТОБОЛ первого блока, с чёткой тенденцией к увеличению доли больных с эргопатическим ТОБОЛ к концу цикла занятий образовательной личностно-ориентированной программы (с 6,3 до 25,0%,  $p < 0,001$ ), что

Таблица 2

Изменение типа отношения к болезни пациентов с хроническим некалькулёзным холециститом в процессе обучения

Тип отношения к болезни	Период обучения				р. ТМФ
	В начале		В конце		
	абс.	%	абс.	%	
Шкалы первого блока					
Гармоничный	4	6,3	8	12,5	0,182
Эргопатический	4	6,3	16	25	0,0024
Анозогнозический	5	7,8	6	9,4	0,5
Шкалы второго блока					
Тревожный	15	23,4	8	12,5	0,083
Ипохондрический	28	43,8	19	29,7	0,071
Неврастенический	6	9,4	4	6,5	0,372

Примечание: ТМФ – точный метод Фишера.

можно рассматривать как прогностически благоприятный поведенческий фактор. Кроме того, из второго блока ТОБОЛ наибольшая положительная динамика отмечена среди людей с тревожным (с 23,4 до 12,5%) и ипохондрическим (с 43,8 до 29,7%) типами. К концу обучения зарегистрировано увеличение количества пациентов, имеющих смешанный тип реагирования (I-I и I-II).

При изучении качества жизни у пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы в процессе структурированного обучения выявлено повышение удовлетворённости рядом жизненных позиций: наибольшее по шкалам «удовлетворённость здоровьем» (с 20,3 до 67,2%) и «удовлетворённость собой» (с 57,8 до 76,6%,  $p < 0,001$ ). Результаты представлены в табл. 3.

В процессе обучения больных ХНХ было исследовано изменение «поведения здоровья». Так, до обучения придерживались рекомендаций по лечебному питанию лишь 9 (14,1%) человек, соблюдали диету, но нерегулярно, 19 (29,7%) человек; в конце «гастро-школы» стали придерживаться диеты 41 (64,4%) человек, непостоянно – 23 (35,9%). До обучения гимнастику делали регулярно 7 (10,9%) пациентов, нерегулярно – 18 (28,1%); в конце обучения начали делать гимнастику 18 (28,1%) пациентов, а 39 (60,9%) делали её нерегулярно. После обучения по образовательной личностно-ориентированной программе повышение физической активности чаще всего отмечали у пациентов с ТОБОЛ неврастеническим, эргопатическим и гармоничным – доля таких больных составила 93,4%. Умели «бо-

Таблица 3

Уровни шкал показателей удовлетворённости рядом сторон жизни в ходе обучения пациентов по тесту «ОСАДА» (%)

Шкалы	Уровни шкал					
	Низкий		Средний		Высокий	
	В начале	В конце	В начале	В конце	В начале	В конце
Собой	4,7	—	37,5	23,4	57,8	76,6*
Ситуацией	4,7	—	43,6	46,9	51,6	53,1
Общением	3,1	—	32,8	21,9	64,1	78,1
Здоровьем	12,5	9,3	67,2	23,4**	20,3	67,2**
Работой	6,3	3,1	46,9	45,3	46,9	51,6

Примечание. «ОСАДА» – сокращение образовано от «Оценка Ситуации Адаптации, ДезАдаптации». Статистическая значимость различий показателя в начале и в конце обучения: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$  (U-тест Манна-Уитни).

В конце обучения 57 (89,1%) пациентов отмечали уверенность в том, «что они справятся со своей болезнью». Полученные данные подтверждают также психотерапевтическую эффективность групповых занятий.

роться со стрессом» до обучения 4 (6,3%) человека, в конце – 34 (53,1%). Были выявлены виды психокоррекционных мер, которым пациенты отдавали предпочтение: применение седативных средств – 51,6% (33 че-

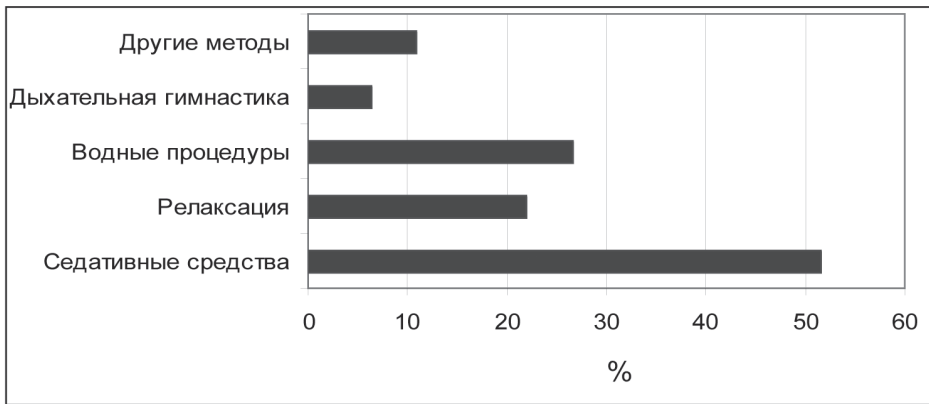


Рис. 1. Мероприятия по улучшению психологического состояния, предпринимаемые слушателями образовательной личностно-ориентированной программы.

ловека), релаксация — 21,9% (14), водные процедуры — 26,6% (17), дыхательная гимнастика — 6,3% (4), другие методы — 10,9% (9 пациентов). Результаты представлены на рис. 1.

Мероприятия по улучшению своего психологического состояния до посещения школы в основном предпринимали молодые люди с эргопатическим и неврастеническим типами отношения к болезни (100%). После получения рекомендаций (в конце обучения) количество пациентов, использующих психокоррекцию, значительно возросло среди людей с гармоничным и эргопатическим типами отношения к болезни (100%), однако 9 (60,0%) из 15 пациентов с тревожным типом так и не стали проводить такие мероприятия.

## ВЫВОДЫ

1. В процессе структурированного обучения у пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы происходило улучшение показателей психоэмоциональной сферы, качества ряда сторон жизни, а также вырабатывались положительные навыки по ведению здорового образа жизни.

2. Разработанная образовательная личностно-ориентированная программа для пациентов с заболеваниями жёлчного пузыря и желчевыводящих путей позволяет за короткое время обучить большой контингент аспектам ведения здорового образа жизни, методам профилактики заболеваний и психоэмоционального контроля

состояния своего здоровья, а также охватить их квалифицированным врачебным наблюдением.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С.А., Наумова А.А. Опыт работы «школы» больных холелитиазом // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — №1. — С. 51.
2. Афанасьев С.А., Пискова Г.П., Филиппов А.В. Опыт немедикаментозной коррекции вегетативных расстройств у подростков // Клин. мед. — 2004. — №7. — С. 69–71.
3. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. ж. — 1998. — №2. — С. 43–49.
4. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: учебное пособие для системы послевуз. проф. образования врачей. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. — 182 с.
5. Маев И.В., Бардеништейн Л.М., Антоненко О.М. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта // Клин. мед. — 2002. — №11. — С. 8–13.
6. Мальцев С.В., Файзуллина Р.А., Архипова Н.Н. и др. Актуальные проблемы подростковой медицины // Казан. мед. ж. — 2005. — Т. 86, №2. — С. 154–156.
7. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / Под ред. А.Е. Личко. — Л.: ДНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. — 26 с.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Издательский дом «Нева», М.: ОЛМА-ПРЕСС Звёздный мир, 2002. — 320 с.
9. Турьянов А.Х., Волевач Л.В. Внутренняя картина болезни: понятие, способы исследования в гастроэнтерологии: методические рекомендации. — Уфа: БГМУ, 2004. — 35 с.
10. Циммерман Я.С. Хронический холецистит и хронический панкреатит. — Пермь: Перм. мед. акад., 2002. — 250 с.