



Государственное бюджетное образовательное
учреждение
среднего профессионального образования
Кузнецкий медицинский колледж

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ОРГАНИЗАЦИЯ «АСТМА-ШКОЛЫ»



Кружок «Сестринское дело в терапии»

Руководитель кружка
преподаватель I
квалификационной
категории
Павлова О.В.

Члены кружка студенты
III курса специальности
«Сестринское дело»
Заикина Алена
Маркелова Мария
Бителева Александра

2015

I Общее положение.

«Астма-школа» создается в амбулаторно-поликлинической службе лечебно-профилактического учреждения.

Школа создается приказом главного врача.

Возглавляет работу школы старшая медсестра поликлиники (старший фельдшер ЦРБ). Занятия проводят наиболее ответственные медицинские сестры (заведующие ФАП), прошедшие усовершенствование по программе «Сестринский процесс».

II Цель создания «Астма-школы»

Укрепление здоровья населения, организация занятий по программе, профилактика рецидивов заболевания, предоставление психологической и социальной помощи, повышение культуры обслуживания больных, сообщение о новых достижениях в лечении БА.

III Основные задачи «Астма-школы»

1. Развитие сестринского дела в амбулаторно-поликлинической службе лечебно-профилактического учреждения.
2. Рост профессионализма среднего медицинского персонала.
3. Внедрение элементов медицинского просвещения пациентов.
4. Предоставление медицинской, психологической, социальной помощи больным БА.
5. Внедрение современных сестринских технологий в практическое здравоохранение.
6. Изменение стиля общения медработника с пациентом.
7. Повышение престижа медицинской сестры (фельдшера).
8. Использование современных технологий профилактики и формирования медицинской активности населения по формированию здорового образа жизни.
9. Повышение роли пациента в лечении БА.

IV Основные функции

«Астма-школы»

1. Организация профессиональной направленности работы среднего медицинского персонала.
2. Организация работы по оказанию помощи больным, обучение самоконтролю.
3. Разбор медицинских, социальных и психологических проблем пациентов с БА.
4. Организация и проведение семинаров по актуальным вопросам аллергологии.
5. Обучение пациентов методам само и взаимопомощи.
6. Обучение родственников по уходу за тяжелобольными.

V Рекомендации по проведению

занятий

1. Астма-школу могут посещать все больные бронхиальной астмой. Единственные требования – это сохраненный интеллект и память, чтобы больной мог усвоить новую информацию. Запись больных может производиться на амбулаторном приеме.
2. Занятия проводятся:
 - группой в 10-12 человек;
 - малыми группами в 2-3 человека;
 - индивидуально.
3. Общая продолжительность цикла составляет 1,5 месяца и включает в себя 12 занятий. Продолжительность одного занятия от 1 до 1,5 часов. Частота занятий – 2 раза в неделю в будние дни. Время проведения занятий должно быть удобным для всех слушателей.
4. Место проведения – кабинет с возможностью использования слайдов, презентаций, видеофильмов. Важно, чтобы больным было удобно делать записи по ходу занятий.
5. Формы проведения занятий:
 - теоретические
 - практические
 - занятие - круглый стол
6. Наладить психологический контакт с пациентом для установления доверительных отношений.

7. На занятиях использовать таблицы по АФО или литературу, памятки, инструменты (карманный ингалятор, диск-халер, спейсер, пикфлоуметр).
8. При обучении следует избегать жаргона, выделять главное, использовать практические примеры, соблюдать последовательность.
9. Непонятные, трудно запоминающиеся термины рекомендуется записывать в виде словарика.
10. Вовлечение пациента в процесс реабилитации. Создание оптимистического настроения на улучшение в лечении заболевания.
11. Правильно строить занятие. На первом занятии нужно предупредить слушателей, что они должны задавать вопросы по мере их возникновения, не дожидаясь конца занятия. Таким образом, монолог медработника перебивается вопросами и замечаниями больных и занятие быстро из лекции превращается в беседу. Желательно заранее подготовить вопросы, с которыми вы будете обращаться к аудитории, чтобы выяснить уровень информированности больных и заставить активно работать аудиторию.

Учебные цели:

Слушатели школы должны

Знать:

- программу занятий;
- формы и способы обучения.

Уметь:

- оценить потребность в обучении;
- мотивировать обучение;
- оценить содержание обучения;
- оценить качество и эффективность обучения;
- выполнить практические занятия;
- соблюдать этико-деонтологические нормы поведения.



Требования к медицинскому персоналу, проводящему занятия

- Высокий профессионализм.
- Компетентность в вопросах занятий астма-школы.
- Мотивированное обучение с использованием изысканных ценностей.
- Способность понять проблемы пациента.
- Умение выработать оптимальный метод воздействия на пациента.
- Умение наладить психологический контакт с пациентом.
- Умение настроить себя на задушевность, конфиденциальность.
- Умение контролировать себя, не поддаваться эмоциям.
- Умение выбрать оптимальный метод воздействия на пациента.
- Обладание способностью организовать учебный процесс.
- Уметь выделить цели, задачи занятия.
- Определить конечный результат занятий школы.
- Поощрение пациентов к самостоятельности.

Личностные черты медицинского персонала

- Педагогический такт.
- Внутренняя культура.
- Интеллектуальный уровень.
- Самостоятельность в действиях.
- Наблюдательность.
- Общительность.
- Настойчивость, но не навязчивость.
- Самообладание.
- Творческая активность.
- Целеустремленность.
- Трудолюбие.
- Доброта.
- Отзывчивость.
- Ответственность.
- Терпимость.
- Чувство юмора.

Готовность пациента к усвоению информации зависит

- от состояния здоровья;
- умственных, интеллектуальных способностей;
- возраста;
- оптимистической настроенности;
- желания учиться.

Тематика занятий

№ п/п	Тема занятий	Ф.И.О. лектора
1.	Что такое бронхиальная астма?	
2.	Пикфлоуметрия. Почему возникает приступ удушья. Аллергия и астма	
3.	Неаллергические причины бронхиальной астмы.	
4.	Ингаляционная терапия бронхиальной астмы.	
5.	Лечение хронического воспаления при бронхиальной астме.	
6.	Глюкокортикостероидная терапия бронхиальной астмы.	
7.	Лечение и профилактика вирусной инфекции.	
8.	Ночная астма.	
9.	Питание при бронхиальной астме.	
10.	Дыхательная гимнастика и физкультура для больных бронхиальной астмы.	
11.	Самомассаж лица, основы общего массажа, закаливание.	
12.	Как лечить обострение бронхиальной астмы. Вопросы и ответы.	

Занятия № 1.

Что такое бронхиальная астма?

План занятия:

1. Что такое астма-школа?
2. Определение бронхиальной астмы.
3. Бронхиальная астма – хроническое заболевание.
4. Как устроены дыхательные пути – внешнее и внутреннее строение.
5. Что происходит в приступе астмы.

Реквизит: плакаты «Внешнее и внутреннее строение дыхательных путей», «Бронхи вне и в присутствии астмы», издания книг, газет, журналов и т.т. для больных астмой.

1. Первое занятие – всегда самое трудное во всем цикле. Больные не знакомы друг с другом и не знают преподавателя. Занятие начинается с того, что преподаватель рассказывает группе, как будет организован учебный цикл и кто из медперсонала принимает участие в работе астма-школы.

В экономически развитых странах Запада (США, Германия, Англия, Швеция и т.д.) образование больных играет важную роль в лечении больных астмой. Специальные организации (Национальная кампания по лечению астмы в Англии, Фонд астмы и аллергии США, Фонд астмы в Новой Зеландии и т.д.) организуют астма-школы, выпускают газеты, журналы для больных астмой, распространяют брошюры, буклеты для больных. Во многих странах работает телефон астма-помощь. В Германии помимо астма-клубов и астма-школ большое распространение получили группы самоподдержки – собрания больных без участия врача. Созданы специальные учебники по самоконтролю и самоведению бронхиальной астмы. Для детей больных бронхиальной астмой создаются учебные мультфильмы, для взрослых видеофильмы. Таким образом во всем мире медработник и больной астмой стали партнерами: при этом больной обладает обширными знаниями о своей болезни.

В нашей стране сделаны первые шаги по организации образования больных. Создаются «Астма-школы».

2. Тема первого занятия – что такое бронхиальная астма. Вводится определение: бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание, при котором периодически возникает обратимое сужение дыхательных путей – бронхоспазм.

3. Цель первого занятия – объяснить, что бронхиальная астма, так



же как и сахарный диабет, гипертоническая болезнь – заболевание хроническое. У детей бронхиальная астма может исчезнуть, но у взрослых можно говорить о длительной ремиссии, но не о полном излечении. Поэтому задача больного – научиться контролировать свою болезнь так, чтобы не допускать обострений болезни. Для этого и была создана астма-школа.

4. Для того, чтобы научиться самоконтролю и самоведению астмы, нужно представлять как устроено бронхиальное дерево и легкие и что происходит в приступе астмы. Демонстрационный плакат значительно облегчает эту задачу. Рассказ о строении бронхов и легких не должен быть очень подробным. Ниже перечислены основные понятия, используемые в этом уроке:

А. Внешнее строение бронхолегочной системы

- 1) Связь трахеи, бронхов, легких.
- 2) Ветвление бронхов, сравнение диаметра крупных и мелких бронхов, понятие бронхиального дерева.
- 3) Понятие альвеолы, ее роль в газообмене. Сравнение площади легких с помощью учебного класса.
- 4) Роль диафрагмы в дыхании, значение диафрагмального дыхания.
- 5) Вдох – активный, выдох – пассивный.

Б. Внутреннее строение бронхов.

- 1) Роль реснитчатого эпителия в самоочищении бронхиального дерева. Губительное влияние курения.
- 2) Понятие бронхиального секрета, мышц бронхов.

5. Что происходит в приступе астмы:

1. Понятие бронхоспазма, отека слизистой, гиперсекреции мокроты – демонстрация различий между бронхами в и вне приступа астмы.
2. Кратко о роли бета-адреностимуляторов, теофиллина, адреналина, глюкокортикостероидов, отхаркивающих.

6. Ответы на вопросы.

Вопросы к теме:

- 1. Что такое бронхиальная астма?**
- 2. Что такое бронхит?**
- 3. Что происходит в приступе астмы?**
- 4. Как работает диафрагма?**
- 5. Какова роль бронходилататоров в лечении приступа астмы?**
- 6. Какие препараты используют при астматической атаке?**

Внимание! 1. Не забывайте по ходу рассказа задавать вопросы и отвечать на вопросы аудитории. Чем раньше ваш рассказ начнет прерываться вопросами больных, тем более успешно пройдет занятие.

2. Не тратьте много времени на рассказ о лекарствах, в том числе и при ответах на вопросы – это тема следующих занятий.

Занятие № 2

Пикфлоуметрия. Аллергия и астма.

План занятия:

1. Что такое пикфлоуметр?
2. Методика использования пикфлоуметра.
3. Методика самоконтроля бронхиальной астмы с помощью пикфлоуметра.
4. Определение аллергии.
5. Виды аллергенов.
6. Меры лечения и профилактики аллергии.

Реквизит: пикфлоуметр, дневник астматика для самоконтроля, варианты суточных и недельных кривых пикфлоуметрии.

На втором занятии группа будет более активна. Ваша главная задача – добиться, чтобы в занятии участвовал каждый пациент. Это можно сделать следующими способами:

1. Задавайте группе как можно больше вопросов

1. Как вы считаете, что такое аллергия? Что нужно сделать в доме, если есть аллергия на домашнюю пыль? Почему иногда летом в лесу начинают течь слезы и появляется насморк? И т.д..

2. К ответам на вопросы привлекайте самих членов группы (например, больной спрашивает: «Почему мне в приступе не помогает интал?» Подождите сами отвечать на этот вопрос. Спросите, что думает по этому поводу другой больной.

2. Добейтесь того, чтобы больные не стеснялись задавать вопросы в течение всего занятия.

3. Дайте возможность каждому больному поделиться своим личным опытом лечения бронхиальной астмы.

Конечно, нельзя выполнить все эти задачи за одно занятие. Но за 3-4 занятия вы сможете это сделать.

1. Пикфлоуметр – это прибор для измерения максимальной скорости выдоха (МСВ). Во всем мире больные бронхиальной астмой утром и вечером измеряют этот показатель, контролируя состояние своего здоровья.



2. Техника измерения МСВ:

- 1) Выдох осуществляется в положении стоя, чтобы во время выдоха активно работала диафрагма.
- 2) Сделать глубокий вдох.
- 3) Плотно обхватить мундштук прибора губами.
- 4) Сделать полный резкий выдох.
- 5) Отметить показания прибора.
- 6) Повторить показания 1-2 раза, выбрать лучший результат.
- 7) Занести его в дневник, сравнить с предыдущими показателями.

3. Больных нужно обучить технике самоконтроля астмы с помощью пиклометра. Для этого их нужно научить ведению суточного и недельного дневника пикфлоуметрии.

С помощью этих дневников возможно:

- 1) Выявить аллерген (по падению показателей МСВ в течение дня);
- 2) Определить степень бронхиальной обструкции (сравнивая показатель МСВ с установленной для данного больного нормой);
- 3) Определить суточные колебания проходимости дыхательных путей;
- 4) Распознать начинающееся обострение БА;
- 5) Оценить эффективность базисной терапии.

Если больной научится грамотно использовать пикфлоуметр, он сможет самостоятельно контролировать свою болезнь и более сознательно общаться с врачом. Для этого врач должен быть подготовлен к анализу графиков суточной и недельной пикфлоуметрии.



4. Аллергия – это генетически обусловленное состояние, при котором в организме в ответ на воздействие аллергенов (домашней пыли, шерсти домашних животных и т.д.) вырабатывается целая группа специфических веществ (в том числе иммуноглобулины). Это определение достаточно сложно для человека, недавно заболевшего БА, однако необходимо для больных с длительным стажем заболевания, которые активно интересуются тем, что такое иммуноглобулины и аллергены. Интересно, что в специальной англоязычной литературе для больных астмой подробно излагается механизм аллергических реакций с описанием тучных клеток, ИгЕ и БАВ на уровне понимания студентов медицинских институтов. Приведите примеры аллергических реакций (приступ удушья, сенная лихорадка и т.д.) и в упрощенной форме объясните их механизм.

5. Обратитесь к группе с вопросом:

тяжелых штор; застекление книжных полок и т.д. Желательно, чтобы уборкой занимался не сам больной БА, а члены его семьи или чтобы он это делал во влажной маске. После того как больной пропылесосил комнату, ему не нужно в ней оставаться, так как концентрация мелкой пыли в воздухе резко повышена – нужно дать время пыли улечься. Учитывая важность профилактики БА, в курсе астма-школы мы возвращаемся к этой теме повторно – в разделе «Ночная астма». При аллергии к эпидермису животных запрещается заводить домашних животных, На вопрос: «Можно ли заводить дома кошку, если есть аллергия на собак?» больные часто отвечают «да». Очень важно разъяснить, что при бронхиальной астме расширяется спектр аллергенов. Приводим пример: к аллергии на эпидермис животных может присоединиться гиперчувствительность к бытовым аллергенам и наоборот и т.д. Поэтому мы категорически против домашних животных при уже имеющейся аллергии к эпидермису животных и домашней пыли. Больные должны знать, что «гипоаллергенных» животных нет. При пыльцевой аллергии важно знать календарь цветения растений (у преподавателя в астма-школе должен быть календарь цветения растений в данной местности) и принимать меры по избежанию контакта с аллергенами: не ходить в лес, на луг, в определенные месяцы придерживаться городского образа жизни, по возможности в месяц цветения растения-аллергена уезжать в отпуск и т.д. При аллергии к пищевым продуктам – создание индивидуальных диет, голодание в условиях стационара с целью обнаружить аллергенный продукт.

Кроме того, необходимо рассказать о методе специфической иммунотерапии. Больные или знают или слышали об этом методе. Всегда важно рассказать о показаниях и противопоказаниях к этому методу – вид аллергии, уровень ИгЕ в крови, стадия заболевания, возраст больного и т.д.

Существует целая группа лекарственных препаратов, созданных для лечения аллергии. На 2-м занятии мы не рассказываем больным подробно о них, только перечисляем: интал, тайлед, дитэк, глюкокортикоиды в 2-х формах – ингаляционные (например, ингакорт, бекотид) и таблетированные (полькортолон, триамсинолон). Подробный рассказ об этих препаратах – на наших следующих занятиях.

Вопросы к теме:

1. **Что такое аллергия? Приведите примеры.**
2. **Что такое пикфлоуметр?**
3. **Для чего нужен пикфлоуметр? Как им пользоваться?**
4. **Какие меры профилактики аллергических реакций при бытовой аллергии?**



Занятие № 3

Неаллергические причины бронхиальной астмы.

План занятия:

1. Что может вызвать приступ удушья кроме аллергии?
2. Какие способы лечения и профилактики приступов удушья, вызванных неаллергическими причинами?
3. Ингаляционная терапия с помощью ультразвуковых ингаляторов.

Реквизит: Ультразвуковой ингалятор типа «Дисоник»

1. К неаллергическим причинам, вызывающим приступ у больных бронхиальной астмой, относятся: эмоциональный стресс, резкая перемена температуры (например, выход на холод), инфекция (в первую очередь вирусная), высокая влажность, лекарственные препараты (аспириновая астма), физическая нагрузка, резкие запахи, продукты. Введите понятие гиперреактивности бронхиального дерева, объясняя, что у каждого больного бронхиальной астмой бронхиальное дерево обладает следующей особенностью – в ответ на воздействие разнообразных неаллергических стимулов оно сужается, вследствие чего возникает приступ удушья.

Крайне важным является психоэмоциональное состояние больного

Известно, что стресс может стать причиной длительного приступа удушья, а у некоторых больных только эмоции поддерживают болезнь. Не случайно до возникновения теории о воспалительной природе бронхиальной астмы ее называли «болезнью мозга». Можно дать советы общего порядка: стараться избегать стрессовых ситуаций,



заниматься спортом, обливаться холодной водой. Но существует ряд больных, которым нужно индивидуально и конфиденциально рекомендовать обратиться к психотерапевту или медицинскому психологу. Если в астма-школе параллельно работает психолог, это значительно облегчает работу. В

любом случае желательно иметь координаты психотерапевта, к которому можно направлять пациентов.

Больным, у которых возникает приступ удушья при выходе на холодный воздух, мы рекомендуем за 20-30 мин. сделать ингаляцию бронходилататора в сочетании с инталом. Такая же рекомендация относится к профилактике удушья, вызываемого физической нагрузкой.

Обсудите с больными, можно ли при бронхиальной астме заниматься спортом.

Особенно это важно, если в группе много молодых больных. Бронхиальная астма не является противопоказанием к занятиям спортом, наоборот, активный образ жизни может способствовать улучшению течения болезни. Особенно полезным для больных астмой является плавание.

Как правило, в группе мало больных с аспириновой формой бронхиальной астмы, поэтому мы коротко остановимся на том, какие лекарственные препараты запрещены к использованию среди этой группы больных и какой они должны придерживаться диеты.

Частым «виновником» приступа удушья является инфекция. Иногда это единственная причина болезни. Среди группы больных всегда есть астматики, которые страдают изолированной инфекционнозависимой формой бронхиальной астмы. Расспросите, каковы основные симптомы и как они лечатся при обострении заболевания. Обычно рассказывают больным, что при инфекционной форме астмы в бронхах присутствуют 2 вида воспаления бронхиального дерева – аллергическое и инфекционное, поэтому для лечения необходимо использовать как базисные противовоспалительные препараты (хромогликат натрия и его производные и (или) глюкокортикоиды) так и антибактериальные средства. Инфекционное воспаление может быть вызвано бактериями или вирусами (подробно речь об этом идет в занятии «Лечение и профилактика вирусной инфекции»). Важно упомянуть, что больной сам может распознать присоединение бактериальной инфекции по изменению цвета мокроты на желтый или зеленый (в сочетании с другими симптомами инфекционного заболевания). Как правило, в этой ситуации нужно обратиться к помощи врача для назначения антибактериальных препаратов.

Напомните схему приступа – спазм, отек, гиперсекреция мокроты.



При обострении инфекционнозависимой формы бронхиальной астмы, практически всегда сопровождающейся хроническим гнойно-обструктивным бронхитом, важное значение приобретает эвакуация мокроты из бронхиального дерева. Для этого существуют методы дыхательной гимнастики, физические упражнения и дренажные положения, с которыми больные знакомятся на следующих занятиях.

Также очень важно, чтобы больные освоили технику ингаляций с помощью ультразвукового ингалятора. Для этого на занятии демонстрируется ингалятор «Дисоник», показываем как он работает и как правильно делать ингаляции.

Перед ингаляцией желательнее сделать вдох бронхоингалятора. Затем, через 15-20 минут следует ингаляция отхаркивающего раствора. Им может быть физиологический раствор, минеральная вода типа «Боржоми», 2-3% раствор соды (на стакан воды 1 чайная ложка соды). У больных, у которых есть опыт приема йодсодержащих средств – солутана, микстуры содержащей КУ, можно рекомендовать добавить в физиологический раствор солутан (на объем «Дисоника» 3 капли).

Через ультразвуковой ингалятор можно ингалировать любые отхаркивающие травы.

Однако нужно помнить о возможности возникновения бронхоспазма.

Ингаляционные препараты типа мукосольвина и лазольвана, широко применяемые у больных муковисцидозом и хроническим гнойно-обструктивным бронхитом, у больных астмой применяются с осторожностью из-за возникновения реакций гиперчувствительности на эти препараты. После откашливания, при наличии гнойной мокроты через «Диссоник» можно ингалировать антисептические растворы – диоксидина или фурагина (диоксидин из расчета 10 мл диоксидина на 50 мл физиологического раствора; фурагин стандартный официальный р-р).

Для эвакуации мокроты из бронхиального дерева широко используются пероральные препараты – бромгексин, мукалтин, настои и микстуры трав.

Цель этого занятия – больные должны понять важность эвакуации мокроты из бронхиального дерева и освоить технику ингаляций

Вопросы к теме:

- 1. Можно заниматься спортом при бронхиальной астме?**
- 2. Какой вид спорта предпочтительнее при астме?**
- 3. Какова роль вирусной инфекции в обострении астмы?**
- 4. Может аспирин вызвать приступ удушья?**
- 5. Какие препараты используются для улучшения дренажа бронхиального дерева? Какие правила их применения?**

Занятие № 4

Ингаляционная терапия бронхиальной астмы.

План занятия:

1. Правила использования ингалятора.
2. Основные группы препаратов, используемые в ингаляторах и механизм их действия.
3. Принципы подбора ингалятора
4. Применяемые дозы и симптомы передозировки.
5. Спейсеры.

Реквизит: ингаляторы, содержащие бронходилатирующие препараты, кортикостероидные гормоны, холинолитики; спейсер, пикфлоуметр.

1. В начале занятия предложите 1-2 больным продемонстрировать технику пользования ингалятором. Как правило отмечают только единичные случаи правильного использования дозированных аэрозолей. Как правило, независимо от стажа болезни больные делают принципиальные ошибки – не плотно обхватывают губами мундштук, не делают предварительный выдох и т.д. После этого преподаватель рассказывает правильную технику ингаляций и сам ее демонстрирует. С этой целью используют атровент, т.к. он практически не обладает побочными действиями.



Важно, что больные освоили правильную технику ингаляций:

1. Встряхнуть ингалятор
2. Снять защитный колпачок
3. Повернуть ингалятор дном вверх
4. Сделать полный выдох через сомкнутые губы
5. Плотно обхватить мундштук ингалятора губами
6. Начиная делать вдох, нажать на дно ингалятора и глубоко вдохнуть лекарство. При этом должно возникнуть ощущение, что лекарство не осталось во рту, а попало в бронхи
7. Задержать дыхание на 5-10 сек.

2. Важно подчеркнуть, что при бронхиальной астме существует 2 вида лечения: базовое – противовоспалительное и симптоматическое, применяющееся главным образом для купирования приступа.

Существует 2 вида лекарств, которые находятся в ингаляторах. К противовоспалительным препаратам ингаляционные стероиды, хромогликат и недокромил натрия. К препаратам симптоматического действия относятся беротек, вентолин (сальбутамол), бриканил, атровент, беродуал. Обычно у больных сразу возникает большое количество вопросов – по названиям препаратов, механизму действия – на все вопросы необходимо ответить, не давая при этом индивидуальных лечебных рекомендаций – это дело лечащего врача. Необходимо донести до каждого больного принципиальное отличие профилактических противовоспалительных препаратов от бронходилататоров. Вопрос типа «почему мне хорошо помогает беротек и совершенно не помогает бекотид?» будет часто повторяться больными. Опыт показывает, что к этой теме необходимо возвращаться на каждом занятии, так как больные забывают или не понимают с первого раза принципы использования ингалятора. Поэтому, по возможности, нужно повторять материал (см. список вопросов к занятию).

3. Больной должен знать, что подбирать лечение ему должен врач. Вредно пользоваться советами окружающих, т.к. существуют разные формы бронхиальной астмы и, соответственно, использует разное лечение. Однако, если трудно вовремя получить совет врача или при дефиците лекарств в аптеках, больные должны знать какие ингаляторы являются взаимозаменяемыми. Желательно, чтобы больные записали группы ингаляторов по механизму действия: бронходилататоры (беротек, сальбутамол, бриканил), холинолитики (атровент, тровентол), препараты смешанного действия (беродуал, дитэк), противовоспалительные - интал (тайлед) и ингаляционные глюкокортикоиды (ингакорт, бекотид, пульмикорт и др.). Понимание – какие ингаляторы являются взаимозаменяемыми – достигается путем тренинга (см. вопросы к теме). Эффект от применяемого дозированного аэрозоля больной может самостоятельно мониторировать с помощью пикфлоуметра.

4. Каждый больной использует индивидуально подобранную дозировку лекарственных препаратов. Так дозировка ингаляционных гормонов может достигать 1000-1500 мкг. Важно, что повышение количества вдыхаемого бронходилататора свидетельствует об обострении болезни или неадекватно подобранном лечении. В этом случае больной должен обратиться к врачу или использовать уже имеющиеся рекомендации.

Основные побочные действия бронходилататоров – тахикардия, мышечный тремор, психомоторное возбуждение – больше выражены у симпатомиметиков 1-го поколения: изадрина (новодрина), алулента. При появлении таких эффектов желательно снизить используемую дозу или поменять дозированный аэрозоль. Побочное действие атровента и тровентола, связанное с их атропиноподобным действием, встречается редко. При применении ингаляционных глюкокортикоидов, с целью

предотвращения кандидоза слизистых рекомендуется больным полоскать рот и горло содовым раствором или просто водой после применения аэрозоля, а также по возможности применять аэрозоль после еды и пользоваться спейсером.

5. Некоторые больные не могут синхронизировать вдох с нажатием на дно баллончика. В настоящее время рекомендуют использовать спейсеры – пластиковые камеры различной конструкции и размера. Также они рекомендуются при применении ингаляционных КС.

Спросите у больных – что знают они о спейсерах, и если да, то пусть продемонстрируют как им пользоваться.



Правила использования спейсера следующие:

- 1. Удалить защитный колпачок, встряхнуть ингалятор и вставить его в спейсер.**
- 2. Обхватить губами ротовой конец спейсера.**
- 3. Нажать на ингалятор так, чтобы лекарство попало в спейсер.**
- 4. Глубоко медленно сделать вдох.**
- 5. Задержать дыхание на 5-10 сек., затем выдохнуть через ротовой конец.**
- 6. Повторить вдох, не нажимая на ингалятор.**
- 7. Отсоединиться от спейсера.**
- 8. Выждать 30 сек., затем впрыснуть вторую дозу аэрозоля (при необходимости) и повторить п. 1-7.**

Во время астма-школы желательно, чтобы больные потренировались в использовании спейсеров.

Вопросы к теме:

- 1. Какие лекарства обладают профилактическим действием?**
- 2. Какие лекарства быстро снимают приступ удушья?**
- 3. Нужно ли использовать профилактические лекарства, если самочувствие хорошее?**
- 4. В каких случаях применяют беротек (вентолин, бриканил)?**
- 5. Какие лекарства обладают противовоспалительным эффектом?**
- 6. Если приступы удушья возникают по ночам, нужно ли пользоваться лекарствами днем?**
- 7. Как правильно пользоваться ингалятором?**
- 8. Для чего нужен спейсер? Как им пользоваться?**
- 9. В чем разница между беротеком и беродуалом?**
- 10. В чем разница между атровентом и беротеком?**

Занятие № 5

Лечение хронического воспаления при бронхиальной астме.

План занятия:

1. Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание.
2. Базисное лечение бронхиальной астмы.
3. Интал, тайлед, дитэк – механизмы действия, правила приема, применяемые дозы.

Реквизит: спинхалер, интал в капсулах и в аэрозоле, тайлед, дозированный аэрозоль дитэк.

1. Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание бронхиального дерева. В отличие от других хронических заболеваний воспаление при БА аллергическое. Каждый больной, прошедший астма-школу, должен это четко понимать. Также как и при любом другом хроническом заболевании (сахарный диабет, гипертоническая болезнь) обязательно соблюдение определенных мероприятий практически постоянно.

2. Базисное лечение астмы включает использование двух групп препаратов: к первой группе относятся динатрия хромогликат (интал), недокромил натрия (тайлед), дитэк; ко второй группе относят ингаляционные и таблетированные глюкокортикоиды. Все эти препараты принимают ежедневно в дозе, назначенной врачом. Интал применяют 3-4 раза в день, тайлед – 4 раза в день с возможным постепенным снижением дозы, дитэк по 2 вдоха 4 раза в сутки; ингаляционные гормоны – от 2 до 4 раз в день, таблетированные гормоны – 1-2 раза в сутки.

3. Натрия хромогликат (интал, ломудал, кромолин) – препарат, применяемый для профилактического лечения бронхиальной астмы.



Он обладает мембрано-стабилизирующим действием (стабилизирует мембраны тучных клеток) за счет ингибирования фосфодистеразы и блокирования поступления Ca^{++} в клетки. Препарат выпускается в виде капсул, содержащих порошковую форму с помощью устройства спинхалер и ингаляторы с дозированными аэрозолями. Препарат высокоэффективен при атонической астме и астме

физического усилия. Обычно применяют 3-4 капсулы в день через равные промежутки времени. Если больной не находится в состоянии стойкой ремиссии, за 15-20 мин. до приема интала необходимо сделать вдох бронходилататора.

Важно подчеркнуть, что интал не является глюкокортикостероидом, так как многие больные в этом убеждены («я не принимаю интал, потому что боюсь, что у меня начнут расти волосы и борода»).

Основные побочные действия связаны как правило с порошковой формой препарата. Может возникать першение в горле, кашель, иногда даже приступ удушья. Интал в порошке используют с помощью специального устройства – спинхалера. Больные должны четко знать правила пользования спинхалером.

Методика использования спинхалера:

- 1. Расположить спинхалер вертикально, ротовым концом вниз.**
- 2. Развинтить спинхалер.**
- 3. Вложить капсулу интала в специальную чашечку цветным концом вниз.**
- 4. Завинтить спинхалер.**
- 5. Вдвинуть одну часть в другую по направлениям стрелок (эту операцию можно повторить).**
- 6. Немного запрокинуть голову, обхватить губами ротовой конец и резко глубоко вдохнуть.**
- 7. Задержать дыхание на 10-20 сек., затем медленно выдохнуть.**
- 8. Повторять вдохи до тех пор, пока весь порошок не будет использован.**

В настоящее время интал также доступен в виде дозированного аэрозоля.

Дитэк (0,5 фенотерола гидробромида + 1.00 динатрия хромогликата) – комбинированный препарат. Он обладает одновременно бронхолитическим и противовоспалительным действием за счет комбинации бронходилататора и динатрия хромогликата. В нем содержится $\frac{1}{4}$ ингаляционной дозы беротека и $\frac{1}{2}$ ингаляционной дозы динатрия хромогликата в виде дозированной аэрозоли. При применении дитэка предварительного приема бронходилататора не требуется. Препарат используется одновременно как для купирования приступа удушья, так и для профилактического лечения. Он

обладает высокой активностью при атопической астме, астме физического усилия. Рекомендуемые дозы – 2 вдоха 4 раза в день. За счет низкого содержания фенотерола у препарата отмечается меньше побочных действий, чем при применении беротека.

Тайлед (недокромил натрия) – препарат близкий по структуре к динатрию хромогликату, но обладающий более высокой противовоспалительной активностью. Выпускается в форме аэрозоля. Высокоэффективен при атопической астме, в том числе и в тех случаях, когда эффективность интала оказывается низкой. Рекомендуемые дозы – 2 вдоха 4 раза в сутки (возможно в сочетании с предварительным вдыханием бронходилататора). Если на фоне лечения наступает стойкая ремиссия, возможно снижение вдыхаемой дозы до 2-х раз 2 раза в сутки.

Желательно продемонстрировать больным все лекарства, о которых рассказывается на занятии и отработать технику пользования спинхалером.

Вопросы к теме:

- 1. Может интал снять приступ удушья?**
- 2. При обострении астмы беротек помогает, а интал нет. Зачем используют интал?**
- 3. Для чего используют препарат дитэк? Как его правильно применять?**
- 4. Что делать, если использование интала в виде порошка вызывает першение в горле и бронхоспазм?**
- 5. Как правильно пользоваться спинхалером?**
- 6. Для чего используют тайлед?**

Занятие № 6

Глюкокортикостероидная терапия бронхиальной астмы.

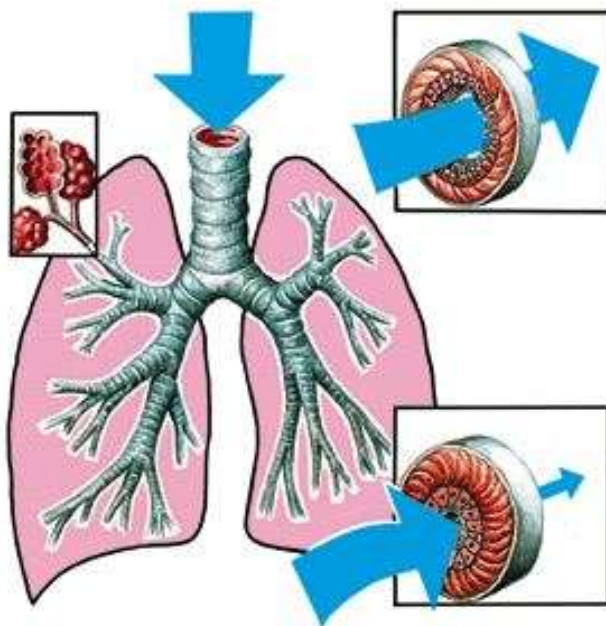
План занятия:

1. Необходимость и обоснованность глюкокортикостероидов при бронхиальной астме.
2. Показания для использования таблетированных и в/в стероидов.
3. Показания и необходимость использования ингаляционных стероидных препаратов.

Занятие, посвященное глюкокортикостероидам является наиболее трудным во всем курсе астма-школы. Всегда возникает много вопросов по обсуждаемой теме у больных, и это понятно, т.к. даже слово гормоны порождает страх у пациентов бронхиальной астмой.

Поэтому, начиная занятие по терапии бронхиальной астмы стероидами, напомните больным, что в основе терапии бронхиальной астмы лежит воспаление. Используйте плакат 1-го занятия.

Еще раз покажите, что происходит с бронхами во время приступов удушья.



В основе бронхиальной астмы лежит сужение бронхов вследствие спазма, отека и отделения слизи. Наконец, напомните, что долгосрочный прогноз при бронхиальной астме в целом благоприятный, поскольку это заболевание как таковое не ведет к развитию эмфиземы легких или хронической деструкции легочной ткани. Поэтому, глюкокортикостероиды являются важным средством лечения бронхиальной астмы, так как обладают мощным

противовоспалительным эффектом.

В настоящее время рекомендуют использовать ГКС ингаляционно уже на ранних стадиях заболевания, т.к. на поздних стадиях несмотря на высокие дозы препаратов иногда не удается достичь желаемого эффекта. Причиной этому является гипертрофия стенки бронхов на более поздних стадиях течения бронхиальной астмы. Следовательно, целью лечения является предупреждение развития этих процессов путем длительного и эффективного снижения интенсивности воспаления в бронхах.

Страх перед приемом стероидных препаратов связан с тем, что длительное применение системных стероидов чревато серьезными осложнениями. Однако, в некоторых случаях бронхиальной астмы состояние может быть настолько тяжелым, что у врача не остается другого выхода кроме как начать терапию стероидными препаратами. Причем важно заметить, что тяжесть состояния определяет не пациент, а лечащий врач.

При обострении бронхиальной астмы, курс приема системных стероидов не должен превышать 7-10 дней при постоянном уменьшении дозы. В первые 2-3 дня принимается максимальная доза препарата, что дает возможность уже с 3-4 дня сокращать дозировку. Обычно этого курса бывает вполне достаточно. После непродолжительного курса лечения стероидами в виде таблеток, необходимо продолжить применение стероидов в виде аэрозоля. Последний воздействует на стенки бронхов, не проникая в кровоток.

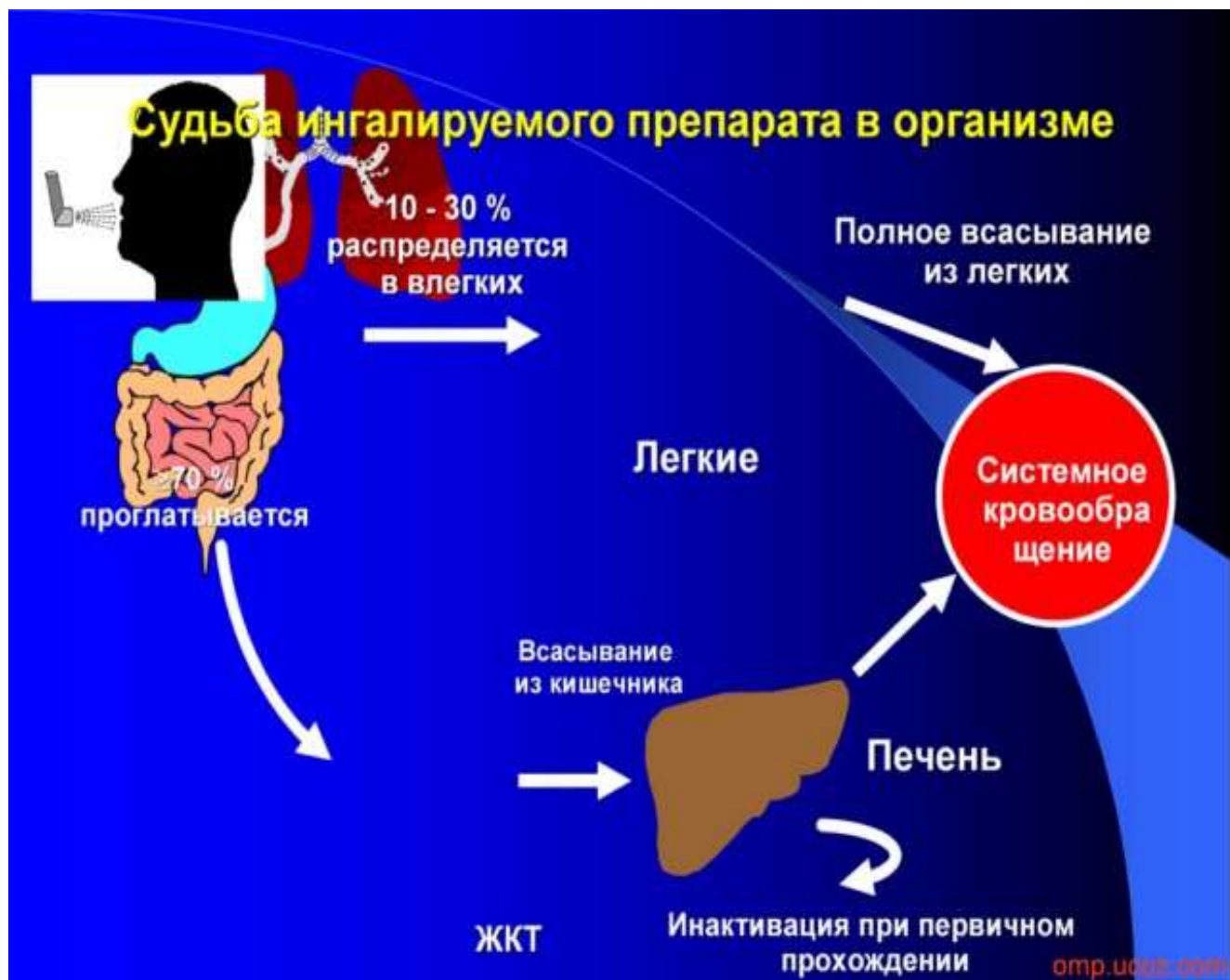
На занятии покажите больным ингаляционные стероидные препараты: бекотид, бекломет, ингакорт. Объясните, что эти препараты не купируют приступ удушья как ингаляционный симпатомиметик (беротек).

Еще раз обратите внимание аудитории, что ингаляционные стероиды можно применять как для купирования обострения так и в качестве профилактического средства.

Сочетание ингаляционного стероидного препарата и симпатомиметика является идеальным для большинства больных бронхиальной астмой. Отдельно разберите вопрос о назначении в/в гормональных препаратов, т.к. многие больные ошибочно думают, что назначение этих форм наиболее безопасно. Не рекомендуйте больным использование пролонгированных стероидных препаратов.

Если в группе есть больные, постоянно принимающие пероральные стероиды, но не использующие ингаляционные препараты, назначьте им индивидуальную консультацию и постарайтесь решить вопрос о дозировке.

Учитывая большой объем информации, желательно вместо одного занятия по этой теме провести два. На первом занятии основной упор сделайте на механизме действия стероидов, а на втором – на базисной противоастматической терапии ингаляционными стероидами.



Вопросы по теме:

1. Что происходит в бронхах при приступе бронхиальной астме?
2. На каких стадиях заболевания следует начать прием стероидов?
3. Опасно ли использование таблетированных гормонов?
4. Как правильно использовать ингаляционные стероиды?

Занятие № 7

Лечение и профилактика вирусной инфекции.

План занятия:

1. Что такое вирусная инфекция? Виды вирусных инфекций.
2. Лечение вирусных инфекций.
3. Антибиотики в лечении бронхиальной астмы.
4. Принципы профилактики вирусной инфекции.

Реквизит: ультразвуковой ингалятор «Дисоник», ампициллин, эритромицин в таблетках, оксолиновая мазь, марлевая маска.

1. Вирусная инфекция – частая причина обострения бронхиальной астмы. Поэтому важно заранее знать, как правильно лечиться во время вирусной инфекции, чтобы избежать обострения астмы. Познакомить больных с понятием «вирус» и «бактерия», перечислить основные виды вирусной инфекции – грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция и т.д. Так как больные часто задают вопрос о лекарстве ремантадин, следует рассказать об отличиях гриппа от других инфекций. Начало гриппа характеризуется высокой температурой (до 39-40 С), сильной головной болью, болью в глазных яблоках и мышцах. Затем присоединяются катаральные явления. Для других вирусных инфекций более характерно одновременное повышение температуры и появление катаральных явлений, а также менее выраженный интоксикационный синдром. Лечение ремантадином эффективно только если начато в первые 24 часа от появления первых симптомов гриппа «А». Во всех других случаях это лечение не проводится.

2. Арсенал других противовирусных препаратов, которые могут быть использованы больными астмой, невелик. Часто рецидивирует герпетическая инфекция (спросите, кто из группы страдает герпесом). В настоящее время лечение Herpes simplex эффективно проводится с помощью препарата ацикловир (зовиракс). Мы рекомендуем больным при обострении инфекции пользоваться мазью или, предварительно посоветовавшись с врачом, провести курс лечения таблетками ацикловира. В остальном, лечение вирусных инфекций носит симптоматический характер. Рекомендуется больным пить много жидкости, при отсутствии противопоказаний принимать большие дозы аскорбиновой кислоты (до 1-2 г на один прием 1-2 раза в сутки). Важно проводить дренаж бронхиального дерева, так как значительно увеличивается количество мокроты. Еще раз напомнить больным о принципах ингаляционной терапии с помощью ультразвукового ингалятора «Дисоник» (см. занятие № 3). Также для улучшения дренажа рекомендуется использовать пероральные средства - бронхогексин (в суточной дозе не менее 80 мг), мукалтин, настои отхаркивающих трав – термопсиса, солодки,

корня алтея, мать-и-мачехи и др. Эффективным может оказаться баночный массаж – его методике обучить больных на занятии.

Техника баночного массажа:

- 1. Массаж проводится майонезной банкой.**
- 2. Кожу смазать небольшим количеством крема или вазелина.**
- 3. Поставить банку паравертебрально на уровне С7.**
- 4. Плавными движениями двигать банку паравертебрально до уровня Th9-10 вниз-вверх, по межреберным промежуткам в латерально-медиальном направлении на уровне Th6-9 и саггитально на уровне С7-Th1. После того как на коже появились кровоизлияния перейти на другую сторону.**
- 5. Если в процессе массажа банка оторвалась от кожи – поставить ее повторно.**

Если больной астмой демонстрирует клинику вирусной инфекции, ему на период болезни следует увеличить дозу принимаемых противовоспалительных противоастматических препаратов. Например, если в качестве поддерживающей терапии больной дышит ингактором 2 вдоха 2 раза в день, то при присоединении вирусной инфекции дозу следует увеличить на 1-2 вдоха в день.

При вирусной инфекции важно, чтобы больной пил много теплой жидкости (если нет противопоказаний к нагрузке жидкостью) в сочетании с аскорбиновой кислотой (если нет язвенной болезни желудка). Если больной удовлетворительно переносит температуру, прием антипиретиков требуется при температуре выше 38С. При более высокой температуре больные могут принимать парацетамол, ацетилсалициловую кислоту, анальгин.

Важно напомнить, что при аспириновой форме бронхиальной астмы все эти препараты запрещены.

3. Следует особо отметить на занятии, что вопрос о назначении антибиотиков принимает врач. При обострении бронхиальной астмы антибиотики используют с осторожностью и только в том случае, когда прогрессирует гнойный бронхит или присоединилась пневмония. Самостоятельно больному не следует принимать антибиотики, так как это может вызвать аллергическую реакцию. Однако, если отсутствует возможность срочно обратиться за помощью к врачу, стаж заболевания большой и отмечается хорошая переносимость лекарственных препаратов, то возможен самостоятельный прием антибиотиков. Если бронхиальную астму сопровождает гнойный бронхит и при обострении регулярно откашливается желто-зеленая мокрота, больной может начать прием относительно безопасных антибактериальных средств – ампициллина, амоксициллина, амоксиклава, таривида, ципробая. Необходимо, чтобы уже

имелся положительный опыт приема одного из этих антибиотиков. В этом случае при обострении пациент может при необходимости провести курс лечения. Если недельный курс лечения не дает эффекта, больной должен обратиться к врачу.

4. Профилактика вирусных инфекций чрезвычайно важна для больных астмой. Основной путь передачи – воздушно-капельный. Главный способ профилактики – избежать контакта с зараженным. Если болен член семьи, по возможности необходимо от него изолироваться. Во время эпидемии гриппа необходимо защитить слизистую носа от попадания на нее вирусов. С этой целью при выходе из дома нужно пользоваться оксолиновой мазью или любым растительным маслом.

Важно сделать акцент, что если симптомы вирусной инфекции уже появились, использование оксолиновой мази бесполезно, она только затруднит носовое дыхание. Это средство предназначено исключительно для профилактики вирусной инфекции. Также в этот период после контакта с больным или пребывания в общественном месте нужно промыть нос и прополоскать рот и горло проточной водой.

Если нет возможности избежать контакта с больным, необходимо использовать 4-слойную марлевую маску. С целью профилактики можно использовать интерфероны. Больным, подверженным вирусным инфекциям, можно рекомендовать закаливающие процедуры по методике, приводимой в занятии «закаливание».

Важно, чтобы каждый больной представлял, что нужно делать в случае обострения астмы на фоне вирусной инфекции.

Больной может самостоятельно своевременно увеличить дозу базисных препаратов, начать прием муколитических и отхаркивающих средств, при необходимости – антибиотиков и теofilлинов пролонгированного действия, увеличить питьевой режим.

Вопросы к теме:

- 1. Какие симптомы вирусной инфекции вы знаете?**
- 2. Каковы симптомы гриппа?**
- 3. В каком случае больной астмой может самостоятельно начать прием антибиотиков?**
- 4. Что делать больному астмой, если он заболел вирусной инфекцией?**
- 5. Как лечить вирусную инфекцию?**
- 6. Каковы меры профилактики вирусной инфекции?**

Занятие № 8.

Ночная астма.

План занятия:

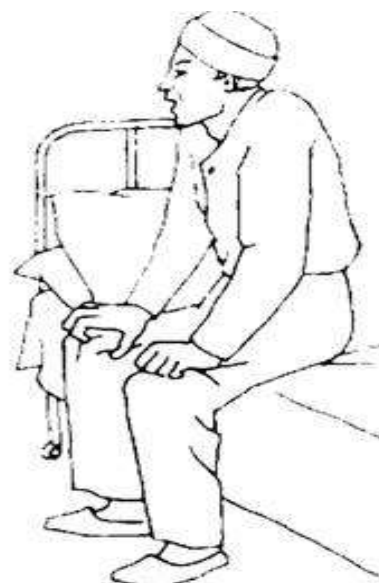
1. Причины ночных приступов удушья.
2. Как должна выглядеть спальня больного бронхиальной астмой.
3. Меры профилактики ночных приступов удушья.
4. Принципы лечения ночных приступов удушья.

1. Причины ночных приступов удушья у больных бронхиальной астмой до конца не ясны. Это и активизация воспалительного процесса в ночные часы, скапливание мокроты в дистальных отделах бронхов, повышение тонуса блуждающего нерва, прямой контакт с аллергеном и т.д. Узнайте, у кого из больных есть аллергия к домашней пыли. Спросите – какие меры профилактики они используют дома. После этого переходите к следующему пункту занятия.

2. Домашняя пыль состоит из органического и неорганического компонентов. Домашняя пыль содержит остатки насекомых, перхоть животных и человека, остатки пищи, бактерии и грибы. Другой компонент домашней пыли – домашний клещ (*Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*), питающийся перхотью и остатками пищи. Часто домашний клещ является основным аллергеном. В коврах, мягкой мебели, шерстяных вещах, пере подушки содержится огромное количество клеща. Ложась спать на перовую подушку и укрываясь шерстяным одеялом, больной астмой подвергается массивному воздействию аллергена. Вследствие этого выработаны специальные требования к помещению, в котором живет больной астмой с аллергией на домашнюю пыль. Особо строгие правила должны соблюдаться в отношении спальни.

Рекомендации:

- 1) **В спальне должно быть минимум мебели. Украшения на стенах (в том числе картины и ковровые покрытия) являются коллектором домашней пыли. Занавески должны быть из легкого материала и стираться. В спальне не должно быть книжных полок.**
- 2) **Стеновой шкаф необходимо мыть и держать в нем только сезонную одежду. Одежда не должна быть развешана по стульям или лежать**



на кровати – она должны быть убрана в шкаф. Дверцы шкафа должны быть плотно закрыты.

- 3) На полу и стенах не должно быть ковров. Необходимо проводить еженедельную влажную уборку и пылесосить квартиру. При этом желательно, чтобы пылесосили родственники больного. Если это невозможно, пылесосить нужно во влажной маске, а по окончании выходить из комнаты, так как в воздухе после уборки с помощью пылесоса висит мелкая пыль.
- 4) На матрасы надеть пыленепроницаемые чехлы. Во время уборки спальни будьте уверены, что вы вымыли также и под кроватью. Запрещено хранить что-либо под кроватью (старые газеты и т.д.).
- 5) Перьевые, паралоновые и пуховые подушки нужно заменить на ватные или сделанные из полиэстера. На подушках также должны быть пыленепроницаемые чехлы.
- 6) Простыни нужно стирать в горячей воде. На кровати должно лежать покрывало, чтобы пыль в течение дня не накапливалась на постели.
- 7) Дети, болеющие астмой, не должны спать с мягкими игрушками.
- 8) Пыль нужно стирать мягкой тряпкой, собирающей пыль, а не развевающей ее в воздухе. После уборки больной астмой должен в течение нескольких часов находиться вне комнаты.
- 9) Не хранить в спальне детские игрушки.
- 10) Домашние животные не должны бывать в спальне. Дверь в спальню должна быть закрыта в течение дня, чтобы животные не могли входить в нее. Очень трудно удалять шерсть и перхоть животных с ковров и мебели: на это могут уйти недели ежедневной уборки пылесосом.

Социальные условия в нашей стране не всегда позволяют выполнять эти правила. Но часть из них доступна любому больному. Больным с другими формами бронхиальной астмы не нужно придерживаться столь строгих правил, но следует помнить, что домашняя пыль в большом количестве может выступить в качестве неспецифического раздражителя, поэтому квартира, в которой живет больной астмой, должна быть тщательно убрана.

3. Если ночные приступы удушья связаны с вдыханием аллергена, нужно приложить максимум усилий для того, чтобы избежать с ним контакта. Также перед сном мы рекомендуем вдохнуть интал, дитэк и (или) ингаляционный глюкокортикоид, в зависимости от базисной терапии, при необходимости в сочетании с симпатомиметиком. Также высокоэффективными оказались препараты пролонгированного теофиллина – теотард, теодур, теопэк, эуфиллин-ретард и т.д. Эти препараты поддерживают постоянную концентрацию теофиллина в крови в течение 12 часов. При назначении 200-300 мг на ночь в ряде случаев удается избежать возникновения ночных приступов. Для того, чтобы уменьшить побочные эффекты (головокружение, головная боль, возбуждение, боли в желудке) мы обычно начинаем с ½ таблетки (100-150 мг), постепенно ее увеличивая до привычной. Для профилактики ночных приступов также может быть

использован отечественный препарат сальтос (симпатомиметик длительного действия) в таблетках и порошках для ингаляций. Больные, откашливающие большое количество мокроты, перед сном должны проводить туалет дыхательных путей, то есть ингалировать отхаркивающие препараты с последующим откашливанием (см. занятие №3), принимать дренажные положения.

4. У больного, страдающего ночными приступами удушья, на столике около кровати должен стоять термос с горячей водой или настоем отхаркивающих трав. Горячее питание в сочетании с отхаркивающими препаратами (например, мукалтином) часто позволяет купировать приступ удушья. Больные, занимающиеся закаливанием, иногда купируют приступ удушья, обливаясь холодной водой. При более тяжелом приступе нужно вдохнуть симпатомиметик (можно 2-3 раза). Больной должен встать, опираясь руками на стул, стол, стену и т.д., дыхание должно быть поверхностным с удлинённым выдохом. Желательно провести пикфлоуметрию, чтобы были объективные данные о тяжести приступа. Родственники могут провести баночный массаж. Если приступ не купируется, нужно вызвать скорую помощь. При тяжелом приступе, когда у больного есть соответствующие врачебные рекомендации, возможно самостоятельно принять таблетированные глюкокортикоиды и вызвать скорую помощь.

Вопросы к теме:

- 1. Что входит в состав домашней пыли?**
- 2. Какие меры предосторожности необходимо применять больным астмой с гиперчувствительностью к домашней пыли?**
- 3. Какие лекарства применяют для профилактики ночных приступов удушья?**
- 4. Как следует применять теопэк?**
- 5. Как купировать ночной приступ удушья?**

Занятие № 9

Пищевая аллергия.

План занятия:

1. Определение пищевой аллергии.
2. Клинические проявления пищевой аллергии.
3. Основные виды пищевой аллергии (истинные и псевдоаллергия).
4. Питание больного бронхиальной астмой.
5. Обследование больных с подозрением на пищевую аллергию.
6. перекрестная пищевая аллергия.
7. Голодание (показания, цель проведения, противопоказания).

В начале занятия дается понятие пищевой аллергии.

Пищевая аллергия – это различные виды аллергических реакций на тот или иной продукт или сочетание нескольких продуктов. Итак, какие же существуют виды аллергических реакций на пищевые продукты? Задайте этот вопрос больным, начните диалог сразу. Обязательно в конце дискуссии подчеркните, что пищевая аллергия многообразна своими проявлениями: крапивница, отек Квинке, мигрень, бронхиальная астма и др.

Обсудив с больными многообразие проявлений пищевой аллергии, можно и даже нужно коснуться механизмов возникновения реакции на тот или иной пищевой продукт. Разберите с пациентами истинные и псевдоаллергические реакции. Вопросу истинной аллергии посвящается несколько слов, т.к. у взрослых подобные реакции практически не возникают, а развиваются, как правило, в раннем детстве. Гораздо подробнее разбирается механизм псевдоаллергии, при котором ведущее место имеет поражение желудочно-кишечного тракта: дисбактериоз, хронический гастрит, хронический холицистит и др., состояние нервной системы, эмоционального фона. При этом нужно обязательно сказать о суммарном эффекте, под которым подразумевается одновременное поступление в организм нескольких пищевых аллергенов.

Количество каждого из них недостаточно для того, чтобы вызвать реакцию, а сумма их действия приводит к выраженным клиническим проявлениям. Не забудьте сказать, употребле-



ние алкоголя способствует увеличению всасывания аллергенов и проявлению аллергических реакций. Важно подчеркнуть, что все острые приправы и некоторые овощи (редис, лук) могут действовать не как аллергены, а как химические раздражители, усиливая проявления аллергических реакций. Тяжесть проявления этих реакций зависит не только от количества пищевых продуктов, но и кулинарной обработки, т.к. многие продукты теряют антигенность при кипячении и варке (молоко, яйцо, овощи, фрукты).

Далее переходим к вопросу о питании больных бронхиальной астмой. Итак, диета должна быть гипоаллергенной и исключить различные неспецифические раздражители. Следует еще раз оговорить, что при бронхиальной астме нежелательно употреблять в пищу большое количество молока, яиц, крабов, орехов. Перца, горчицы и другие приправы. Особенно важно ее соблюдать в период обострения бронхиальной астмы. Однако больные должны в обязательном порядке употреблять достаточное количество белков, жиров и углеводов. Питание должно быть 3-5 разовым и последний прием пищи должен быть не менее чем за 2 часа до сна.

На занятии важно и нужно подчеркнуть, что соблюдать диету в период обострения бронхиальной астмы необходимо всем больным, а в период ремиссии употребление аллергенных продуктов не должно быть систематическим.

Говоря с пациентами о питании, обязательно коснитесь вопроса об аспириновой бронхиальной астме. Этим больным следует исключить мед, малину, малиновое варенье и пищевые продукты, содержащие большое количество пищевых красителей. Разбирая вопрос о перекрестной аллергии, скажите, что же такое перекрестная аллергия и приведите пример (сочетание поллиноза с тяжелыми аллергическими реакциями на орехи, яблоки, а у больных с аллергическими реакциями на укусы перепончатокрылых – на мед и т.д.).

Диагностика пищевых аллергенов является трудной врачебной задачей. Поэтому, продолжая рассказ о пищевой аллергии и многообразии ее проявлений, всегда поставьте вопрос о том, можно ли выявить «виновный» аллергенный продукт. Пусть больные включаются в дискуссию. Некоторым из них уже проводили лечебно-диагностическое голодание, элиминационные и провокационные диеты. Несколько слов расскажите об этих диетах. А вопросу о голоде уделите достаточно большое внимание, т.к. во время занятия больные неоднократно спрашивают о пользе голодания. Важно подчеркнуть, что назначение голодания – врачебная задача. Для того, чтобы провести длительное голодание, необходимо тщательно исследовать желудочно-кишечный тракт больного. Объясните, что основная проблема длительного голодания – выход из голода. Несколько слов посвятите 24-часовому и 3-дневному голоданию.

Вопросы к теме:

- 1. Что такое пищевая аллергия?**
- 2. Как надо питаться при бронхиальной астме?**
- 3. Может ли больной сам себе назначить лечебное голодание?**

Занятие № 10-11

Дыхательная гимнастика.

План занятия:

1. Значение массажа лица и мышц грудной клетки у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом.
2. Обучение массажу лица.
3. Обучение навыкам массажа грудной клетки.
4. Обсуждение вопросов закаливания.

Массаж

Массаж известен с глубокой древности. В основе механизма действия массажа лежат сложные механизмы взаимодействия – рефлексогенные, нейрогуморальные, обменные и другие процессы, которые регулируются нервной системой. Начальным звеном в этом являются механорецепторы кожи, подкожной клетчатки, импульсы, из которых поступают в центральную нервную систему. Ее ответные реакции способствуют нормализации регулирующей функции, происходит мобилизация и тренировка защитно-приспособительных факторов организма.

Важное место в физической реабилитации занимают массаж лица и мышц грудной клетки. Носовое дыхание – нормальный физиологический акт, и нарушение его вызывает различные патологические состояния всего организма. Тесные анатомо-физиологические связи верхних и нижних дыхательных путей определяют большой интерес к массажу лица. Слизистая оболочка носа и пазух обладает сложным комплексом защитных приспособлений. Нарушение проходимости в полости носа нормальной аэродинамической струи, являющейся адекватным раздражителем рецепторов слизистой оболочки, вызывает реакцию в бронхиальных путях.

Массаж лица включает массаж крыльев носа, придаточных пазух носа, а также массаж точек выхода тройничного и лицевого нервов. Массаж заканчивают умыванием холодной водой. Таким образом, массаж лица обладает санационным и рефлексогенным эффектом.

Массаж лица

Массаж лица выполняется самими больными ежедневно в утренние и вечерние часы.

Массаж лица проводится в следующей последовательности:

Прием I. Воздействие на крылья носа и кожу верхней челюсти ниже переносицы. Массаж выполняется поверхностью согнутых первых

пальцев. Совершаются колебательные движения с частотой 100-120 движений в минуту.

Прием II. Вторым приемом массажа лица является «пневмомассаж», движения такие как на приеме I, но требуется плотно зажимать ноздри (медиальными поверхностями ногтевых фалангов больших пальцев). Вдох делается ртом, выдох – сильно носом. В ходе одного вдоха необходимо промассировать высоким давлением воздуха придаточные пазухи носа. Повторять 3-5 раз.

Прием III. Массаж кожи лба под глазами. Массаж выполняется ладонной поверхностью II, III, IV и V пальцев обеих рук круговыми движениями в быстром темпе от спинки носа к углу рта.

Прием IV. Массаж кожи лба. Массаж проводится подушечками пястно-фаланговых суставов II, III, IV и V пальцев круговыми движениями от середины лба к вискам. Повторяют 10-15 раз до появления у массируемого ощущения тепла.

Прием V. Растирание кожи лба вращением ладоней по периметру лба (левой руки с права налево, правой – слева на право).

Прием VI. Растирание тыльными сторонами ладони нижней челюсти у подбородка. Повторяют 10-15 раз до ощущения тепла.

Больным обучают навыкам массажа грудной клетки. Используются приемы перкуссии, вибрации, растирание и поглаживание грудных мышц. Перкуссия при массаже существенно увеличивает количество отделяемой мокроты. Физические свойства вибрационного массажа улучшают реологические свойства мокроты, а сочетание методов вибрации и разминания и растирания грудных мышц воздействует на биомеханику сокращения этих мышц, повышая эффективность сокращения и снижая затрачиваемую мышцами работу.

Массаж грудной клетки

Прием I. «Поглаживание». Выполняется ладонями и расставленными врозь пальцами обеих рук от плеча к бедрам и от бедра к плечам тыльной стороны кисти. Темп до 120 движений в мин. Продолжительность до 30 сек.

Прием II. Растирание «Враздрай». Правая ладонь на правой лопатке массируемого, левая ладонь – на пояснице слева. Выполняется ладонями резкими встречными движениями продольно по всей спине. Темп до 120 движений в мин. Продолжительность 30 сек.

Прием III. «Лопатки-руки». Вращательными движениями массируется кожа на лопатках. Темп 100 движений в минуту. Продолжительность до 30 сек.

Прием IV. «Живот-грудь». Под животом у бедер пальцами (движением вверх-вперед) с силой скользят по животу и бокам, затем по груди. Повторяют до 5-6 раз.

Прием V. «Плечо-шея». Выполняется поглаживающими движениями больших пальцев от плеча, к шее и в обратном порядке. Выполняется на правой и левой стороне по 15 сек.

Прием VI. «Растирание перекрестно». Выполняется вращательными движениями ладоней навстречу друг другу (исходное положение: правая рука на правой лопатке, левая рука на пояснице слева). Продолжительность до 30 сек.

Прием VII. «Похлопывание». Выполняется на противоположной от массажиста стороне грудной клетки ладонями, сложенными «лодочкой». Продолжительность до 1 мин. Движения быстрое до 100 движений в мин.

Прием VIII. «Рубление». Выполняется на противоположной от массажиста стороне грудной клетки (сверху и сбоку) краями кистей. Пальцы при этом разведены и расслаблены. Ладони обращены друг к другу, движения очень быстрые (до 150 в мин.). Продолжительность до 30 сек в каждой стороне.

Прием IX. «Покалывание». Выполняется на противоположной стороне от массажиста полураскрытыми кулаками. Движения вверх-вниз. Продолжительность 1 мин.

Прием X. «Вибрация». Пальцы исходно в межреберных промежутках. Сохраняя давление производят вибрирующие движения, не отрывая пальцев. Вибрацию производят по протяженности межреберных промежутков.

Прием XI. «Выкручивание кожи в межлопаточной области спины». Захватывают кожу большими и указательными пальцами по линии нижних углов лопатки. Кожа оттягивается в стороны-вверх до образования наиболее высокого валика. Затем движение повторяют на уровне середины лопатки и уровне верхних углов.

Прием XII. «Поглаживание». Проводится по всей поверхности спины. Действиями.

Массаж лица необходимо проводить ежедневно 2 раза в день утром и вечером. При ОРВИ массаж с промыванием носовых ходов проводят до 4-х раз в сутки.

Массаж грудной клетки следует проводить ежедневно, в период обострения БА проводят массаж грудной клетки 2-3 раза в сутки. Технике массажа обучаются также родственники пациентов.

Закаливание.

Закаливание – это тренировка физиологических механизмов адаптации путем систематического, периодически повторяющегося с возрастающей интенсивностью раздражения кожных покровов. Вода с температурой 33С ощущается человеком как безразличная, 23С – как прохладная, 13С – как холодная. Вода с температурой ниже 23С оказывает раздражающее действие, на что организм отвечает изменением интенсивности процессов терморегуляции и физиологических механизмов адаптации. Под влиянием охлаждения процессы теплообразования в организме ускоряются, при интенсивном воздействии холода стимулируются функции надпочечников и щитовидной железы.

Для больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой действенных комплексов и программ закаливания нет. В существующих программах предлагается медленное снижение температуры воды, сроки для достижения температурной адаптации настолько растянуты, что не могут обеспечить закаливание пациентам, так как за это время наступает обострение заболевания. Наша методика предусматривала быстрое закаливание холодной водой. Больные были тщательно обследованы для исключения тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких как ИБС с приступами стенокардии, аритмические варианты ИБС (пароксизмы мерцательной аритмии, экстрасистолии и др.), заболеваний мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, острый и хронический гломерулонефрит), поражения нервной системы.

Переход к принятию холодных водных процедур является произвольным. Для большинства больных переход к низкотемпературным режимам следует осуществлять постепенно через комфортный и контрастный душ, возможно начать холодные обливания без предварительной подготовки. Водные процедуры нужно проводить ежедневно по 1-2 раза в сутки. При обострениях заболевания холодные обливания использовались до 4-8 раз в сутки.

Необходимо предупредить больных о том, что в первые 3 месяца занятий возможны обострения БА, поэтому в начале занятий по программе физической реабилитации отменять или уменьшать объем поддерживающей терапии не следует.

В период обострения БА мы рекомендуем продолжать статические и динамические дыхательные упражнения, массаж лица и грудной клетки. Необходимость продолжения холодных обливаний и циклических видов физкультуры объем их в период обострения БА определяет врач. В период обострения следует усилить бронхолитическую терапию, при необходимости госпитализировать больного, а объем физических методов определяет врач.

Вопросы по теме:

- 1. Для чего нужно проводить массаж лица?**
- 2. Каковы основные приемы массажа грудной клетки?**
- 3. Можно ли проводить закаливание при бронхиальной астме?**

Занятие № 12

Как лечить обострение бронхиальной астмы?

План занятия:

1. причины обострения бронхиальной астмы.
2. Симптомы обострения.
3. Принципы лечения.
4. Критерии обращения к врачу.

Реквизит: дозированные аэрозоли с бронходилататорами и ингаляционными глюкокортикостероидами, таблетированные ГКС, пикфлоуметр.

1. Обсудите с группой: какие основные причины могут вызвать приступ бронхиальной астмы?



Они следующие:

- **контакт с аллергеном**
- **инфекция: вирусная или бактериальная**
- **снижение дозы базисных препаратов**
- **неадекватно подобранное лечение**
- **физическая нагрузка**
- **смена климата**
- **прием лекарственных средств (группа НПВП)**
- **нервный стресс**

2. Пациенты должны знать ранние симптомы обострения БА. С помощью ежедневной пикфлоуметрии можно зафиксировать снижение МСВ, свидетельствующие о начале ухудшения заболевания. Однако колебания МСВ возможно и вне обострения. Поэтому на данные пикфлоуметрии пациент может ориентироваться после непрерывного мониторинга в течение нескольких недель: за это время определяются колебания показателя МСВ пределах индивидуальной нормы. Симптомами раннего обострения является возникновение или учащение ночных приступов удушья. Появление

этого симптома свидетельствует об усилении воспаления в бронхиальном дереве. Следует акцентировать внимание больных на этом симптоме и повторить принципы купирования приступа удушья (см. «Ночная астма»). Предвестниками обострения также могут быть такие симптомы как ухудшение сна, немотивированная раздражительность, снижение толерантности к физической нагрузке. Важный признак ухудшения заболевания – увеличение дозы симпатомиметиков. Необходимо еще раз обсудить с группой опасность передозировки этих препаратов. При появлении симптомов обострения гнойно-обструктивного бронхита у лиц с инфекционнозависимой формой астмы, увеличении количества мокроты, изменении ее цвета на желтый или зеленый, одновременно учащаются приступы удушья.



3. Больные должны знать принципы ступенчатого подхода к лечению обострения астмы. В идеале у каждого больного должны быть индивидуальные рекомендации. Однако существуют общие принципы лечения. Первый шаг – это увеличение дозы базисного препарата с предварительным использованием бронходилататора. Если в качестве базисного препарата использовался хромогликат (недокромил) натрия, рекомендуется переход на ингаляционные дозы ГКС. При необходимости такого лечения или одновременно к лечению добавляются теофиллины пролонгированного действия (см. «Ночная астма»). Если обострение заболевания сочетается с увеличением продукции мокроты, необходимо прибавить муколитические и отхаркивающие препараты для улучшения дренажа бронхиального дерева. При неэффективности всех вышеперечисленных средств следует срочно обращаться за помощью к врачу для решения вопроса о лечении в стационаре и приеме таблетированных гормонов. Если пациент постоянно принимает таблетированные ГКС, при обострении заболевания рекомендуется увеличить дозу (ее должен подобрать врач в индивидуальном порядке).

4. Если больной астмой прошел обучение в астма-школе и может грамотно воспользоваться полученными знаниями, он реже обращается за помощью к врачу.

Критериями посещения врача являются:

- 1) частые обострения**
- 2) снижение показателей пикфлоуметрии**
- 3) необходимость замены лекарственных препаратов**

В случае тяжелого приступа удушья, не купируемого с помощью бронходилататоров и физических методов ($MCB < 200$ л/мин), больной должен принять таблетированные ГКС (доза должна быть заранее согласована с врачом) и вызвать скорую помощь.

Вопросы к занятию:

- 1. Каковы причины обострения БА?**
- 2. Каковы ранние симптомы обострения БА?**
- 3. Для чего используется пикфлоуметрия?**
- 4. Какие препараты являются базисными в лечении БА?**
- 5. Какие препараты быстро и эффективно расширяют бронхи?**
- 6. В чем смысл ступенчатого подхода в лечении обострения астмы?**
- 7. Каких ограничений должен придерживаться больной с аспириновой формой БА?**
- 8. Какие меры применяются для уменьшения содержания домашней пыли?**
- 9. Какие меры необходимо применять в случае тяжелого приступа астмы?**
- 10. Каковы критерии обращения больного БА к врачу?**