

ТЕРАПЕВТИЧНЕ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ТА ЇХНІХ РОДИЧІВ ЕЛЕМЕНТАМ ДОГЛЯДУ ТА САМОДОГЛЯДУ

Г. М. Степанова, Л. П. Боднар

*Черкаський медичний коледж
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

Сучасні уявлення про бронхіальну астму як про хронічне захворювання дихальних шляхів дають можливість розробити ефективні моделі контролю над хворобою. Важливу роль у контролі перебігу бронхіальної астми відіграє відповідальна поведінка самого пацієнта і його оточення. Уникнення контакту з алергенами та іншими тригерами, уважне ставлення до свого здоров'я, подолання шкідливих звичок, сприяння з боку членів родини сприятимуть створенню атмосфери, сприятливої для ефективної боротьби з хворобою, суттєво поліпшать якість життя пацієнта.

ТHERAPEUTIC EDUCATION OF PATIENTS WITH ASTHMA AND THEIR RELATIVES OF CARE AND SELF-CARE ELEMENTS

H. M. Stepanova, L. P. Bodnar

*Cherkasy Medical College
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

Modern conceptions of asthma as a chronic inflammatory disease of the airways allow to develop effective models of disease control. An important role in the control of asthma plays a responsible behavior of the patient and his entourage. Avoiding exposure to allergens and other triggers, attention to their health, overcoming of bad habits, assistance from family members will help to create an atmosphere conducive to the effective control of the disease, significantly improve the quality of life of the patient.

Вступ. Терапевтичне навчання хворих – це комплекс важливих дій, покликаних допомогти хворому (за сприяння його близьких людей) керувати своїм лікуванням, запобігти або відтермінувати розвиток можливих ускладнень [1]. Воно сприяє поліпшенню якості і тривалості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями, підвищує якість догляду, знижує витрати на лікування в лікувальному закладі [2]. Нині активно розробляються, впроваджуються і досліджуються електронні щоденники самоконтролю, різні симулятори, калькулятори доз ліків, дистанційні форми навчання за допомогою телекомуніка-

ційних систем та інтернету, ігрові та інтерактивні програми, електронні бази даних тощо [3]. Водночас дослідники відзначають брак знань пацієнтів про свою хворобу та вміння використовувати на практиці навіть ті знання, які вони мають [4].

Усім хворим на бронхіальну астму (БА) потрібна певна базисна інформація та навички, які можуть бути засвоєні колективними методами, з урахуванням індивідуальних підходів, у яких акцентується увага на особливості хвороби кожного пацієнта [5]. Колективне терапевтичне навчання здійснюється на базі астма-школ, громадських організацій, підприємств,

амбулаторій сімейної медицини й поліклінік тощо. Принагідно треба зазначити, що деякі фахівці скептично ставляться до такого способу навчання, оскільки в більшості випадків залучити до нього вдається здебільшого осіб похилого віку (головним чином, жінок), тоді як молодші пацієнти відчувають проблеми у відвідуванні занять через професійну зайнятість та інші причини [6]. Більш ефективним є навчання пацієнтів стаціонару, особливо тих, яких госпіталізували в лікарню із вперше виявленою БА [7]. Головним методом терапевтичного навчання пацієнтів наразі залишаються індивідуальні консультації лікарів та медичних сестер.

Зрозуміло, що в терапевтичному, як і в кожному навчанні, важливим є не лише організація, а й зміст навчання. Тому важливо на основі узагальнення досвіду спілкування з хворими на бронхіальну астму визначити найбільш актуальні й важливі для проведення терапевтичного навчання теми.

Основна частина. На жаль, наше багаторічне спілкування з пацієнтами пульмонологічних та алергологічних стаціонарів, зокрема в Черкаській обласній лікарні, свідчить про те, що у пацієнтів з БА та їхніх родичів відчувається брак навіть основних, найнеобхідніших для таких людей знань та навичок.

Передусім, важливо переконати пацієнта у важливості виконання лікарських призначень. Деякі пацієнти з упередженням ставляться до використання у базовій терапії БА інгаляційних гормонів, які вважають чимось на зразок наркотиків, що можуть викликати небажане звикання. Замість призначених лікарем препаратів такі пацієнти застосовують винятково народну, нетрадиційну медицину і допоміжні лікувальні методи. Велику популярність серед хворих на БА мають лікування травами, використання борсучого жиру, прогрівання, загартовування, спелеотерапія, галотерапія тощо. В жодному разі не відкидаючи народних і допоміжних методів, медпрацівники повинні терпляче пояснювати пацієнтам, що за останні десятиліття медицина зробила великий крок вперед у лікуванні БА, що сучасна базова терапія є видатним науковим досягненням, і нехтувати нею – нераціонально і згубно.

Значна частина хворих на БА, навіть тих, хто хворіє багато років, не володіють повною мірою технікою користування інгалятором. Це робить застосування інгалятора марним і з погляду відсутності терапевтичного ефекту, і з погляду економічної доцільності придбання цих ліків. Більше того, неправильне користування інгалятором шкодить здоров'ю пацієнта, адже спри-

чиняє розвиток кандидозу слизових оболонок ротової порожнини і горла. Оволодіння технікою застосування кишенькових інгаляторів належить до числа головних пріоритетів терапевтичного навчання.

Ще однією поширеною помилкою багатьох пацієнтів із БА є відсутність уявлення про різну дію препаратів для базової терапії астми (кортикостероїдів) і препаратів для купірування нападів (β_2 -адреноблокаторів). Оскільки обидві групи препаратів випускаються у вигляді кишенькових інгаляторів, частина пацієнтів намагається знімати напади за допомогою кортикостероїдів. Зрозуміло, що терапевтична дія такого «лікування» не виходить за рамки ефекту плацебо, а занадто часте використання кортикостероїдів завдає організмові шкоди. Розпочинаючи терапевтичне навчання, необхідно чітко пояснити пацієнтові відмінність двох груп інгаляційних препаратів.

Водночас навчання пацієнтів не повинно обмежуватися елементарними знаннями, навичками та вміннями.

Одним із провідних завдань медперсоналу є навчання пацієнтів та членів їхніх родин способам уникнення пацієнтами тригерів, які впливають на загострення і розвиток захворювання.

На сьогодні вважається, що основними причинними факторами БА є алергени. Таким чином, мінімізація впливу алергенів на здоров'я пацієнтів з БА є одним із головних завдань медперсоналу, родичів хворих і самих пацієнтів.

До побутових алергенів зараховують, головним чином, алергени домашнього пилу, пір'я подушок, бібліотечного пилу. Провідним побутовим є алерген домашнього пилу. На алергію від домашнього пилу страждають 80 % хворих на БА [8]. Основна роль в алергізуючій активності домашнього пилу належить мікрокліщам, що одержали назву «постільних» кліщів. Кліщова БА характеризується круглорічним виникненням загострень, з почастишенням у весняно-осінній період і особливо в нічний час доби, коли спостерігається найбільша експозиція кліщів домашнього пилу [9].

Таким чином, нема сумніву, що домашній пил є одним із головних тригерів, що призводять до ускладнень БА. Уникнення контакту із цим тригером надзвичайно важливе для підтримання контролю над БА та забезпечення високої якості життя пацієнтів із цим захворюванням. Тому хворим на БА та їхнім родичам потрібно роз'яснити правила раціонального облаштування житла, які мінімізували б вплив домашнього пилу на людину.

Відомо, що пил легко осідає на таких жорсткуватих поверхнях, як текстильні шпалери, вкриті

тканиною меблі, важкі гардини, подушки, сувеніри та різного роду декоративні предмети.

Особливо небезпечними об'єктами інтер'єру є килими. Водночас значна частина хворих на БА не знаходять можливості позбутися килимів, вважаючи їх необхідним атрибутом затишку оселі. Таким пацієнтам і їхнім родичам треба пояснювати, що навіть тоді, коли килими мають вигляд чистих, вони все одно збирають велику кількість небезпечного пилу.

Пацієнтам з БА треба роз'яснити, що при організації інтер'єру потрібно віддавати перевагу гладеньким поверхням. Подушки варто періодично міняти. Враховуючи, що пір'яні подушки не лише нагромаджують пил, але й можуть самі по собі викликати загострення БА (у разі сенсibiliзації до пір'я), такі подушки потрібно замінити на виготовлені із синтетичних матеріалів. Ковдра також має бути зі штучного матеріалу. Постільну білизну треба якомога частіше змінювати. А різноманітних декоративних предметів, покривал з ліжок і особливо килимів варто позбутися.

Багато пилу збирається у відкритих шафах та на шафах, які не сягають стелі. Тому потрібно використовувати високі шафи із дверцятами.

Вологе прибирання треба здійснювати якомога частіше, а бажано – щодня. При цьому родичам пацієнта з БА необхідно пам'ятати, що хворого краще звільнити від участі у прибиранні. Більше того, під час прибирання та одразу після його завершення хворому краще перебувати поза межами помешкання.

Відомо, що до складу домашнього пилу часто входять шерсть та лупа хатніх тварин, а також гризунів. Сама шерсть тварин не має суттєвого алергенного значення. Але виражену активність мають прикріплені до шерсті частки слини та епідермісу тварин (лупа). Алергеном може бути і сеча гризунів.

З огляду на все це родинам, у яких є хворий на БА, бажано утриматися від тримання в помешканні будь-яких тварин. Якщо відмовитися від утримання тварини не можна, їх бажано помістити у нежиле приміщення.

Практика показує, що значна частина пацієнтів вважають, що з часом «звикне» до присутності в помешканні улюбленої тварини й симптоми алергії минуть. Їм необхідно роз'яснити, що, навпаки, надалі ситуація тільки погіршуватиметься, тому необхідно подбати про інший притулок для хатньої тварини і вилучити всі предмети, які були пов'язані з нею, а після цього зробити генеральне прибирання.

У разі потреби потрібно вжити заходів з дегратизації.

Пилок багатьох рослин містить білки, які мають алергенні властивості. Найчастіше пилкова БА виникає і загострюється навесні (з середини квітня до кінця травня, коли квітнуть дерева) і влітку (у червні і липні, коли квітнуть лугові трави, у серпні – бур'яни). Напади задишки з'являються частіше у хворих, які перебувають за містом – в лісі, селі, на дачі, під час туристичної подорожі. Особливо погано хворі переносять вітряну погоду, коли в повітрі міститься особливо багато пилку рослин. Характерне поєднання симптомів загострення БА з проявами алергічного риніту і кон'юнктивіту, інколи – набряком Квінке, алергічним дерматитом [10]. З огляду на це, хворим на БА в період цвітіння згаданих рослин потрібно порадишити по можливості відмовитися від подорожей на природу. На цей час варто щільно закривати вікна та двері.

Наявність хатніх рослин також треба мінімізувати.

За призначенням лікаря застосовувати антигістамінні препарати.

Алергію до грибків виявляють у 70–75 % хворих на БА [10]. Тому хворим на БА та їхнім родичам потрібно слідкувати, щоб їхнє приміщення було якомога менш придатним для розмноження грибків, тобто чистим і сухим. Під час опадів вікна оселі закривати, під час вологого прибирання не допускати розливання води, промокання підлоги. Домашні квіти, якщо без них обійтися не можна, бажано прибрати із жилих кімнат.

Лікарські препарати можуть бути причиною загострення і погіршення перебігу БА майже у 10 % хворих. Крім того, застосування медикаментів може бути безпосередньою причиною розвитку цього захворювання. Деякі лікарські препарати зумовлюють розвиток БА за механізмом гіперчутливості негайного типу з утворенням реактивів. До цих препаратів зараховують антибіотики групи пеніциліну, цефалоспоринів, тетрацикліну, нітрофуранові похідні. Як алергени можуть виступати самі лікарські препарати та їх з'єднання з білками крові, а також продукти їхнього метаболізму в організмі людини [10]. Тому пацієнтам потрібно роз'яснити, що за найменших ознак алергії на ліки їм необхідно звернутися до лікаря.

Треба пропонувати пацієнтам уникати контакту не лише з тим алергеном, який безпосередньо викликає сенсibiliзацію, але й з усіма іншими побутовими алергенами.

Особливу увагу пацієнта і членів його родини необхідно звернути на необхідність всіяко уникати гострих респіраторно-вірусних інфекцій. ГРВІ, спричинені вірусами грипу, респіраторно-синтиціальним вірусом, риновірусом,

вірусом парагрипу, пошкоджують миготливий епітелій слизової оболонки бронхів, збільшуючи її проникність для алергенів і токсичних речовин. Поряд з цим під дією респіраторної вірусної інфекції різко підвищується чутливість нервових рецепторів підслизового прошарку бронхів. Ці чинники в результаті призводять до стану гіперреактивності бронхів.

В Україні, поки що, не сформувалася культура правильного ставлення до здоров'я людини. Піклування про своє самопочуття часто сприймається як ознака вольової слабкості й навіть ліні. Під час терапевтичного навчання потрібно звертати увагу пацієнта і його родичів на той безсумнівний факт, що з кожним перенесеним застудним захворюванням стан бронхів хворого незворотно погіршується.

Ще одним небезпечним чинником, який впливає на стан здоров'я пацієнта з БА, є повітряні полютанти – різноманітні хімічні речовини, які при підвищенні їх концентрації в атмосфері можуть зумовлювати погіршення стану здоров'я людини. Найпоширенішими полювантами є оксид вуглецю, діоксиди сірки й азоту, метали, озон, пил, продукти неповного згорання бензину. Особливо небезпечним і агресивним для дихальних шляхів є промисловий смог – результат неповного згорання рідкого і твердого палива. Полютанти спричиняють подразнення нервових рецепторів бронхів, пошкоджують їх миготливий епітелій, стимулюють продукцію медіаторів запалення й алергії.

В ідеалі треба було б рекомендувати родині, в якій є хворий на БА, переїхати в місця, де загазованість повітря найменша. Але, оскільки це, як правило, неможливо, необхідно хоча б вберегти хворого від наслідків активного і пасивного куріння.

Нині куріння розглядається як один з основних чинників, що впливає на виникнення і перебіг БА. Не менш небезпечно пасивне куріння. Пасивні курці поглинають з прокуреної атмосфери приміщення стільки ж нікотину й інших токсичних компонентів тютюнового диму, скільки й ті, хто курить. У дітей, батьки яких курять, частіше розвивається БА, вони раніше починають хворіти на респіраторні вірусні захворювання. При цьому тяжкі форми БА у пасивних курців зустрічаються частіше, напади задухи більш тривалі, важче піддаються лікуванню [10].

Незважаючи на активну антитютюнову кампанію, яка триває десятиліттями, курцям, особливо з багаторічним досвідом, дуже важко відмовитися від куріння, в першу чергу психологічно. Навіть при досить тяжкому перебігу БА

окремі пацієнти продовжують курити. Вони сприймають шкідливість куріння відсторонено від свого стану, а між тим саме на розуміння такого зв'язку й має бути спрямована антитютюнова пропаганда. При терапевтичному навчанні медперсоналу необхідно уникати прямих закликів до пацієнта покинути курити – це викликає інстинктивний спротив. Навчання повинно носити не імперативні, а просвітницькі форми. По-перше – до пацієнта потрібно доносити знання про наслідки куріння для організму. По-друге – звертати увагу, що задишка, кашель, погіршення самопочуття пацієнта тісно пов'язані з його поганою звичкою. По-третє – ненав'язливо зазначати, що такі самі страждання з часом обов'язково виникнуть і у близьких курця. По-четверте – вказувати на те, що для придбання сигарет доводиться витратити значні кошти. Розробляючи план терапевтичного навчання, необхідно враховувати індивідуальні особливості пацієнтів, акцентуючи увагу на шкідливості куріння.

Характерним неспецифічним стимулом, що викликає напади задухи у хворих на БА, є надмірне фізичне і психоемоційне навантаження. Емоційний стрес, нервові перевантаження, сміх, плач, страх можуть стати причиною бронхіальної обструкції, провокувати напади задухи у хворих на БА. Тому пацієнтові і особливо його родичам слід порадити вжити заходів задля охорони хворого від зайвих навантажень.

Нарешті тим, для кого БА є нагальною проблемою, потрібно уважно стежити за погодою. Несприятливі погодні умови, особливо низькі температури, висока вологість, падіння або підвищення атмосферного тиску, гроза, забруднення повітря можуть викликати загострення БА. Тому під час негоди, якщо це можливо, пацієнтам з цією хворобою варто зайвий раз не виходити на вулицю.

Висновки. 1. Сучасні уявлення про БА як про хронічне захворювання дихальних шляхів дають можливість розробити ефективні моделі контролю над хворобою. Це забезпечує успішну боротьбу людства з цією дуже поширеною у світі, особливо у розвинутих країнах, недугою.

2. Важливу роль у контролі перебігу БА відіграє відповідальна поведінка самого пацієнта і його оточення.

3. Уникнення контакту з алергенами та іншими тригерами, уважне ставлення до свого здоров'я, подолання шкідливих звичок, сприяння з боку членів родини сприятимуть створенню атмосфери, сприятливої для ефективної боротьби з хворобою, суттєво поліпшать якість життя пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний: отчет рабочей группы ВОЗ, 1998. – М. : Митра-Пресс, 2001. – 96 с.
2. Основы сестринского дела : учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / И. Х. Аббясов, С. И. Двойников, Л. А. Карасева [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. – М. : Издательский центр «Академия», 2007. – 336 с.
3. Аметов А. С. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее / А. С. Аметов, Б. И. Валитов, Н. А. Черникова // Сахарный диабет. – 2012. – №1. – С. 71–77.
4. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А. В. Будневский, С. А. Кожевникова, В. Т. Бурлачук [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 54–58.
5. Нурмуханбетова А. А. Принципы обучения больных с бронхиальной астмой / А. А. Нурмуханбетова // Вестник КазНМУ. – 12 июля 2012. – <http://kaznmu.kz>
6. Илькович М. М. Принципы организации пульмошкол для больных хроническими заболеваниями легких / М. М. Илькович, В. А. Игнатьев, О. А. Суховская // Головна медична сестра. – 2011. – № 10. – С. 48–49.
7. Плетминцева Г. Б. Обучение пациентов с бронхиальной астмой / Г. Б. Плетминцева, Е. С. Ефимова, Г. Б. Прибылов // Сестринское дело. – 2012. – № 2. – С. 36, 45.
8. Пухлик Б. М. Алергологія / Б. М. Пухлик. – Вінниця : Нова книга, 2004. – 240 с.
9. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с., ил.
10. Клінічна пульмонологія / І. І. Сахарчук, Р. І. Ільницький, Ю. М. Бондаренко [та ін.] – К. : Книга плюс, 2003. – 368 с.

Отримано 05.12.14