

© С. А. СОБЧЕНКО, О. В. КОРОВИНА, 1991

УДК 616.248:364.464

С. А. Собченко, О. В. Коровина

ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ»

Ленинградский ГИДУВ им. С. М. Кирова

В последние годы пульмонологи всего мира при лечении больных бронхиальной астмой придают большое значение их обучению, позволяющему достичь определенных знаний в отношении этого заболевания, иметь компетентную информацию о лекарственных препаратах, различных методах лечения, научиться оценивать их эффективность.

С этой целью во Франции созданы астматологические консультации, ассоциации взаимопомощи больных бронхиальной астмой [2, 7], в Швеции — группы обучения больных бронхиальной астмой [6], в Германии — семинары с больными астмой [9], в США — «Астма-клубы», в Женеве — курсы по обучению больных [3].

Несмотря на имеющийся международный опыт, растущая медико-социальная значимость заболевания (высокое число дней нетрудоспособности, расходы на лечение, ранняя инвалидизация), а также особенности этого хронического обструктивного заболевания, таящего в себе постоянную угрозу обострения, заставляют всё время искать новые формы организации лечения бронхиальной астмы.

Многолетнее наблюдение за больными бронхиальной астмой убедило нас в том, что наиболее слабым звеном в длительном лечении больных является отсутствие должного контроля за течением заболевания, эффективностью терапевтических мероприятий и, как результат этого, отсутствие своевременной рациональной коррекции лечения.

По нашему мнению, сделать терапию максимально гибкой, динамичной можно только при активном медицински грамотном участии больного в собственном лечении. Союз лечащего врача, понимающего суть бронхиальной астмы у данного конкретного больного, и больного, знающего особенности своего заболевания и своей жизни, способного контролировать свое состояние и проводить терапию, позволит установить единство действий, избежать осложнений, обеспечить постоянное наблюдение за течением астмы.

Руководствуясь этим принципиальным положе-

нием, при кафедре пульмонологии ЛенГИДУВа функционирует в течение девяти лет «Школа для больных бронхиальной астмой». За это время в ней прошли обучение и находятся под наблюдением 68 больных с разными формами бронхиальной астмы.

В программу обучения входят индивидуальные и групповые занятия. Индивидуальные занятия являются основными в обучении больных. Во время занятий врач информирует больного об особенностях его заболевания, знакомит с терминами «бронхоспазм», «гиперчувствительность», «аллергия» и т. д., объясняет действие лекарственных препаратов, входящих в составленный для больного терапевтический комплекс, обучает элементам дыхательной гимнастики. Особое внимание обращается врачом на правильное использование ингаляторов. По мнению зарубежных коллег [4, 8], 11—75 % больных не умеют этого, между тем как максимальный лечебный эффект зависит от достаточной концентрации вводимого лекарственного препарата (симпатомиметики, холинолитики, кортикостероиды).

В начале обучения каждому больному предлагается самостоятельно ответить на вопросы (табл. 1, 2). Совместный (врача и пациента) анализ полученных ответов дает возможность более глубоко проникнуть в суть заболевания, «понять» больного.

Основное место на индивидуальных занятиях отводится обучению больного контролировать эффективность лечения. С этой целью ему предлагается ежедневно фиксировать в специально разработанной таблице (см. ниже) изменения в состоянии, данные дыхательной гимнастики, дозы лекарственных препаратов. Особое внимание обращается на ингаляционные симпатомиметики (беротек, сальбутамол и др.), которые обязательно входят в каждый индивидуальный комплекс лечения. Это объясняется тем, что в связи с отсутствием портативных аппаратов для оценки скоростных показателей вентиляции нами в качестве теста адекватности проводимого лечения взята минимальная суточная потребность больного в сим-

Таблица 1

Описание приступов удушья

Вопросы	Ваши ответы (подчеркните или допишите)
1. В каком возрасте у Вас начались приступы?	1. Раннее детство 2. Возраст полового созревания 3. Зрелые годы: до 40 лет, 41—50 лет, 51 год и больше
2. Не совпало ли начало приступов с изменениями в Вашем организме?	1. Появление менструации 2. Беременность 3. Климактерический период 4.
3. В какое время года приступы чаще?	1. Весна 2. Лето 3. Осень 4. Зима 5. Не зависит от времени года
4. В какое время суток чаще?	1. Днем 2. Ночью 3.
5. Связаны ли приступы с местом Вашего пребывания?	1. На работе 2. Дома 3. На даче 4.
6. Количество приступов удушья за последнее время?	Период <u> </u> Кол-во приступов <u> </u> 1 2 3 4 5 6 7 больше <u> </u> Год <u> </u> Месяц <u> </u> Неделя <u> </u> Сутки <u> </u>
7. Как долго длился приступ?	1. Минуты 2. Часы 3. Сутки 4.
8. Как Вы его ощущаете?	1. Затрудненное дыхание 2. Тяжесть в груди 3. Удушье 4. Одышка 5. Приступообразный кашель 6.
9. Сопровождается ли приступ другими недомоганиями?	1. Заложенность носа 2. Насморк 3. Конъюнктивит 4. Кашель 5. Повышение температуры тела 6. Отхождение мокроты 7. Боль в груди 8.
10. Приступ проходит сам или под действием лекарства?	1. Самостоятельно 2. Под действием лекарств 3.
11. Как Вы себя чувствуете между приступами?	1. Нормально 2. Остается одышка 3. Остается кашель 4. Остается «свист» в груди 5. Отходит мокрота 6.

патомиметиках в период ремиссии заболевания. Она является объективной интегральной оценкой «благополучия» больного. Нарастание кратности, т. е. потребность в увеличении числа ингаляций бронхолитических средств в течение двух дней, служит для врача и больного сигналом к пересмотру базисной терапии и более внимательному поиску причин, усиливающих обструктивные нарушения.

Лечащим врачом для каждого больного составляется индивидуальный терапевтический комплекс, основанный на данных клинического и функционального обследования и тщательном изучении реакции больного на назначенные лекарственные препараты. На первых этапах обучения, которое, как правило, продолжается от 1,5 до 3 месяцев, в зависимости от возрастных, психосоматических особенностей пациента, тяжести течения бронхиальной астмы, любые изменения в терапевтический комплекс вносятся только лечащим врачом. Коррекция лечения сочетается с контролем знаний больных «своих» медикаментов, умения определять их неэффективность.

Важное значение в обучении придается умению больного вести себя в случае развития приступа. Больной обучается «расслаблению», дыхательной гимнастике, умению своевременно применить лекарственные препараты из собственной «Аптечки скорой помощи». «Аптечка» составляется индивидуально для каждого больного. Эти занятия проводятся в виде вопросов или ситуационных задач с упоминанием тех конкретных обстоятельств, в которых у пациента уже возникал или может возникнуть приступ астмы. Давая ответы и принимая решения, больной чувствует себя «ответственным» за свое лечение, что вселяет в него уверенность и снимает чувство страха. На основании полученной информации он должен уметь предупреждать и даже лечить начало приступа, но также знать границы этого лечения с тем, чтобы вовремя обратиться за врачебной помощью.

После того, как лечащий врач убедится, что больной приобрел определенные навыки и умения,

Таблица 2

Причины, вызывающие приступы удушья

Причины	Ваши ответы (подчеркните или допишите)
1. Бытовые факторы	Пыль, перьевые подушки, табачный дым, животные, резкие запахи, моющие средства (стиральные порошки), косметика, растения, плесень, синтетические ковры
2. Инфекция	Вирусная, бактериальная
3. Жизненные ситуации	Стресс, конфликты, смех, волнение
4. Физическая нагрузка	Бег, подъем по лестнице, быстрая ходьба, поднятие тяжестей
5. Пищевые продукты	Молоко, яйца, хлеб, сыр, рыба, цитрусовые, сухие вина, пиво
6. Цветение растений	Полынь, тополь, ива, береза
7. Лекарственные препараты	Аспирин, анальгин, резерпин, адельфан, индометацин
8. Метеофакторы	Дождь, туман, сухость, жара, холод, магнитные бури
9. Природные условия	Лес, море, горы, город
10. Производственные и профессиональные факторы	Лаки, краски, мука, клей, пластмассы, ткани, меха, синтетические волокна, ацетон

Месяц													
День													
Лекарственные препараты													
беротек													
преднизолон													
эуфиллин													
Травы													
Немедикаментозное лечение													
Массаж грудной клетки													
ВРД	Утро	Пульс											
		Задержка дыхания											
		Пульс											
	Вечер	Пульс											
		Задержка дыхания											
		Пульс											
Состояние	Приступы удушья												
	Затрудненное дыхание												
	Приступообразный кашель												
	Трудное отделение мокроты												
	Обильное отделение мокроты												
	Заложенность носа												
Метеофакторы													
Физическая нагрузка													
Стрессы													

больному разрешается самостоятельно регулировать прием лекарственных препаратов (кортикостероиды, метилксантины, интал, отхаркивающие и т. д.) в границах индивидуального терапевтического комплекса. Категорически запрещается пользоваться новыми медикаментами и немедикаментозными методами лечения без согласования с лечащим врачом.

Клинический опыт свидетельствует о том, что у больных бронхиальной астмой раз установленное лечение не может быть неизменным, поскольку заболевание претерпевает различные степени выраженности, «активности». Благодаря приобретенным знаниям, больной при любом обострении регулирует лечение, что позволяет уменьшить тяжесть, длительность его и избежать госпитализации.

Результаты обучения в «Школе для больных бронхиальной астмой»

Клиническая оценка	До обучения		После обучения	
	n	f	n	f
Госпитализация, связанная с обострением болезни	35	1,0	3	0,08
Реанимационные мероприятия (астматический статус)	16	0,45	—	—
Потребность в интенсивной терапии (вызовы скорой помощи)	31	0,88	—	—
Максимальная суточная кратность ингаляционных симпатомиметиков:				
от 1 до 4 раз	7	0,2	35	1,0
от 5 до 8 раз	13	0,37	—	—
9 и более раз	15	0,42	—	—
Получали кортикостероидную терапию	24	0,68	30	0,86
постоянно	21	0,87	6	0,20
эпизодически	3	0,13	24	0,80

зации, а в большинстве случаев предотвратить само обострение.

Индивидуальное обучение больного является необходимой основой для получения оптимального терапевтического результата. Обучение в «Школе» адаптировано к личности, запросам больного, позволяет неоднократно возвращаться к трудным, плохо усваиваемым проблемам, дает возможность контролировать приобретенные навыки. Индивидуальные занятия могут проводиться в любых условиях: в кабинете поликлиники, в палате, на дому. Безусловно, этот способ требует от лечащего врача больших затрат времени и терпения.

Наряду с индивидуальными в нашей «Школе» ежемесячно проводятся групповые занятия («круглый стол»). В программу этих занятий входят лекции, беседы на темы: «Анатомия и физиология легких», «Бронхиальная астма, ее основные формы», «Медикаментозное лечение астмы (ознакомление с имеющимися препаратами, возможностями их сочетания, побочными действиями)», «Глюкокортикоидная терапия», «Приступ бронхиальной астмы и астматический статус», «Лечение простудных заболеваний в домашних условиях», «Питание больных бронхиальной астмой, поведение, реорганизация жизни» и др. Кроме лекций проводятся дискуссии, решаются ситуационные задачи. Больные наглядно убеждаются, насколько различаются между собой случаи бронхиальной астмы, понимают необходимость индивидуальной базисной терапии, опираясь на чужой опыт, расширяют свои знания о «факторах риска», способны усилить обструкцию дыхательных путей. Безусловно, фундаментальным элементом этих занятий является словесное и молчаливое взаимодействие между больными, чего нет на индивидуальных занятиях. Дискуссии, обмен опытом обогащают и пациентов, и лечащего врача полезными для дальнейшей работы наблюдениями. Благодаря такой форме обучения можно углублять, контролировать, наглядно иллюстрировать знания, приобретенные больными на индивидуальных занятиях. Непринужденное общение, обмен информа-

цией несколько сглаживают «доминирующую» роль врача, вселяют в пациента уверенность в собственные силы. Индивидуальные и групповые занятия дополняют друг друга.

В табл. 3 нами представлены результаты лечения 35 больных, прошедших обучение в «Школе для больных бронхиальной астмой». Эти больные находились под наблюдением наиболее длительное время — от пяти до девяти лет. Среди наших пациентов 19 мужчин и 16 женщин в возрасте 17—68 лет, преобладают лица старше 40 лет (0,83). Бронхиальная астма у большинства больных (0,80) имела «позднее» начало и отличалась тяжелым течением, выраженностью обструктивных нарушений. В основу оценки результатов лечения нами была взята тяжесть течения бронхиальной астмы за год до обучения и за период наблюдения. В качестве критериев тяжести заболевания служили: потребность в госпитализации, наличие в анамнезе реанимационных мероприятий в связи с тяжелым приступом или астматическим статусом, необходимость в интенсивной терапии на дому, максимальная суточная кратность ингаляционных симпатомиметиков, постоянная или эпизодическая кортикостероидная терапия.

Как мы и видим, до обучения всем нашим пациентам (1,0) требовалось лечение в больничных условиях, а 16 из них (0,45) — в отделениях интенсивной терапии в связи с крайне тяжелым состоянием. За время обучения были госпитализированы трое больных, преждевременно самовольно прекративших прием кортикостероидных гормонов. Исчезла потребность в неотложной помощи. Максимальный суточный прием беротека или сальбутамола снизился до четырех доз в сутки (1,0). Кортикостероидная терапия у большинства больных стала носить эпизодический характер (0,80).

Таким образом, как показал опыт работы, активное и грамотное участие больного в лечении влияет на течение бронхиальной астмы, помогает избежать осложнений, повышает жизненный по-

тенциал больного, дает ему возможность чувствовать себя полноценным человеком. Полученные результаты позволяют говорить о целесообразности организации школ для обучения больных бронхиальной астмой при поликлиниках, пульмонологических отделениях, центрах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авилова О. М., Юдина Л. В., Грабовецкая А. И., Василько О. П. // Эпидемиология неспецифических заболеваний легких и организация пульмонологической помощи в СССР. — Л., — 1980. — С. 24.
2. Blaive B., Bugnas B., Lemoigne F. et al. // Rev. Mal. resp. — 1989. — Vol. 6, Suppl. 2. — P. 107.
3. Courtehenne Ch. // Schweiz. med. Wschr. — 1984. — Bd. 114, N 39. — S. 1336—1339.
4. Epstein S. W. et al. // Canad. med. Ass. J. — 1979. — Vol. 120. — P. 813.
5. Falliers C. J. // J. Asthma. — 1988. — Vol. 25, N 5. — P. 285—291.

6. Fireman P. et al. // Pediatrics. — 1981. — Vol. 68. — P. 341.
7. Pison Ch., Pin J., Muller P. et al. // Rev. Mal. resp. — 1989. — Vol. 6, Suppl. 3. — P. 163.
8. Shim Chang, Williams M. H. // Amer. J. Med. — 1980. — Vol. 69. — P. 891.
9. Wernes J., Andres G. // Z. ärztl. Fortbild. — 1990. Bd. 84, N 7. — S. 321—322.

Поступила 7.03.91

EXPERIENCE WITH THE SCHOOL FOR ASTHMATIC PATIENTS.

Sobthchenko S. A., and Korovina O. V.

Summary

A nine-year experience with the school for asthmatics demonstrated: 1. High effectiveness of patients' treatment due to gaining more information about the disease and active involvement into the treatment process; and, 2. The necessity to apply different forms of education (individual and group training).

© Г. Ю. БАБАДЖАНОВА, 1991

УДК 616.248-092:612.6.05]-06:616.379-008.64

Г. Ю. Бабаджанова

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ТРАКТОВКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, кафедра внутренних болезней (Москва)

Бронхиальная астма (БА) — самостоятельное, хроническое, рецидивирующее заболевание, основным и обязательным патогенетическим механизмом которого является измененная реактивность бронхов, обусловленная специфическими иммунологическими (сенсibilизация и аллергия) или неспецифическими механизмами. Основным (обязательным) клиническим признаком ее является приступ удушья вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

Растущая распространенность БА во всем мире, хронический характер течения, частота и тяжесть осложнений сделали ее важнейшей медико-социальной проблемой современного здравоохранения. Поэтому в настоящее время особенно актуальным является изучение методов профилактики БА. При этом особое внимание в первичной профилактике БА следует уделять выявлению групп высокого риска, среди которых наследственность играет важную роль, а также провоцирующим факторам окружающей среды. Неблагоприятные экологические факторы как в нашей стране, так и за рубежом, особенно в крупных городах, приобретают очень большое значение в развитии БА. Они усугубляют состояние больных и способствуют возникновению все новых и новых случаев данной патологии.

Представление о роли наследственности в развитии БА базируется на данных изучения семей однойцовых близнецов, описаниях случаев

БА в нескольких поколениях одной и той же семьи, т. е. на факте семейной агрегации заболевания. Однако генетическая природа БА, характер взаимодействия генетических и средовых факторов, их влияние на развитие ее осложнений (синдром Иценко — Кушинга, нарушения углеводного обмена и сахарный диабет, микроциркуляторные нарушения и др.) остаются неясными и требуют дальнейшего изучения.

Терапия БА в настоящее время весьма разнообразна. Одно из ведущих мест в ней занимают глюкокортикоидные гормоны, приводящие в силу присущих им эффектов и генетической предрасположенности больных БА к целому ряду тяжелых осложнений. Одним из этих осложнений является сахарный диабет (СД), который по каким-то причинам развивается не у всех больных, получающих стероиды, и развивается в разные сроки. По-видимому, причина здесь в мультифакториальной природе СД, когда не только внешние факторы (в данном случае глюкокортикоиды) оказывают определенное патологическое воздействие, но и генетически детерминированная предрасположенность определенной части больных. Возникает вопрос: а не является ли БА также мультифакториальным заболеванием (МФЗ)? Оказывается, как и любое МФЗ, она характеризуется следующими чертами [1]:

1. Высокой частотой среди населения. В СССР распространенность БА составляет 0,2—10 %, в