

А.С. Белевский

---

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

---



**Настоящее издание подготовлено  
при поддержке компаний  
Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ  
и Пфайзер Интернэшнл Инк.**

**Распространяется бесплатно**



Московское представительство  
Пфайзер Интернэшнл Инк.  
109004 Москва, Таганская ул., 21  
Телефон (095) 258-5535



Boehringer  
Ingelheim

Московское представительство  
Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ  
119049 Москва, Донская ул., 29/9, стр. 1  
Телефон (095) 788-6140

# **ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**



## ОБ АВТОРЕ

**Андрей Станиславович Белевский** – профессор, доктор медицинских наук, работает на кафедре пульмонологии Российского государственного медицинского университета, член Всероссийского общества пульмонологов, член Европейского респираторного общества, инициатор и организатор системы обучения больных бронхиальной астмой в России.

Автор ряда научных статей и глав в монографиях по пульмонологии. Главный редактор журнала «Астма и аллергия», заместитель главного редактора журнала «Атмосфера. Пульмонология и аллергология». Главный пульмонолог департамента здравоохранения г. Москвы.

*А.С. Белевский*

---

---

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

---

---



Издательство «АТМОСФЕРА»

Москва

2003

ББК 54.12

Б43

УДК 616.23+616.24

**Белевский А.С.**

Б43 Организация и проведение обучения больных хронической обструктивной болезнью легких: Методические рекомендации. — М.: Издательство «Атмосфера», 2003. — 56 с., ил.

**ISBN 5-902123-08-09.**

Излагаются основные принципы организации и проведения обучения больных ХОБЛ. Видение проблемы и схема преподавания основаны на опыте, накопленном в клинике НИИ пульмонологии МЗ РФ под руководством академика РАМН А.Г. Чучалина.

Для врачей-пульмонологов и терапевтов.

ISBN 5-902123-08-09

© А.С. Белевский, 2003 г.

© «Издательство «Атмосфера», 2003 г.

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

---

Список сокращений .....	6
Предисловие .....	7
Глава 1. Особенности процесса обучения больных ХОБЛ .....	8
Глава 2. Современное представление о ХОБЛ .....	16
Глава 3. Организация обучения больных ХОБЛ .....	23
Глава 4. Основные темы, которые необходимо осветить при проведении обучения больных ХОБЛ .....	26
Глава 5. Методы оценки эффективности образовательных программ .....	51
Заключение .....	53
Рекомендуемая литература .....	55

---

---

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

---

---

БА – бронхиальная астма

ВАШ – визуальная аналоговая шкала

ГКС – глюкокортикостероиды

ОФВ<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду

ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких



---

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

---

Идея обучения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) все шире входит в практику ведения больных данной патологией. Появляются первые программы, школы, печатная продукция. Однако преподаватель при работе с больными ХОБЛ сталкивается с трудностями, которые он не встречал при обучении больных бронхиальной астмой (БА). Автор данной брошюры изложил видение проблемы и схему преподавания, опыт применения которой накоплен за последнее время в клинике академика РАМН А.Г. Чучалина. Автор не считает опубликованный материал идеальным и рассматривает его как один из этапов решения проблемы предоставления больным ХОБЛ информации, необходимой в их повседневной жизни.

Автор выражает глубокую признательность научному сотруднику НИИ пульмонологии МЗ РФ Н.Н. Мещеряковой, на основе наблюдений которой во многом разработана изложенная ниже программа.

---

---

## ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

---

---

Процесс предоставления необходимой информации о методах самоконтроля и самоведения больных ХОБЛ радикально отличается от такового для больных БА. Это обусловлено несколькими причинами.

### 1.1. Иное, чем при БА, течение заболевания

Особенности воспаления при ХОБЛ, морфологические изменения в бронхиальном дереве, паренхиме легких и сосудах обуславливают необратимый, прогрессирующий характер



течения заболевания, а лечение не приносит такого разительного успеха, как при БА (см. главу 2). Почти все прошедшие на школу ХОБЛ уже имеют опыт того или иного вида бронхолитической терапии, и нередко преподаватель столкнется с уже вполне сформировавшимся мнением.

Более того, найдутся пациенты, которым уже не раз советовали применять бронхолитическую терапию на регулярной основе, однако преподаватель увидит, что чаще всего строгое соблюдение лечения происходит во время обострений заболевания в стационаре, а между ними поддерживающая терапия не проводится или проводится крайне плохо. Помимо других обстоятельств, которые будут описаны ниже, это объясняется также недостаточным успехом лечения, который ощущает пациент, делая вывод о бесполезности соблюдения прописанного лекарственного режима. Указанное обстоятельство должно обязательно учитываться преподавателем, поскольку описание радужных перспектив лечения, резкого улучшения состояния при соблюдении назначенной терапии (как это, в сущности, и бывает при БА и на чем во многом строится беседа преподавателя с пациентами с БА), может вызывать негативную скептическую реакцию слушателя школы, основанную на собственном опыте.

## **1.2. Особенности личности пациента с ХОБЛ**

Если преподаватель ранее проводил занятия с пациентами с БА, то он увидит существенную разницу в душевном складе людей, болеющих БА и ХОБЛ. Специалист, планирующий занятия с больными ХОБЛ, должен быть готов к тому, что он встретит почти исключительно пожилых людей, большей частью мужчин, как правило рабочих профессий (разумеется, это не абсолютная закономерность). Специалист столкнется с нарушенными когнитивными способностями пациентов с ХОБЛ – информация усваивается ими с трудом, быстро забывается, скорость восприятия сведений очень различается, стремление узнать о болезни не слишком высокое, пациенты склонны к раздражительности. Конфликты между слушателями школ могут возникать очень легко по самым разнообразным причинам (переспрашивание, кашель, дополнительные вопросы, шутки, недостаточность места, ощущение духоты и т.д.). Преподавателю следует помнить, что в связи с тяжестью заболевания и пожилым возрастом, а также с нали-



чием сопутствующих заболеваний процесс записывания информации во время занятий может быть весьма долгим, а порой и затруднительным, в связи с чем такой вид фиксации сведений должен быть исключен, а наиболее важная информация должна быть доступна в уже готовом напечатанном виде. Преподавателю следует иметь в виду, что депрессия – основное психологическое состояние больных ХОБЛ, и это, помимо прочего, накладывает свой отпечаток на процесс обучения.

## Клинический пример

В классе, где проводятся занятия, находится группа, присланная лечащим врачом для проведения обучения. У всех пациентов установлен диагноз ХОБЛ. Преподаватель проводит занятия и наблюдает следующую сцену:

**1-й больной:** Не спешите, доктор, повторите еще раз!

**2-й больной:** Да не надо, все ясно, пошли дальше.

**3-й больной (с нетерпением):** Хватит задавать вопросы, и так уже полчаса сидим!

**1-й больной (настойчиво):** Я хочу записать, мне это важно.

**3-й больной (усмехаясь):** Писатель нашелся, и так запомнишь.

**1-й больной (раздражаясь):** Помолчите, дайте послушать!

**2-й больной (сильно раздражаясь):** Он мне указывать будет, когда молчать, а когда — нет!!

И т.д.

Вмешательство преподавателя остановило ссору, однако занятия пришлось прекратить из-за постоянно возобновляющейся перепалки. Более того, конфликт продолжался и в последующие дни в отделении.

Вопросом, который всегда вызывает много споров и разногласий при проведении обучения различных групп больных с хроническими заболеваниями органов дыхания, является место преподавателя в общей схеме терапии и его значение в процессе диагностики и подбора лечения. Если преподавателем является лечащий врач, то разногласий, естественно, не возникает. Однако если преподаватель не является специалистом, осуществляющим лечение конкретного пациента, для которого разворачивается программа обучения, то такая ситуация несет в себе потенциальные возможности взаимного недопонимания. Трудно дать ответ на вопрос, как поступать в том или ином случае, — многое зависит от конкретной ситуации, характеристик сторон, участвующих в процессе, умения решать спорные вопросы, не переходя на личности и т.д. Известно одно — в процессе обучения преподаватель неизбежно формирует свое мнение о пациенте, его диагно-

зе и методах терапии, причем его суждения иногда более точные, поскольку нередко у лечащего врача нет того времени, которое проводит преподаватель с пациентами в процессе обучения. Одновременно во время занятий могут всплыть подробности анамнеза, течения болезни, профессиональной биографии, которые неизвестны лечащему врачу. Поэтому со своей стороны лечащий врач должен стремиться к сотрудничеству с преподавателем, так как их усилия взаимно дополняют друг друга, в конечном итоге приводя к лучшей диагностике и выбору лучшего метода лечения.

### **Клинический пример**

Больной Т., 64 лет, находился в стационаре по поводу диагноза ХОБЛ среднетяжелого течения. В течение 50 лет курил, основной жалобой является одышка, наступившая около десяти лет назад, 8 лет провел в заключении. При обследовании выявлена эмфизема, при спирографическом исследовании – бронхиальная обструкция, прироста  $ОФВ_1$  после ингаляции симпатомиметика не было. Таким образом, со стороны лечащего врача диагноз ХОБЛ не вызывал сомнений. Преподаватель школы ХОБЛ обратил внимание на то, что больной Т. выделялся среди остальных по заинтересованности в получении информации, его интеллектуальный уровень явно был выше. При разговоре в группе, во время которого пациенты рассказывали о течении своей болезни, выяснилось, что мать пациента страдала аллергическим поражением кожи, у самого пациента отмечались высыпания в ответ на какую-то пищу, а около двадцати лет назад после укола новокаина пациент покрылся пятнами. Вышеуказанные особенности были сообщены лечащему врачу. В результате дополнительного обследования выявлен повышенный уровень иммуноглобулина Е, при пробной терапии системными глюкокортикостероидами (ГКС) получен клинический и функциональный положительный эффект, больной переведен на регулярный прием ингаляционных ГКС.

В данном случае подробности, сообщенные преподавателем лечащему врачу, позволили выявить у больного, несомненно имеющего ХОБЛ, сопутствующие признаки атопии, что привело к изменению тактики лечения.

### 1.3. Курение

Общепризнанно, что курение табака является основным фактором риска при ХОБЛ. В то же время борьба с курением табака является едва ли не самой сложной задачей в общей схеме ведения больных ХОБЛ, в том числе стоящей и перед преподавателем школы ХОБЛ. Кто бы ни был человек, обучающий больных ХОБЛ, – лечащий врач, делающий это на приеме или во время обхода в палате, или специалист по обучению, реализующий образовательные программы, – именно на их плечи ложится сложнейшая проблема – побуждение к отказу от курения. Выше уже упоминались особенности личности больного ХОБЛ. Эти же факторы обуславливают трудности в объяснении необходимости прекращения курения. Социальный статус, характер работы, психологические особенности, наконец, тяжелая никотиновая зависимость, сформированная за многие годы курения, – все работает против преподавателя, стремящегося объяснить необходимость отказа от курения табака. Даже в процессе проведения занятия можно наблюдать «вытеснение» из сознания вопроса об отказе от курения – настолько оно важно для пациента.



#### Клинический пример

Преподаватель на занятии рассказывает о том, что такое ХОБЛ, от чего она возникает, как ее лечат. Половину занятия (около 20 мин) он уделяет вопросу о вреде курения, необходимости прекращения курения в любом возрасте и на любой стадии заболевания. В конце занятия слушателей просят ответить на вопрос – что наиболее важное надо сделать для того, чтобы затормозить прогрессирование болезни?

Вот некоторые ответы:

**1-й пациент:** Лечиться.

**2-й пациент:** Пользоваться ингаляторами.

**3-й пациент:** Соблюдать назначения врача.

**Преподаватель:** А еще?

**4-й пациент (с некоторым затруднением):** Закаливаться...

**Преподаватель:** А самое-то главное, о чем мы столько говорили?

**4-й пациент (с явным затруднением, не понимая, какого ответа хочет врач):** Ну, зарядку делать...

**Преподаватель:** А как насчет того, чтобы бросить курить?

**4-й пациент (с явным ухудшением настроения):** Ну, это надо подумать...

#### 1.4. Низкий имущественный уровень пациентов

Преподаватель обязательно встретится с проблемой стоимости лекарств. Когда речь пойдет о том или ином препарате, современном, высокоэффективном, безопасном, обязательно будет задан вопрос о стоимости лекарства. В большинстве случаев ответ не обрадует пациента, изред-

ка может даже последовать полное отрицание целесообразности лечения. Такая ситуация способна стать серьезным препятствием как для продолжения данного занятия, так и для достижения должного уровня кооперации с пациентами в дальнейшем. Ниже будут приведены некоторые рекомендации по преодолению подобной проблемы.





## **1.5. Уровень знаний медицинского персонала о ХОБЛ**

Как правило, преподаватель школы ХОБЛ – хорошо осведомленный об этой проблеме специалист, которого глубокое знание проблемы привело к необходимости проведения обучения больных ХОБЛ. Как ни парадоксально, препятствием к полноценной реализации образовательных программ может служить недостаточная информированность медицинских специалистов различных уровней о данном заболевании.

### **Клинический пример**

В первом наборе больных в школу ХОБЛ половина присланных из соседней поликлиники пациентов страдала, как оказалось, той или иной формой БА. Когда преподаватель посетил поликлинику, чтобы добиться более активного направления больных в школу ХОБЛ, то столкнулся с мнением заведующей терапевтическим отделением, что «им это не нужно».

В связи с вышеизложенным обучение больных безусловно должно проводиться параллельно с повышением уровня знаний медицинского персонала о ХОБЛ.

Процесс обучения больных следует начинать с повышения уровня знаний в преподаваемой области самого преподавателя. Поэтому глава 2 рекомендаций посвящена основным положениям, касающимся ХОБЛ. В дальнейшем читатель найдет основные сведения о правилах организации обучения, в том числе о режиме и форме занятий, отборе больных, количестве и содержании тем, о некоторых приемах улучшения сотрудничества с пациентами. Далее изложены структура и содержание тем, описаны правила изложения материала, позволяющие его лучше донести до пациента.

---

---

## ГЛАВА 2. СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ХОБЛ

---

---

Хроническая обструктивная болезнь легких – самостоятельная нозологическая форма, характеризующаяся собственными факторами риска, собственным патогенезом, имеющая особое, отличное от других патологий респираторного тракта воспаление, которая заканчивается характерными морфологическими последствиями, обладающая системным действием и имеющая типичную клиническую картину.

Один из вариантов определения ХОБЛ выглядит следующим образом: хроническое прогрессирующее заболевание легких, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью, и возникающее в результате поражения мелких бронхов и паренхимы, что является следствием специфического воспаления, которое вызвано ингаляционным воздействием патологических агентов, в первую очередь табачного дыма.

Таким образом, ХОБЛ – болезнь, вызванная экзогенным ингаляционным повреждающим действием, т.е. в данную нозологическую форму не входят БА, бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз и некоторые другие, редкие заболевания, сопровождающиеся бронхиальной обструкцией.

ХОБЛ характеризуется воспалением, локализующимся как в стенке бронхиального дерева, так и в паренхиме легких, а также в легочных сосудах. Воспаление возникает в ответ на ингаляционное повреждающее воздействие, наиболее частым и, следовательно, наиболее важным вариантом которо-

го является курение табака. Воспаление при ХОБЛ имеет следующие особенности.

Клеточный состав воспаления характеризуется присутствием нейтрофилов и макрофагов, а также участием  $CD8^+$  Т-лимфоцитов. Для такого воспаления характерны специфические медиаторы и продукты, такие как интерлейкин-8, лейкотриен В<sub>4</sub>, TNF- $\alpha$  (фактор некроза опухоли), медиаторы, опосредующие макрофагальную реакцию (протеазы, оксиданты, эндотелин и др.). Воспаление при ХОБЛ приводит к специфическим морфологическим последствиям – метаплазии эпителия, облитерации сосудов, разрушению паренхимы. При этом наблюдается специфическое системное действие воспаления, а именно угнетение выработки ряда гормонов, системное действие протеаз, оксидативного стресса, фактора TNF- $\alpha$ , что приводит к потере мышечной массы и силы скелетной мускулатуры.

Морфологические изменения, приводящие к ограничению скорости воздушного потока, следующие.

**Необратимый компонент:**

- ◆ фиброз стенки бронха;
- ◆ потеря эластической тяги;
- ◆ нарушение механизмов альвеолярной поддержки просвета бронхов.

**Обратимый компонент:**

- ◆ накопление клеток воспаления, слизи и экссудата плазмы в просвете бронхов;
- ◆ спазм гладкой мускулатуры крупных и средних бронхов;
- ◆ динамическая гиперинфляция во время физической нагрузки.

Некоторые вышеперечисленные пункты нуждаются в пояснении.

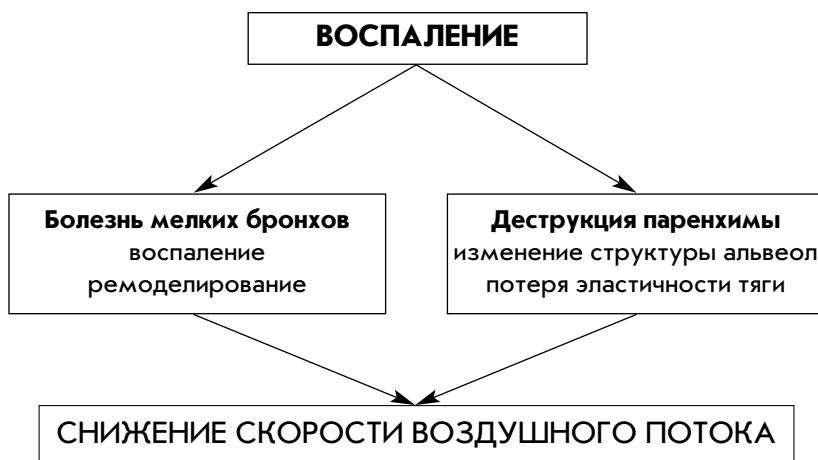
**Потеря эластической тяги.** Скорость воздушного потока на выдохе зависит не только от степени бронхиальной обструкции, но и от эластической тяги паренхимы легких. При ХОБЛ теряется эластический каркас паренхимы, в результате чего способность альвеол выталкивать воздух уменьшается.

**Нарушение механизмов альвеолярной поддержки просвета бронхов.** В норме мелкие бронхи находятся в расправленном состоянии за счет эластических свойств их стенки, а также за счет их соединительно-тканного прикрепления к альвеолам. Процесс разрушения паренхимы приводит к исчезновению соединительно-тканых «растяжек», в результате чего возникает феномен воздушной ловушки, когда на выдохе стенки мелких бронхов спадаются, не позволяя полностью выйти воздуху из альвеолярного пространства.

**Накопление клеток воспаления, слизи и экссудата плазмы в просвете бронхов.** Данное выражение заимствовано из международных рекомендаций GOLD, посвященных стратегии диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ. В отечественной литературе эти изменения обычно описываются как нарушение количества и качества бронхиального секрета (дискриния).

**Динамическая гиперинфляция во время физической нагрузки.** При физической нагрузке потребность в кислороде у человека возрастает, и дыхательный центр запускает маневр вдоха до выхода из легких воздуха, поступившего туда с предыдущим вдохом. Таким образом, формируется перерастяжение легких, которое постепенно исчезает после окончания физической нагрузки и уменьшается при приеме бронхолитических препаратов.

Суммируя вышеизложенное, патогенез ХОБЛ можно представить в виде следующей схемы:



Таким образом, основной клинико-функциональной характеристикой ХОБЛ является ограничение скорости воздушного потока, которое обратимо лишь частично или необратимо. Следовательно, точный диагноз ХОБЛ, а также установление стадии процесса базируется на исследовании функции легких, в первую очередь показателей объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ( $ОФВ_1$ ) и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Должные величины  $ОФВ_1$ , ФЖЕЛ и других спирометрических показателей рассчитываются по антропометрическим и возрастным характеристикам индивидуума и вычисляются по таблицам.

Общепринятым разделительным «барьером» между ХОБЛ и ее отсутствием является определенная величина отношения  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ , которая при ХОБЛ составляет менее 70% от должной.

Если при такой величине данного показателя значение  $ОФВ_1$  превышает 80% от должного, то ХОБЛ относится к легкой степени (стадия I); если  $ОФВ_1$  находится в диапазоне от 30 до 80% должной величины – ХОБЛ относится к средней сте-

пени тяжести (стадия II с подстадиями IIA и IIB: ОФВ<sub>1</sub> в диапазоне от 50 до 80% должной величины характеризует подстадию IIA, ОФВ<sub>1</sub> в диапазоне от 30 до 50% должной величины характеризует подстадию IIB). Если же ОФВ<sub>1</sub> составляет менее 30% от должной величины, то ХОБЛ относится к тяжелой степени ХОБЛ (стадия III)\*.

В зарубежной литературе иногда выделяют также стадию 0, при которой человек курит, у него бывает кашель с выделением мокроты, но нет изменений функции дыхания. Целесообразность выделения указанной стадии оспаривается.

ХОБЛ имеет типичную клинико-anamnestическую картину, которая характеризуется:

- ◆ одышкой;
- ◆ кашлем (продуктивным или непродуктивным);
- ◆ обструкцией бронхиального дерева;
- ◆ признаками эмфиземы.

Для установления диагноза также важно помнить, что больные ХОБЛ – это в подавляющем большинстве случаев курильщики средних лет или пожилые, причем, как правило, мужчины. Обычно такой пациент объясняет, что, хотя курит он с детских лет, болеет недавно (при первичном обращении – 3–4 года, когда появилась одышка). О социальных и психологических особенностях больных ХОБЛ говорилось в главе 1.

Факторы риска при ХОБЛ делятся на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные). Из внешних факторов наибольшее значение имеет курение, хотя нельзя сбрасывать со счетов и профессиональные ингаляционные воздействия,

---

\* В докладе 2003 г. рабочей группы «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких» стадия IIA соответствует стадия II – средняя степень тяжести, стадии IIB – стадия III (тяжелая), стадии III – стадия IV (крайне тяжелая).

и атмосферные поллютанты. Из внутренних факторов наиболее важными являются определенные генетические особенности, самой изученной из которых является дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина, при недостатке которого и высокой активности протеолитических ферментов, наблюдаемой при ХОБЛ, происходит разрушение соединительно-тканного каркаса легких.

Факторами риска для развития ХОБЛ признаются также низкий социально-экономический статус, рецидивирующие респираторные инфекции и нарушение процесса развития легких как во внутриутробном, так и в младенческом и раннем детском периодах.

Тактика лечения больных ХОБЛ состоит из следующих разделов:

- ◆ борьба с факторами риска;
- ◆ обучение больных;
- ◆ разработка программы долговременного лечения;
- ◆ лечение обострения;
- ◆ реабилитационные мероприятия.

Борьба с факторами риска касается прежде всего побуждения больного к отказу от курения, а также программ снижения профессиональных и атмосферных воздействий. Разработка программы долговременного лечения предусматривает прежде всего подбор адекватной бронхолитической терапии на регулярной основе и/или по потребности, а также возможность пробного назначения ГКС в ингаляционной форме. Лечение обострения складывается из антибактериальной терапии (при наличии показаний); усиления бронхолитической терапии, а также изменения способов доставки препаратов в бронхиальное дерево; применения терапии ГКС, использования различных способов респираторного пособия. Реабилитационные мероприятия складываются из методов профилактики бактериальной и вирусной инфекции, коррекции нутритив-

ного статуса, психологической поддержки, методов физической тренировки, длительной кислородотерапии в домашних условиях, операции объемного уменьшения легкого. Подробно информация о лечении ХОБЛ представлена в соответствующих научно-практических изданиях.



---

---

## **ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ**

---

---

Поскольку больные, страдающие ХОБЛ, как было указано выше, во многом отличаются от больных БА по различным параметрам, то и организация предоставления информации пациентам с ХОБЛ также отличается.

Преподавателю, начинающему занятия с больными ХОБЛ, необходимо учитывать следующие обстоятельства:

- ◆ низкая или крайне низкая мотивация больных;
- ◆ низкий психосоциальный статус, нарушенные способности восприятия и переработки информации;
- ◆ непонимание и незаинтересованность со стороны врачей в направлении больных к преподавателю.

В связи с этим ниже приводятся основные правила набора пациентов и проведения занятий в группе:

- ◆ группа должна состоять не более чем из 4 человек;
- ◆ для проведения занятий должно быть отведено хорошо проветриваемое светлое место;
- ◆ пациенты должны располагаться лицом к преподавателю, сидя на некотором расстоянии друг от друга;
- ◆ преподаватель должен быть одет в белый халат, что в данном случае повышает авторитет преподавателя;
- ◆ занятие должно проводиться не дольше 40 мин;



- ◆ одно занятие должно, по возможности, посвящаться одной теме;
- ◆ при появлении признаков утомления целесообразно объявить перерыв на несколько минут.

При занятии с больными ХОБЛ преподаватель выполняет, скорее, роль руководителя, а не партнера, как при БА. Он быстро убедится в том, что пациенты, страдающие ХОБЛ, чаще требуют недвусмысленных прямых указаний.

Приглашение и отбор больных на занятия должны проводиться максимально активно, поскольку непонимание важно-

сти обучения и низкая мотивация как со стороны больных, так и со стороны медицинских работников затрудняют приглашение пациентов по общему объявлению. Преподаватель должен активно выявлять поступивших/находящихся под наблюдением больных ХОБЛ через лечащих врачей. Критериями включения больных в образовательную программу являются степень тяжести состояния больного (при тяжелой степени ХОБЛ до пациента очень трудно донести необходимую информацию), а также достаточный для занятий интеллектуальный уровень.

Индивидуальные занятия проводятся для тех пациентов, которые не могут посещать группу, а также для тех, личностные особенности которых заставляют проводить обучение в режиме, отличном от режима обучения других больных.

Обучение может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, но в стационарных условиях легче влиять на процесс обучения и усвоение материала.

Наглядными материалами для проведения занятий должны быть:

- ◆ схематические изображения легких и бронхов в норме и при патологии;
- ◆ различные виды ингаляторов и спейсеров;
- ◆ различные виды небулайзеров;
- ◆ никотинзамещающие препараты;
- ◆ пикфлоуметры и примеры графиков измерения пиковой скорости выдоха.

По окончании занятия (занятий) больных непременно следует снабжать информацией в печатной форме, что резко улучшает результаты обучения.

---

---

## ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ОСВЕТИТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

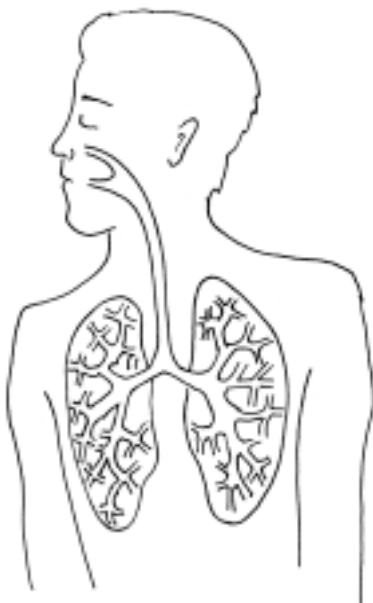
---

---

### 4.1. Что такое ХОБЛ

Занятие посвящено описанию процессов, происходящих в бронхиальном дереве и легких при ХОБЛ. Важно подчеркнуть, что ХОБЛ – болезнь, которая поражает не только бронхиальное дерево, но и все легкие.

Преподаватель останавливается на структуре бронхов и легких в норме, рассказывая, что такое бронхиальное дерево, как делятся бронхи вплоть до мельчайших. Необходимо остановиться на том, что такое альвеолы, как через них проис-



ходит газообмен. Рассказывается о слизистой оболочке бронхов, даются основные понятия механизмов очищения бронхов и легких, описывается функция мерцательного эпителия и ресничек. Преподаватель говорит о мышечном слое бронхов, какое значе-

ние он имеет для их проходимости. Необходимо остановиться на процессе образования слизи, о ее значении в норме.

Далее преподаватель переходит к вопросу изменений в бронхах и легких при ХОБЛ. Необходимо сразу подчеркнуть, что ХОБЛ – болезнь, причина которой известна. Курение – основной фактор, вызывающий данное заболевание. Следует также упомянуть о других факторах, вызывающих ХОБЛ, – профессиональных вредностях, атмосферных поллютантах.

Необходимо описать изменения ресничек, слизистой оболочки бронхов при курении, дать в доступной форме понятие эмфиземы легких. Подчеркивается, что курение не просто повреждает бронхи и легкие – оно разрушает ткани, из которых состоят органы дыхания, т.е. ХОБЛ – это болезнь всей дыхательной системы. Объясняется, что, поскольку органы дыхания призваны обеспечивать кислородом организм, основным, наиболее значимым симптомом болезни является одышка. В то же время болезнь появляется задолго до возникновения одышки, но курящий человек не обращает внимания на кашель, отделение мокроты, не считает себя больным, не соотносит эти ранние симптомы с курением и не обращается за медицинской помощью. Результатом является то, что к моменту появления одышки в легких происходят изменения, на которые врач уже не может повли-



ять, – ранние стадии заболевания упущены. Следует упомянуть эти необратимые изменения – склерозирование стенки бронха, разрушение легочной ткани. После этого преподаватель должен еще раз вернуться к проблеме курения, подчеркнув снова, что курение – важнейшая причина ХОБЛ, причем отказ от курения на любой стадии заболевания продлевает жизнь. Рекомендуется задать слушателям несколько вопросов на тему курения – курят ли присутствующие (обычно курят или курили в недавнем прошлом все пришедшие на занятия), как долго и сколько курят, пытались ли бросить курить. Возможно, найдется пациент, который расскажет о своем удачном опыте борьбы с курением. При этом стоит расспросить его, как он отказался от курения, какие ощущения он испытывал, почему он решил бросить курить, какие приемы он использовал для отказа от курения.

В то же время первый опыт проведения занятий в школе для больных ХОБЛ показывает, что вопросы отказа от курения являются самыми болезненными, в какой части курса обучения они бы ни ставились. Преподаватель должен быть готов встретить негативную реакцию, вплоть до обиды на врача и отказа от посещения занятий. В связи с этим от специалиста требуется максимальное внимание, наблюдение за реакцией аудитории и предельная гибкость в изложении материала. Кроме того, подчеркнем, что антитабачными программами должны заниматься специализированные организации и особо подготовленные врачи.

В заключение преподаватель должен суммировать информацию, повторив основные изложенные положения и обязательно еще раз подчеркнув проблему курения и ХОБЛ. Занятие следует завершить вопросом о том, что пациенты услышали для себя важного за прошедшие 40 минут. Ответы покажут способность воспринимать информацию, заинтересованность в получении знаний о болезни, отношение к проблеме отказа от курения, общий когнитивный уровень группы и индивидуальные особенности каждого слушателя. На осно-

вании полученной информации преподаватель сможет корректировать планы дальнейших занятий.

## **4.2. Плановое лечение ХОБЛ**

Это занятие следует начинать с опроса слушателей по предыдущей теме, что позволит получить важную информацию о процессе усвоения излагаемого материала. Возможно, что потребуется разделить тему на два или три занятия, однако решение об этом следует оставить на усмотрение преподавателя.

В первую очередь, необходимо повторить сведения об основном факторе риска – курении, о тех изменениях, которые вызывает табачный дым в бронхах и легких. Следует еще раз упомянуть о том, что прекращение курения на любой стадии болезни может затормозить болезнь, облегчив ее течение и продлив жизнь. Как правило, на занятия придут люди, находящиеся уже на пенсии или имеющие инвалидность, поэтому обсуждение вопроса о борьбе с профессиональными факторами риска менее актуально.

Как уже говорилось, обсуждение вопроса об отказе от курения нередко сталкивается с негативными реакциями больных ХОБЛ. Спектр их разнообразен – от фраз «все это ерунда!» до внезапной потери интереса к занятию. Если преподаватель видит подобные реакции, то он сделает ошибку, если продолжит настаивать на немедленном отказе от курения, пытаясь добиться единодушного согласия с его словами. Согласно многочисленным международным исследованиям, все антитабачные программы имеют не очень высокую эффективность и достигают максимум 35% успеха. Такой уровень объясняется глубокими психофизиологическими закономерностями, и эти причины не могут быть сняты во время занятий среди больных ХОБЛ. Увидев возрастающую негативную реакцию, преподаватель должен «отступить», перейдя к другой теме, однако в течение всего периода обучения вопрос необходимости отказа от курения должен постоянно подниматься.



Преподаватель не только должен дать совет бросить курить, но и показать пути, облегчающие этот процесс. Если в данном районе, городе, области существуют антитабачные кабинеты, специальные программы, то следует обязательно предоставить информацию о них. Также полезны демонстрация и объяснение действия никотинзамещающих препаратов. Можно предполагать с большой долей уверенности, что нередко преподаватель для больных ХОБЛ станет едва ли не единственным специалистом, который будет способен внедрять антитабачные программы. В этом случае ему необходимо получить дополнительную информацию о методах борьбы с курением из всех доступных источников. К примеру, можно воспользоваться ресурсами сайта [www.nosmoke.ru](http://www.nosmoke.ru). В то же время существуют простейшие рекомендации, которые специалист может предоставить пациентам уже на занятии. Ниже приведены подобные советы.

- ◆ Успех отказа от курения зависит большей частью от самого курильщика. Не стоит слишком надеяться на кого-либо или что-либо. Желание и твердое убеждение, что курить надо бросать, – вот основная составная часть успеха.
- ◆ Расспросите знакомых, которые бросили курить, об их опыте. Возможно, что-то пригодится и для вас.
- ◆ Посоветуйтесь с врачом о способах облегчения отказа от курения, о специальных таблетках, жевательных резинках, мундштуках, пластырях, предназначенных для облегчения отказа от курения; выясните наличие антитабачных кабинетов, специальных программ, которые, возможно, существуют в вашем городе, районе, области.



- ◆ Бросайте курить сразу. Это эффективнее, чем постепенное снижение дозы.
- ◆ Избегайте обстоятельств, при которых вы привыкли курить (общение с курильщиками, перекуры на работе, употребление кофе, алкоголя и т.д.).
- ◆ Уберите с видных мест пепельницы, не носите с собой зажигалки и спички.
- ◆ Занимайте себя и свои руки, особенно в момент особой тяги к курению. При усилившейся тяге жуйте жевательную резинку, ешьте фрукты или овощи, пейте воду.
- ◆ Не позволяйте курить при вас своим близким, родственникам, друзьям.
- ◆ Если вы снова закурили – не отчаивайтесь. Нередко требуется несколько или даже много попыток, чтобы раз и навсегда отказаться от курения.

Далее преподаватель переходит к изложению методики лекарственного лечения. В первую очередь, объясняется необходимость регулярного приема лекарств соответственно назначениям лечащего врача, что облегчит симптомы болезни, улучшит переносимость физической нагрузки, уменьшит частоту обострений. Преподавателю следует помнить, что основным симптомом, нарушающим качество жизни, является одышка, поэтому объяснение того, что лечебные мероприятия способны уменьшить одышку, позволит повысить сотрудничество пациента и с преподавателем, и с лечащим врачом.

Преподаватель объясняет, что основным видом лечения ХОБЛ являются бронхорасширяющие лекарства. Они могут быть в виде дозированных аэрозолей, порошков для вдыхания, таблеток, инъекций. Преподаватель рассказывает о преимуществах ингаляционного способа введения лекарств – попадание препарата непосредственно в бронхи, минимизация побочных эффектов. Необходимо объяснить, что бронхорасширяющие таблетки чаще всего применяются как допол-

нительное лечение, а также в тех ситуациях, когда пациент не способен вдохнуть препарат. Бронхорасширяющие вливания (эуфиллин) в современной медицине применяются только при лечении обострения заболевания в стационарных условиях.

Преподаватель делает акцент на необходимости соблюдения техники ингаляции, особенно дозированного аэрозоля. Он должен обязательно сам продемонстрировать правильную технику, произведя маневр перед слушателями. Для этого рекомендуется использовать ипратропиума бромид в форме дозированного аэрозоля (атровент), так как, возможно, потребуются повторные демонстрации, – ипратропиума бромид не приведет к побочным эффектам даже при многократных ингаляциях. Основные правила, которые должен упомянуть преподаватель, представлены ниже.



1. Снимите колпачок с мундштука. Встряхните ингалятор.



2. Средний палец поместите на дно баллончика, большой – на основание мундштука. Дно баллончика должно смотреть вверх.



3. Сделайте медленный выдох до конца.



4. Плотно обхватите мундштук губами.



5. Нажмите на дно баллончика, одновременно делая максимально глубокий вдох.

6. Задержите дыхание на несколько секунд.

7. Проводите ингаляцию сидя или стоя, при повторной ингаляции соблюдайте те же правила.

У ряда больных пожилого возраста могут возникнуть трудности с ингаляцией из-за проблем в суставах кистей рук. За рубежом для этого существуют специальные приспособления, облегчающие ингаляцию, однако в России они отсутствуют. Следует порекомендовать таким больным проводить ингаляцию двумя руками, а при невозможности – использовать небулайзер. Также необходимо рассмотреть технику ингаляции порошкового препарата.

Отдельный пункт занятия должен быть посвящен спейсеру. Следует продемонстрировать различные виды спейсеров и показать правила обращения с ними. Необходимо подчеркнуть, что при применении спейсера облегчается техника ингаляции, а количество поступившего в бронхи лекарства увеличивается.

Темы, посвященные дозированным аэрозольным ингаляторам, порошковым ингаляторам, спейсерам, должны непременно сопровождаться демонстрацией различных видов приспособлений, поэтому преподаватель должен их иметь в наличии в достаточном количестве и разнообразии.

После изложения общих правил и положений, касающихся ингаляционных препаратов, следует остановиться на различных лекарственных средствах, помещенных в ингаляторы. Преподаватель рассказывает о препаратах скорой помощи – сальбутамоле, фенотероле, беродуале, об их месте в терапии и о правилах применения. Что касается планового лечения, то особое внимание следует уделить использованию препарата атро-



вент (ипратропиума бромид) на регулярной основе. Необходимо объяснить пациентам, что использование атровента в плановом порядке, несмотря на отсутствие сиюминутного эффекта, улучшает проходимость бронхов, снижает одышку, повышает переносимость физической нагрузки и снижает частоту обострений. Возможно, некоторые из слушателей будут иметь опыт применения ипратропиума бромида, и следует быть готовым услышать отрицательное мнение об этом препарате. Это связано прежде всего с тем, что пациент ожидает немедленного результата от терапии и, не получив его, отказывается от лекарства, ошибочно считая его неэффективным.

### Клинический пример

**Преподаватель:** Атровент – препарат для планового, профилактического лечения ХОБЛ.

**Пациент:** Ерунда, а не лекарство.

**Преподаватель:** Почему вы так считаете?

**Пациент:** Мне его выписал участковый, несколько раз пшикнулся – и ничего не почувствовал. Другое дело – беротек. Сразу понятно, что лекарство принял. Ну, и выбросил я этот атровент.

Такое конфликтное отношение к предложенному лечению необходимо учитывать.

Объяснение необходимости планового бронхолитического лечения требует дополнительных усилий со стороны и лечащего врача, и преподавателя. Некоторым неудобством в применении ипратропиума бромида является необходимость его ингалирования четыре раза в день. Преподавателю следует привести примеры позитивного действия атровента. В частности, он может подробно рассказать о результатах одного из исследований, проведенных в 2002–2003 годах в Москве, когда к рутинному лечению больных ХОБЛ, как правило, заключающемуся в бронхолитической терапии по потребности, присоединяли ингаляции атровента в плановом порядке. В результате через 1–2 недели пациенты ощущали заметное улучшение самочувствия, уменьшение одышки, увеличива-

лась толерантность к физической нагрузке. Необходимо подчеркнуть, что при тяжелых формах ХОБЛ значительное улучшение может принести применение комбинированного препарата беродуала. Его применение по потребности заставит больного так или иначе вдыхать достаточную суточную дозу атровента, не говоря уже о потенцирующем действии двух препаратов – антихолинергического средства и  $\beta_2$ -агониста.

Улучшению кооперативности будет способствовать появление в России холинолитического препарата тиотропия бромида (спирива) – назначается один раз в день и выпускается в виде капсул с порошком, который ингалируется через специальный миниатюрный ингалятор ХандиХалер. Следует также остановиться на применении  $\beta_2$ -симпатомиметиков длительного действия, которые все чаще включаются в схемы длительного лечения ХОБЛ.

Преподаватель должен объяснить пациентам роль ГКС в терапии ХОБЛ. Он также может встретиться с проблемой кортикофобии, а в группе, возможно, найдется пациент, длительно принимающий системные ГКС и страдающий стероидными осложнениями. Однако актуальность стероидофобии у больных ХОБЛ несомненно ниже, чем у больных БА, – в первую очередь, по причине не слишком внимательного отношения к своему здоровью в целом и к назначенному лечению в частности. Тем не менее, преподаватель должен объяснить, что для лечения ХОБЛ иногда применяются гормоны. Если состояние тяжелое или лечащий врач хочет определить, какое значение ГКС имеют для облегчения самочувствия больного, то он может на короткий срок назначить ГКС в таблетках или в виде внутривенных вливаний, переведя потом пациента, если это необходимо, на ингаляционные ГКС. Однако следует помнить, что постоянный прием системных ГКС приводит к тяжелым осложнениям.



Также следует остановиться на использовании комбинированных препаратов, содержащих ингаляционные ГКС и  $\beta_2$ -агонисты длительного действия.

Преподаватель должен остановиться на объяснении роли мукоактивных (муколитических, мукорегуляторных, отхаркивающих) препаратов. Известно, что в настоящее время в международных рекомендациях им отводится достаточно скромная роль. Тем не менее, отечественная медицинская традиция предписывает назначение подобных средств, и, кроме того, такие лекарства относятся к предпочтительным у самих пациентов. В связи с этим на применение мукоактивных препаратов влияют как предпочтения врача, так и привычки больного.

### 4.3. Обострение ХОБЛ

Многие пациенты с ХОБЛ получают полноценное лечение лишь во время обострений, попадая в стационар. Это связано со многими причинами: непонимание необходимости планового лечения, отсутствие кооперативности с лечащим врачом, социально-экономические и личностные причины. Тем не менее, побуждение к плановому лечению является важной задачей как лечащего врача, так и преподавателя. Помимо этого, важным разделом программы обучения является предоставление информации об обострении заболевания.

**Больной должен знать:**

- ◆ причины и признаки обострения;
- ◆ способы определения функционального состояния легких;
- ◆ приемы борьбы с обострением в домашних условиях;
- ◆ признаки, которые указывают на необходимость незамедлительного обращения за медицинской помощью.

Преподаватель объясняет, что **причинами обострения могут быть:**

- ◆ несоблюдение регулярного лечения;

- ◆ продолжение курения;
- ◆ острая респираторная вирусная инфекция;
- ◆ грипп;
- ◆ переохлаждение.

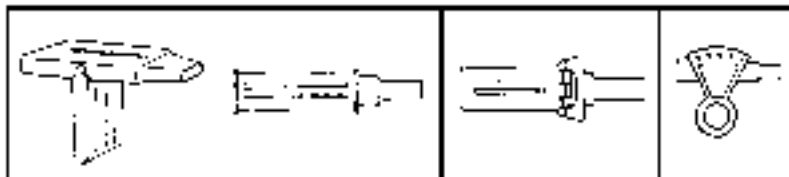
Причина может быть и неизвестна.

**Признаками обострения, которые надо уметь замечать, являются:**

- ◆ усиление одышки;
- ◆ повышение температуры;
- ◆ увеличение количества мокроты;
- ◆ появление /усиление гнойного характера мокроты.

При обострении не обязательно должны проявляться все симптомы – одного из них достаточно для того, чтобы заподозрить наступление обострения.

Усиление одышки, как правило, связано с усугублением бронхиальной обструкции. Преподавателю следует предоставить пациентам информацию о пикфлоуметрии, рассказать о том, что выявляется при ее проведении, показать характерные для обострения кривые. Необходима демонстрация различных видов пикфлоуметров, преподаватель должен подробно рассказать о правилах их использования.



Отдельный пункт должен быть посвящен профилактике обострения заболевания. Необходимо еще раз повторить информацию о негативном влиянии продолжения курения на течение заболевания. Переохлаждение, респираторная инфек-



ция – те факторы, которых пациенту необходимо избегать. Важным вопросом является противогриппозная вакцинация. Пациент должен быть информирован о таком виде профилактики гриппа, поскольку грипп может приводить к тяжелому обострению ХОБЛ. Профилактика бактериального обострения проводится пневмококковыми и поливалентными бактериальными вакцинами.

На занятиях необходимо предоставить сведения о мерах, которые может предпринять пациент для облегчения состояния в домашних условиях. В данном разделе особое внимание следует уделить небулайзерной терапии. Следует подробно остановиться на этом вопросе, детально рассказав, что такое небулайзер, какие преимущества он дает, какие лекарства можно применять с его помощью и в каких ситуациях он используется. Необходимы демонстрация различных небулайзеров (струйных и ультразвуковых), объяснение разницы между ними. Больной должен точно усвоить, что при усилении одышки и недостаточной эффективности карманных ингаляторов небулайзерная терапия способна помочь быстрее и эффективнее, а в тяжелых случаях выиграть время до приезда «скорой помощи». Слушателям демонстрируются основные препараты, ингалируемые с помощью небулайзеров: растворы сальбутамола, фенотерола, ипратропиума бромида, беродуала, будесонида в виде суспензии. Излагаются правила использования растворов, основные дозировки, техника их вливания в небулайзер. На занятии преподаватель должен показать один из небулайзеров в действии. Если в городе, районе, области имеются бригады «скорой помощи», оснащенные небулайзерами, то необходимо подчеркнуть, что их применение при неотложных ситуациях гораздо эффективнее, чем традиционное внутривенное вливание эуфиллина, поэтому, если врач «скорой помощи» предлагает ингаляцию бронхорасширяющего раствора, следует не сомневаясь согласиться на процедуру (даже в тех местах, где в практику «скорой помощи» внедрена небулайзерная терапия, все еще высок процент отказов от нее в пользу введения эуфиллина

как привычного средства – это особенно характерно для пожилых людей). С помощью небулайзера также можно ингалировать и другие препараты – муколитические, отхаркивающие, некоторые антибиотики, щелочные растворы и т.д.

Преподаватель должен посоветовать слушателям иметь дома небулайзер, предоставив информацию о магазинах, аптеках и других местах, где их можно приобрести. Преподаватель должен быть готов к тому, что, назвав ориентировочную стоимость небулайзера, он встретит со стороны ряда пациентов негативную реакцию. Она обусловлена не только низким имущественным уровнем, но и изменениями психики у пожилых, тяжелобольных людей. Тем не менее, такая информация должна быть предоставлена, чтобы те, кто имеют возможность и желание, воспользовались советом.



При обострении врач часто назначает антибактериальный препарат. Иногда он советует пациенту, если тот чувствует обострение болезни с признаками гнойной инфекции в респираторном тракте, начать прием антибиотика до медицинского осмотра, рекомендуя конкретный препарат. Если такая предварительная инструкция имеется, пациент может самостоятельно начать антибактериальную терапию.

В любом случае обострение заболевания требует консультации врача, несмотря на самостоятельное начало лечения. В то же время существуют обстоятельства, при которых за медицинской помощью необходимо обратиться немедленно. Пациенты (а еще лучше, если и родственники пациентов) должны быть осведомлены о тех признаках, при которых необходимо срочно вызывать «скорую помощь»:

- 1) самостоятельно проводимое лечение помогает плохо или совсем не помогает;
- 2) одышка увеличивается;
- 3) трудно сделать два-три шага или говорить;
- 4) губы и/или кончики пальцев синеют;
- 5) появляются сердцебиение и/или перебои в сердце.

Любой из этих пунктов говорит о необходимости безотлагательного обращения к врачу.

#### **4.4. Организация повседневной жизни при ХОБЛ**

Основным симптомом, который нарушает привычный образ жизни человека, страдающего ХОБЛ, является одышка, причем она касается в той или иной мере всех людей, пришедших на занятие. В связи с этим очень важным является вопрос об изменении поведения, стиля жизни, если одышка нарушает привычные стереотипы. Преподавателю следует учесть, что не для всех слушателей вся информация в равной степени будет актуальна, так как степень ограничения физической активности у каждого разная. Поэтому в начале темы необходимо подчеркнуть, что у каждого могут возникнуть эпизоды, когда одышка будет затруднять повседневную активность.

Те, для кого это актуально, воспользуются данными сведениями тотчас же, а для остальных это будет общей информацией, которая, возможно, им пригодится в дальнейшем. Вот советы, которые необходимо дать пациентам при сильной одышке.

- ◆ Делайте все медленно. Занимайтесь делами сидя.
- ◆ Избегайте дел, которые вызывают одышку.
- ◆ Избегайте подъема по лестнице.
- ◆ Кладите лекарства и необходимые вещи в одно и то же место – волнение при их поиске усиливает одышку.
- ◆ Пользуйтесь палкой или щипцами на длинной ручке, чтобы достать вещи.
- ◆ Используйте столик или тележку на колесах для перемещения вещей.
- ◆ Носите просторную одежду, чтобы было легче дышать.
- ◆ Носите такую одежду и обувь, которые легко надевать.
- ◆ Если еда вызывает одышку, ешьте малыми порциями, но чаще.
- ◆ Если утренний туалет вызывает одышку, совершайте его медленно, отдыхайте чаще.

**Если вы решили прогуляться, то:**

- ◆ планируйте прогулку на те часы, когда чувствуете себя лучше;
- ◆ примите бронхорасширяющее лекарство до выхода на улицу;
- ◆ планируйте свой маршрут так, чтобы на пути было место для отдыха;
- ◆ избегайте людных мест, подъема по лестнице;
- ◆ всегда имейте с собой бронхорасширяющее лекарство;
- ◆ имейте при себе записку с телефонами врачей или друзей, которые смогут вам помочь;
- ◆ взвесьте, стоит ли сегодня выходить на улицу.

Если пациент планирует дальнейшее путешествие, следует ему порекомендовать продумать все подробности этого мероприятия – какое место он займет в поезде или самолете, как он будет переносить свой багаж, какие лекарства следует взять в дорогу, нужен ли будет в пути небулайзер, где по пути следования он может получить медицинскую помощь и т.д. Лучше всего порекомендовать заранее составить список вопросов и на каждый из них ответить. Преподаватель может дать пример такого списка и вариантов ситуаций.

1. Место: нижнее – в поезде, возле прохода – в самолете.
2. Багаж: на вокзал проводят, в месте прибытия встретят.
3. Поездка на вокзал (в аэропорт): из метро – эскалатор, к путям – пандус, идти сбоку основного здания вокзала, сумка – на колесиках.
4. Лекарства: беродуал в кармане и в сумке, таблетки преднизолон в сумке, небулайзер не нужен (или обязательно взять с раствором бронхолитика), на всякий случай – 2 ампулы эуфиллина.
5. Медицинская помощь в пути: путь короткий, по-видимому, помощь не потребуется (на полпути Ростов-на-Дону, где, если будет необходимость, можно обратиться к врачу).

У ряда пациентов – посетителей школы ХОБЛ сохранена половая активность. Вряд ли они будут задавать вопросы на эту тему при всех, однако преподаватель должен быть готов ответить на них в индивидуальном порядке. Вот некоторые советы:

- ◆ планируйте сексуальные отношения на то время дня, когда вы лучше всего себя чувствуете;
- ◆ примите бронхорасширяющее лекарство до полового контакта;
- ◆ занимайте позу, которая требует от вас минимальной физической нагрузки;
- ◆ откажитесь от интимной близости, если сегодня не уверены в своем самочувствии.

Преподаватель должен быть готов к тому, что некоторые пациенты будут говорить о том, что жизнь кончена, что одышка заставила отказаться от многолетних привычек, что они вынуждены сидеть дома, не могут обходиться без посторонней помощи и т.д. Преподаватель должен обязательно в этих ситуациях попробовать вместе со слушателями найти позитивные моменты. Может быть, нахождение дома даст возможность больше читать? Если имеются проблемы с глазами, то нередко радиопередачи не менее интересны, чем книги и газеты. Вообще следует посоветовать всегда держать поблизости радиоприемник. Возможно, пребывание в покое навеет мысли о смысле жизни, о религии. Каждый этап жизни может принести то, о чем мы и не подозреваем, в том числе даже при наличии тяжелой болезни.



Несколько слов следует сказать о питании. Принимая во внимание имущественный и социальный уровень больных ХОБЛ, преподаватель все же должен упомянуть следующее:

- ◆ характер питания очень важен для человека, болеющего ХОБЛ; ешьте больше овощей и фруктов, пищу, богатую белками, – мясо, рыбу, яйца, молоко, фасоль, сою;
- ◆ лишний вес затрудняет дыхание – попытайтесь худеть;
- ◆ если у вас недостаточный вес, ешьте и пейте больше, для того чтобы чувствовать себя лучше, – особенно это полезно в сочетании с физическими тренировками;
- ◆ откажитесь от алкоголя или по крайней мере резко уменьшите его прием.

Следует напомнить слушателям, что чистый воздух очень важен для больного ХОБЛ. Поскольку основное место его пребывания – квартира или дом, то особое внимание необходимо уделять чистоте воздуха в жилище. Снова нужно возвратиться к вопросу о курении, как активном, так и пассивном. Необходимо регулярное проветривание помещения, во время приготовления пищи рекомендуется держать окно или форточку открытыми.

ХОБЛ – заболевание, при котором необходим постоянный контроль врача. Поэтому необходимо рекомендовать пациентам регулярное посещение своего доктора, причем на приеме необходимо разрешать все вопросы, которые имеются у пациента, не оставляя ни один без ответа. Нередко полезно попросить врача написать на отдельном листе бумаги название каждого прописанного лекарства и режим его приема.

#### **4.5. Физическая тренировка**

В силу ряда обстоятельств (см. главу 2) ХОБЛ оказывает системное действие на организм, что, в первую очередь, проявляется снижением массы поперечно-полосатой мускулатуры и уменьшением силы и выносливости мышц. Эти изменения

приводят к утяжелению одышки и снижению физических возможностей человека, страдающего ХОБЛ. Единственным способом с доказанной эффективностью коррекции данных проблем является физическая тренировка периферической мускулатуры. Для нижней группы мышц применяются упражнения на тредмиле или велоэргометре, а для верхней – легкие гантели или отяжелители-напульсники. Такие занятия обычно проводят специалисты в области реабилитации и лечебной физкультуры. Принципы занятий следующие – упражнения длятся 20–40 мин 3 раза в неделю в течение не менее месяца. Нагрузку подбирают на основании оценки кардиореспиратор-





ной системы и самочувствия больного. Оценку эффективности проводят по измерению динамики пройденной дистанции по время 6-минутного шагового теста. Тренировки под наблюдением медицинского работника повторяют в течение года 2–4 раза.

Пациент должен быть осведомлен о таком виде реабилитации. При наличии кабинета физических тренировок он должен быть туда направлен. Если таковой отсутствует или



по другим причинам больной не может посещать занятия, ему рекомендуют делать это самостоятельно, начиная с 20-минутных прогулок, постепенно увеличивая темп и расстояние. Если пациент не может ходить, ему рекомендуют занятия с легкими гантелями или отяжелителями сидя. В ряде случаев предлагают также тренировку дыхательной мускулатуры, однако эффективность ее сомнительна.

Особенностями проведения физических тренировок являются:

- ◆ падение их эффективности при переводе пациента на самостоятельные тренировки – поэтому для улучшения эффекта рекомендуется периодически приглашать больного в реабилитационное отделение и проводить тренировки под руководством медицинского персонала амбулаторно или в стационаре;
- ◆ увеличение эффективности физических занятий при коррекции питания пациента.

#### **4.6. Кислородотерапия и операция по поводу эмфиземы легких**

Пациенты должны быть осведомлены о том, что при тяжелой дыхательной недостаточности может применяться такой метод лечения, как постоянная кислородотерапия в домашних условиях. Слушателям объясняют, что при определенных стадиях болезни кислород начинает плохо усваиваться легкими, и тогда применяют ингаляции кислорода, чтобы повысить его концентрацию в легких. Для этого применяют либо специальные машины – концентраторы кислорода, которые концентрируют кислород из окружающего воздуха, либо баллоны с жидким кислородом. К сожалению, в нашей стране государственная система здравоохранения не обеспечивает больных таким видом помощи (за редким исключением). Однако концентраторы кислорода имеются в продаже. Весьма желательно, чтобы преподаватель предоставил слушателям полную информацию о том, где можно приобрести такие машины, и назвать ориентировочную стоимость. При этом также следует ожидать негативную реакцию пациентов, однако преподаватель должен исходить из принципа, что больной имеет право на полноценную и достоверную информацию.

Некоторые кислородные заводы в нашей стране стали производить небольшие баллоны, содержащие сжатый кислород в количестве, достаточном для 60–70 мин ингаляции. Для

длительной кислородотерапии такие баллоны, естественно, непригодны. Их можно использовать для кислородотерапии гипоксемии после физической нагрузки. При этом ингаляцию проводят в течение нескольких минут.

При рассказе о кислородотерапии необходимо подчеркнуть недопустимость курения во время ее проведения. Преподаватель должен объяснить,

что курящий около концентратора кислорода или баллона с кислородом может погубить себя и окружающих.

Операции по поводу уменьшения объема легких при тяжелой эмфиземе только входят в практику отечественных торакальных хирургов. Тем не менее, несколько слов преподаватель должен уделить этому виду лечения, подчеркнув, что для него имеются и показания, и противопоказания. Такая информация дается в первую очередь для того, чтобы пациент был готов к принятию решения, если ему такую операцию предложат.

#### **4.7. Особенности индивидуального обучения пациента**

В главе 3 уже упоминалось, что для ряда больных групповые занятия неприемлемы. Это обусловливается в первую очередь высокой степенью тяжести заболевания. В этом случае обучение проводится индивидуально, причем это может де-



лать как специальный преподаватель, так и лечащий врач. Большое внимание при этом уделяется предоставлению информации родственникам и близким больного, поскольку реализация ряда мероприятий будет зависеть именно от них.

При индивидуальном обучении аспекты течения и ведения болезни, которые необходимо изложить, в основном такие же, как описано выше. Однако объем материала должен быть сокращен до минимально необходимого, а само содержание упрощено, причем дополнительные сведения (кислородотерапия, оперативное пособие, особенности быта больного, питание) должны предоставляться в первую очередь родственникам.

Вот перечень и объем тем для индивидуального обучения больного тяжелой дыхательной недостаточностью.

1. Пагубная роль курения, в том числе недопустимость курения при кислородотерапии.
2. Техника ингаляции дозированных аэрозолей и порошков.
3. Правила использования небулайзера.
4. Правила бытового поведения при тяжелой одышке.

Как правило, при тяжелой дыхательной недостаточности серьезно изменяется психика больного, поэтому при обучении пациента от преподавателя или лечащего врача требуются большое терпение и настойчивость. При этом не следует стремиться изложить больному всю информацию за одну беседу. Рекомендуется прекращать беседу при первых признаках утомления больного.

---

---

## **ГЛАВА 5. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ**

---

---

Несмотря на то что обучение больных ХОБЛ во всех международных рекомендациях ставится по важности на второе место после уменьшения воздействия факторов риска, т.е. ему придается такое же значение, как и при БА, вклад обучения в общую схему ведения больных ХОБЛ, объем предоставляемой информации, методы ее изложения до сих пор до конца не определены. Тем важнее оценивать все схемы образовательных программ в процессе их внедрения.

Определение эффективности обучения проводится по двум основным направлениям – оценка показателей болезненности и оценка качества жизни.

Уровень болезненности определяется по количеству госпитализаций, вызовов «скорой помощи», обращений в поликлинику по поводу ухудшения состояния, количеству обострений. По медицинской документации и по анамнезу рекомендуется определить эти показатели за год, предшествующий обучению, а затем подсчитать эти же показатели в течение года после проведения обучающих программ. Для получения достоверных выводов рекомендуется набор группы, значимой по количеству слушателей, а также формирование контрольной группы, в которой не проводятся образовательные мероприятия, но в которой также подсчитываются показатели болезненности.

Уровень качества жизни при ХОБЛ определяют с помощью специальных вопросников, среди которых наиболее распространенными и простыми в выполнении являются неспеци-

фический вопросник MOS SF-36 и специфический для ХОБЛ вопросник SGRQ. Кроме того, возможно применение более простых методов оценки изменения самочувствия, таких как визуальная аналоговая шкала (ВАШ), с помощью которой можно уловить динамику самочувствия, физической силы, одышки. Для определения степени одышки также применяют шкалу Борга. Более подробную информацию о методах изучения качества жизни можно узнать в центрах, занимающихся этой проблемой, а также в соответствующей литературе.

Эффективность образовательных программ, как ни странно, можно также оценивать с помощью изучения переносимости физических нагрузок. Если преподавателю удалось добиться изменения отношения больного к своему здоровью, побудить его следовать врачебным рекомендациям и тренировать свои мышцы, то можно предполагать изменение переносимости физической нагрузки. Наиболее простым и в то же время весьма информативным способом является 6-минутный шаговый тест. Больного просят идти по заранее размеченной дистанции в течение 6 мин с максимально возможной скоростью. Расстояние, которое прошел больной, фиксируют в метрах. Через определенный промежуток времени, который, как представляется исследователю, является значимым для определения различий, больного снова просят пройти данный тест. В этом случае, как и в случае изучения качества жизни, помимо группы исследования необходимо формирование контрольной группы.

Изучение эффективности образовательных программ по результатам измерения медицинских параметров – функции легких, насыщения крови кислородом и т.п. – не проводят, так как болезнь имеет прогрессирующий характер и остановить падение легочной функции в настоящее время не удается (в отличие от БА, при которой эффективное обучение тут же сказывается на легочной функции, измеряемой с помощью спирографии или пикфлоуметрии).

---

---

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

---

Проблема обучения больных ХОБЛ еще находится в стадии своего становления. Зарубежные исследователи публикуют многообещающие результаты, во все руководства вводится рекомендация обучения больных ХОБЛ. В то же время в развитых странах успех образовательных программ идет параллельно с успехом антитабачных программ, поэтому, возможно, улучшение течения болезни в первую очередь связано с отказом от курения.

Тот опыт, который накоплен в единичных школах для больных ХОБЛ в нашей стране, показывает, что, по-видимому, разница между пациентом, проживающим, например, в Великобритании, и таковым, проживающим в Российской Федерации, очень велика. Она касается всего, начиная с мотивации к отказу от курения и заканчивая физическими возможностями, не говоря уже о различиях в питании и употреблении спиртных напитков. Тем не менее, опыт, накопленный в последнее время в клинике академика РАМН А.Г. Чучалина в области обучения больных ХОБЛ, показывает, что при кропотливой и терпеливой работе преподавателя можно добиться положительных результатов. Это касается в том числе и соблюдения плана долговременного лечения, т.е. профилактического приема препаратов. Информированные и мотивированные пациенты лучше соблюдают технику ингаляции, некоторые из них пытаются бросить курить, больные приобретают небулайзеры для домашнего применения, иногда они находят возможность пользоваться источниками кислорода в домашних условиях. Весьма эффективным является форми-

рование обучения вокруг комплекса физической реабилитации, которой пациенты занимаются охотнее всего. Специалисту, начинающему занятия с больными ХОБЛ, следует также помнить о необходимости сопровождения предоставляемой информации печатными материалами. Однако для формирования окончательных выводов нужны многочисленные научные исследования, которые могли бы оценить результаты обучения с различных сторон – медицинской, психологической, социальной.

Автор будет признателен за отзывы, дополнения, критические замечания, касающиеся данных рекомендаций.



## Рекомендуемая литература

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2003. GOLD, 2003.

Pulmonary rehabilitation // European Respiratory Monograph. V. 5. Monograph 14. ERS, March 2000.

Hodder R., Lightstone S. Every Breath I Take. Toronto: Stoddart Publishing Co. Ltd., 2001.

Что вы можете сделать, если у вас есть болезнь легких, которую называют ХОБЛ. М.: Изд-во "Атмосфера", 2003.

Белевский А.С. Хроническая обструктивная болезнь легких: Практическое пособие для пациентов. М.: Изд-во "Атмосфера", 2003.



---

---

Научно-практическое медицинское издание

*Андрей Станиславович Белевский*  
**Организация и проведение обучения больных хронической  
обструктивной болезнью легких:  
Методические рекомендации**

Технический редактор Н.Л. Хлебов  
Корректор Д.Б. Вольтерьянц  
Художник О.Н. Дорфман  
Верстка, обработка изображений Н.Ю. Милосердова

ООО «Издательство «Атмосфера»,  
127473 г. Москва, ул. Селезневская, д. 11а, стр. 1  
тел./факс: (095) 973-14-16  
Лицензия ИД № 06062 от 16.10.2001 г.

Подписано к печати 04.08.2003 г.

Формат 60 × 90 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>

Печать офсетная

Печ. л. 3,5

Тираж 2000 экз.

Заказ 345

Отпечатано в ООО «НТ»

**АТРОВЕНТ** – бронхорасширяющий препарат ипратропиума бромид. Применяется для лечения бронхоспазма, в первую очередь при хронической обструктивной болезни легких, в качестве и базисного, и облегчающего лекарства. Серьезные побочные эффекты неизвестны. Иногда может быть небольшая сухость во рту. Передозировки практически не бывает. Применяется по назначению врача.



**БЕРОДУАЛ-Н** – бронхорасширяющий препарат, применяемый как при хронической обструктивной болезни легких, так и при бронхиальной астме. Беродуал – комбинированный препарат, состоящий из двух лекарств – беротека и атровента, причем бронхолитического препарата беротека в одной дозе беродуала меньше, чем в дозе, выпускаемой из баллончика с чистым беротеком. В баллончике вместо фреона используется гидрофлюороалкан – безвредный для окружающей среды и человека наполнитель. Применяется по назначению врача.



**СПИРИВА** (тиотропия бромид) – первый антихолинэргический препарат продолжительного действия, созданный специально для поддерживающей терапии хронической обструктивной болезни легких любой стадии с помощью одной ингаляции в сутки. При регулярном применении спиривы достигается стойкое уменьшение симптомов хронической обструктивной болезни легких любой степени тяжести 24 часа в сутки, значительно снижается частота обострений и улучшается качество жизни. Препарат хорошо переносится и высоко безопасен. Спирива выпускается в виде капсул с порошком, содержащих 18 мкг препарата. Капсула помещается в специальный ингалятор ХандиХалер, прокалывается, и порошок вдыхается из ингалятора. Ингаляция производится 1 раз в сутки в одно и то же время. Капсулы не предназначены для глотания. Применяется по назначению врача.



