

А.П.Ребров, Н.А.Кароли

ОПЫТ РАБОТЫ АСТМА-КАБИНЕТА В ОБЛАСТНОМ СТАЦИОНАРЕ

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета
Саратовского государственного медицинского университета

THE EXPERIENCE OF ASTHMA-ROOM WORK IN REGIONAL IN-PATIENT DEPARTMENT

A.P.Rebrov, N.A.Karoli

Summary

At present asthma-rooms system is developed in regional polyclinics mainly and it is intended for patients' education in remission. However, such approach excludes patients living in provinces and patients in exacerbation from modern programmes of treatment and education of bronchial asthma patients. This situation is due to remote places of patients' residence, insufficient doctors' training in provinces, inadequate asthma treatment that lead to severe course and frequent exacerbations. According to that, education of patients living in provinces becomes crucial. This article shows the experience of organization and work of asthma-room in regional in-patient department; the study methods, the particularities of education of patients living in provinces. Nowadays such form of patients' education allows to realize modern programmes of asthma treatment. Simultaneously asthma-room of regional in-patient department becomes the methodic centre for doctors' education and for the control of quality of asthmatic patients' treatment, for adoption of new diagnostic and treatment technologies.

Резюме

В настоящее время сеть астма-кабинетов разворачивается преимущественно на базе поликлиник областного центра и предназначена для обучения пациентов, находящихся в стадии ремиссии заболевания. Однако при таком подходе из современной программы лечения и обучения больных бронхиальной астмой выпадают пациенты — жители районов области, пациенты в стадии обострения заболевания. Это обусловлено отдаленностью проживания больных, недостаточной подготовленностью врачей на местах, неадекватностью терапии, что обуславливает тяжелое течение и частые обострения. В связи с этим задача обучения больных становится чрезвычайно актуальной. В статье приводится опыт организации и работы астма-кабинета в условиях областного стационара, методика проведения занятий, особенности обучения пациентов — жителей районов области. В настоящее время такая форма обучения больных позволит быстрее реализовать современную программу лечения бронхиальной астмы. Одновременно астма-кабинет областного стационара становится методическим центром по обучению врачей и контролю за качеством ведения больных бронхиальной астмой, внедрению новых технологий диагностики и лечения.

Бронхиальная астма (БА) является чрезвычайно актуальной проблемой современной медицины [3]. В настоящее время показано, что многие случаи безуспешного лечения больных БА связаны именно с непониманием пациента сущности данного заболевания, что ведет к неправильному соблюдению или игнорированию рекомендаций врача [1,2,4].

Сделать терапию максимально динамичной, эффективной можно только при активном грамотном участии пациента в собственном лечении. Союз лечащего врача, понимающего суть БА у конкретного больного, и больного, знающего особенности своего заболевания, способного контролировать свое состояние и проводимую терапию, позволит установить единство действий, избежать осложнений [1,2]. В мире и у нас в стране накоплен большой опыт по обучению больных БА

[1,2,3]. Однако растущая медико-социальная значимость этого хронического и динамического заболевания заставляет искать новые возможности для скорейшего внедрения современной программы лечения больных.

Существуют различные формы обучения пациентов: астма-день, астма-школа, астма-кабинеты, телефон помощи больным, самостоятельное обучение с использованием различной научно-популярной литературы, аудио- и видео-фильмов. У нас в стране создается широкая сеть астма-кабинетов и астма-школ. Астма-кабинеты направлены в основном на индивидуализацию общения с пациентом, а астма-школы предполагают групповое обучение больных бронхиальной астмой. Большинство из них создается на базе поликлиник и предназначены для амбулаторного обучения пациентов, находящихся в периоде ремиссии. Занятия направлены

на предоставление необходимой информации по лечению БА для пациентов, которым уже проводится современная адекватная и эффективная терапия [1,2].

Однако необходимо учитывать, что при таком подходе для охвата образовательной программой большого количества больных БА в амбулаторных условиях потребуются значительное время на развертывание сети астма-школ и астма-кабинетов. В то же время на современном этапе из программы обучения выпадают больные БА в стадии обострения, ранее не прошедшие обучение. Известно, что основной причиной частого повторного поступления больного в стационар является бесконтрольное применение β_2 -агонистов, несоблюдение элементарных принципов профилактики обострений. Все это связано с тем, что абсолютное большинство больных не имеет представлений о сути заболевания, не знают подходов к ведению и лечению процесса, к самоконтролю симптомов астмы. Проведенный анализ тактики лечения больных БА в амбулаторных условиях выявил также и недостаточный уровень знаний практическими врачами современных подходов к ведению больных астмой, схем базисной терапии. Ни одному из опрошенных нами 50 больных никто из медработников не объяснял, как пользоваться ингалятором, ни разу не производил контроль за правильностью действий пациентов. В результате этого трое пациентов для купирования приступов применяли таблетированные метилксантины, так как не умели пользоваться ингалятором. Около 40% больных для постоянного лечения применяли метилксантины и β -адреномиметики короткого действия, 50% пациентов с тяжелым течением БА получали пероральные глюкокортикостероиды, только 10% за время заболевания принимали ингаляционные противовоспалительные препараты, в основном негормональные (интал). Ни в одном случае не было произведено попытки подбора дозы, изменения препарата на более эффективный даже при отсутствии эффекта от лечения. Среди бронхолитических препаратов наиболее часто применяли эуфиллин (85%), астмопент (40%), беротек (15%) и сальбутамол (10%). Большинство пациентов постоянно превышали терапевтические дозы β_2 -агонистов. Лишь немногие отметили, что врачи предупреждали их об опасности передозировки этих препаратов. Большинство больных (90%) высказывали страх перед гормональными препаратами, однако единицы (3—5%) беседовали на эту тему с врачом. Только 50% больных были предупреждены об опасности быстрой смены системных кортикостероидов, лишь 5% пациентов слышали об ингаляционных гормональных препаратах. Таким образом, современные подходы к ведению и лечению больных на амбулаторном этапе реализуются недостаточно, что требует проведения обучения не только пациентов, но и врачей.

Проблема обучения становится особенно актуально для жителей небольших городов, районов области, так как большинство астма-кабинетов и астма-школ создается на базе поликлиник областного центра. Таким образом, жители области остаются практически вне действия этой программы. В то время как именно этим пациентам

должно быть уделено максимальное внимание при обучении, так как их отдаленность от медицинских центров значительно затрудняет возможность своевременного обращения за квалифицированной медицинской помощью. Отсутствие каких-либо знаний о своем заболевании, возможностях самоконтроля и самоведения делает этих больных группой повышенного риска в отношении раннего развития осложнений БА, ранней инвалидизации и смертности. Следовательно, в настоящее время назрела существенная необходимость внедрения новых организационных подходов в лечении больных БА. Одним из таких подходов, на наш взгляд, может служить внедрение обучения больных БА в условиях областного стационара.

На базе терапевтического отделения Областной клинической больницы с января 1997 года функционирует астма-кабинет, обучение в котором проходят больные из Саратовской области, поступающие в стационар преимущественно в период обострения. Астма-кабинет организован при содействии и технической помощи фирмы "Glaxo Wellcome".

Занятия посещают больные БА с сохраненным интеллектом и памятью. Посещение занятий добровольное. Группы смешанные, больные разные по возрасту и длительности заболевания. Формирование групп идет по мере госпитализации больных. Группа является "закрытым коллективом" и проходит полный цикл занятий. Количество больных в группе составляет от 3 до 6—7 человек. Проведение занятий в группах с небольшим количеством пациентов позволяет значительно индивидуализировать программу обучения больных с низким уровнем знаний о своей болезни, сохраняя при этом достаточно короткую продолжительность цикла при отсутствии специальных критериев отбора в группы. В программу обучения входят индивидуальные и групповые занятия. Групповые занятия проводятся в основном в виде лекций, бесед на определенные темы. Однако такая форма не исключает возможности возникновения и проведения дискуссий. Индивидуальные занятия посвящены прежде всего обучению конкретного больного контролю эффективности терапии. С этой целью все больные, проходящие обучение в астмакабинете, ведут ежедневный суточный мониторинг функции внешнего дыхания с помощью пикфлоуметра. На индивидуальных занятиях также разрабатываются индивидуальные планы контроля состояния и купирования обострений. Общая продолжительность цикла групповых занятий составляет 4—6 дней и включает в себя разбор 10 тем, касающихся основных вопросов этиологии, патогенеза, лечения БА, самоконтроля симптомов и профилактики обострения.

Занятия начинаются на 3—4-й день пребывания пациента в отделении, когда снимаются выраженные нарушения вентиляции. Разбираемые на занятиях вопросы совпадают с коррекцией лечения больных в стационаре, что позволяет быстрее и эффективнее добиться взаимопонимания между врачом и пациентом, который начинает осознанно воспринимать проводимую терапию и активно включаться в лечебный процесс, проводить мониторинг функции внешнего дыхания,

оценку вентиляционных нарушений. После выписки больного ему предлагается консультативное посещение астма-кабинета для коррекции лечения через месяц при удовлетворительном эффекте от подобранной терапии, а при необходимости и чаще. Безусловно, при наличии сети астмакабинетов на периферии большой может быть переведен под наблюдение и контроль врача такого кабинета.

За год работы астма-кабинета обучение прошел 61 пациент (31 женщина и 30 мужчин), в возрасте от 17 до 64 лет. Средний возраст 38,6 года. Длительность заболевания у большинства пациентов составила от 5 до 10 лет, а у 2 больных — до 3 месяцев (диагноз БА впервые установлен в клинике). Все больные госпитализированы в период обострения БА, причем у 5 пациентов при поступлении был диагностирован астматический статус I стадии. У большинства пациентов была инфекционно-зависимая и смешанная (инфекционно-зависимая + атопическая) формы БА, у 26 пациентов — тяжелая форма БА, у 33 — среднетяжелая, лишь у двух больных — легкая форма БА.

Опыт работы астма-школы свидетельствует о том, что все больные или не имели никаких представлений о своем заболевании, или эти представления были отрывочными, ошибочными. Подавляющее большинство пациентов не умели пользоваться ингаляторами, не знали показаний к применению ингаляционных препаратов с различным механизмом действия (например, некоторые больные пытались купировать приступ удушья с помощью интала, бекотида), не имели представления о пикфлоуметрии и спейсерах, 40% пациентов для планового лечения пользовались только препаратами группы метилксантинов и β_2 -агонистами короткого действия. У большинства больных выявлено настороженное, а порой негативное отношение к необходимости проведения постоянной базисной терапии, особенно гормональной, психологическая неподготовленность к длительному регулярному лечению. Встречаются пациенты, которые в начале общения довольно негативно воспринимают программу обучения, считая, что длительность заболевания является гарантом полноты их знаний о своей болезни. Интересным представляется и то, что большинство пациентов также пассивно относятся к обучению, очень сложно бывает их "разговорить", вовлечь в дискуссию по какой-то теме. При этом больные занимают пассивную позицию и в отношении проводимой терапии: далеко не все из них активно интересуются получаемыми препаратами, механизмами их действия, возможными побочными эффектами. Такая отстраненность пациента от участия в обсуждении и решении проблем его здоровья значительно затрудняет работу врача. Поэтому одна из задач обучения — убедить пациента в том, что только при его активном участии возможно достижение положительного эффекта от лечения. Именно этому вопросу придается особое внимание во время индивидуальных бесед с пациентом. В этом помогают также разработанные тестовые вопросы, касающиеся необходимых знаний о заболевании, методах лечения и самоконтроля, на которые пациент отвечает до

начала занятий и после их окончания. Вопросы разработаны на основе уже существующих опросников. Ответы на вопросы строятся по типу: "да", "нет", "не знаю". При предварительном анализе большинство больных до обучения на 60% вопросов отвечают "не знаю", на 30% — отвечают неправильно, и лишь на 10% обычно дают правильные ответы. После обучения количество неправильных ответов уменьшается до 15%, ответы "не знаю" встречались в единичных случаях.

За время работы астма-кабинета ни один пациент по собственному желанию не отказался от обучения и не прекратил занятий. В то же время статистика свидетельствует, что в астма-школах, работающих на базе поликлиник, отсев больных составляет 25%. Высокая частота выбывания больных из обучения обусловлена, по-видимому, рядом причин, но среди них несомненно определенную роль играет значительная длительность обучения по программе в поликлинике, отсутствие индивидуальных занятий, возможности тесного общения врача и пациента.

Так как работа астма-кабинета предполагает не только обучение пациентов, но и дальнейший контроль за ними, то интересным представляется момент повторных контрольных визитов пациентов. Несмотря на то, что обучение проходили в основном жители области, большинство из них выражало желание и в дальнейшем находиться под контролем врача астма-кабинета. Однако, как показало наблюдение в течение года, не все пациенты осуществили свои намерения. За 1997 год под наблюдением остались 13 пациентов (21%) и еще 7 человек обращались повторно хотя бы один раз.

Средний возраст этих больных был 35 лет. Из них с тяжелой БА было 9 пациентов, 11 — со среднетяжелой формой. Из 9 больных с тяжелой БА 6 получали в качестве базисной терапии пероральные глюкокортикостероиды. В процессе наблюдения у пациентов удалось снизить дозу до поддерживающей (1—2 таблетки). Из пациентов, находящихся под контролем, десять имеют пикфлоуметры и проводят постоянное мониторирование МСВ. Они продолжают посещать астмакабинет 1 раз в 3—6 месяцев. Из них только двое были госпитализированы в стационар повторно, а двое однократно находились на амбулаторном лечении с выдачей листка нетрудоспособности по поводу обострения заболевания.

Из пациентов, прошедших обучение, но не находящихся под контролем (41 пациент), только 4 (10%) за этот год были госпитализированы в Областную клиническую больницу. Причем в двух случаях причиной обострения явилось отсутствие в районах по месту жительства пациентов ингаляционных глюкокортикостероидов, в связи с чем пациенты не могли продолжить базисную терапию. В двух случаях причиной госпитализации явилось обострение хронического обструктивного бронхита и декомпенсация хронического легочного сердца. По остальным пациентам, прошедшим обучение и находящимся в районах области, информации нет.

За пациентами, прошедшими обучение, необходим дальнейший контроль для того, чтобы определить

насколько они способны самостоятельно применять полученные знания на практике, психологически готовы к реализации составленного плана лечения. Наблюдение за больными в течение года свидетельствует о том, что, помимо субъективного фактора (опасения при проведении первого самостоятельного курса гормональной терапии для купирования обострения), существует и ряд объективных трудностей в реализации намеченной в стационаре программы лечения и контроля функции внешнего дыхания. Основные проблемы у пациентов после обучения связаны с недостаточной осведомленностью врачей на местах о современных принципах лечения БА, а также с частым отсутствием современных эффективных препаратов и пикфлоуметров на периферии. Существуют также затруднения в возможности получения квалифицированной консультации у врача астма-кабинета (связанные с удаленностью места жительства пациентов), помощь которого, особенно на первых порах, очень необходима таким больным.

Так как в астма-кабинете проходили обучение и жители Саратовской области, и жители г. Саратова, то можно провести некоторое сравнение между этими двумя группами пациентов. В отличие от жителей города, областные больные не имеют практически никакого представления о своем заболевании, основными препаратами, которые они применяют для лечения, являются теофедрин, эуфиллин (в таблетках и инъекциях), ингаляторы (в основном астмопент). Жители города чаще интересуются вопросами проводимой терапии, результатами исследований, более активны на занятиях. В то время как пациенты — жители области далеко не всегда интересуются своим заболеванием, особенностями его течения, возможными методами лечения. Таких больных трудно убедить прежде всего именно в необходимости обучения.

Особенности работы астма-кабинета в условиях областного стационара обусловили и необходимость разработки собственных методических пособий. Для систематизации данных и возможности анализа собранных материалов была создана карточка больного бронхиальной астмой, представляющая собой формализованную анкету, содержащую информацию по основным данным анамнеза, клиники, объективного осмотра, и позволяющую в динамике определить эффективность проводимой в стационаре и амбулаторно терапии.

На основе уже имеющихся рекомендаций и собственного опыта нами разработаны и внедряются в

области информационные письма как для больных БА, так и для врачей. За прошедший год внедрено четыре таких письма. Они содержат информацию по основным звеньям патогенеза заболевания, методам профилактики, лечения, принципам самоведения и самоконтроля, современным лекарственным препаратам, применяемым при лечении БА.

Астма-кабинет в определенной степени позволяет контролировать качество лечения больных как в стационаре, так и в районах. Работа астма-кабинета создает реальную возможность внедрения унифицированных подходов к лечению и ведению больных бронхиальной астмой не только в одном стационаре, но и в лечебных учреждениях области.

Таким образом, организация астма-кабинета на базе областного стационара, отсутствие необходимости при этом внедрения сложных методик делает такую форму обучения наиболее приемлемой именно для пациентов — жителей области. Созданная модель обучения больных в небольших группах за относительно короткий промежуток времени позволяет значительно повысить знания больных БА о своем заболевании, увеличить количество применяемых приборов индивидуального пользования, улучшить технику использования ингаляторов, изменить спектр препаратов в сторону более современных и безопасных. Проведение занятий позволяет в течение короткого промежутка времени (в среднем 4—6 дней) добиться взаимопонимания между пациентом и врачом, сделать пациента активным участником лечебно-диагностического процесса, контролировать обучаемость больных и эффективность терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой, находящихся под амбулаторным наблюдением // Пульмонология. — 1996. — № 1. — С. 25—32.
2. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Организация и проведение занятий в астма-школе: Метод. рекомендации. — М., 1996.
3. Отчет о международном соглашении по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Национальный институт кардиологии, пульмонологии и гематологии. Национальные институты здравоохранения — Бетесда, Мериленд, 1992.
4. Собченко С.А., Коровина О.В. Опыт работы «Школы для больных бронхиальной астмой» // Пульмонология. — 1991. — № 3. — С. 14—19.

Поступила 25.05.98.