

ГЛАВА IX

**ОБРАЗОВАНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

- Национальные и международные рекомендации не будут достаточно эффективны, если они не адаптированы к локальным условиям и не внесены в местные документы
- Образование больных должно вести к развитию партнерства между пациентом и врачом с постоянной проверкой и обновлением знаний. Цель — контролируемое самоведение, то есть самостоятельное управление больным своей болезнью под контролем медицинского работника
- Ключом к хорошему восприятию знаний является общение на ясном и понятном уровне

Как следует обеспечить помочь, чтобы эффективное лечение, имеющееся в настоящее время, принесло улучшение всем и каждому? Лечение должно доходить до каждого больного и должно быть им использовано. Успешный результат зависит от организации той системы здравоохранения, в которой ценится хорошая взаимосвязь и обучение. Таким образом, необходимым должно быть следующее:

- Достаточное количество хорошо образованных медицинских работников, деятельность которых организована таким образом, чтобы охватить максимальное количество больных.
- Диагноз астмы должен быть скорректирован, необходимо установление ее тяжести и назначения соответствующего лечения.
- Для обеспечения современной терапии бронхиальной астмы необходимо достаточное финансирование государственных учреждений и больных.
- Больные должны правильно проводить предписанное лечение бронхиальной астмы.

Несмотря на то, что решения о финансировании программ здравоохранения принимаются на уровне государственных чиновников, медицинские работники должны быть также осведомлены об этих сторонах медицинской помощи. Скорректированный диагноз и правильное лечение бронхиальной астмы, а также использование соответствующего лечения являются вопросами, напрямую связанными с обучением медицинских работников и больных.

Исследования показывают, что в настоящее время имеются недостатки в осуществлении большинства из четырех названных выше пунктов. Например, частым является несвоевременное установление диагноза [1], что ведет к неправильному лечению (лечению не астмы), которое предлагается больному. В других случаях недооценивается тяжесть состояния, что ведет к недостаточному применению профилактических мероприятий [2,3]. В одном из исследований было показано, что 74% больных, госпитализированных по поводу тяжелой астмы, могли бы избежать

госпитализации при назначении правильного лечения на предыдущем этапе [4]. Исследования случаев смертей от астмы показывают, что в 90% случаев имели место факторы, которых можно было бы избежать [5]. Было продемонстрировано, что различная эффективность госпитального лечения связана с тем, проводит ли лечение специалист-пульмонолог, врач общей практики или терапевт, специализирующийся в других областях медицины. Это ведет к десятикратным различиям в риске поступить вновь в стационар с обострением заболевания в течение короткого периода времени после выписки [6]. В других исследованиях среди детей и взрослых было выявлено, что только 50% больных выполняют назначенную врачом превентивную терапию [7—9].

Образование является совершенно необходимой частью общей программы лечения бронхиальной астмы. На рис.9-1 представлены обобщенные сведения по образованию при астме. Оно включает обучение первичной профилактике, вторичной профилактике и ведению больных. Таким образом, в этой главе излагается организация работы и обучение медицинских работников, образование больных и обучение других лиц, чья деятельность может влиять на состояние больных бронхиальной астмой.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Для обеспечения надлежащей организации работы хорошо образованных медицинских работников в масштабе страны или одного из районов страны необходимо создание группы планирования по бронхиальной астме. Возможные члены такой группы перечислены на рис.9-2. Страны могут в большой степени различаться по экономическому положению, культуре и состоянию окружающей среды, так что приоритеты и проблемы, с которыми столкнется группа, будут очень разными. Некоторые из этих положений, которые следует принимать во внимание, представлены на рис.9-3.

Рекомендации

Для групп планирования, возможно, будет полезной разработка и использование рекомендаций. Рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой не только помогают установить стандарты для медицинской помощи и могут помочь в качестве базиса для анализа, но они также являются отправной точкой для образования медицинских работников. Таким образом, рекомендации могут использоваться для достижения осведомленности всех членов групп планирования о целях лечения и о различных путях достижения этих целей. Разделение на различные направления может использоваться как основа для принятия решения, как лечить различных больных, а также для разработки расширенных протоколов лечения. Однако, будь то национальные [10,11] или международные [12] рекомендации, нельзя надеяться, что только одна их разработка приведет к уменьшению болезненности. Единственный анализ, предпринятый до и после введения наци-

Рис.9-1. Образование: основная часть контроля (управления) астмы

Для чего нужно обучать?

Хорошая образовательная подготовка может снизить заболеваемость и смертность, дать возможность людям учиться и работать, а также снизить финансовые затраты (особенно снижение госпитализаций)

Кого нужно обучать?

- ↳ Политиков и организаторов, т.к. могут дать приоритет астме и хорошо организовать помочь
- ↳ Работников здравоохранения: врачей, медсестер, студентов (медиков, профессиональных сиделок).
- ↳ Широкие слои населения: учителей, работодателей, инструкторов
- ↳ Больных (и их семьи или близких)

Чему обучать?

- ↳ Информации об основных формах астмы
- ↳ Информации о диагнозе
- ↳ Обучение основным методам самопомощи
- ↳ Возможности распознать признаки астмы
- ↳ Информации о профилактике
- ↳ Знаниям о различных видах лечения
- ↳ Обучение правильному пользованию ингалятором и пикфлюметром

Как обучать?

- ↳ Обучая медицинских работников, подчеркните, что обучение - важная профилактическая мера.
- ↳ Знайте, что обучение больных включает:
 - получение определенных знаний и навыков
 - изменение поведения больного
- ↳ Развивает отношение и деловое партнерство между больным и работником здравоохранения, если основные барьеры в обучении преодолены
- ↳ Наблюдение, отчетность, а также набор определенных стадий развития отношений и ответственностью официальных и профессиональных организаций

Где обучать?

- ↳ Готовить специалистов по образованию необходимо в школах и колледжах, в качестве постоянного медицинского образования
- ↳ Образование широких слоев населения необходимо проводить с помощью заметок в газетах, журналах, а также в телевизионных программах
- ↳ Обучение больных - постоянный процесс, включающий пересмотры и получение новых знаний при каждой встрече с работником здравоохранения

Рис.9-2. Желательные члены Национального или местного комитета по разработке противоастматической программы

- ⇒ Руководители органов здравоохранения
- ⇒ Работники органов здравоохранения
- ⇒ Врачи поликлиник
- ⇒ Педиатры
- ⇒ Пульмонологи
- ⇒ Фармакологи
- ⇒ Аллергологи
- ⇒ Медсестры
- ⇒ Специалисты по медицинскому образованию
- ⇒ Группа поддержки больных
- ⇒ Медицинские социологи
- ⇒ Экономисты в области здравоохранения

Рис.9-3. Список задач для национального или местного комитета по разработке противоастматической программы

- Каков объем проблем по астме в этой стране, регионе?
- Кто будет осуществлять помощь в этом регионе (поликлиника, больница, врачи или медсестры, или группа поддержки)?
- Как будут распределяться обязанности между различными медицинскими учреждениями и специалистами (клиниками и поликлиниками, врачами и медсестрами)?
- Как будет согласовываться медицинская помощь с отделами здравоохранения и образовательными инициативами?
- Какие основные профилактические меры приняты в этой стране или регионе для предотвращения развития астмы или для предупреждения обострений у тех, кто уже болен ею?
- Каким моментам, используя средства культуры, следует уделить особое внимание для борьбы с ложными представлениями об астме и ее лечении?
- Какое лечение используется постоянно?
- Какие другие методы лечения, достаточно дешевые и стабильные, существуют в ваших климатических условиях?
- Можно ли уменьшить стоимость, решить проблемы хранения стандартных ингаляторов и других медикаментов?
- Кто будет осуществлять неотложную помощь?
- Какие группы населения относятся к особым группам риска (например, бездомные, бедные слои населения, подростки)?
- Кого следует включить в помощь по образованию (работников отделов здравоохранения по пропаганде медицинских знаний, лекторов, постоянно работающих по другим программам, группу поддержки и взаимопомощи больных)?
- Кто будет отвечать за подготовку медицинских специалистов по образованию?
- Кто будет отвечать за образование больных?
- Как можно будет внедрить образовательные программы по астме в различные другие программы (например, педиатрическую)?

ональной рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой, осветил ее воздействие на госпитальную помощь при тяжелых обострениях болезни. Анализ показал, что помощь специалистов лучше, чем проведение лечения врачами общей практики. Однако в обоих случаях, за небольшим исключением, значительного улучшения измеряемых параметров после введения рекомендаций не было [13].

Следовательно, скорее всего такие руководства следует внедрять на локальном уровне, что обеспечит большую восприимчивость информации. Когда это было сделано, например, в отделениях неотложной помощи [14] или на одном из участков, обслуживаемых учреждением здравоохранения, в серии проанализированных результатов было показано, что после введение рекомендаций улучшилось качество медицинской помощи и снизилась болезненность.

Рекомендации часто более полезны, если они содержат обобщенные ключевые схемы по диагностике и лечению, так как такие схемы легко копировать, что позволит всем уровням медицинских работников иметь их при себе, когда они имеют дело с больными бронхиальной астмой. Например, Международный Согласительный Доклад [12] содержит обобщенные схемы по ступенчатому подходу к ведению больных бронхиальной астмой для долговременного лечения, по лечению обострений дома и в условиях больницы. Другой пример — Британские рекомендации, которые опубликованы как часть общего доклада и отдельно [10].

Однако часто такие рекомендательные документы рассматривают астму как отправную точку, а было бы полезным обсуждать данное состояние в контексте всей респираторной медицины. Поэтому в данной главе впервые приводятся обобщенные таблицы астмы в этом контексте: на рис.9-4 приводятся данные по заболеваниям легких; рис.9-5 посвящен дифференциальному диагнозу; на рис.9-6 представлены основные вопросы по анамнезу больного. За ними идут рис.7-4 и 7-6 (те же, что и в главе по ведению бронхиальной астмы), которые суммируют долговременное ведение взрослых больных и детей. Любой из этих рисунков может быть легко перепечатан для использования их медицинскими работниками.

Контроль за процессом лечения и результатом

В дополнение к внедрению системы обеспечения помощи больным астмой через обученных медицинских работников необходимым также является развитие системы контроля за эффективностью и качеством помощи. Такое мониторирование включает изучение традиционных эпидемиологических параметров, таких как болезненность и смертность, а также специальный анализ процесса лечения и результата в различных частях системы медицинской помощи. Чтобы проводить контроль эффективности помощи, необходимо выбрать и определить минимальный набор данных, которые будут подвергаться проверке. В каждой стране существует свой минимальный набор таких параметров. Можно привести примеры.

Вопросы для оценки процесса:

- Имелась ли запись о технике ингаляирования больным дозированных аэрозолей?
- Находился ли больной на ступени лечения, соответствующей его тяжести заболевания?
- Имелась ли запись о том, что больной был осведомлен как распознать обострение и как с ним справляться?

Вопросы для оценки результата:

- Имелись ли нарушения сна из-за астмы?
- Имелись ли пропуски работы или школы из-за астмы?
- Увеличилось ли применение симптоматических препаратов?
- Нуждался ли больной в экстренной помощи?

ОБРАЗОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Цель обучения больного, которое является постоянным процессом, — обеспечить пациента, страдающего астмой, и его семью необходимой информацией и охватить обучающими мероприятиями для того, чтобы больной хорошо себя контролировал и действовал в соответствии с планом медикаментозного лечения, разработанным медицинским работником. Акцент должен делаться на развитие постоянного партнерства между медицинским работником, больным и членами его семьи.

Улучшение восприятия лечения

Улучшенное образование медицинских работников обеспечивает назначение больному наиболее приемлемого лечения, однако как мы можем обеспечить следование этому лечению? Как мы можем измерить или выявить отказ от него? Как мы можем улучшить восприятие лечения?

Отсутствие восприятия лечения может быть определено без специального расследования по безуспешности лечения, которое было назначено по договоренности между больным и медицинским работником. Исследования среди взрослых и детей [16] показали, что около 50% больных не следуют предписаниям врача по профилактическому лечению. Невосприятие лечения может выявляться по мониторированию назначений, подсчету таблеток или измерению уровня лекарства в крови, но на клиническом уровне оно лучше всего определяется по вопросам о лечении, построенным таким путем, который может подтвердить подозрение о неполном следовании назначениям (например, “Для того, чтобы спланировать лечение, не могли бы Вы сказать, как часто Вы принимаете лекарство?”). Специфические лекарственные и нелекарственные факторы, которые имеют отношение к отсутствию восприятия назначений, перечислены на рис.9-7. Однако в основном восприимчивость лечения может быть увеличена:

- Если больной полагает, что его астма может быть опасной или представлять серьезную проблему.

Рис.9-4. Обзор легочных заболеваний

ЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

СОСТОЯТ ИЗ

ИНФЕКЦИИ

Обычная простуда, бронхиолит,
пневмония, туберкулез, ВИЧ/СПИД,
различные сопутствующие
(вторичные) инфекции

и

ОБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

РЕСТРИКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Локальные

Парез голосовых связок
Опухоль гортани
Опухоль трахеи
Опухоль бронхов
Инородное тело
Бронхолегочная дисплазия

Генерализованные

Хронические обструктивные
заболевания легких
Астма
Бронхоэктазы
Облитерирующий бронхиолит
Легочный фиброз

Заболевания легких

Экзогенный аллергический
альвеолит
Саркоидоз
Фиброзирующий альвеолит
Асбестоз
Эозинофильная пневмония

Заболевания плевры

Эксудативный плеврит
Пневмоторакс

Деформация грудной клетки

Кифосколиоз

Слабость дыхательной мускулатуры

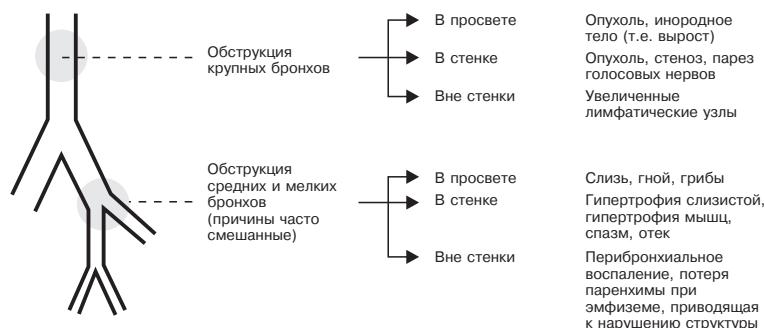
Поддиафрагмальные проблемы

Ожирение
Асцит

Рис.9-5. Дифференциальный диагноз обструктивных заболеваний легких

**С ТИПИЧНЫМИ ЛЕГОЧНЫМИ СИМПТОМАМИ КАШЛЯ,
СВИСТАЩЕГО ИЛИ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ
И СУЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
(ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП СПИРОГРАММЫ, PEF).**

**ВСЕГДА РЕШАЙТЕ:
ОБСТРУКЦИЯ ОГРАНИЧЕННАЯ ИЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ?**



Если обструкция генерализована, то следует дифференцировать



Частичное перекрывание на диаграмме указывает на то, что иногда и на фоне лечения обструктивные изменения при астме могут носить постоянный характер; поэтому и показана "необратимая" обструкция при астме, т.е. незначительный прирост на бронходилататоры.

Стероиды следовало бы разместить слева или справа на диаграмме.

Напечатано с разрешения Dr. Martyn R. Partridge

- Если больной полагает, что он рискует заболеть астмой или получить обострение заболевания
- Если больной полагает, что лечение безопасно
- Если больной чувствует, что с помощью предлагаемого лечения астма подлежит контролю
- Если есть хорошая взаимосвязь между больным и медицинским работником.

Таким образом, целями обучения больных являются:

- Улучшить понимание болезни
- Увеличить тренированность
- Добиться большего удовлетворения
- Улучшить доверие и таким образом
- Улучшить восприимчивость лечения и качество самоведения.

Однако образование больного включает больше, чем обеспечение информацией и обучение больного технике ингаляций и измерению PEF. Оно также включает обучение изменению поведения. Изменение поведения возникает только тогда, когда больному дают соответствующую возможность, в рамках образовательного процесса, выразить свои страхи и заботы, а также когда больной может обсуждать с медицинским работником свои ожидания, связанные с болезнью и ее лечением, и услышать, насколько они соответствуют истине. Например, важно помнить, если больной боится возможных побочных эффектов от лекарств или мать хочет знать, сможет ли ее ребенок "перерasti" астму, эти вопросы должны быть обсуждены, иначе они будут барьером для дальнейших усилий по обучению. Врач, выслушивая опасения больного по поводу лечения или возможности следования предложенному плану терапии, способен изменить такой план, чтобы больному было более удобно ему следовать. Составление планов в партнерстве с больным может улучшить восприимчивость назначений.

Эффективные методы

Больной может получить информацию о своей болезни и ее лечении:

- Слушая медицинского работника
- Читая книгу или рассматривая картинки, смотря видеофильмы или слушая аудиокассеты
- Посещая курсы по обучения больных астмой
- Посещая собрания или группы поддержки больных, чтобы получить сведения от других больных
- Читая статьи в журналах или газетах
- Сматривая телевизионные программы или слушая радио
- Получая информацию с помощью новых методов, таких как драматические постановки.

При оценке этих методов было показано, что больные предпочитают получать информацию слушая медицинского работника или смотря видеофильмы [17]. Однако эффективность не всегда соответствует предпочтениям. В одном из исследований было продемонстрировано, что больные предпочитали книгу аудиокассетам. Однако последние были более эффективны в смысле усвоения знаний [18]. Более того, хотя исследования, возможно, показывают, что знания больных могут улучшаться, мероприятия, включающие только предоставление материала, не обязательно ведут к снижению болезненности [19]. К улучшению контроля астмы, согласно последним исследованиям [20,21], могут привести более разнообразные образовательные мероприятия вместе с персонализацией медицинской помощи. Например, три занятия, проведенные специально обученной сестрой, могут быть достаточными для значительного уменьшения количества больных, повторно поступающих в отделения неотложной терапии вследствие неконтролируемой астмы. Посещение "астма-классов" также снижает число госпитализаций и обращений за неотложной помощью в течение по крайней мере 12 месяцев со времени проведения занятий [22]. В другом наблюдении обучение в форме 30-минутного занятия с глазу на глаз, 60-минутное занятие в группе поддержки больных астмой и два коротких закрепляющих телефонных разговора увеличили практические навыки, а также соблюдение назначений, причем было показано, что успех сохранялся более 12 месяцев [23].

Разделение работы с больными на различные компоненты (подача информации, более тщательное медицинское обслуживание или постоянное наблюдение и/или усиленная куриация больного) более эффективно, но не всегда просто в исполнении. Возможно, более эффективным является предоставление информации вербальным путем и при последующих занятиях — таким путем, который будет основан на культурном базисе больного и уровне его грамотности (занятия с помощью видеофильмов или драматических постановок могут быть для многих более приемлемы, чем листовки). Медицинские работники должны не только обеспечивать больного информацией, обучать пользованию ингалятором и повышать уровень знаний о триггерах болезни и признаках ухудшения состояния. Они также должны развивать хорошие взаимоотношения между медицинским работником и больным, давая таким образом больному адекватную возможность выражать свои страхи и заботы и обсуждать их волнения по поводу будущего, а также лечение. Это необходимо, если мы хотим добиться повышения уровня удовлетворения и восприятия лечения [24,25].

Индивидуализированное обучение по ступенчатому принципу

Базовое обучение должно осуществляться во время многих консультаций или визитов к медицинскому работнику. Образование больного должно осуществляться в любом возрасте. Несмотря на то, что при болезни маленьких детей основной акцент должен делаться на обучение их родителей, дети с трехлетнего возраста должны научиться простым приемам самопомощи. У подростков могут быть определенные трудности, связанные с восприятием

Рис.9-6. Ключевые вопросы при постановке диагноза астмы

Что же такое астма?

Задайте больным или их родителям следующие ключевые вопросы:

- Был ли у больного приступ или повторные приступы затрудненного дыхания?
Подумайте об астме.
- Бывает ли у больного сильный удущливый кашель вочные часы?
Подумайте об астме.
- Бывает ли у больного кашель или затруднение дыхания после физической нагрузки? **Подумайте об астме.**
- Бывает ли у больного кашель, затрудненное дыхание или тяжесть в грудной клетке после контакта с воздушными аллергенами или поллютантами?
Подумайте об астме.
- Простуда у больного "опускается в грудную клетку" или продолжается более 10 дней? **Подумайте об астме.**
- Принимает ли больной противоастматические препараты? Как часто?
Подумайте об астме.

Диагноз астмы вероятен, если на какой-нибудь вопрос больной ответил "**да**". Однако важно помнить и о возможной тромбоэмболии легочной артерии, заболеваниях сердца, анемии, которые также могут вызвать легочные симптомы

* Этот опросник может быть выпущен для клиник как анкета или плакат

Рис.9-7. Факторы, рассматриваемые как неблагоприятные

Лекарственные факторы

- Сложности с использованием ингаляторных приспособлений
- Временные неудобства (т.е. прием 4 раза в день, несколько лекарств)
- Побочные эффекты
- Стоимость лекарств
- Неприязнь к приему лекарств
- Удаленность аптек

Нелекарственные факторы

- Неправильно понятые или недостаточные инструкции
- Неудовлетворенность врачом
- Необъяснимые (необсужденные опасения и страхи)
- Страх побочных эффектов
- Неоправданные надежды
- Слабое руководство, плохое обучение
- Неудовлетворенность состоянием или лечением
- Недооценка тяжести
- Моменты культуры
- Асоциальный образ жизни
- Отношение к болезни
- Религиозные моменты

Рис.7-4. Длительный контроль над астмой: Лечение с учетом ступенчатого подхода

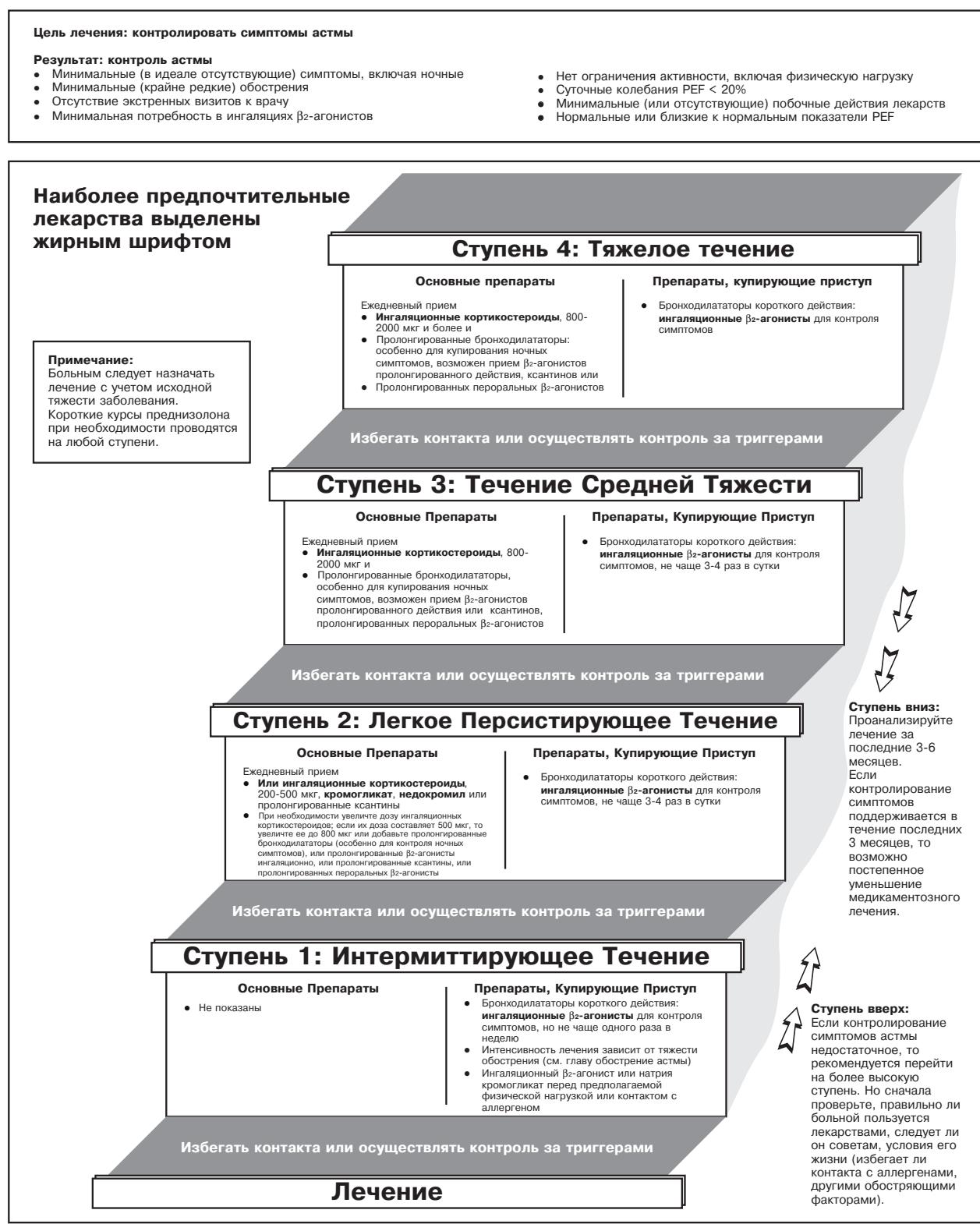
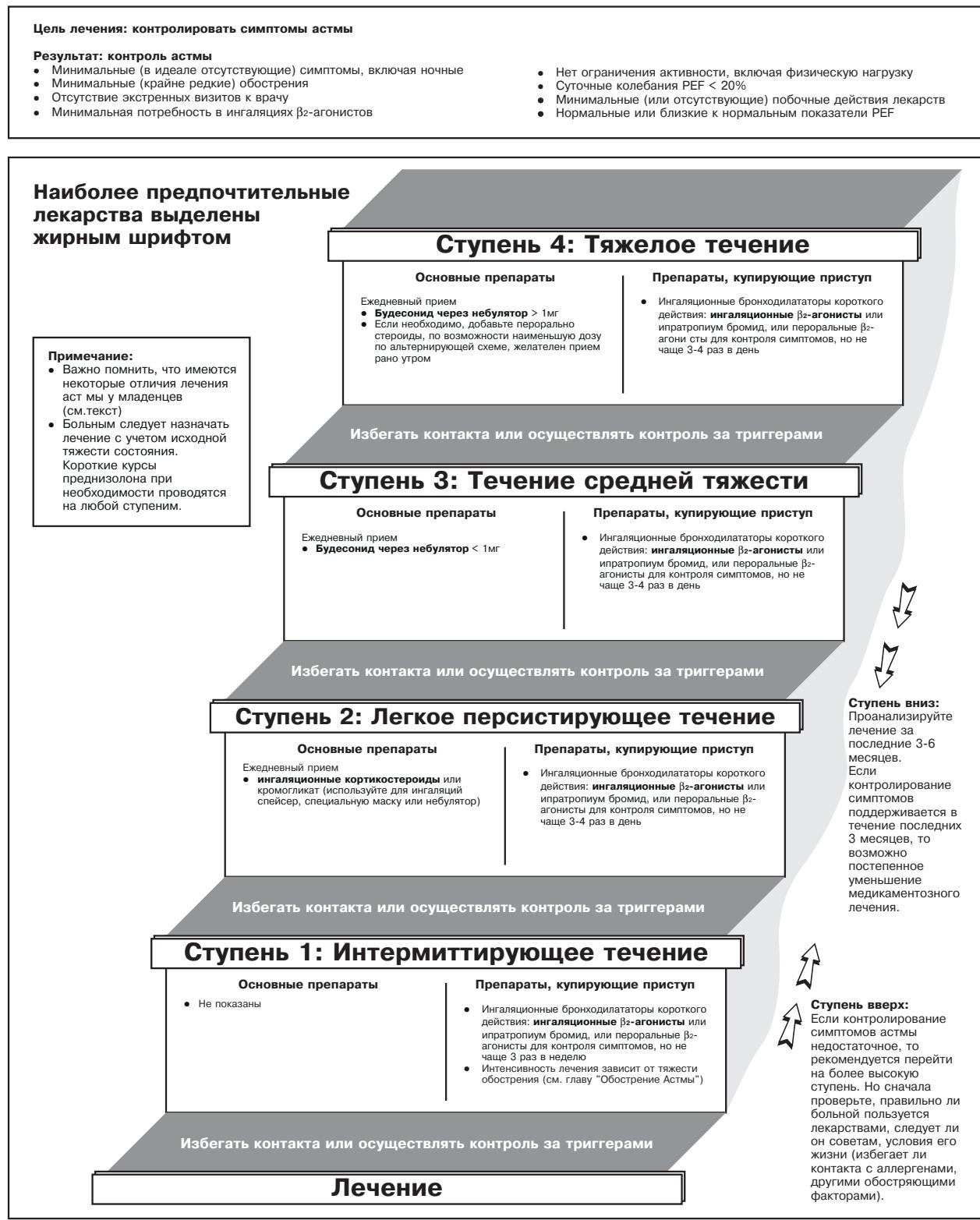


Рис.7-6. Длительный контроль за астмой: ступенчатый подход к лечению младенцев и маленьких детей



информации, и в этом случае может помочь обучение в группе поддержки, которая состоит из ровесников, в добавление к занятиям, которые проводит медицинский работник. Необходимым компонентом обучения медицинским работником является проверка и закрепление знаний. На рис.9-8 указаны основные пункты программы образования больных, а на рис.9-9 приведен перечень вопросов для проверки, посвященных тому, как избежать или предупредить обострение бронхиальной астмы. Уровень необходимой информации и практических навыков, которые необходимо усвоить, у разных больных не одинаков, причем различаются также способности и желание больного отнести ответственно к занятиям. Таким образом, все больные нуждаются в минимальном необходимом наборе информации и навыков, однако более расширенное образование должно быть персонализировано и даваться больному постепенно, ступенями. Также может быть необходимой социальная и психологическая помощь для поддержания позитивных изменений в поведении. В дальнейшем необходимо периодически определять понимание больным информации и сохранение навыков, для того, чтобы можно было повторить уже пройденные образовательные ступени или добавить что-то необходимое.

Первичная консультация

Во время первой консультации больной бронхиальной астмой нуждается в информации о диагнозе и простых сведениях о видах существующего лечения, а также о рациональности специфического лечения, которое предлагается врачом. Например, должны быть продемонстрированы различные виды ингаляторов, и больной должен принять участие в выборе того приспособления, которое более всего ему подходит. На рис.9-10 представлены некоторые из них; каждый год появляются новые и новые ингаляторы. Возможно, будет полезным использование вопросника, контролирующего правила использования ингалятора для обучения больного правильной технике вдыхания препарата. Больной должен получить совет по вторичным профилактическим мероприятиям — например, избегать сигаретный дым также, как избегать контакты с аллергеном, профессиональными сенсибилизирующими агентами и лекарствами, о которых известно, что они могут в некоторых случаях вызывать обострение заболевания. Необходимо разъяснить последствия длительного контакта с этими хроническими поллютантами и аллергенами, даже если их воздействие не всегда приводит к ухудшению состояния. Совет больным избегать такие ежедневные триггеры, как физическая нагрузка и холодный воздух, обычно встречает неадекватное сопротивление, поэтому часто лучше изменить лечение для предупреждения ухудшений состояния в результате воздействия указанных выше факторов [10].

Следует дать больным возможность выразить свои опасения по поводу астмы и ее лечения. Необходимо предоставить правдивую информацию о том, оправданы ли их опасения, и если да, то когда они могут оказаться реальностью. На основании этого врач и больной должны прийти к согласию по поводу целей лечения. Во многих случаях уровень ожиданий больного зависит от медицинского работника. Большинство больных ждут от лечения:

- Отсутствия симптомов днем и ночью
- Отсутствия ограничений в физической активности, включая спорт
- Возможно лучшей функции легких (например PEF).

При первичной консультации верbalная информация должна быть дополнена предоставлением письменной (или в виде картинок для больных с низким уровнем грамотности) информации об астме и ее лечении. Большого и членов его семьи необходимо просить делать отметки по всем вопросам, которые возникают при чтении такой литературы или в результате консультации. Большой должен знать, что для получения дальнейшей информации и ответов на вопросы будет оставлено время на каждой последующей консультации.

Во время первичного или последующих посещений врача пикфлюметрия должна внедряться как способ мониторирования дыхания, соответственно возрасту больного, его возможностям и клинической оценке. Больной должен быть обучен тому, как измерять и записывать PEF (см. рис.9-11). Техника быстрого выдоха, которая необходима при пикфлюметрии, сильно отличается от медленного вдоха при вдыхании дозированных аэрозолей. Это может спутать больного и требует тщательного инструктажа. Когда больной обучен как записывать и интерпретировать PEF, полезным будет объяснить, что помимо абсолютных значений PEF, важна его вариабельность. Большой должен понимать, что данное мониторирование предпринимается с целью контроля за эффективностью лечения и дает ранний сигнал о возможном ухудшении состояния. Полезно указать на то, что измерение PEF производится не просто для записей медицинского работника, оно обеспечивает клиническую информацию для принятия решений по поводу лечения, и таким образом мониторирование PEF является инструментом для самопомощи.

Рекомендации по самоведению

Все больные занимаются самоведением в некотором смысле, когда, например, решают использовать бронхолитик для облегчения состояния. Однако в настоящее время имеется все больше свидетельств успешного самолечения, когда это позволяет больному изменять лечение в ответ на различные обстоятельства, в соответствии с медикаментозным планом, заранее согласованным с медицинским работником. Больные (или родители) должны иметь в виду с самого начала, что план самоведения составляется для того, чтобы больной мог сам следить за собой (или за ребенком), не прибегая по каждому случаю к консультации медицинского работника [26]. Применять ли простой план или более сложную схему — зависит от пациента. Простые планы включают:

- Ежедневную дозу профилактической терапии
- Название и дозу бронхолитика, который должен быть применен для облегчения симптомов
- Инструкцию, как распознать признаки ухудшения состояния, включая симптомы и, если возможно, PEF

Рис.9-8. Индивидуальное обучение с учетом ступенчатого подхода

Цель: Обеспечить больного или его (ее) семью необходимой информацией и научить больного, как сохранить удовлетворительное самочувствие и как придерживаться плана лечения, разработанного врачом

Ключевые моменты

- ✧ Развитие партнерства
- ✧ Принять во внимание, что процесс длительный
- ✧ Обмен информацией
- ✧ Полное обсуждение ожидаемых результатов
- ✧ Обсуждение опасений и страхов

Больному необходимо знать о:

- ✧ Диагнозе
- ✧ Разнице между основными и купирующими приступ препаратаами
- ✧ Обучении по использованию ингаляторных приспособлений
- ✧ Советах по профилактике (см.рис.9-9)
- ✧ Признаках ухудшения при астме
- ✧ Контроле за астмой
- ✧ Советах как и где получить медицинскую помощь

Больному необходимо:

- ✧ Разработать адекватный план действий
- ✧ Регулярное руководство, повторные осмотры, поощрение и поддержка

Рис.9-9. Профилактика: памятка для больного

Чего же мне следует избегать?

- ✧ Активного курения
- ✧ Пассивного курения
- ✧ Бета-блокаторов (в таблетках и глазных каплях)
- ✧ Аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов, способных вызвать нежелательный эффект
- ✧ Профессиональных агентов, которыми больной был сенсибилизирован

О чем мне следует задуматься и, по возможности, исключить и что принять во внимание?

- ✧ Домашнюю пыль и другие бытовые аллергены
- ✧ Неблагоприятные факторы окружающей среды
- ✧ Пищу и пищевые добавки
- ✧ Определенный тип физической нагрузки при определенных климатических условиях
- ✧ Нежелательные факторы в доме

Что мне всегда доступно, даже с помощью необходимого лечения?

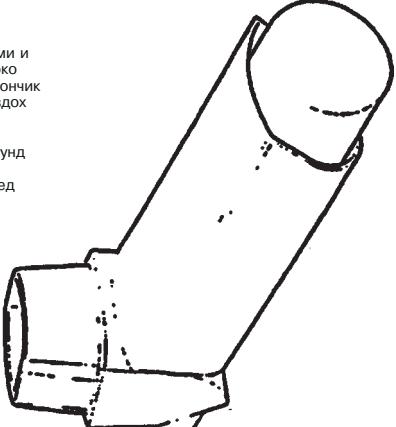
- ✧ Нормальная социальная активность
- ✧ Физическая нагрузка
- ✧ Спорт

Обратите внимание врача на что либо еще, способное ухудшить течение астмы у Вас (например, менструация, алкоголь)

Рис.9-10. Как пользоваться ингаляторами*

КАК ПРАВИЛЬНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДОЗИРОВАННЫМ ИНГАЛЯТОРОМ

1. Снимите крышечку и встрайхните ингалятор
2. Плавно выдохните
3. Обхватите мундштук губами и начните медленно и глубоко вдыхать, нажмите на баллончик и продолжайте глубокий вдох
4. Задержите дыхание приблизительно на 10 секунд
5. Подождите 30 секунд перед второй ингаляцией



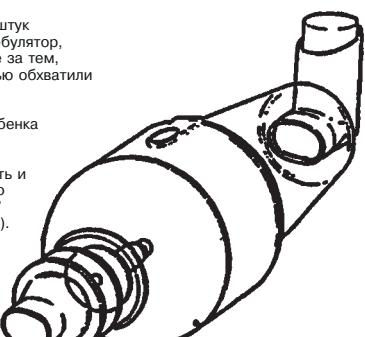
Дозированный ингалятор

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться дозированным ингалятором

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СПЕЙСЕРОМ например НЕБУХАЛЕРОМ

Метод применяется практически только у маленьких детей

1. Снимите крышечку и встрайхните ингалятор, затем вставьте его в специальное отверстие в спейсере
2. Пусть ребенок возьмет мундштук спейсера в рот (применяя Небулатор, будьте внимательны, следите за тем, чтобы губы ребенка полностью обхватили мундштук)
3. Закройте осторожно губы ребенка пальцами одной руки
4. Скомандуйте ребенку вдохнуть и выдохнуть медленно и плавно (Должен появиться "щелчок" открытия и закрытия клапана). Когда дыхание хорошо отработано, нажмите на баллончик другой, свободной рукой, затем держите спейсер в этой позиции, пока ребенок дышит (аккуратно и правильно) еще некоторое время
5. Выньте прибор изо рта ребенка



Небухалер

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Небухалером

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ АУТОХАЛЕРОМ

1. Откройте защитный мундштук и откиньте его назад
2. Держите ингалятор вертикально и опустите рычажок, затем встрайхните
3. Плавно выдохните. Держите ингалятор вертикально. Возьмите мундштук в рот, сомкните губы вокруг него. (Не блокируйте воздушное отверстие на дне Отохалера)
4. Вдыхайте ровно и не прекращайте дыхание, когда раздается "щелчок", и после "щелчка" продолжайте глубокое дыхание
5. Задержите дыхание на 10 секунд
6. Пока держите ингалятор вертикально, опустите рычажок. Подождите 60 секунд перед другой ингаляцией.



Аутохалер

Н.В. Рычажок должен быть поднят ("on") перед каждой ингаляцией и опущен вновь ("off") после нее. В другом положении прибор не работает

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Аутохалером

* Помимо изображенных на рисунках внедряются и другие виды ингаляторов. Врач должен демонстрировать применение каждого предлагаемого приспособления и просить больного показать технику его применения.

Рис.9-10. (продолжение)

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДИСКХАЛЕРОМ

1. Снимите крышку мундштука. Затем снимите белую крышку и осторожно вытащите белый выступ до конца.
2. Положите диск из фольги, блистерами внутрь, в колесо и возвратите выступ в исходное положение.
3. Возвращением выступа в исходное положение поворачивается диск. Блистер попадает в специальное "окошечко". Если диск имеет 8 доз, то вращайте диск до цифры 8. Разместив правильно диск, вы всегда знаете, сколько доз осталось.
4. Держа Дискхалер на горизонтальном уровне, поднимите иглу и проткните ею до конца блистер. Опустите иглу.
5. Держа дискхалер в горизонтальном положении, плавно выдохните и возьмите мундштук в рот. Только не закройте специальное воздушное отверстие сбоку на мундштуке. Вдохните ртом как можно быстрее и глубже.
6. Достаньте Дискхалер изо рта и задержите дыхание на 10 секунд

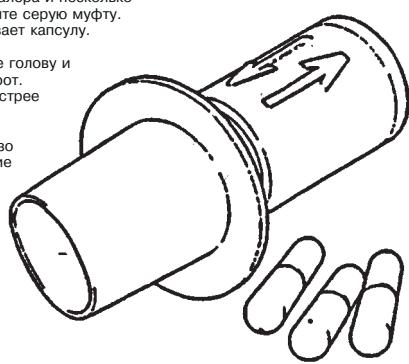


Дискхалер

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Дискхалером

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СПИНХАЛЕРОМ

1. Поставьте Спинхалер вертикально и раскройте его.
2. Положите капсулу цветным концом в "чашечку" пропеллера.
3. Соедините части Спинхалера и несколько раз поднимите и опустите серую муфту. Это движение прокалывает капсулу.
4. Выдохните, запрокиньте голову и возьмите Спинхалер в рот. Вдохните как можно быстрее и глубже.
5. Достаньте Спинхалер изо рта и задержите дыхание на 10 секунд.

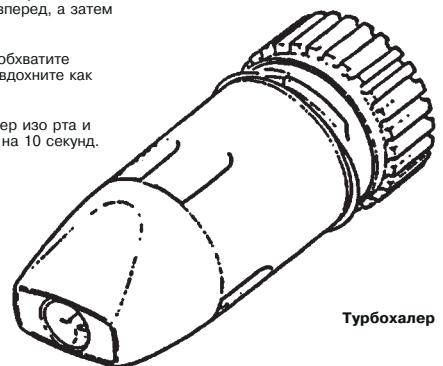


Спинхалер

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Спинхалером

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ТУРБОХАЛЕРОМ

1. Отвинтите и снимите белую крышку. Держите Турбохалер вертикально и поверните нарезку вперед, а затем до конца назад.
2. Плавно выдохните, обхватите мундштук губами и вдохните как можно глубже.
3. Достаньте Турбохалер изо рта и задержите дыхание на 10 секунд.



Турбохалер

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Турбохалером

Рис.9-10. (продолжение)

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СПЕЙСЕРОМ например ВОЛЮМАТИКОМ

Методика для больных, которые могут применять это устройство без посторонней помощи

1. Снимите крышечку с ингалятора и вставьте его, затем вставьте ингалятор в специальное отверстие прибора.
2. Возьмите мундштук в рот.
3. Нажмите на баллончик для получения дозы препарата.
4. Начните медленный и глубокий вдох.
5. Задержите дыхание на 10 секунд, а затем выдохните в мундштук.
6. Вдохните еще раз, но не нажимайте на баллончик.
7. Достаньте прибор изо рта.
8. Подождите 30 секунд перед приемом следующей ингаляционной дозы.



Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Волюматиком

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ РОТАХАЛЕРОМ

1. Держите Ротахалер вертикально и вложите капсулу цветным концом в самое верхнее "квадратное" отверстие. Убедитесь, что верхняя часть ротакапсулы совпадает (находится на одном уровне) с верхней частью отверстия. (Если это так, то ротакапсула уже в приборе и опустилась в отверстие).
2. Держите ротахалер горизонтально и поверните заостренную часть корпуса вперед и назад. Это движение разделит капсулу пополам.
3. Плавно выдохните. Держите Ротахалер горизонтально и возьмите его в рот, зажав губами и зубами. Вдохните как можно быстрее и глубже.
4. Достаньте Ротахалер изо рта и задержите дыхание на 10 секунд.



Ротахалер

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Ротахалером

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИНГАЛЯТОРОМ-М

1. Откройте мундштук (белую часть ингалятора). Вложите капсулу в специально предусмотренное отверстие. Затем закройте ингалятор
2. Держите прибор мундштуком вверх. Затем нажмите на белую кнопку до упора. Нажатие на кнопку разделяет капсулу на две половинки. Теперь ингалятор готов к работе.
3. Плавно выдохните (без ингалятора). Сомкните губы вокруг отверстия и вдыхайте медленно, но глубоко. Повторите дважды. Не выдыхайте через ингалятор, т.к. влага от дыхания будет проникать внутрь ингалятора.
4. Откройте мундштук снова, переверните ингалятор отверстием мундштука вниз и вытряхните пустую капсулу. Закройте ингалятор.

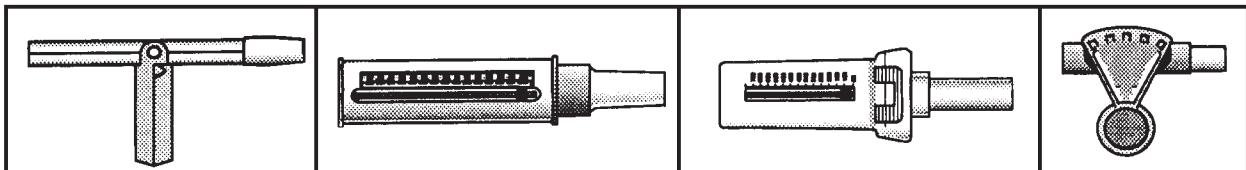


Ингалятор-М

Всегда продемонстрируйте больному, как правильно пользоваться Ингалятором-М

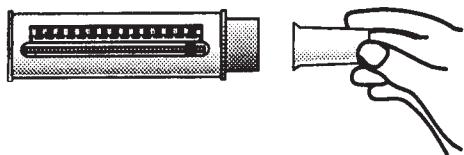
Рис.9-11. Как научиться пользоваться пикфлюметром

Существует несколько типов пикфлюметров. Четыре из них представлены на рисунке. Все они стандартизованы.

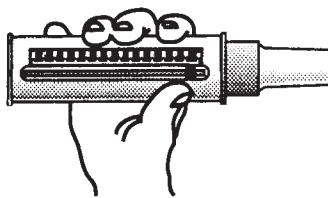


Представленные ниже стадии правильного пользования прибором одинаковы для всех видов пикфлюметров. Пациент выбирает любой тип прибора для себя и начинает пользоваться им в той последовательности, которая показана на рисунке.

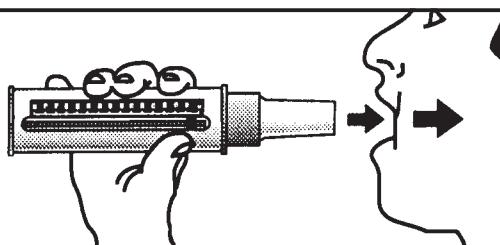
1. Наденьте мундштуковую головку на пикфлюметр.



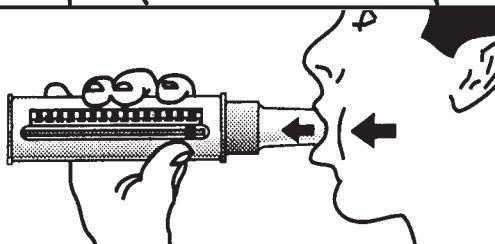
2. Пациент должен встать и держать пикфлюметр горизонтально. Бегунок должен быть неподвижным. Убедитесь, что бегунок находится в начале шкалы.



3. Пациент должен глубоко вдохнуть, обхватить губами мундштук и выдохнуть как можно быстрее.



4. Отметьте результат. Дважды повторите стадии 2-4. Выберите наивысший результат и отметьте его. Сравните полученные данные с должностными.



5. Детям следует объяснить, что выдохнуть в прибор нужно так, чтобы можно было погасить свечи на торте по случаю праздника.



Напечатано с разрешения Asthma Training Center, Warwickshire, England

- Инструкцию, как лечить обострение астмы, включая информацию, как и когда прибегать к медицинской помощи
- Инструкцию по усилению лечения при первых признаках простуды.

Более детализированные планы могут базироваться только на симптомах, однако предпочтительно добавлять к ним объективное измерение PEF. В исследованиях показано, что от 20 до 60% больных не могут надежно определить изменения в функции легких — поэтому они не могут соотнести свои субъективные ощущения с измерением показателей функции легких, таким как PEF [27,28].

Разработка детализированного плана самоведения может занимать много времени и должна проводиться тщательно для того, чтобы в нем содержались реальные эффективные советы. Он должно быть совместной работой больного и медицинского работника, причем к разработке такого плана нельзя приступать до тех пор, пока в течение определенного времени в домашних условиях не будет проведено мониторирование PEF. В некоторых случаях необходимо предпринять мощное начальное лечение или назначить курс кортикоステроидов в таблетках для того, чтобы достичь лучшего PEF для конкретного больного (см. главу, посвященную лечению астмы). Последующий план действий, таким образом, базируется на этом индивидуальном лучшем показателе.

Более детализированные планы включают:

- Указание симптомов и данных PEF, при которых больной или родители увеличивают профилактическую терапию.
- Те же показатели, при которых необходимо начать терапию таблетированными кортикостероидами.
- Те же показатели, при которых необходима неотложная медицинская помощь
- Идентификацию триггеров, которых необходимо избегать.

Такие планы можно писать индивидуально, заполнять специальные формы или использовать разноцветные линии, нанесенные непосредственно на пикфлюметр. Примеры таких планов представлены на рис.9-12.

Сейчас имеются подтверждения того, что при обеспечении больного детализированным письменным планом самоведения улучшается общий контроль астмы и восприятие терапии [29—31]. Хотя обычно лучше основывать такие планы самоведения на объективном мониторировании состояния с помощью записи PEF, они также могут основываться только на симптомах, когда пикфлюметрия недоступна или неприемлема [32].

Текущие консультации

Во время текущих консультаций в первую очередь обсуждаются вопросы больного и рассматриваются все проблемы, связанные с астмой и начальным лечением. Текущие консультации через ре-

гулярные интервалы должны включать проверку техники ингаляционной терапии, а также следование медикаментозному плану и рекомендациям по контролю за окружающей средой.

Также следует регулярно проверять записи симптомов и пикфлюметрии в дневнике больного. При обсуждении показателей вырабатывается индивидуализация плана самоведения (например, трехцветная система зон, описанная в главе по ведению бронхиальной астмы). Это ведет к изменению больным лечения или обращению за медицинской помощью в ответ на определенные признаки, симптомы или показатели PEF, что оговаривается заранее [29,32]. Более того, анализ записей симптомов и показателей PEF в домашних условиях необходим, чтобы удостовериться, в достижении цели терапии. В дальнейшем возможно соответствующее изменение терапии.

Группы поддержки

Многие больные получают пользу от контакта с группами поддержки в качестве дополнения к обучению у медицинских работников. Тип этих групп различается в разных странах и областях, однако многие из них обеспечивают больных информационными материалами, проводят образовательные занятия, взаимную поддержку и обмен опытом по самоведению и борьбе со стрессом, вызванным хронической болезнью, который влияет на больного и его семью.

Такие группы поддержки больных имеются в ряде стран, некоторые из них упомянуты в конце этой главы.

Особые ситуации

Индивидуализации терапии бронхиальной астмы и применение письменного плана самоведения позволяют больному справляться с большинством ситуаций, однако поездки всегда требуют особого планирования поведения. Особенно полезным является консультация у специалиста перед отпуском или путешествием, во время которой больной получает совет о том, какое достаточное количество обычных лекарств и средств скорой помощи надо взять с собой, как их держать под рукой, что надо помнить, что лекарства надо принимать вне зависимости от того, как проводится отпуск, и о том, что следует выяснить, как получить медицинскую помощь в местных условиях, если она окажется необходимой.

Беременным следует рассказать о возможности предупреждения развития астмы у их детей. Несмотря на то, что в этом вопросе требуются дальнейшие исследования, имеются свидетельства, что уменьшение влияния на младенцев домашней пыли, и в особенности домашнего клеща, а также уменьшение воздействия табачного дыма, если родители курят, могут предупредить развитие астмы. Это особенно важно для детей, чьи родители страдают аллергией, так как атопия может передаваться по наследству и являться единственным наиболее важным фактором риска для развития бронхиальной астмы.

Рис.9-12.

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПРИ АСТМЕ		
Фамилия, имя _____ дата _____		
	Пиковая скорость	Лечение
1	Лучшие	Продолжайте принимать Ваши обычные лекарства
2	<80%	Увеличьте дозу
3	<60%	Начните принимать преднизолон и позвоните врачу
4	<40%	Позвоните немедленно врачу или наберите 911 для скорой помощи

Симптомы		Лечение
1	Астма под контролем	Продолжайте плановое лечение
2	Проснулись ночью от астмы	Увеличьте дозу
3	Усиление одышки или плохой ответ	Начните преднизолон, позвоните врачу
4	Тяжелый приступ	Позвоните немедленно врачу или в "скорую помощь"

Доктор _____ телефон _____

Примечание: карта плана управления астмой, представленная здесь, прошла двойные клинические испытания и внедрена в несколько стран, включая Австралию, Новую Зеландию, Великобританию [29].

ОБРАЗОВАНИЕ ДРУГИХ ЛИЦ

Образование общества в области бронхиальной астмы может помочь в том смысле, что члены общества смогут распознать симптомы астмы и помочь лицам, страдающим этой болезнью, обратиться за медицинской помощью и следовать их программам по лечению. Большая осведомленность об этом состоянии также приведет к уменьшению чувства ущербности и поможет рассеять неправильные представления об этой болезни, которые могут иметь место.

Школьным учителям и инструкторам физического воспитания также необходимо иметь знания об астме и ее лечении, многие организации выпускают с этой целью специальные материалы. Также полезным является распространение знаний об астме среди работодателей. Большинство профессий подходят для больных бронхиальной астмой, как и для тех, кто не страдает этой болезнью, однако возможны некоторые обстоятельства, при которых необходима осторожность (см. главу по профилактике).

Необходимы исследования для определения, являются ли кампании образования общества по предупреждению астмы эффективными (см. главу по профилактике). Имеются свидетельства, что превентивные программы, направленные на уменьшение влияния на младенцев бытовых аллергенов, в особенности домашнего клеща, и курения родителей могут быть наиболее обещающими мерами.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Приоритеты для дальнейших исследований, связанных с предупреждением астмы, включают:

- Определение влияния внедрения рекомендаций по бронхиальной астме на национальном, региональном и локальном уровнях. Рекомендации полезны как базис для анализа, установления стандартов и для образования. При корректных измерениях результаты исследований эффективности рекомендаций могут обеспечить раскрытие наиболее действенных видов образования больных и профессионалов.
 - Дальнейшая проверка эффективности планов самоведения. Применение планов самоведения и передача большей части контроля больному и родителям заслуживает одобрения с точки зрения здравого смысла, нашего современного понимания факторов, имеющих отношение к восприятию лечения и начальных широко неконтролируемых исследований. Дальнейшие контролируемые исследования определят порог, с которого должны начинаться различные терапевтические мероприятия, и должен ли этот порог базироваться в первую очередь на РЕФ.
 - Уточнение относительной эффективности мероприятий, осуществляемых различными специалистами (например, сестрами, врачами первой помощи) и особых позитивных преимуществ

Рис.9-12. (продолжение)

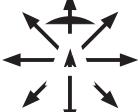
<p>УЗНАЙТЕ О ВАШЕЙ АСТМЕ</p> <p>Помните, что большинство лекарств являются профилактическими, поэтому их надо принимать регулярно, даже тогда, когда Вы себя хорошо чувствуете. Это позволит Вам не беспокоить. При приеме профилактических препаратов регулярно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уменьшатся симптомы и не будет необходимости в приеме препаратов, купирующих приступ - уменьшится риск возникновения приступов астмы - уменьшится риск развития хронических легочных заболеваний постоянного течения. <p>Ваш врач или медсестра могут легко снабжать Вас необходимой письменной информацией об астме, а иногда приглашать Вас на просмотр видеофильмов об астме. Хорошо, если бы у Вас возникали вопросы о Вашей астме и ее лечении: если они возникнут, запишите их, чтобы не забыть задать во время следующего визита к врачу или медсестре. Не оставляйте места никаким страхам и сомнениям, спрашивайте обо всем.</p> <p>Имеется 180 отделений Национального Комитета по Астме в Великобритании, и все они проводят публичные лекции и имеют листовки и книги, выпущенные этой организацией. Позвоните 071-226-2260 для того, чтобы выяснить, где находится ближайшее к Вам отделение.</p> <p>Если у Вас есть какие-то важные вопросы относительно астмы, то Вы можете позвонить по телефону Национального Комитета по Астме (AC) и поговорить с медсестрой: звоните 0345-01-02-03 с 13 до 21 часа в понедельник и пятницу. Однако следует помнить, что Ваши врач и медсестра наиболее эффективно могут помочь.</p> <p style="text-align: center;">NATIONAL ASTHMA COMPAGN, PROVIDANCE HOUSE, PROVIDANCE PLACE</p>	<p>Национальный Комитет по Астме</p>  <p>ПЛАН УПРАВЛЕНИЯ АСТМОЙ У ВЗРОСЛЫХ</p> <p>для</p> <p>Имя, фамилия _____</p> <p>Фамилия доктора _____</p> <p>Номер телефона доктора _____</p> <p>Советуем Вам иметь этот план вместе с данными пикфлюметрии, и приносить его на каждый визит к врачу. Врач должен отметить</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>УПРАВЛЕНИЕ ВАШЕЙ АСТМОЙ</p> <p>Этот план поможет Вам контролировать Вашу астму. План предусматривает прием следующих препаратов:</p> <p>Зона Один Зона Два Зона Три</p> <p>План во многом зависит от данных Вашей пикфлюметрии Показатели Вашей пикфлюметрии, когда измерено</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ЗОНА ОДИН</p> <p>Ваша астма хорошо контролируется, если Ваша пиковая скорость выдоха находится между и Ваш сон не прерывается, и Вы сохраняете нормальную физическую активность.</p> <p>Если значения Вашей пиковой скорости выдоха в пределах первой зоны, продолжайте принимать постоянную медикаментозную терапию, состоящую из:</p> <p>1) принимайте в дозе и 2) в дозе</p> <p>Вы также можете принять купирующий приступ препарат для снятия кашля, свистящего дыхания или заложенности в груди.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ЗОНА ДВА - Внимание</p> <p>Если показатели Вашей пиковой скорости между и или у Вас ощущение заложенности в груди, затруднение дыхания или одышка, то Ваша астма плохо контролируется.</p> <p>Если показатели Вашей пиковой скорости выдоха быстро сместились в ЗОНУ ДВА, или симптомы развились неожиданно, то примите доз вашего Если нет купирования симптомов и пиковая скорость выдоха не поднялась в ЗОНУ ОДИН через 20 мин. или показатели пикфлюметра постепенно перешли в ЗОНУ ДВА. (например, при приступе), то начните прием преднизолона (гормональных таблеток) мг (..... таб.) ежедневно до тех пор, пока показатели пиковой скорости выдоха станут нормальными. Вам следует снижать дозу по таб. в день, пока не дойдете до Все это время Вы должны продолжать прием лекарств, отмеченных в ЗОНЕ ОДИН и продолжать постоянно пользоваться пикфлюметром. Вам следует связаться с врачом как Вам удобно, сразу же после начала стероидной терапии.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ЗОНА ТРИ - Опасная зона</p> <p>Если Ваша пиковая скорость выдоха ниже , Вы нуждаетесь в неотложных лечебных мероприятиях. Вам следует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Принять в и 2) Принять мг (..... табл.) преднизолона и 3) Позвонить Вашему врачу, или вызвать скорую помощь, 4) <p>Не пугайтесь, не поднимайте панику, Ваш врач усилив Вашу терапию, чтобы Вы снова почувствовали себя хорошо.</p> </div>
---	---

Рис.9-12. (продолжение)

План действий при астме _____

фамилия, имя, отчество пациента

подготовлен доктором _____

Этот план поможет Вам контролировать Вашу астму и предпринять правильные действия при приступе астмы. Контролируйте Вашу астму с помощью следующих рекомендаций:

- ✉ Будьте активны, если у Вас нет симптомов астмы. Эта активность предусматривает также занятия физкультурой и спортом.
- ✉ Ночной сон не прерывается симптомами астмы.
- ✉ Предотвращайте приступ астмы.
- ✉ Отсутствуют побочные эффекты от приема лекарств.

Здесь представлены три пути контроля за астмой:

- Продолжайте Ваш план лечения (см. следующую страницу)
 - Следуйте плану ЗЕЛЕНОЙ ЗОНЫ каждый день с тем, чтобы не допустить возникновения симптомов астмы
 - Узнайте первые признаки приступа астмы, действуйте быстро, чтобы купировать их
 - Следуйте плану ЖЕЛТОЙ ЗОНЫ, чтобы купировать симптомы астмы, если приступ становится серьезным
 - Следуйте плану КРАСНОЙ ЗОНЫ, если возник тяжелый приступ одышья. Это план неотложной помощи!
- Сделайте все возможное, чтобы удалить все вещества, вызывающие симптомы астмы. Придерживайтесь Вашего плана контроля за триггерами, чтобы уменьшить их число дома, на работе, в классной комнате, так как они усиливают Вашу астму
- Регулярно посещайте врача. Пересмотрите этот план с Вашим доктором во время визита. Пусть врач впишет в Ваш план, что следует делать

Ваш план включает следующие лекарства:

Важная информация:

Врач _____ **Больница** _____

Телефон _____ Телефон _____

Адрес _____ Адрес _____

Скорая или неотложная

помощь _____ **Позвонить друзьям** _____

Телефон _____ Телефон _____

Такси _____

Для наибольшей информации об астме:

Национальная программа Обучения и
Профилактики астмы
Информационный центр
P.O.BOX 30105
Bethesda, M.D. 20824-0105
(301) 251-1222

Разработано: National Asthma Education Program, США "Clinician's Guide:
Teaching Your Patients About Astma", National Heart, Lung and Blood
Institute, National Institutes of Health, United States.

Рис.9-12. (продолжение)

План действий при астме для _____
(фамилия, имя, отчество)

Составлен доктором _____

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: ВСЕ ХОРОШО

Это так, как должно быть каждый день. Пиковая скорость выдоха между _____ 80-100% от Ваших лучших значений*

Нет симптомов приступа астмы. Вы способны вести Вашу обычную жизнь, спать без каких-либо симптомов астмы.

Доктор напишет Вам, что Вам нужно принимать

- Принимайте следующие лекарства:

Лекарства	В какой дозе принимать	Когда принимать

- Следуйте плану по контролю за триггерами, для исключения веществ, вызывающих Вашу астму

- Примите _____ перед физической нагрузкой
лекарство

ЖЕЛТАЯ ЗОНА: ВНИМАНИЕ

Это так, как не должно быть каждый день. Предпримите действия для контроля симптомов астмы
Пиковая скорость выдоха между _____ 60-80% от Ваших лучших значений

У Вас могут быть кашель, свистящие хрипцы, одышка, тяжесть в груди. Эти симптомы могут снижать Вашу повседневную активность и нарушать сон.

- Прежде всего примите следующие лекарства:

Лекарства	В какой дозе принимать	Когда принимать

- Затем, если Вы почувствовали себя лучше в течение 20-60 мин, и Ваша пиковая скорость достигла _____, тогда 70% от Ваших лучших значений

- ✧ Примите следующие лекарства:

Лекарства	В какой дозе принимать	Когда принимать

- ✧ Продолжайте прием препаратов (препарата) ЗЕЛЕНОЙ ЗОНЫ

- Но, если Вы не почувствовали себя лучше в течение 20-60 мин или если Ваша пиковая скорость ниже _____, переходите к КРАСНОЙ ЗОНЕ 70% от Ваших лучших значений,

Сообщите Вашему врачу, если Вы длительное время находитесь в Желтой Зоне. Возможно, необходимо изменить лечение, соответствующее Вашей Зеленой Зоне, для предупреждения дальнейшего ухудшения состояния.

КРАСНАЯ ЗОНА: ОПАСНАЯ ЗОНА

Это опасно. Начните помогать себе
Пиковая скорость выдоха
ниже _____ 60% от Ваших лучших значений

У Вас может быть кашель, сильная одышка, и/или напряженность мышц шеи и межреберных промежутков. Вам трудно ходить и говорить. У Вас может не быть свистящего дыхания, так как Вам очень трудно выдохнуть.

- Во-первых, примите следующие лекарства:

Лекарства	В какой дозе принять	Когда принять

- Затем позвоните врачу, чтобы узнать, что делать дальше.

- Далее, Вам следует связаться и встретиться с Вашим врачом прямой сейчас, или обратиться в больницу, если у Вас появилось:

- синие губы и синева под ногтями
- Вам совсем уже трудно (нечем) дышать
- Вам не стало лучше через 20-30 мин. после приема экстренной терапии, и Ваша пиковая скорость выдоха ниже _____ 60% от Ваших лучших значений

- через 6 часов после приема, Вы нуждаетесь в приеме β2-агонистов каждые 1-3 часа, Ваша пиковая скорость выдоха ниже _____ 70% от Ваших лучших значений

* Это только общие рекомендации. У некоторых больных ухудшение состояния наступает очень быстро. Возможно в их ЖЕЛТОЙ ЗОНЕ необходимо указывать PEF на уровне 90-100% от персональных наилучших значений.

Рис.9-12. Образец карточки плана действий больного (продолжение)

<p>ВАШ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПРИ АСТМЕ</p> <p>Фамилия, имя: _____</p> <p>Адрес: _____ _____</p> <p>Телефон: _____ Дата рождения: _____</p> <p>Врач: _____ Телефон: _____</p> <p>Больница: _____ Скорая помощь: _____</p> <p>Согните</p> <p>Основные препараты: _____ _____</p> <p>_____ Наилучшие значения PEF: _____ л/мин.</p> <p>ВАШ ПЛАН ДЕЙСТВИЯ СКАЖЕТ ВАМ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Как распознать ухудшение течения астмы• Что нужно быстро сделать, чтобы предотвратить обострение астмы• Что нужно сделать при тяжелом состоянии <p>Согните</p> <p>Приступ астмы обычно развивается медленно, но может развиться неожиданно. Вот признаки обострения астмы:</p> <ul style="list-style-type: none">• Усиление кашля, тяжесть в грудной клетке, свистящее дыхание или затруднение дыхания, особенно ночью• Нуждается в большем количестве медикаментов, чем обычно; или лекарства не помогают как обычно• Показатели пиковой скорости выдоха ниже Ваших лучших значений, несмотря на увеличение противоастматической терапии <p>НАЦИОНАЛЬНАЯ КОМПАНИЯ ПО АСТМЕ</p>	<p>ЕСЛИ ВАША АСТМА ОБОСТРИЛАСЬ</p> <p>Если значения Вашей пиковой скорости выдоха ниже Ваших лучших значений, но выше _____, Вам следует:</p> <p>1 _____ всегда _____</p> <p>2 _____ всегда _____</p> <p>3 _____ всегда _____</p> <p>и встретиться с Вашим врачом</p> <p>Если астма не купирована, безотлагательно обратитесь за медицинской помощью</p> <p>ЕСЛИ У ВАС ТЯЖЕЛЫЙ ПРИСТУП</p> <p>Эти признаки свидетельствуют о возможном тяжелом обострении:</p> <ul style="list-style-type: none">• если Вы напуганы• если у Вас были тяжелые приступы раньше• если приступ развился неожиданно• если у Вас одышка в покое, или Вы только можете произнести отдельные слова• если Ваша пиковая скорость выдоха стала меньше, чем _____ несмотря на прием больших доз препаратов <p>ЧТО ВЫ ДОЛЖНЫ СДЕЛАТЬ НЕМЕДЛЕННО</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>Позвоните в "Скорую помощь". Скажите "Тяжелый приступ удушья". Сообщите свой адрес</p> <p>Примите _____ пока ждете "Скорую помощь"</p> <p>НАЦИОНАЛЬНАЯ КОМПАНИЯ ПО АСТМЕ</p>
--	--

Разработано: *The Australian National Asthma Campaign
5th Floor, 615 St.Kilda Road Melbourne, Victoria 3004, Australia*

групп поддержки больных. Воздействие влияния на качество жизни больного также должно включаться в программу определения эффективности.

ИСТОЧНИКИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Материалы выпущены на национальных языках следующими ассоциациями астмы и группами поддержки.

AUSTRALIA

Asthma Australia
Australia Association of Asthma Foundations Inc.
Unit 3
46 Geils Court
Deakin, ACT, 2600, Australia

National Asthma Campaign
5th Floor
615 St. Kilda Road
Melbourne, Victoria 3004
Australia

BARBADOS

Asthma Association of Barbados
c/o Barbados Drug Service
Jemmotts Lane
St.Michael
Tel. 427-8309

BELGIUM

Astma Fonds
Endrachtstraat 56
1050 Brussel, Belgium
Tel. 32.2.512 54 55

CZEC REPUBLIC

Association in Aid of Children With Chronic Diseases
Zelena 14, 160 00 Prague 6
Tel./Fax 0042 2 311 42 13.

DENMARK

Asthma- Allergi- forbundet
Hovedvejen 9 C
2600 Glostrup
Denmark
Tel. 43.43.59.11. Fax 43.43.54.33.

FINLAND

National Foreningen Lurgesygdonne
Herlufsholnvej 37
2720 Vanlose
Tel. 31.74.55.44.

FRANCE

ASTHME
Programme National de Recherche et d' Education
10 Rue du Commandant Schloesing
75116, Paris, France
Tel. 47.55.03.56. Fax 44.05.91.06.

Comité de Lutte contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose (CNMRT)
75006 Paris, France
Tel. 33-1-46345880
Fax 33-1-42290658

GERMANY

Allergiker- und Asthmatischerbund in Mönchengladbach
Hindenburgstrasse. 110
41061 Mönchengladbach, Germany

HONG KONG

Hong Kong Asthma Society
Tsat Tse Mui
P.O. Box 60397
Hong Kong
Tel. 852 8956502
Fax 852 769458

ICELAND

Samtok Gagn astma og ofnaemi
Box 936
121 Reykjavik, Iceland
Tel. 91.22 153.

INDIA

Asthma and Bronchitis Association of India
c/o Pulmonary Function Laboratory
St. Georges' Hospital
Bombay 400 001

IRELAND

The Asthma Society of Ireland
24 Anglesea Street
Dublin 2

JAPAN

Japanese Society of Allergology
1-35-26 Hongo, Bunkyo-ku
Tokyo 113, Japan
Tel. 81-3-3816-0280
Fax 81-3-3816-0219

NETHERLANDS

Nederlands Asthma fonds
Postbus 5, 3830 AA Leusden
The Netherlands
Tel. 033.94 18 14. Fax. 033. 95 03 30.

NEW ZEALAND

The Asthma Foundation of New Zealand
P.O. Box 1459
7th Floor, Rossmore House
123 Molesworth Street
Wellington, New Zealand
Tel. 001 64 4 499 4592. Fax 011 64 4 499 4594.

NORWAY

Norges Asthma- og Allergiforbund
Industrieg, 36, 0357
Oslo 3

POLAND

Towarzystwo Przyjaciol Chorych na Astme
Klinika Pneumonologii
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa, Poland
Tel. 22.23.59.73. Fax 22.658.36.29.

The Asthma Suffering Children's Relief Association
Clinic of Children's Allergic Diseases
National Research Institute of Mother and Child Rabka Branch
ul. Polna-Pawilon 11
34-410 Rabka, Poland

SAUDI ARABIA

Saudi Society of Allergy and Immunology
(Society of Friends of Patients)
c/o Harb Harfi, M.D.
King Faisal Specialist Hospital
P.O. Box 3354, Riyadh 11211
Saudi Arabia
Tel. 464-7272. Fax 442-7784

SLOVENIA

Pulmonary Patients Association of Slovenia
Pljucni dispanzer Vic
Postojnska 24
61000 Ljubljana

SOUTH AFRICA

Allergy Society of South Africa
Dept. of Clinical Science
U.C.T. Medical School, Observatory
Cape Town 7925
Tel. 021.471250. Fax 021.478955

SWEDEN

Riksforbundet mot Astma-Allergi
Box 8273
I63 08 Spanga, Sweden
Tel. 08.760.40.10. Fax 08.760.16.86.

SWITZERLAND

Schweizerische Elternvereinigung, Asthma-und Allergiekranker
Kinder Zentralsekretariat
Mia Isler Schaufelgrabenweg 28
3033 Wohlen

U.K.

National Asthma Campaign
Providence House
Providence Place
London, NI ONT
Tel. 44.71 226 2260. Fax. 44 71 704 0740
(Materials in English, Welsh, Urdu, Bengali, Gujarati, Punjabi, Hindi.)

U.S.A.

National Asthma Education and Prevention Program
National Heart, Lung, and Blood Institute
9000 Rockville Pike
Building 31, Rm. 4A-18
Bethesda, MD 20892
Tel. (301) 951-3260

AAFA/Asthma and Allergy Foundation of America
1125 15th Street, NW, Suite 502
Washington, DC 20005
Tel. (202) 466-7643

American Academy of Allergy and Immunology
611 East Wells Street
Milwaukee, WI 53202
Tel. (414) 272-6071

Allergy and Asthma Network/Mothers of Asthmatics, Inc.
3554 Chain Bridge Road, Suite 200
Fairfax, VA 22030
Tel. (703) 385-4403

American Lung Association
1740 Broadway, 14th Floor
New York, NY 10019-4374
Tel. (212) 315-8700

ЛИТЕРАТУРА

1. Levy M, Bell L. General practice audit of asthma in childhood. *Br Med J* 1984; 289: 1115—1116.
2. Gellert AR, Gellert SL, Iliffe SR. Prevalence and management of asthma in a London inner-city general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 197—201.
3. Horn CR, Cochrane GM. Management of asthma in general practice. *Respir Med* 1989; 83: 67—70.
4. Blainey D, et al. The cost of acute asthma — how much is preventable? *Health Trends* 1990—91; 22: 151—153.
5. British Thoracic Association. Death from asthma in two regions of England. *Br Med J* 1982; 285: 1251—1255.
6. Bucknall CE, et al. Differences in hospital asthma management. *Lancet* 1988; 1: 748—750.
7. Horn CR, et al. Does urinary salbutamol reflect compliance with the aerosol regimen in patients with asthma? *Respir Med* 1989; 83: 15—18.
8. Rand CS, et al. Metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 1559—1564.
9. Spector AL, et al. Compliance of patients with asthma with an experimental aerosolized medication: implications for controlled clinical trials. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 77: 65—70.
10. British Thoracic Society, et al. Guidelines on the management of asthma. *Thorax* 1993; 48 (2 suppl): S1—S24, and Summary, *Br Med J* 1993; 306: 776—782.
11. Hargreave FE, Dolovich J, Newhouse MT. The assessment and treatment of asthma: a conference report. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 1098—1111.

12. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. NIH pub no 92-3091. Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, 1992.
13. Pearson MG, et al. Discharge and followup of acute asthma. *Thorax* 1992; 47: 209P.
14. Town I, et al. Use of a management plan for treating asthma in an emergency department. *Thorax* 1990; 45: 702–706.
15. Lim KL, Harrison BD. A criterion-based audit of inpatient asthma care. Closing the feedback loop. *J R Coll Physicians Lond* 1992; 26: 71–75.
16. Coutts JA, Gibson NA, Paton JY. Measuring compliance with inhaled medication in asthma. *Arch Dis Child* 1992; 67: 332–333.
17. Partridge MR. Asthma education: more reading or more viewing? *J R Soc Med* 1986; 79: 326–328.
18. Jenkinson D, et al. Comparison of effects of a selfmanagement booklet and audiocassette for patients with asthma. *Br Med J* 1988; 297: 267–270.
19. Hilton S, et al. Controlled evaluation of the effects of patient education on asthma morbidity in general practice. *Lancet* 1986; 1: 26–29.
20. Mulhauser I, et al. Evaluation of a structured treatment and teaching program on asthma. *J Intern Med* 1991; 230: 157–164.
21. Taggart VS, et al. You Can Control Asthma: evaluation of an asthma education program for hospitalized inner-city children. *Patient Educ Couns* 1991; 17: 35–47.
22. Ringsberg KC, Wilklund L. Education of adult patients at an “asthma school”: effects on quality of life, knowledge, and need for nursing. *Eur Respir J* 1990; 3: 33–37.
23. Windsor RA, et al. Evaluation of the efficacy and cost effectiveness of health education methods to increase medication adherence among adults with asthma. *Am J Public Health* 1990; 80: 1519–1521.
24. Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. *Scientific American* 1972; 227: 66–74.
25. Ley P. Toward better doctor-patient communication. Contributions from social and experimental psychology, in Bennett AF (ed), *Communications in Medicine*. London, Oxford University Press, 1976.
26. Partridge MR. Self-care plans for asthmatics. *Practitioner* 1991; 235: 715–718, 721.
27. Kendrick AH, et al. Accuracy of perception of severity of asthma: patients treated in general practice. *Br Med J* 1993; 307: 422–424.
28. Rubinfeld AR, Pain MC. Perception of asthma. *Lancet* 1976; 1: 882–884.
29. Beasley R, Cushley M, Holgate ST. A self-management plan in the treatment of adult asthma. *Thorax* 1989; 44: 200–204.
30. D’Souza W, et al. Trial of a credit card asthma action plan (CCAP) in a Maori community. *Eur Respir J* 1992; 5 (suppl 15): 9s.
31. Wilson SR, et al. A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *Am J Med* 1993; 94: 564–576.
32. Charlton I, et al. Evaluation of peak flow and symptoms only self-management plans for control of asthma in general practice. *Br Med J* 1990; 301: 1355–1359.

