

На правах рукописи

АБАШИНА
Лариса Владимировна

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

14.01.25 - пульмонология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск - 2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор Кобякова Ольга Сергеевна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Зарипова Татьяна Николаевна
Доктор медицинских наук, доцент Карзилов Александр Иванович

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится «___» _____ 2011 г. в ____⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 208.09.02 при ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России по адресу: 634050, г. Томск, Московский тр., 2

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

Автореферат разослан « » _____ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Тюкалова Л.И.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Современные технологии менеджмента бронхиальной астмы (БА), представленные в документе GINA, позволяют достигать контролируемого течения болезни у 80% пациентов (отсутствие дневных и ночных симптомов, потребности в бронхолитиках короткого действия, нормальная функция лёгких и др.) (GINA 2002, GINA 2006, Ленская Л.Г., Огородова Л.М., 2000). Установлено, что такая доля контролируемых пациентов характерна лишь для клиничко – фармакологических исследований, в случае реальной клинической практики количество пациентов, имеющих полный контроль над болезнью не превышает 5-10% от всей популяции больных, страдающих астмой (Чучалин А.Г. с соавт., 2008). Одним из ключевых моментов в формировании контроля БА является не только назначение адекватной фармакотерапии, но и соблюдение всего комплекса рекомендуемых мероприятий (обучение пациента, элиминационные мероприятия, соблюдение графика визитов к врачу, мониторинг симптомов, уровня контроля и показателей функции лёгких и т.д.).

Сегодня эксперты GINA предлагают использовать «контроль болезни» с целью оценки эффективности проводимой терапии путем мониторингования определенного набора индикаторов. Верификация уровня «контроля болезни» является обязательной при наличии у пациента диагноза БА и в случае использования фармакотерапии (Nathan R.A. et al., 2004; Schatz M. et al., 2007; GINA 2006).

При ведении больных БА на амбулаторном этапе задачами первичного звена здравоохранения и, прежде всего, участковой службы, является мониторингование контроля болезни при уже установленном диагнозе и подобранной фармакотерапии. Тогда как роль узких специалистов (пульмонолог, аллерголог-иммунолог) сводится к постановке диагноза, проведению функциональных методов исследования, назначению базисной терапии БА, ведению пациентов с неконтролируемым течением заболевания, консультациям больных по требованию врачей первичного звена.

Таким образом, ключевая роль по ведению подавляющего большинства пациентов, страдающих БА, и мониторингование контроля болезни становится прерогативой первичного звена здравоохранения. Учитывая, что реализация национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения направлена на усиление роли амбулаторного этапа оказания медицинской помощи, первостепенной задачей является работа с врачами первичного звена здравоохранения, направленная на создание, внедрение и оценку программ помощи больным БА, соответствующих международным рекомендательным документам и региональным особенностям.

В связи с этим в настоящее время чрезвычайно актуальной представляется оценка эффективности ведения больных БА на уровне первичного звена здравоохранения для разработки (с учетом региональных особенностей) оптимальной модели реализации рекомендаций GINA – «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы».

Цель работы: установить эффективность ведения больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе для разработки оптимальной модели ведения пациентов с учетом региональных особенностей

Задачи:

1. Проанализировать показатели первичной и хронической заболеваемости, смертности, диспансеризации, вызовов скорой медицинской помощи, уровень госпитализации больных бронхиальной астмой в Томской области за 1999-2009 гг.
2. Провести оценку уровня знаний и использование врачами амбулаторного звена (участковый врач, врач общей практики (ОВП), врач-аллерголог (пульмонолог)) критериев контроля астмы в соответствии с GINA – «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы».
3. Оценить клиническую эффективность различных вариантов ведения больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе (участковый врач, врач ОВП, врач-аллерголог (пульмонолог)) путём определения соответствия критериям контроля болезни и выполнения стандарта ведения пациентов с данной нозологической формой.
4. Проанализировать качество жизни больных бронхиальной астмой в зависимости от вариантов ведения пациентов на амбулаторном этапе (участковый врач, врач ОВП, врач-аллерголог (пульмонолог)).
5. Разработать оптимальную модель ведения больного бронхиальной астмой на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

Научная новизна

Впервые в Томской области проведена оценка уровня знаний и эффективного использования в ведении пациентов с БА врачами амбулаторного звена (участковый врач, врач ОВП, врач-специалист) критериев контроля астмы в соответствии с GINA с помощью специально разработанных вопросников. Установлено, что уровень знаний врачей амбулаторного этапа оказания медицинской помощи по диагностике и фармакотерапии астмы не является оптимальным. При этом мероприятия по ведению пациентов, страдающих БА врачами ОВП, участковыми терапевтами и врачами-специалистами выполняются в разных объёмах, что коррелирует с уровнем контроля болезни и качеством жизни пациентов в зависимости от группы наблюдения.

Впервые комплексно оценены результаты внедрения GINA на территории Томской области. Установлено, что уровень заболеваемости БА увеличился в 1,6 раза, при этом произошло снижение показателей госпитализированной заболеваемости, количества вызовов скорой медицинской помощи (СМП), что свидетельствует о лучшей диагностике заболевания на амбулаторном этапе и увеличении эффективности оказания качественной медицинской помощи пациентам в связи с внедрением в реальную клиническую практику международных регламентирующих документов.

Впервые оценена клиническая эффективность различных вариантов

ведения больных астмой на уровне амбулаторного звена здравоохранения (участковый врач, врач ОВП, врач-аллерголог (пульмонолог)) путём определения соответствия критериям контроля болезни и выполнения стандарта ведения пациентов с данной нозологической формой. Установлено, что выполнение стандарта ведения больных специалистами сопряжено с наибольшим количеством контролируемых и частично контролируемых пациентов. В практике врача ОВП исследование функции внешнего дыхания и ведение дневника самоконтроля симптомов выполняются чаще в сравнении с участковым врачом, что связано с достоверно большим баллом АСТ у пациентов врача ОВП в сравнении с больными, наблюдавшимися участковым терапевтом.

Впервые изучено качество жизни больных астмой в зависимости от вариантов ведения пациентов на уровне амбулаторного звена здравоохранения (участковый врач, врач ОВП, врач-аллерголог (пульмонолог)). Установлено что, больные, наблюдавшиеся у врача-специалиста, имели более высокие показатели КЖ, при этом значимых различий данного параметра при наблюдении врачом ОВП и участковым врачом не установлено.

Практическая значимость

По результатам настоящей работы с учетом эффективности различных вариантов ведения пациентов, страдающих БА (участковый врач, врач ОВП, врач-специалист) путем оценки уровня контроля заболевания, разработана модель ведения больного бронхиальной астмой на уровне амбулаторного звена здравоохранения, учитывающая региональные особенности организации медицинской помощи данной категории пациентов. Наиболее целесообразным на амбулаторном этапе (с учётом региональных особенностей) является ведение пациентов, страдающих астмой участковым врачом и врачом ОВП, при условии ежемесячного мониторинга уровня контроля болезни. В случае отсутствия положительной динамики или снижения уровня контроля над заболеванием необходима консультация врача – специалиста, с проведением специализированного обследования, выявлением факторов риска неконтролируемого течения заболевания. При этом все врачи амбулаторного звена здравоохранения и средний медицинский персонал должны заниматься непрерывным образованием пациентов с БА (схема 1).

Положения, выносимые на защиту

1. За анализируемый период времени(1999-2009 гг) уровень заболеваемости астмой у населения Томской области увеличился в 1,6 раза на фоне снижения показателей госпитализированной заболеваемости, количества вызовов скорой медицинской помощи, что свидетельствует об увеличении эффективности ведения больных БА в связи с внедрением в реальную клиническую практику международных регламентирующих документов.
2. Уровень контроля болезни и качества жизни больных ассоциирован с объемом противовоспалительной фармакотерапии и полнотой исполнения мероприятий федерального стандарта и не зависит от варианта наблюдения пациентов (участковый врач, врач ОВП, врач – специалист).
3. Уровень знаний врачей ОВП и участковых врачей относительно существующих технологий ведения пациента не является оптимальным. На

первичном этапе оказания медицинской помощи не используются простые и не затратные технологии мониторинга контроля болезни (АСТ-тест), что не позволяет оптимально формировать планы лечения пациентам с учётом уровня контроля астмы.

Апробация работы.

Основные материалы диссертации доложены и обсуждены на заседаниях кафедры общей врачебной практики ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России (Томск, 2009-2011 гг.), на I съезде врачей общей практики/семейных врачей Сибирского федерального округа «Общая врачебная практика/семейная медицина в Сибири: эра инноваций» (Омск, 2010 г.), областной научно-практической конференции «Развитие общеврачебных практик в Томской области: проблемы и перспективы развития» (Томск, 2009 г.), на XIII Конгрессе педиатров России «Фармакотерапия в педиатрии» (Томск, 2009 г.), на XVII Российский национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2010 г.).

Внедрение полученных результатов.

Полученные результаты и материалы проведенных исследований используются в учебном процессе на кафедре общей врачебной практики ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России в рамках циклов общего усовершенствования и первичной переподготовки по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Полученные результаты внедрены в лечебный процесс поликлиники ТНЦ СО РАН, ЗАО «Центр семейной медицины», МЛПМУ «Поликлиника №6», а также МЛПМУ «Асиновская ЦРБ».

Публикации

По теме диссертации опубликованы 8 работ, в том числе 3 полнотекстовые журнальные статьи в изданиях, рецензируемых ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 153 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, главы собственных наблюдений (4 главы), обсуждения, выводов, списка литературы. Работа иллюстрирована 10 рисунками и 30 таблицами. Список источников цитируемой литературы включает в себя 125 работ, из которых 31 отечественных и 94 зарубежных авторов.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Весь материал, представленный в диссертации, собран, обработан и интерпретирован лично автором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целью и задачами диссертационной работы было спланировано и проведено три исследования:

1. Статистическое исследование

Статистическое исследование показателей первичной и хронической заболеваемости, смертности, диспансеризации, вызовов скорой медицинской помощи, уровня госпитализации больных БА в Томской области за 1999-2009 годы.

В рамках статистического исследования были использованы деперсонифицированные данные 843 тысяч жителей Томской области в возрасте старше 18 лет (медицинская информационная система «ИСКУС»). Работа выполнена на базе Областного государственного учреждения здравоохранения «Бюро медицинской статистики».

Первичная заболеваемость БА рассчитывалась как количество вновь зарегистрированных случаев заболевания за календарный год по обращаемости населения в учреждения здравоохранения Томской области на 1000 соответствующего населения. Для расчёта показателя общей заболеваемости использовали общее число зарегистрированных случаев астмы за календарный год (учтённых по обращаемости в лечебно – профилактические учреждения Томской области - ЛПУ) на 1000 населения.

Показатель хронической заболеваемости рассчитывали исходя из общего количества зарегистрированных случаев хронических заболеваний на территории Томской области (по обращаемости в ЛПУ) по отношению к 1000 соответствующего населения, проживающего в регионе (Томская область). Потребность населения в экстренной помощи в случае наличия диагноза астмы оценивали, вычисляя такой показатель как количество вызовов СМП, выражали данную величину в отношении количества результативных вызовов СМП по поводу астмы к 1000 соответствующего населения в области. Уровень госпитализации по причине БА оценивали как отношение числа поступивших в стационар по поводу астмы (обострение, плановая госпитализация, потребность в отделении интенсивной терапии и т.д.) на 1000 населения.

Такой статистический показатель как смертность устанавливали по отношению количества умерших в год по причине БА на 100 000 населения. Охват диспансерным наблюдением выражали в % как удельный вес пациентов, страдающих БА, состоящих на диспансерном учете от общего числа больных с данным заболеванием.

Все данные анализировались за период с 1999-2009 календарные годы, сравнительный анализ проведён с использованием критерия χ^2 Пирсона.

2. Одномоментное исследование уровня знаний

Одномоментное исследование уровня знаний и использования основных положений и критериев контроля астмы в соответствии с GINA – «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» врачами амбулаторного звена здравоохранения Томской области (участковый врач, врач ОВП, врач-аллерголог (пульмонолог)). В исследование были включены 137 докторов, оказывающих медицинскую помощь больным БА на амбулаторном этапе. Все врачи были разделены на три группы: участковые терапевты (n=110 – 80,29%), врачи общей практики и семейные врачи (врачи ОВП; n=15 – 10,95%), а также врачи – специалисты (пульмонолог, аллерголог-иммунолог; n=12 – 8,76%).

В рамках протокола исследования врачам предлагался вопросник «Оценка знаний основных положений GINA у врачей Томской области», разработанный сотрудниками кафедры общей врачебной практики ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России. Вопросник включал в себя 15 вопросов относительно основных положений GINA по диагностике, классификации,

фармакотерапии и профилактике астмы. Участие в опросе было анонимным и добровольным. Статистический анализ данных проводился с использованием стандартного пакета программ Statistica for Windows 6,0. Данные представлены в виде абсолютных значений и долей значений от общего числа участников исследования (или долей значений внутри одной группы по признаку специальность или должность врача).

3. Открытое сравнительное проспективное исследование с контролем по исходным значениям АСТ - теста

В исследовании приняли участие 190 пациентов: возраст от 18 до 55 лет. Критерии включения: наличие диагноза БА как минимум в течение последних 12 месяцев (использовались критерии диагноза GINA 2006); документально подтвержденная в течение последних 12 месяцев до включения в исследование обратимая обструкция (увеличение ОФВ1 через 20 минут после ингаляции 200 мкг Сальбутамола через спейсер на 12% и 200 мл и более) при условии отсутствия сочетания после бронходилатационного теста: $ОФВ1 < 80\%$ при $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$; наличие неконтролируемого или частично контролируемого течения БА (по данным АСТ-теста); подписанное информированное согласие.

Критериями исключения для данного исследования служили: нежелание пациента принимать участие в исследовании; низкая комплаентность пациента; наличие любых состояний, способных, по мнению исследователя, повлиять на результаты исследования, или заболеваний в стадии декомпенсации.

Согласно схеме исследования (рис. 1) каждый пациент выполнил три визита в клинику в течение 24 недель наблюдения. В рамках первого посещения исследовательского центра (визит 1 – В1) пациент подписывал информированное согласие; исследователь собирал анамнез, осуществлял клинический осмотр больного, оценивал объем текущей противоастматической терапии, проводил тестирование с применением АСТ-теста для определения уровня контроля астмы, заполнялись вопросники по оценке качества жизни. На втором и третьем визитах проводился клинический осмотр пациента и оценивался балл АСТ-теста, заполнялись вопросники по оценке качества жизни. Все данные, полученные врачом – исследователем на визитах, были внесены (на каждом визите в соответствующий раздел) в индивидуальную регистрационную карту больного (ИРК).

Для оценки качества жизни пациентов, страдающих БА, использовали следующие валидизированные вопросники:

1. Общий вопросник «Краткий общий вопросник оценки статуса здоровья» – русскоязычный аналог общего вопросника SF-36 (Ware J., 1993);
2. Специальный вопросник «Качество Жизни больных бронхиальной астмой» – русскоязычный аналог вопросника AQLQ (Juniper E., 1992).

Статистический анализ данных проводился с использованием стандартного пакета программ Statistica for Windows 6,0. Стратификацию пациентов осуществляли по двум когортам признаков: 1 группа стратифицирующих критериев – специалист, наблюдавший пациента на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (1.1. участковый врач - 21 врач, 1.2. врач – специалист (аллерголог – иммунолог или пульмонолог) – 3 врача, 1.3. врач ОВП – 16 врачей);

2 группа стратифицирующих критериев - пол, стаж, тяжесть болезни, возраст пациента, уровень контроля, объем фармакотерапии.

Настоящее исследование выполнялось на базе ЗАО «Центр семейной медицины».

Контролируемыми в рамках данного исследования считались пациенты, достигшие 25 баллов по АСТ – тесту, частично контролируемыми были больные с баллом АСТ от 20 до 24, менее 20 – неконтролируемые (градация уровня контроля по баллам соответствует критериям уровня контроля болезни по АСТ™). Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести болезни не входило в задачи данного исследования, однако соотношение лёгких персистирующих, среднетяжёлых и тяжёлых форм болезни было сопоставимым в каждой группе. Пациенты, страдающие лёгкой интермиттирующей астмой, в исследование не включались.

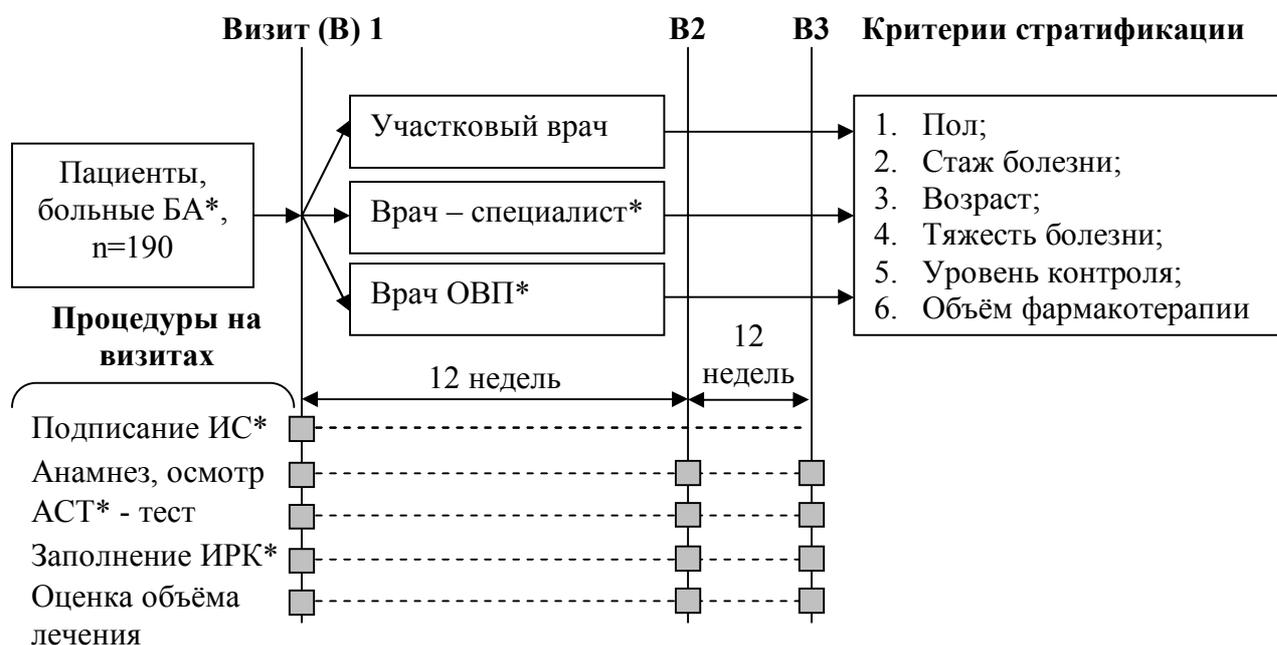


Рис. 1. Схема исследования

Примечание: * БА – бронхиальная астма; специалист – врач аллерголог – иммунолог, врач – пульмонолог; врач ОВП – врач общей практики (семейный врач); ИС – информированное согласие; АСТ – Asthma Control Test; ИРК – индивидуальная регистрационная карта.

Исследование проводилось по схеме открытого сравнительного проспективного с контролем по исходным значениям АСТ-теста. Протокол данного исследования утвержден на заседании локального независимого этического комитета при ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России (выписка из протокола № 315 от 21.04.2008 года).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За анализируемый отрезок времени в Томской области зарегистрирован рост абсолютного числа пациентов, страдающих БА в 1,8 раза (5085 случаев в 1999 г. vs 9508 случаев в 2009 г.) При этом показатель заболеваемости БА за аналогичный период также увеличился в 1,6 раза и составил в 2009 году 11,3

случая на 1000 соответствующего населения. Такое увеличение количества пациентов, страдающих астмой, обусловлено влиянием различных факторов. Наиболее значимой причиной увеличения показателя заболеваемости является внедрение в реальную клиническую практику международного регламентирующего документа GINA и улучшение качества диагностики.

Применение стратегии достижения полного и хорошего контроля астмы (критерии контроля GINA 2002, 2006), наличие современных эффективных подходов фармакотерапии болезни также позволяют уменьшить потребность населения в дорогостоящих видах медицинской помощи при астме. Так, несмотря на рост заболеваемости астмой, в Томской области отмечается уменьшение уровня госпитализации этой категории больных в период с 1999 по 2009 год в 1,8 раза (табл. 1). Внедрение международных стандартов лечения пациентов больных БА позволило сократить общее количество койко-дней к 2009 году более чем в 2 раза в сравнении с аналогичным показателем 1999 года (табл. 1).

Таблица 1

Уровень госпитализации и исходы лечения больных БА в стационарах Томской области

Год	Уровень госпитализации, %	Умерло, n	Летальность, %	Количество койко-дней, n
1999	3,65	63	2,77	40961
2000	3,18	15	0,76	35754
2001	3,16	10	0,51	33770
2002	3,34	6	0,29	32907
2003	2,93	8	0,44	28349
2004	2,81	14	0,80	26389
2005	2,77	5	0,29	25831
2006	2,49	11	0,71	23528
2007	2,27	8	0,57	21057
2008	2,38	10	0,67	22025
2009	1,95**	5	0,41**	18015**

Примечание: * - n – абсолютное количество; ** - $p < 0,05$ по сравнению с 1999 годом

Среднее количество койко-дней на одного больного в год также сократилось к 2009 году, что составило $14,7 \pm 0,83$ дней в сравнении с $18,0 \pm 0,85$ дней в 1999 году. Динамика показателей, характеризующих потребность в госпитализации (количество случаев госпитализации и количество койко-дней), демонстрирует уменьшение потребности в стационарной помощи больным с астмой за счёт внедрения в реальную клиническую практику адекватных фармакотерапевтических стратегий и ресурсосберегающих технологий. Этот вывод подтверждает анализ потребности пациентов, страдающих БА в скорой медицинской помощи. Так, количество вызовов СМП по поводу астмы в период с 1999 по 2004 год было относительно стабильным. Однако после 2004 года отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение количества вызовов СМП по причине

обострения астмы в 1,3 раза в сравнении с 2004 годом (8197 вызовов в 2009 году vs 11345 в 2004 году).

Параллельно с уменьшением показателя госпитализированной заболеваемости в течение последних 10 лет зарегистрировано значимое (в 7 раз) снижение смертности в стационаре больных БА (2,8 на 100 соответствующего населения – 1999 год vs 0,4 в 2009 году). Динамика данного показателя также подтверждает эффективность системы оказания медицинской помощи больным с БА на территории Томской области.

Анализ показателей временной нетрудоспособности демонстрирует снижение количества случаев нетрудоспособности в 1,2 раза к 2009 году в сравнении с 1999 годом, более того отмечено уменьшение и продолжительности эпизодов временной нетрудоспособности (количество дней) населения по причине БА (к 2009 году уменьшение в 1,4 раза в сравнении с 1999 годом).

Таким образом, в Томской области достигнуты значительные успехи в ведении больных БА, что нашло отражение в экономии ресурсов здравоохранения (снижение потребности в дорогостоящей стационарной помощи, вызовах СМП, сокращение числа и продолжительности случаев временной нетрудоспособности) и более высоком качестве медицинской помощи этой категории пациентов (уменьшение показателя смертности в стационаре больных БА при сохраняющемся росте заболеваемости населения).

Проведённый в рамках исследования анализ уровня знаний врачей амбулаторного этапа по ведению больных с астмой) показал, что наиболее часто в качестве источника информации по диагностике, лечению и профилактике БА врачи используют международный регламентирующий документ GINA, что, безусловно, является очень важным с позиции стандартизации подходов к ведению больных с данной патологией (табл. 2).

Таблица 2

Источники информации по диагностике, лечению и профилактике БА, используемые врачами амбулаторного этапа оказания медицинской помощи

Источник информации	Все врачи (n=137)		Врачи ОВП (15)		Участковые врачи (n=110)		Врачи-специалисты (n=12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
GINA 2006	104*	75,91	6**	16,22	86*	78,18	12*	100,00
Федеральный стандарт	72	52,55	8	21,62	62	56,36	2	16,67
Региональный стандарт	38	27,74	6	16,22	32	29,09	0	0,00
GINA 2002	5	3,65	1	2,70	4	3,64	0	0,00
Другой источник	1	0,73	1	2,70	0	0,00	0	0,00

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с другими источниками знаний в рамках одной группы, ** - $p < 0,05$ по сравнению с другими врачами в рамках одного источника знаний.

При этом часть врачей руководствуются в своей работе отраслевыми

стандартами диагностики и лечения федерального и регионального уровней (52,55% и 27,74% соответственно) – табл. 2.

Анализ данных показал, что основной целью терапии, по мнению врачей первичного звена здравоохранения (участковые терапевты, врачи ОВП) является стремление к полному контролю над болезнью, что соответствует основному положению международного регламентирующего документа GINA. Полный контроль как цель лечения указали более 80% врачей (86,13%), при этом наиболее часто данное положение было отмечено участковыми врачами и врачами – специалистами. Стоит отметить, что в качестве ориентира оценки эффективности терапии большое количество врачей указывает такие параметры как качество жизни пациента, отсутствие обострений астмы, устранение симптомов, снижение госпитализаций и нормализацию функции внешнего дыхания (ФВД), при этом доля врачей указавших данные положения как основную цель лечения была одинаковой вне зависимости от анализируемой группы.

Безусловно, все перечисленные врачами цели терапии являются крайне важными, однако достижение каждой конкретной из них не отражает полного контроля астмы, а потому не может служить основным ориентиром в ведении пациента.

Таблица 3

Инструменты оценки контроля болезни, используемые врачами амбулаторного этапа оказания медицинской помощи в повседневной практике

Инструменты оценки контроля астмы	Все врачи (n=137)		Врачи ОВП (15)		Участковые врачи (n=110)		Врачи специалисты (n=12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Жалобы, анамнез	113*	82,48	12*	32,43	92*	83,64	9*	75,00
Дневники пикфлоуметрии	80**	58,39	7	18,92	68**	61,82	5	41,67
Спирометрия	60	43,80	2	5,41	51	46,36	7	58,33
Дневники самоконтроля	58	42,34	5	13,51	45	40,91	8	66,67
Специализированные вопросы	41	29,93	6	16,22	30	27,27	5***	41,67
Другое	3	2,19	0	0,00	0	0,00	3	25,00

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с другими положениями, указанными врачами как инструмент оценки контроля в рамках одной группы, ** - $p < 0,05$ по сравнению с другими положениями, указанными врачами как инструмент оценки контроля астмы в рамках одной группы кроме положения: жалобы и анамнез, *** $p < 0,05$ по сравнению с другими врачами в рамках одного инструмента оценки контроля.

Несмотря на то, что большинство докторов используют в качестве источника информации GINA, и основная цель терапии, по их мнению, полный контроль болезни стандартизированные вопросы для оценки уровня контроля применяют в своей клинической практике только 29,93% врачей (табл. 3).

При этом на долю наиболее распространённого вопросника определения уровня контроля (Asthma Control Test, Тест по контролю астмы - АСТ-тест), рекомендованного GINA и обществом пульмонологов России приходится всего 48% от общего числа врачей, использующих любые инструменты по оценке контроля в своей практике. Наибольшее распространение, по данным нашего исследования, АСТ-тест получил у врачей – специалистов (табл. 3). Наряду с вопросниками для оценки уровня контроля болезни наиболее часто врачи используют информацию о жалобах, анамнезе, показатели пикфлоуметрии, данные спирометрического исследования. Важным является тот факт, что все указанные параметры, согласно GINA, отражают уровень контроля лишь в совокупности, а их отдельное применение позволяет судить только о состоянии пациента, функции его лёгких, лабильности дыхательных путей больного и т.д.

Установлено, что в большинстве случаев только врачи – специалисты использовали указанные в таблице 4 мероприятия практически у всех пациентов. В случае участкового доктора и врача ОВП рекомендации GINA 2006 по диагностике и мониторингу болезни выполняются не в полном объёме (табл. 4).

Таблица 4

Выполнение врачами рекомендаций GINA 2006 по диагностике и мониторингу бронхиальной астмы

Мероприятия по и диагностике мониторингу болезни	Врач ОВП		Участковый врач		Врач специалист	
	n	%	n	%	n	%
Спирометрия	26	41,31	21	35,01	67**	100,00
Бронхиальная гиперреактивность	3	4,82	7	11,71	52**	77,61
Пикфлоуметрия	27***	42,92	13	21,72	56**	83,62
Ведение дневника самоконтроля	21***	33,31	10	16,72	59**	88,11
Использование вопросников оценки контроля	26***	41,33	16	26,73	49**	73,10
Консультации специалистов	25	39,71	23	38,30	не применимо	

Примечание: представлено число пациентов, которым в течении последних 12 месяцев до момента анализа медицинской документации указанное мероприятие было проведено как минимум 1 раз (n), доля пациентов (%), имевших указанные диагностические мероприятия или мероприятия мониторинга болезни рассчитывалась к количеству больных по признаку: наблюдение врачом; ** - $p < 0,05$ по сравнению с другими группами по признаку: наблюдение врачом; *** - $p < 0,05$ по сравнению с группой по признаку: наблюдение врачом – участковый врач.

Так, несмотря на то, что спирометрия проводилась только в 35% случаев, а частота применения дневников самоконтроля варьировала от 26 до 40% (врач

ОВП и участковый терапевт соответственно) потребность в консультативной помощи врачей – специалистов не превышала 40%. Такая ситуация может быть объяснима в первую очередь отсутствием диагностического оборудования в учреждениях амбулаторного этапа оказания медицинской помощи (спирограф, небулайзеры для бронхопровокационных тестов), однако и самые простые, информативные, нетрудоёмкие и не требующие затрат методы (пикфлоуметрия, ведение дневников самоконтроля, вопросники оценки уровня контроля) остаются невостребованными участковыми терапевтами и врачами ОВП.

Учитывая приведённые данные (табл. 3, 4), следует подвергнуть сомнению качество оценки врачами первичного звена здравоохранения уровня контроля астмы. Большинство докторов свидетельствуют, что при ведении пациента они «ориентируются на свой клинический опыт», однако сегодня существует достаточное количество данных, свидетельствующих о значительных расхождениях валидизированных инструментов оценки контроля и мнения врача, основанного на собственном клиническом опыте.

Анализ применяемой фармакотерапии показал, что большинство врачей в независимости от специальности в качестве базисных препаратов применяют в своей практике монотерапию ИКС либо комбинацию ингаляционных стероидов с ДДБА (что соответствует требованиям GINA), при этом статистических различий в предпочтении режима лечения установлено не было. Однако более 30% врачей (32,8%) указывают в качестве средств базисной противовоспалительной терапии препараты, не обладающие такими эффектами (КДБА, холинолитики), при этом доля участковых терапевтов, применяющих данные лекарственные средства как базисные, составила 88,9% от всех врачей, использующих КДБА и холинолитики с этой целью.

Анализ структуры применения препаратов скорой помощи демонстрирует предпочтение врачей относительно бронхолитиков короткого действия, что соответствует положениям GINA. Однако 21,17% участковых терапевтов и врачей ОВП (суммарно) предполагают возможность использования муколитиков, антигистаминных и антибиотиков как препаратов скорой помощи при бронхиальной астме.

Таким образом, учитывая вышеприведённые данные, следует отметить, что в целом уровень знаний врачей амбулаторного звена по диагностике и фармакотерапии астмы не является оптимальным. На первичном этапе оказания медицинской помощи не используются простые и не затратные технологии мониторинга контроля болезни (АСТ-тест), что не позволяет оптимально формировать планы лечения пациентам с учётом уровня контроля астмы.

Анализируя данные, открытого сравнительного проспективного исследования с контролем по исходным значениям АСТ – теста было установлено, что пациенты на момент визита 1 были сопоставимы (табл. 5) по всем параметрам, характеризующим тяжесть и течение болезни: средний возраст от $33,6 \pm 16,2$ до $35,4 \pm 12,3$ лет, имеющие продолжительность БА на момент начала исследования от 4 до 6 лет, при этом вне зависимости от группы стратификации (по наблюдению врачом на амбулаторном этапе) уровень контроля над болезнью определялся как частично контролируемая астма, значимых статистических

отличий показателей, приведённых в таблице 5, при включении в исследование установлено не было.

Таблица 5

Клиническая характеристика пациентов, включённых в исследование, в зависимости от наблюдения врачом на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи

Показатель	Стратификация по признаку наблюдение врачом		
	Участковый врач (n=60)	Врач - специалист (n=67)	Врач ОВП (n=63)
Возраст, лет	35,4±12,3	34,5±16,8	33,6±16,2
Стаж болезни, лет	6,32±1,2	5,21±0,9	4,75±1,3
Женский пол, n (%)	31 (51,7%)	40 (59,7%)	37 (58,7%)
Мужской пол, n (%)	29 (48,3%)	27 (40,3%)	26 (41,3%)
Уровень контроля, балл АСТ	20,7±2,5	23,1±1,9	22,8±2,2
ОФВ1, %	81,6±15,7	87,8±17,9	88,2±20,1
Эквивалентная доза по БДП в сутки, мкг	342,4±146,6	421,2±140,9	380,3±151,1

Распределение пациентов в зависимости от объёма фармакотерапии и наблюдения врачом на амбулаторном этапе показало, что наиболее часто вне зависимости от группы наблюдения пациенты применяли монотерапию ИКС. Доля пациентов, использовавших симптоматическое лечение, не превышала 4,5% от всей исследуемой популяции больных. Частота назначения врачом комбинированной терапии варьировала от 30 до 40% и была максимальной в группе наблюдения врачом – специалистом (аллерголог – иммунолог, пульмонолог). Полученные данные можно объяснить как с позиции стоимости терапии астмы, так и тем, что максимальным объёмом знаний об эффективности и безопасности комбинированных средств обладают врачи – специалисты.

При анализе уровня контроля болезни в зависимости от режима фармакотерапии и специальности врача, ведущего наблюдение, установлено, что в случае использования пациентом комбинированных препаратов балл АСТ – теста был сопоставимым во всех группах наблюдения. В случае применения монотерапии ИКС установлены значимые отличия балла АСТ в группе пациентов, наблюдаемых участковым врачом (19,1±1,8 балла, что достоверно ниже, $p < 0,05$), в сравнении с больными, которых вели врачи – специалисты (аллерголог – иммунолог, пульмонолог) (23,5±1,5 балла) и врач ОВП (22,6±2,1 балла).

Динамика балла АСТ – теста в течение 6 месяцев наблюдения в рамках данного исследования показала, что при использовании комбинированной терапии уровень контроля над болезнью остаётся высоким на всех визитах вне

зависимости от специальности врача, ведущего наблюдение. В случае применения сочетания ИКС + ДДБА, согласно средним значениям балла по АСТ, астма у пациентов остаётся контролируемой или частично контролируемой.

Анализ динамики балла АСТ при монотерапии ИКС и симптоматическом лечении показал, что на протяжении всего периода наблюдения данный параметр был сопоставимым в рамках одной фармакотерапевтической группы вне зависимости от визита (рис. 2).

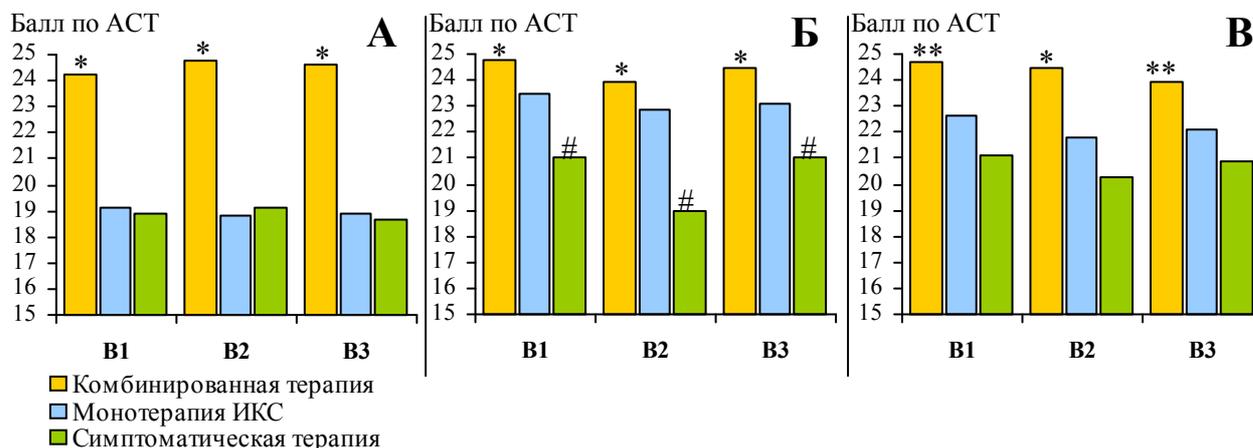


Рис. 2. Динамика балла АСТ-теста у пациентов, включённых в исследование, в зависимости от наблюдения врачом на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи и объёма фармакотерапии

Примечание: А – участковый врач; Б – врач – специалист; В – врач ОВП; # - один пациент; * - $p < 0,05$ по сравнению с другими группами по объёму фармакотерапии в рамках одного признака: специальность врача, осуществлявшего наблюдение; ** - $p < 0,05$ по сравнению с группой по объёму фармакотерапии: симптоматическая терапия в рамках одного признака: врач ОВП.

При этом только в группе наблюдения врачом – специалистом показатели, отражающие уровень контроля болезни в случае применения комбинированной и монотерапии ИКС, были сопоставимыми. Обращает внимание факт отсутствия различий балла АСТ – теста при использовании в качестве лечения астмы только ИКС и симптоматической терапии в группе пациентов, наблюдавшихся участковым врачом и врачом ОВП.

Таким образом, в ходе настоящего исследования получены сведения об эффективности комбинированной терапии астмы по сравнению с другими подходами к лечению данного заболевания. Значительно больший интерес представляют данные, свидетельствующие о различном уровне контроля у пациентов в зависимости от специальности врача, ведущего наблюдение, в рамках применения одного режима терапии. Наиболее четко указанная тенденция прослеживается на фоне назначения монотерапии ИКС. Средний балл по АСТ-тесту у пациентов участкового терапевта достоверно ниже такового у врача-специалиста и врача ОВП.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

фармакотерапия астмы на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, как врачами участковой службы, так и врачами - специалистами, в большинстве случаев проводится с использованием фармакотерапевтических режимов, регламентированных GINA 2006. Закономерно, что назначение комбинированной терапии пациентам в реальной клинической практике ассоциировано с наилучшим контролем болезни в сравнении с монотерапией ИКС и симптоматическим лечением.

Наряду с оценкой эффективности ведения больных БА с точки зрения контроля заболевания, не менее важное значение имеет качество жизни больных астмой. Оценка КЖ дополняет традиционно принятые параметры медицинской практики и дает возможность оценить и выразить в количественном выражении воздействия лечебно-диагностических процедур. Проведённый анализ показал негативное влияние БА на КЖ больных, включённых в исследование.

При проведении сравнительного анализа КЖ больных БА, наблюдавшихся врачом-специалистом и врачом ОВП, были обнаружены достоверные отличия по всем основным критериям общего вопросника SF-36 (рис. 3). Уровень КЖ пациентов врача-специалиста регистрировался на более высоком уровне ($p < 0,01$), чем у больных врача ОВП. При проведении сравнительного анализа КЖ больных БА, посещающих врача ОВП и участкового врача, достоверные отличия были выявлены только по двум критериям (рис. 3).

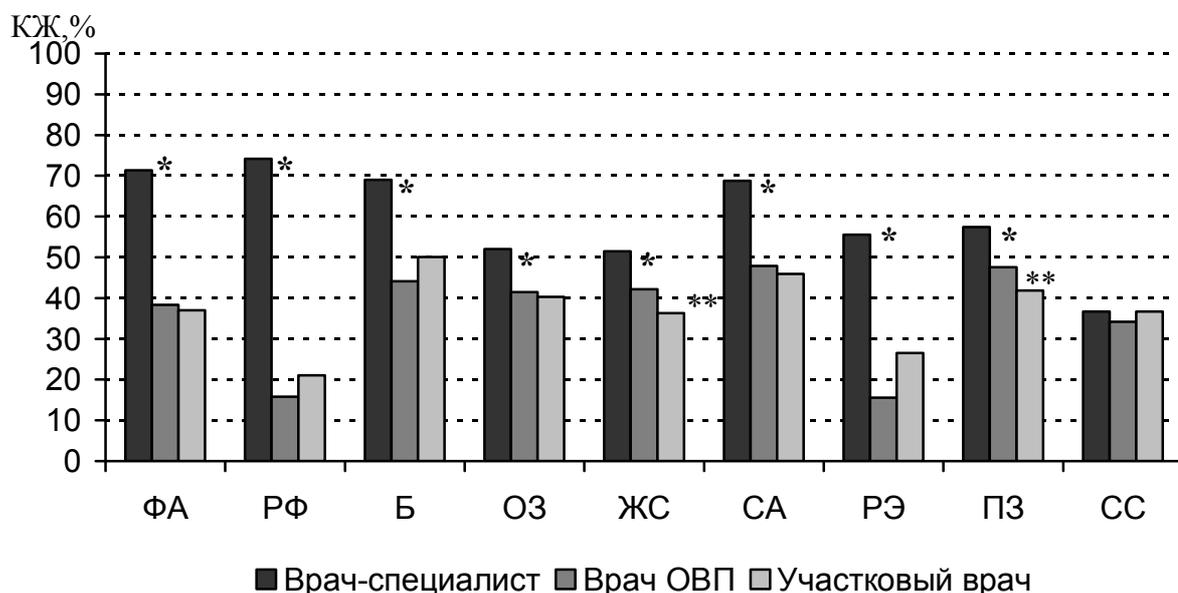


Рис. 3. Сравнительная характеристика КЖ больных БА, находившихся под наблюдением врача-специалиста, врача ОВП и участкового врача, по вопроснику SF-36.

Примечание: ФА – физическая активность; РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; ЖС – жизнеспособность; СА – социальная активность; РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ – психическое здоровье; СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом; * – $p < 0,01$ для больных БА, наблюдавшихся врачом-специалистом, при сравнении с больными БА,

наблюдавшимися врачом ОВП и участковым врачом; ** – $p < 0,05$ при сравнении больных БА, наблюдавшихся врачом ОВП и участковым врачом.

При проведении корреляционного анализа было выявлено, что чем ниже показатели ФВД, тем ниже КЖ больного. В группе больных, посещающих врача-специалиста, обнаружена корреляционная связь показателей ОФВ₁,% и ПСВ,% с критерием «общее здоровье» ($r=0,45$; $p=0,013$ и $r=0,47$; $p=0,0095$ соответственно). У больных врача ОВП зарегистрировано влияние значений ОФВ₁,% и ПСВ на уровень социальной активности ($r=0,38$; $p=0,039$ и $r=0,36$; $p=0,049$ соответственно).

Таким образом, если у пациентов, находящихся под наблюдением врача-специалиста или врача ОВП, изменение характеристик ФВД связано с ограничением КЖ в одной сфере, то, в случае ведения пациента, страдающего БА, участковым врачом, эти ограничения распространяются на все составляющие КЖ больного.

Результаты исследования КЖ больных БА с использованием специализированного вопросника AQLQ в целом подтверждают данные, полученные при применении общего вопросника SF-36. Результаты, полученные при проведении анализа корреляционных зависимостей показателей КЖ по вопроснику AQLQ, также подтвердили наличие влияния показателей функции внешнего дыхания на КЖ больных БА, которое усиливается по мере нарастания тяжести заболевания. Установлено что, больные, наблюдавшиеся у врача-специалиста, имели более высокие показатели КЖ, при этом значимых различий данного параметра при наблюдении врачом ОВП и участковым врачом не установлено. Таким образом, уровень контроля болезни и качества жизни больных ассоциирован с объемом противовоспалительной фармакотерапии и полноты исполнения мероприятий федерального стандарта и не зависит от варианта наблюдения пациентов (участковый врач, врач ОВП, врач – специалист).

Результаты проведенных исследований показали, что в целом уровень знаний врачей амбулаторного этапа оказания медицинской помощи по диагностике и фармакотерапии астмы является достаточно высоким. Наибольшая компетентность в вопросах ведения пациентов, страдающих астмой, характерна для врачей – специалистов: регулярное проведение спирометрии, оценка бронхиальной гиперреактивности, проведение пикфлоуметрии и ведение дневников самонаблюдения, использование стандартизированных вопросников для своевременной оценки уровня контроля болезни, что сопряжено с наибольшим количеством контролируемых и частично контролируемых пациентов, наблюдавшихся у аллерголога – иммунолога или пульмонолога. Обращает внимание недостаточное использование спирометрии у больных при наблюдении участковым врачом и врачом ОВП. Также врачами участковой службы редко используется пикфлоуметрия, ведение больными дневников самоконтроля. При этом в практике врача ОВП исследование функции внешнего дыхания и ведение дневника самоконтроля симптомов отмечены чаще в сравнении с участковым врачом. На основании чего можно сделать

предположение о взаимосвязи данного факта с достоверно большим баллом АСТ у пациентов врача ОВП в сравнении с больными, наблюдавшимися участковым терапевтом. В целом выявлена прямая зависимость между соблюдением врачами различных специальностей рекомендаций по диагностике и мониторингованию симптомов БА (GINA 2006) и удельным весом пациентов с контролируемым течением заболевания.

Относительно низкая приверженность врачей первичного звена здравоохранения вышеуказанным рекомендациям – следствие не только субъективных (недостаточный уровень знаний, низкая мотивация врача, невыполнение профилактической работы, отсутствие широкого внедрения в реальную клиническую практику современных инструментов оценки уровня контроля болезни), но и объективных причин, что особенно актуально для сельского здравоохранения в сложных климато-географических условиях Западной Сибири. К объективным причинам следует отнести низкую доступность диагностических методов: бронхиальная гиперреактивность, в отдельных случаях – спирография, консультаций специалистов, а также ограниченное время на прием одного пациента и высокую нагрузку на участкового врача. В этих условиях возрастает значимость простых, не требующих сложного оборудования и специальных знаний инструментов оценки уровня контроля болезни. В частности, АСТ-тест продемонстрировал в рамках настоящего исследования высокую степень достоверности наряду с простотой использования.

В целом, принимая во внимание результаты проведенного исследования, можно выделить три основные проблемы. Во-первых, недостаточный уровень знаний врачей ОВП относительно существующих технологий ведения пациента, что может быть объяснимо с позиции отдаленности большинства докторов ОВП, принимавших участие в исследовании, от областного центра (информационный «вакуум»). Во-вторых, отсутствие возможности выполнения рекомендаций GINA по диагностике и мониторингу астмы в силу объективных для врачей обстоятельств (недостаток специализированного оборудования, например, спирограф и/или небулайзеров для бронхопровокационных тестов). В-третьих, отсутствие системного подхода к мониторингу течения заболевания и эффективности проводимой терапии (невозможность проведения пикфлоуметрии по причине отсутствия пикфлоуметров, нежелание врачом мониторировать симптомы болезни, использовать стандартизированные и валидизированные вопросники оценки уровня контроля астмы).

Таким образом, с целью повышения уровня знаний докторов о технологиях ведения больных БА целесообразна организация системы постоянно действующих образовательных семинаров по диагностике, лечению и профилактике астмы для практикующих врачей. Наряду с этим, обязательным является формирование системы контроля со стороны экспертов страховых медицинских организаций выполнения рекомендаций GINA, клинических рекомендаций и отраслевых стандартов оказания медицинской помощи. В комплексе указанные мероприятия позволят повысить качество оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой на амбулаторном этапе.

Нами был разработан алгоритм ведения больных астмой с учетом

международных требований, условий федерального отраслевого стандарта с адаптацией к условиям региона (Томская область) – рис. 4. Наиболее целесообразным на амбулаторном этапе (с учётом региональных особенностей) является ведение пациентов, страдающих астмой участковым врачом и врачом ОВП при условии ежемесячного мониторинга уровня контроля болезни и оценки качества жизни. В случае отсутствия положительной динамики или снижения уровня контроля над заболеванием необходима консультация врача – специалиста, с проведением специализированного обследования, выявлением факторов риска неконтролируемого течения заболевания. При этом все врачи амбулаторного звена здравоохранения и средний медицинский персонал должны заниматься непрерывным образованием пациентов с БА. Внедрение данного алгоритма в работу практического здравоохранения позволит не только оптимизировать медицинскую помощь больным БА и улучшить КЖ пациентов, но и уменьшить затраты ресурсов здравоохранения при сохранении качества оказания медицинской помощи.

В этой связи очевидной становится необходимость образовательных программ для врачей первичного звена здравоохранения, направленных на повышение информированности о современных подходах к диагностике и мониторингу БА (GINA 2006), формирование навыков по использованию и интерпретации современных инструментов оценки уровня контроля болезни, что позволит оптимизировать ведение больных астмой в реальной клинической практике без увеличения расходов на базисную терапию данного заболевания.

Выводы:

1. Уровень заболеваемости астмой в Томской области за анализируемый период времени (с 1999 по 2009 гг.) увеличился в 1,6 раза. При этом показатели госпитализированной заболеваемости и количество вызовов СМП снизились в 2,4 и 1,3 раза соответственно, что свидетельствует об увеличении выявляемости болезни и внедрении в реальную клиническую практику технологий контроля астмы.
2. Наиболее высокий уровень знаний регламентирующих документов (GINA, отраслевой стандарт) по ведению пациентов, страдающих астмой, установлен для врачей – специалистов (пульмонологов, аллергологов-иммунологов), при этом для данной категории докторов характерно выполнение основных положений по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы в полном объёме. Врачи ОВП по сравнению с участковыми врачами имеют большую приверженность к выполнению стандартов медицинской помощи (мониторинг ПСВ, исследование функции внешнего дыхания, ведению дневников самоконтроля).
3. Наибольшая клиническая эффективность ведения пациентов с позиции динамики клинико-функциональных параметров болезни и уровня контроля астмы установлена для пациентов, наблюдавшихся врачом – специалистом (пульмонологом, аллергологом). При соблюдении врачами ОВП и участковыми терапевтами всех требований регламентирующих документов (GINA, федеральный стандарт) в части объема проводимой терапии и других параметров, уровень контроля болезни сопоставим во всех группах пациентов.

4. Качество жизни пациентов, больных астмой было максимально высоким в группе наблюдения врачом – специалистом, при этом значимых различий данного параметра при наблюдении врачом ОВП и участковым врачом не установлено.
5. Наиболее целесообразным (с учётом региональных особенностей) является ведение пациентов, страдающих астмой на этапе первичного звена участковым врачом и врачом ОВП при условии ежемесячного мониторинга уровня контроля болезни, при этом в случае отсутствия положительной динамики или снижения данного параметра необходима консультация врача – специалиста.

Практические рекомендации

1. Наиболее целесообразным на амбулаторном этапе (с учётом региональных особенностей) является ведение пациентов, страдающих астмой участковым врачом и врачом ОВП при условии ежемесячного мониторинга уровня контроля болезни.
2. Консультация врача-специалиста с проведением специализированного обследования, выявлением факторов риска неконтролируемого течения заболевания необходима в случае отсутствия положительной динамики или снижения уровня контроля над заболеванием.
3. Процесс проведения «Астма школ» должен строиться по принципу «обучение обучающихся»: врачи-специалисты обучают врачей первичного звена здравоохранения, которые непосредственно проводят занятия с пациентами. Часть обучающих модулей, прежде всего овладение практическими навыками (пользование ингаляторами, техника пикфлоуметрии, ведение дневников самоконтроля) должны быть делегированы на уровень средних медицинских работников. Такой подход к образовательному процессу позволит охватить наибольший удельный вес больных БА.

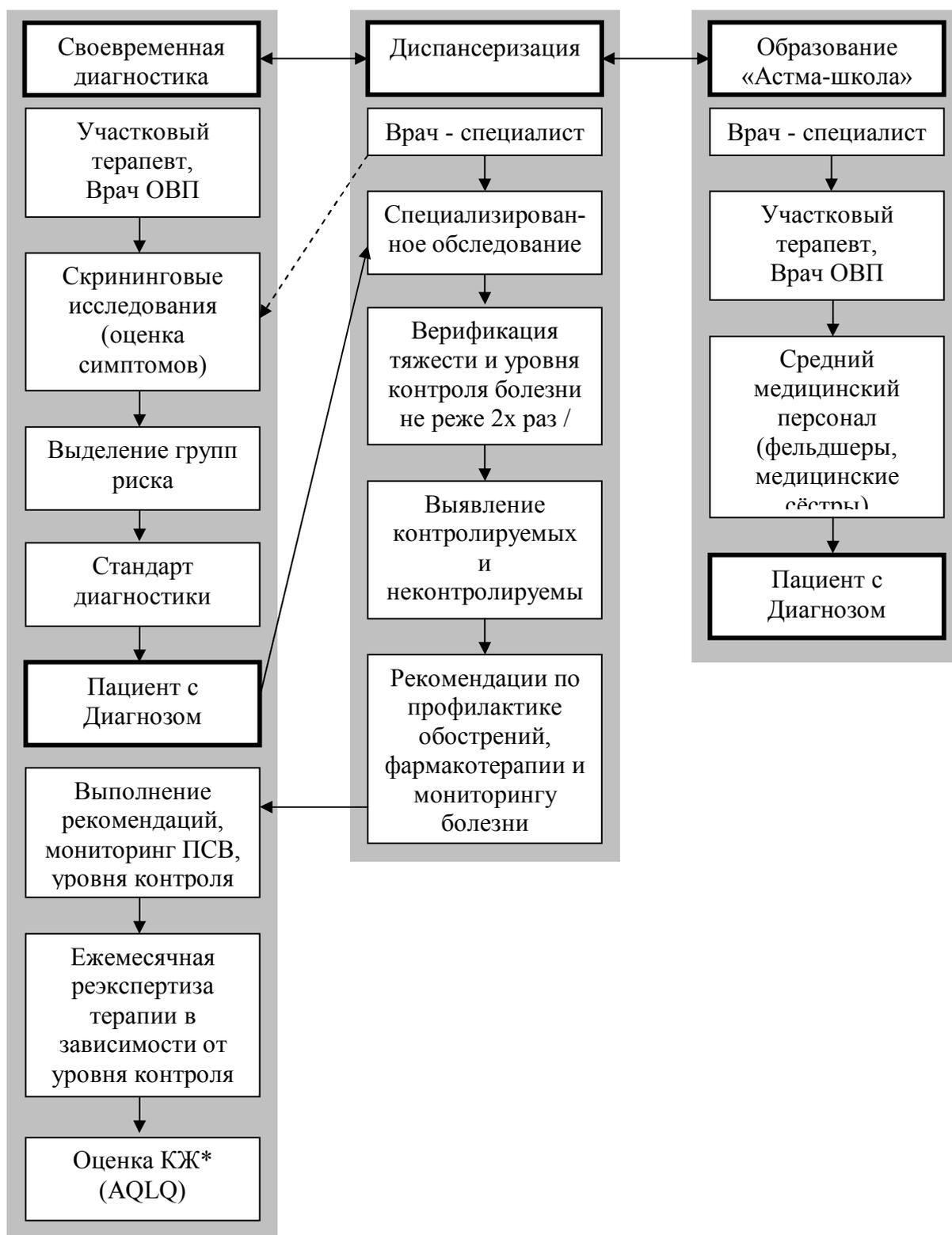


Рис. 4. Алгоритм ведения больных БА.

* - необязательный элемент

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Абашина, Л.В. Применение АСТ в амбулаторной практике врача [текст] / Л.В. Абашина, О.С. Кобякова // Тезисы докладов XIII Конгресс педиатров России «Фармакотерапия в педиатрии», Томск. – 2009. – С. 3.
2. Аудит знаний основных положений GINA (Global initiative of Asthma –

- Глобальная стратегия по астме) у врачей Томской области [текст] / Л.В. Абашина, О.С. Кобякова, И.А. Деев, И.Л. Коломеец, Е.А. Старовойтова, Н.А. Черевко, Ю.А. Петровская, Л.Ю. Никитина // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – Т. 8., № 4(2). – С. 96-103
3. Кобякова, О.С. Аудит уровня знаний врачами Томской области современных принципов терапии бронхиальной астмы [текст] / О.С. Кобякова, Л.В. Абашина // Тезисы докладов XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», Москва. - 2010. - С. 559
 4. Кобякова, О.С. Оценка уровня знаний врачей томской области по ведению больных бронхиальной астмой [текст] / О.С. Кобякова, Л.В. Абашина // Тезисы докладов XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», Москва. - 2010. - С. 638.
 5. Контроль бронхиальной астмы: дефиниции, инструменты оценки [текст] / О.С. Кобякова, Л.В. Абашина // Научный вестник Ханты-Мансийского государственного медицинского института. – 2009. - №1-2. – С. 66-70
 6. Оценка эффективности ведения больных бронхиальной астмой на уровне первичного звена здравоохранения [текст] / О.С. Кобякова, Л.М. Огородова, Л.В. Абашина // Пульмонология. – 2010. - №3. – С. 39-45
 7. Кобякова, О.С., Абашина Л.В., Загрямова Т.А. Учебное пособие с грифом УМО Организация деятельности врача общей практики (семейного врача) Томск, «Печатная мануфактура». – 2009. – 102 с.
 8. Эффективность оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой на территории Томской области [текст] / О.С. Кобякова, Л.М. Огородова, Л.В. Абашина, И.А. Деев, Е.А. Старовойтова // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. - №1. – С. 174-178.

Список сокращений

БА – бронхиальная астма

ДДБА – длительно действующие β_2 агонисты

КДБА – короткодействующие β_2 агонисты

GINA – Global Initiative for Asthma, Глобальная инициатива по бронхиальной астме

AQLQ - специализированный вопросник «Качество жизни больных бронхиальной астмой»

SF 36 - краткий опросник оценки статуса здоровья

ИКС – ингаляционные кортикостероиды

ОВП – общая врачебная практика

ОФВ₁ – объем форсированного выдоха за 1 секунду

ПСВ – пиковая скорость выдоха

ФВД – функция внешнего дыхания

ИРК - индивидуальная регистрационная карта

ЗАО – закрытое акционерное общество

СКС – системные кортикостероиды

СМП – скорая медицинская помощь

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

Подписано в печать « » _____ 20 ____ г.
Усл.печ.листов ____ Печать на ризографе.
Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, г. Томск, Московский тракт, 2, тел. 53-04-08
Заказ № ____ Тираж 100 экземпляров