Ошибки диагностики, ведения и лечения больных бронхиальной астмой

Кароли Н.А., Ребров А.П.

Mistakes of diagnostics, conducting and treatments of the patients with bronchial asthma

Karoly N.A., Rebrov A.P.

Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов

© Кароли Н.А., Ребров А.П.

На основе анализа данных анкетирования 100 пациентов, 25 врачей-терапевтов и пульмонологов г. Саратова и 72 историй болезней пациентов с БА, поступивших в состоянии тяжелого обострения астмы в 4 различных стационара г. Саратова, представлены результаты, свидетельствующие о наличии большого количества дефектов в качестве диагностики, ведения и лечения больных БА на различных этапах оказания медицинской помощи.

Определены трудности диагностики и установлен основной фактор, ведущий к утяжелению течения астмы и смертности.

Трудности заключаются как в отсутствии первичного обучения больных, так и в отсутствии постоянного, регулярного наблюдения этих пациентов участковым врачом (терапевтом и пульмонологом). Связано это не только с нехваткой у врача времени на общение с пациентом, но и с незнанием, а нередко и нежеланием врача узнать современные подходы к ведению и лечению больных астмой. Полученные данные подтверждают, что основными факторами, ведущими к утяжелению течения астмы и смертности, являются плохая диагностика, неадекватное ведение и лечение, а образование больных является совершенно необходимой частью общей программы лечения астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика, лечение, врачебные ошибки.

On the basis of diagnostics of 100 patients, 25 doctors of Saratov and 72 histories of illness of the patients with severe acute asthma in four different hospitals there were presented the results that prove the great amount of defections in diagnostics quality, conducting and treatment of patients at various stages of rendering of medical aid.

There were defined the difficulties of diagnostics and the main factor of severe current of asthma and death.

The difficulties are both in absence of primary training of the patients, and in absence of constant, regular supervision of these patients by the local doctor. It is connected not only with the absence of time on doctor's dialogue with the patient, but also with ignorance and frequently unwillingness of the doctor to learn the modern approaches of conducting and treatment of asthma. The received data confirms that the major factors conducting to increase of severe current of asthma and the increase of mortality are bad diagnostics, inadequate conducting and treatment, and the education of the patients is very necessary part of the general common program of asthma treatment.

Key words: bronchial asthma, diagnostic, treatment, medical error.

УДК 616.248-07-08

Введение

Бронхиальная астма (БА) является одной из актуальных проблем медицины. Для этого заболевания характерно неуклонное прогрессирование процесса с возможным развитием летального ис-

хода. Данные литературы свидетельствуют, что большинство случаев летальных исходов и развития угрожающих жизни состояний при БА можно было бы предотвратить [1, 2, 4]. Среди причин развития подобных ситуаций выделяют неправильные действия пациента и/или неадекватные

действия медицинского персонала. Хорошо известно, что залогом успешной терапии любого заболевания является активное грамотное участие больного в лечебном процессе [1, 9]. Этого можно добиться только при наличии определенного уровня знаний пациента об особенностях своего заболевания, методах лечения, возможностях самоконтроля, а также при создании тесного союза между лечащим врачом и больным. В этом союзе пациент и врач занимают равноправные позиции, и успех их взаимодействия в одинаковой мере зависит от обеих сторон. В то же время обучение медицинских работников — не менее важный момент в достижении этого взаимодействия, чем обучение пациента. Проблема низкой квалификации врачей и медицинских сестер, назначающих лечение и проводящих наблюдение за больным, остро стоит во всем мире [1, 2].

Материал и методы

Для определения подходов к диагностике, ведению и лечению больных БА нами были проведены анкетирование 100 пациентов, 25 врачей-терапевтов и пульмонологов г. Саратова, а также изучение 72 историй болезни пациентов с БА, поступивших в состоянии тяжелого обострения астмы в 4 различных стационара г. Саратова.

Результаты и обсуждение

По данным официальной статистики, 4—8% населения страдают БА. Однако проведение специальных эпидемиологических исследований (например, исследование, выполненное с использованием опросника ISAAC в г. Новосибирске), показало, что распространенность астмы значительно превышает данные официальной статистики [5]. Следовательно, в настоящее время отмечаются гиподиагностика или поздняя диагностика заболевания. Это положение подтверждается и собственными данными. Так, при ретроспективном анализе развития заболевания и времени, прошедшего от момента появления первых симптомов болезни до постановки диагноза, оказалось, что из 100 опрошенных нами больных лишь у 48% пациентов диагно-

ноз был установлен в течение первого года от появления симптомов, а у 20% больных — в срок более 5 лет от начала заболевания. Все пациенты за этот период неоднократно обращались к врачу, большинство находилось на диспансерном учете. Однако с каким диагнозом они наблюдались? Наиболее распространенным, естественно, был хронический обструктивный бронхит (80%). Остальные больные наблюдались с «хроническим обструктивным бронхитом с астматическим компонентом», «хроническим астматическим бронхитом», «хроническим астмоидным бронхитом».

И если термин «хронический обструктивный бронхит», по крайней мере, имеет право на существование (хотя нередко маскирует многие другие заболевания), то остальные термины — это полет фантазии врачей, которые скрывают за ними свой страх перед постановкой диагноза «бронхиальная астма».

Перед нами данные опроса врачей поликлиник г. Саратова, подавляющее большинство их являются терапевтами, т.е. врачами, к которым и обращаются первоначально больные. Был задан вопрос «Сколько больных за прошедший год Вы поставили диагноз бронхиальная астма?». Вот результаты: 40% врачей этот диагноз не поставили ни разу, практически столько же — установили БА (менее чем у 5 больных) и лишь 24% врачей в течение года выявили более 5 пациентов с астмой. В то же время только 60% врачей не поставили диагноз «хронический астматический бронхит», а 40% врачей установили этот диагноз, причем большинство — более чем у 5 пациентов.

При сравнении этих данных видно, что 40% врачей, которые не поставили диагноз «бронхиальная астма», подменили его «хроническим астматическим бронхитом». Таким образом, практически каждый терапевт в течение года имеет возможность выявить хотя бы одного больного БА и начать его адекватное ведение.

Следовательно, терапевты до настоящего времени боятся ставить диагноз «бронхиальная астма». В связи с этим хотелось бы напомнить следующий тезис: «Все, что сопровождается свистящими хрипами, следует считать астмой, до тех пор, пока не будет доказано обратное» [3].

Достаточно важным моментом является контроль за факторами, обуславливающими тяжесть астмы, т.е. проведение третичной профилактики. Ее цель — предотвращение приступов астмы, предупреждение обострений и смерти от астмы [1]. Как показано, около 60% взрослых и 80% детей имеют положительные кожные пробы с аллергенами окружающей среды; сенсibilизация к аллергену является основным фактором риска развития тяжелого обострения астмы. Наиболее распространенной группой аллергенов на сегодня считаются бытовые аллергены, а среди них клещи домашней пыли. Уменьшение воздействия бытовых аллергенов, особенно клещей домашней пыли, — одна из наиболее многообещающих мер профилактики астмы, а исключение воздействия этих аллергенов следует рассматривать как проведение первичной противовоспалительной терапии астмы.

Таким образом, больные должны знать о наличии факторов, которые могут вызвать обострение заболевания и о мерах их профилактики, а врач должен проводить беседы с больными, направленные на обеспечение контроля над этими триггерами. Как же обстоит дело реально? 75% опрошенных пациентов говорят, что врач беседовал с ними о профилактике обострений. Вроде бы неплохой показатель? Тогда пациентам были заданы два вопроса, чтобы проверить, а как они знают меры профилактики: «Можно ли спать на перьевой подушке, если у Вас есть аллергия на домашнюю пыль» и «Можно ли заводить собаку, если есть аллергия на кошку». Лишь 20% больных ответили правильно. Но что самое интересное, далеко не все врачи правильно ответили на эти вопросы. Следовательно, можно говорить о том, что врачи мало уделяют внимания вопросам профилактики обострений и все рекомендации сводятся преимущественно к советам избегать переохлаждения, что само по себе, конечно, важно, но явно недостаточно для установления контроля над течением астмы.

Следующий момент, требующий обсуждения, — это проведение мониторинга астмы. Для обеспечения мониторинга надо, чтобы пациент посещал врача. Большинство опрошенных нами больных формально состояли на учете у тера-

певта или пульмонолога по месту жительства. Однако лишь 22% посещают врача по активному вызову последнего, а большинство приходят на прием самостоятельно при возникновении необходимости. В этом случае общение врача с больным сводится преимущественно к выписыванию рецептов на препараты, которые больные зачастую сами себе и назначают.

Важной стороной мониторинга является самостоятельное ведение больными дома дневников самонаблюдения с фиксацией симптомов и показателей пикфлоуметрии. Как оказалось, лишь единицы ведут дома такие дневники (преимущественно, если проводят пикфлоуметрию), т.е. когда такой пациент приходит на прием, врачу сложно представить, что было с больным за время, прошедшее с предыдущего визита (часто превышающее несколько месяцев), как пациент регулировал получаемую терапию, т.е. мониторингования как такого не происходит. Отсюда следует вывод: не надо пренебрегать клиническими симптомами астмы, порой их (даже при отсутствии пикфлоуметрии) бывает достаточно для ведения больных астмой.

С мониторингом функции внешнего дыхания, а именно проведением пикфлоуметрии, реально дело обстоит также неудовлетворительно. Действительно, 82% пациентов знают о существовании такого метода, но на практике проводят пикфлоуметрию немногие. Как показал опрос врачей, лишь у 28% из них на участке есть хотя бы один больной, который проводит пикфлоуметрию. Это связано с несколькими причинами.

Во-первых, с отнюдь не маленькой ценой на пикфлоуметры и отсутствием их бесплатного выделения больным БА; во-вторых, с недостаточно активной позицией большинства врачей в убеждении пациента о необходимости проведения пикфлоуметрии. Как показывают наши данные, если больному разъяснять преимущества этого метода наблюдения, то многие пациенты находят средства и возможность приобретения пикфлоуметров. С чем может быть связана пассивная позиция врача? Одной из причин является то, что врач считает: пациент не имеет средств купить прибор и не считает нужным давать ему рекомендации. Другая причина — низкая информиро-

ванность врачей: из опрошенных нами докторов 20% вообще не знали о таком методе, а 12% лишь слышали о нем, не зная о возможностях и преимуществах мониторинга функции внешнего дыхания.

Следующей областью мониторингирования является контроль за обострениями астмы. Причины их различны: это и контакт с ингаляционными аллергенами, интенсивная физическая нагрузка, стресс, инфекция и т.д. Основными принципами мониторингирования обострений являются внимательный просмотр дневников самонаблюдения пациентов (которые, как уже было показано, мало кто из пациентов ведет) и распрос пациента для выяснения частоты, тяжести и причины обострения. Врач должен проанализировать, как пациент справился с обострением, была ли у него необходимость в дополнительной экстренной или стационарной помощи. В соответствии с полученными данными врач должен, при необходимости, пересмотреть план действий пациента при обострении, провести с ним дополнительную беседу о необходимости профилактики обострений. Что же происходит на самом деле? Выше приводились данные, свидетельствующие, что о мерах профилактики пациенты практически ничего не знают, врачи не считают нужным интересоваться, что было причиной обострения в каждом конкретном случае. Это подтверждает анализ историй болезни пациентов, поступавших в стационары г. Саратова с тяжелым обострением астмы. В 40% историй болезни отсутствуют указания на причины обострения заболевания, а следовательно, с больными не проводилась беседа о профилактике обострений.

Одним из важных принципов ведения больных БА является составление плана действий пациента при начале обострения. Этот план базируется на системе «трех зон», разработанных для больных астмой. Однако, как выяснилось, лишь 56% опрошенных врачей знают о существовании такой системы, а используют ее на практике вообще единицы. Это приводит к тому, что пациенты не знают, как вести себя при обострении заболевания, что показательно демонстрируют следующие данные. Всего лишь 31% больных при ухудшении самочувствия обращаются за

помощью к участковому врачу, 20% пациентов ждут, пока не станет совсем плохо, и тогда вызывают бригаду «скорой помощи», 49% пациентов изменяют терапию самостоятельно. Но что кроется за этим самостоятельным изменением терапии?

Оказалось, что лишь 48% больных увеличивают суточную дозу принимаемого противовоспалительного средства, а 52% увеличивают частоту приема бронхолитиков, прежде всего β_2 -агонистов короткого действия, без изменения базисной терапии. В результате им также приходится обращаться за экстренной медицинской помощью с последующей госпитализацией в стационар. Интересна аргументация таких больных: «вдруг само пройдет». В результате такой тактики «самоведения» высока доля пациентов с поздней госпитализацией: 41% опрошенных были госпитализированы в стационар при длительности обострения более месяца. Ряд пациентов, особенно длительно страдающих БА, не обращаются за помощью к участковому врачу, а в большинстве случаев сразу направляются на госпитализацию в стационар. В то же время и участковые врачи редко стремятся провести лечение обострения амбулаторно, а стараются госпитализировать больного. Это не соответствует современным подходам ведения больных БА, по которым основную массу госпитализируемых в стационар для терапии должны составлять лица с тяжелым обострением астмы, а пациенты с легким и среднетяжелым течением заболевания должны лечиться амбулаторно.

Важной задачей мониторинга астмы является контроль фармакотерапии. Он заключается в контроле приверженности пациента лечению, о чем свидетельствует частота пропуска приема препарата, а также в контроле техники ингаляции, частоты использования β_2 -агонистов короткого действия, частоты «коротких» курсов пероральных кортикостероидов, наличия побочных эффектов фармакотерапии. В последнее время широко стал применяться термин «кооперативность» больных — показатель, характеризующий желание и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

Как показали данные НИИ пульмонологии, кооперативность больных астмой составляет в среднем 67% [8]. На кооперативность больных влияют много факторов. Одним из них является сложность лечения, связанная с использованием неудобного для больного средства доставки. К сожалению, нередки случаи, когда врач, назначая тот или иной ингаляционный препарат, не объясняет пациенту технику его применения. Между тем без соответствующего разъяснения и демонстрации сложно ожидать от больного правильного использования индивидуального ингалятора. Лишь половина протестированных нами больных более или менее правильно пользовались дозированным ингалятором. В то же время правильная техника ингаляции — навык, который быстро утрачивается без постоянного контроля. Как показал опрос, менее половины врачей контролируют технику ингаляции у пациентов при их визитах.

За последние годы произошли значительные изменения в тактике лечения больных астмой, в основе которой лежит проведение прежде всего постоянной базисной терапии противовоспалительными средствами. Из них на первый план выходят ингаляционные кортикостероиды, обладающие хорошим профилем безопасности. В то же время у пациентов, а часто и у врачей сохраняется выраженный страх перед гормонами, что препятствует эффективному лечению. Из-за кортикофобии больные всячески стремятся оттянуть начало терапии, уменьшают кратность приема и дозу препарата или даже самостоятельно отменяют препараты [8]. Игнорировать проблему кортикофобии нельзя. Единственный выход — продуманная просветительская работа врача. Пациент должен быть заранее проинформирован не только о преимуществах ингаляционных кортикостероидов по сравнению с системными, но и о возможных осложнениях и методах их профилактики. Как же обстоит дело на практике? Лишь треть пациентов обсуждали возможные побочные эффекты фармакотерапии с врачом, причем преимущественно по собственной инициативе; большинство пациентов, получающих терапию ингаляционными кортикостероидами, не знают о необходимости применения спейсера и полоскания полости рта для профилактики местных по-

бочных эффектов препаратов. К сожалению, половина врачей также не знают об этом, а соответственно, и не могут обсуждать эту тему с пациентами.

Назначая терапию астмы, врач надеется улучшить качество жизни пациента, однако при этом часто забывает, что пациент является не бессловесной моделью исполнения его рекомендаций, а человеком, который тоже оценивает врача, а от этой оценки будет во многом зависеть соблюдение в дальнейшем рекомендаций. На вопрос «Как Вы оцениваете качество ведения на амбулаторном участке?» лишь 37% больных ответили, что считают его хорошим, 47% — удовлетворительным, а 16% полностью не удовлетворены общением с врачом поликлиники. А на вопрос «Что Вам не хватает в ведении на амбулаторном участке?» 52% пациентов ответили, что в качестве участкового врача хотели бы видеть более знающего, более внимательного доктора, располагающего чуть большим запасом времени и желания для общения с пациентом.

Эффективная фармакотерапия — это один из основных пунктов достижения целей лечения астмы. И здесь хотелось бы остановиться на двух моментах: лечение астмы в стационаре и фармакотерапия амбулаторная. Вначале рассмотрим, чем же лечат больных астмой в стационаре после купирования тяжелого обострения астмы. Самыми распространенными препаратами являются системные кортикостероиды и парентеральные метилксантины. И если применение системных стероидов можно считать оправданным, так как все анализируемые ситуации были тяжелым обострением астмы, то плановое применение парентеральных метилксантинов (1—2 раза в сутки) вряд ли можно считать рациональным.

Из тех больных, которым были назначены пероральные метилксантины, 70% пациентов получали короткодействующий зуфиллин и теофедрин (в том числе и на фоне парентерального введения аминофиллина), что является явно необоснованным подходом. Лишь половине пациентов в стационаре назначались ингаляционные кортикостероиды. Конечно, этот факт можно списать на экономические сложности стационаров. Но что происходит при выписке больного из стационара, когда врач не связан

ционара, когда врач не связан никакими экономическими рамками? 14% пациентов выписываются вообще без рекомендации проведения базисной противовоспалительной терапии. Прием ингаляционных стероидов рекомендуется лишь 46% больных, т.е. даже меньшему числу, чем их принимали в стационаре. При этом у трети пациентов не указывается рекомендуемая суточная доза или не указывается препарат. Более трети (37%) пациентам рекомендуется постоянная плановая терапия β_2 -агонистами короткого действия и лишь 11% — терапия β_2 -агонистами продленного действия. В то же время плановая терапия метилксантинами, из которых немалую часть составляет все тот же эуфиллин в таблетках или теофедрин, рекомендуется 44% больных. Таким образом, можно говорить о том, что недостатки лечения астмы в стационаре нельзя связать лишь с экономическими проблемами. Немаловажную роль играют незнание, а часто нежелание врача узнать и применить современные подходы к терапии больных астмой.

Не многим лучше обстоит дело с лечением на амбулаторном этапе. При опросе больных лишь половина из них отметила, что врач поликлиники рекомендовал прием ингаляционных противовоспалительных препаратов. Практически аналогичные данные получены и при опросе врачей. Только 68% докторов рекомендуют прием ингаляционных негормональных противовоспалительных препаратов. Однако при этом 16% врачей уверены, что интал купирует острый приступ одышки, либо затрудняются с ответом, а 16% врачей считают, что в состав «интала плюс» входит гормональный препарат.

Две трети врачей отвечают, что они назначают ингаляционные гормональные препараты для лечения астмы, однако 24% врачей не считают их препаратами для профилактического лечения астмы, а 4% затрудняются с ответом на этот вопрос. Треть врачей (28%) считают, что беротек — препарат для профилактического лечения астмы, а 16% — что беротек и бекотид — это препараты одной группы, либо затрудняются с ответом на этот вопрос.

Еще более интересные результаты были получены, когда попросили врачей ответить, в ка-

кой средней дозе они обычно назначают ингаляционные кортикостероиды для базисной терапии среднетяжелой астмы, обозначив при этом наименее и наиболее активные ингаляционные кортикостероиды. При назначении беклометазона дипропионата половина врачей затрудняются с выбором дозы или не назначают этот препарат, 32% врачей предпочитают низкие дозы (до 500 мкг/сут), которые вряд ли подходят для терапии среднетяжелой астмы, где предпочтение должно отдаваться средним или высоким дозам препарата. А средние дозы (500—850 мкг/сут) назначают лишь 20% врачей, и никто не назначает высокие дозы беклометазона. Еще интереснее обстоит дело с назначением флютиказона пропионата, который, как известно, является на сегодняшний день наиболее мощным из всех ингаляционных кортикостероидов. Большинство (72%) врачей либо вообще не назначают этот препарат, либо затрудняются с выбором дозы, 8% врачей назначают низкие дозы (до 250 мкг/сут), 12% — средние дозы (250—650 мкг/сут), 8% — высокие дозы (более 650 мкг/сут) флютиказона.

При назначении кортикостероидов надо учитывать, что они обладают разной противовоспалительной активностью, что определяет выбор суточной дозы. Так, 24% опрошенных врачей либо назначают одинаковые дозы беклометазона и флютиказона (400—600 мкг/сут), либо назначают дозы флютиказона, превышающие суточные дозы беклометазона (т.е. считают, что беклометазон превышает или равен флютиказону по противовоспалительной активности).

Таким образом, на амбулаторном этапе подходы к базисной терапии больных астмой не соответствуют современным принципам лечения. И связаны они не только с невозможностью пациентов приобретать назначенный препарат, но и с нежеланием и/или с неумением врачей назначать активную базисную терапию.

В связи с изменениями к подходам лечения астмы достаточно четко выделились две группы препаратов: для базисной профилактической терапии и симптоматической терапии, направленной на купирование приступа. Поэтому очень важно, чтобы пациент четко разграничивал для себя эти две группы препаратов.

Как было показано выше, далеко не все врачи сами четко представляют разницу между ними, как и половина из опрошенных пациентов не представляют себе разницу между препаратами для купирования приступа и для базисной терапии астмы. Необходимо отметить в то же время, что за последние годы значительно улучшилась ситуация с препаратами, используемыми пациентами для купирования приступа. Если 3 года назад, по данным нашего опроса, наиболее популярными препаратами были эуфиллин (85%), астмопент (40%), беротек (15%), сальбутамол (10%), то в настоящее время для купирования приступа большинство больных используют сальбутамол (50%), беротек (34%) и лишь 14% пациентов применяют астмопент и 2% — препараты группы метилксантинов.

Задача врача — назначить адекватную базисную терапию и убедить пациента в необходимости ее проведения, постоянного мониторингирования симптомов астмы и функции внешнего дыхания. Решать в данной ситуации должен сам больной. Врач обязан объяснить преимущества и недостатки того или иного препарата, подобрать наиболее приемлемую (в том числе и в финансовом плане) базисную противовоспалительную терапию. И, конечно, далеко не все, но многие пациенты находят возможность обеспечить себе необходимое лечение. Это подтверждают и полученные нами результаты — 95% больных из тех, кому рекомендовали прием тех или иных ингаляционных противовоспалительных средств, стали пользоваться ими.

И последнее, на чем хотелось бы остановиться, — это проблема обучения пациентов. Цель обучения состоит в том, чтобы помочь больному установить контроль над астмой. Обучение пациента должно начинаться с момента установления диагноза и продолжаться на каждом этапе медицинской помощи. Лечащий врач должен представить ключевые положения образовательной программы, установить контакт с пациентом. На других этапах медицинской помощи необходимо продолжить образование пациента. Как же обстоит дело с обучением пациентов на практике? Из уже продемонстрированных данных видно, что знания больных о своем заболевании, о подходах к его

лечению и ведению оставляют желать лучшего. Почему это происходит?

Большинство (73%) больных хотели бы знать о своем заболевании, но только 31% из них беседовали с врачом, и лишь в половине случаев беседа проводилась по инициативе врача. В то же время почти треть (27%) пациентов ответили, что они не хотели бы знать о своем заболевании больше, чем они знают. Наиболее частыми аргументами были: «я и так все знаю» и «врач сам не знает». Длительно болеющие пациенты считают, что длительность болезни — гарант полноты их знаний. В то же время наши предыдущие опросы, проводимые на занятиях в астма-кабинете [6, 7], а также результаты опроса, приведенные выше, показали, что знания, а главное умение ими пользоваться, у этих пациентов оставляют желать лучшего. Поэтому от врача требуется особое внимание к этой категории больных, именно с ними должна проводиться наиболее тщательная, а главное, активная разъяснительная работа.

В то же время и большинство из тех пациентов, которые хотят знать о своем заболевании, оказываются достаточно пассивными в своем желании иметь больше информации, и лишь 50% из них обращаются за помощью к врачу, пользуются литературой. Из них большинство (70%) остались не удовлетворены ответами врача, считая, что врач сам не всегда располагает точной и полной современной информацией о заболевании.

Таким образом, можно говорить о том, что постулат «врач и больной — партнеры в борьбе с заболеванием» в настоящее время далек от своего исполнения. Врачи нередко занимают выжидательную, а пациенты — пассивную позицию. Выход из данной ситуации заключается в активном обучении пациентов принципам самоведения, активном включении больных в образовательные программы, распространении обучающей литературы, работе со средствами массовой информации. Как показывает собственный опыт обучения больных, даже те из них, кто изначально настроен скептически, считая, что и так все знает, после первых же часов занятий начинают активно участвовать в процессе обсуждения, от-

крывая для себя все новые и новые не известные до того моменты [6, 7].

Заключение

Результаты нашего анализа свидетельствуют о наличии достаточно большого количества дефектов в качестве диагностики, ведения и лечения больных БА на различных этапах оказания медицинской помощи. Трудности заключаются как в отсутствии первичного обучения больных, так и в отсутствии постоянного, регулярного наблюдения этих пациентов участковым врачом (терапевтом и пульмонологом). Связано это не только с отсутствием у врача времени на общение с пациентом, но и с незнанием, а зачастую и нежеланием врача узнать современные подходы к ведению и лечению больных астмой. Полученные нами данные подтверждают, что основными факторами, ведущими к утяжелению течения астмы и смертности, являются плохая диагностика, неадекватное ведение и лечение, а образование больных — совершенно необходимая часть общей программы лечения астмы.

Литература

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Пульмонология (Приложение). М., 1996. 166 с.
2. Бронхиальная астма: Руководство для врачей России (формулярная система). М., 1999. 40 с.
3. Княжеская Н.П. Длительная терапия бронхиальной астмы // Русский медицинский журнал. 1999. < 17. С. 830—836.
4. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Шеянов М.В. Отдаленные исходы бронхиальной астмы: прогностическая значимость качества медицинской помощи и обучения пациентов // Пульмонология. 1996. < 1. С. 18—25.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». М., 1997. 93 с.
6. Ребров А.П., Кароли Н.А. Опыт работы астма-кабинета в областном стационаре // Пульмонология. 1998. < 3. С. 81—85.
7. Ребров А.П., Кароли Н.А. Анализ качества лечения и ведения больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе // Актуальные проблемы пульмонологии: Сб. трудов Всероссийского научного об-ва пульмонологов. М., 2000. С. 181—189.
8. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 2000. < 3. С. 53—61.
9. Собченко С.А., Коровина О.В. Опыт работы «Школы для больных бронхиальной астмой» // Пульмонология. 1991. < 3. С. 14—19.

Поступила в редакцию 28.06.2001 г.