

Методологические подходы к организации помощи больным бронхиальной астмой на региональном и локальном уровнях

Е.К. Бельпоков

Бронхиальная астма (БА) является тяжелой хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей и представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всех странах мира.

Во всем мире наблюдается рост распространенности БА. Астма сопровождается значительным социально-экономическим ущербом (GINA, 1995, 2002). В течение последнего десятилетия разработана научно обоснованная концепция заболевания - Глобальная стратегия лечения и профилактики БА - GINA (1992, 2002). Согласно данной концепции диагностика, лечение и профилактика, оказание медицинской помощи больным астмой характеризуются целым рядом технологий, таких как: применение стандартизированных опросников для проведения эпидемиологических исследований и изучения качества жизни больных БА, специфическая аллергологическая диагностика, устранение воздействия факторов риска, ступенчатая терапия с использованием базисных противоастматических препаратов (ПАП), в первую очередь, ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), применение дневника симптомов для мониторингования тяжести БА и составление планов длительной и неотложной терапии, управляемое самоведение больных БА, метод пикфлоуметрии, образовательные программы для врачей и больных астмой, применение различных средств доставки ПАП и др.

Большинство из перечисленных технологий составляют основу программы ведения больных астмой (6 частей) - а six-part asthma management program (SPAMP).

В настоящее время Глобальной стратегией лечения и профилактики БА ставится задача внедрения современных технологий ведения больных астмой в практическое здравоохранение: "Несмотря на усилия по улучшению оказания помощи больным БА, предпринятые в течение последнего десятилетия, большинство пациентов не получало помощи от достиже-

ний в этой области, а многие не получают даже элементарного лечения. Задачей на следующие несколько лет будет работа с медицинскими работниками первичного звена и организаторами здравоохранения в различных странах с целью разработки и оценки программ по лечению БА и адаптации этих программ к местным требованиям" (GINA, 2002).

Провозглашенная в России национальная программа по борьбе с астмой предусматривает внедрение основных положений GINA в практическое здравоохранение. С 1996 г. в регионах России, в том числе и в Свердловской области, в условиях постоянного дефицита финансирования здравоохранения стали разрабатываться и внедряться региональные программы (РП) помощи больным БА.

На практике при комплексном подходе к проблеме БА в отдельно взятом регионе, городе, районе целесообразно рациональное объединение технологий, направленных на выявление и лечение больных астмой (изучение распространенности, создание регистра, SPAMP), в программы с мониторингом медико-экономической эффективности их внедрения.

В настоящее время требуется разработка научно обоснованных подходов с целью совершенствования оказания помощи больным астмой, опираясь на опыт внедрения противоастматической программы, существующую систему медицинской помощи больным БА и данные проведенных ранее исследований.

При этом начальной "точкой отсчета" должны быть лечебные учреждения (ЛУ) и участковые (цеховые) терапевты, врачи общей практики. Совершенствование оказания медицинской помощи больным БА с внедрением новых технологий нужно начинать с обучения терапевтов современным принципам диагностики и лечения БА. Это могут быть 1-2 недельные курсы в областном центре или выездные циклы в городах и районах. Достаточно двух циклов с интервалом в полгода - год. На первом цикле

проводится вводное обучение по современной диагностике, лечению и профилактике БА, принципам ведения больных БА по технологии SPAMP и самоведения, дается задание по переводу больных БА на прикрепленном участке на новую технологию ведения. На втором цикле проводится контрольное обучение с оценкой первых результатов внедрения SPAMP, изучаются вопросы дифференциальной диагностики БА, разрабатывается перспективный план дальнейшей работы.

После первого цикла обучения терапевты на местах переводят больных БА на технологию SPAMP. После 2-го цикла обучения проводят ревизию больных с бронхообструктивными и аллергическими заболеваниями с привлечением аллерголога, пульмонолога на предмет выявления БА; в рамках диспансерного наблюдения создают регистр больных астмой на своем врачебном участке.

Аллергологи и пульмонологи также нуждаются в специализации по БА, но по другой программе с акцентом на особенности ведения больных астмой при тяжелых формах, у беременных, выявление БА у лиц призывного возраста, в сложных случаях, с углубленным рассмотрением вопросов фармакоэкономики и эпидемиологии БА.

Аллергологические и пульмонологические кабинеты должны выполнять функции астма-кабинетов, специалисты которых координируют оказание помощи больным БА в районе своей деятельности.

Основными задачами астма-кабинета могут быть:

- оказание специализированной помощи больным БА;
- ведение образовательных программ;
- оказание организационно-методической помощи терапевтической службе по внедрению современных технологий диагностики и лечения БА;
- мониторинг основных показателей: заболеваемость, смертность, инвалидизация, вызовы СМП, госпитализации;
- участие в проведении фармакоэкономических и эпидемиологических исследований;
- ведение межрайонного регистра больных БА;
- взаимодействие с аптеками по лекарственному обеспечению;
- взаимодействие с МСЭ по экспертизе стойкой утраты трудоспособности;
- взаимодействие с ТФОМС по экспертизе качества ведения больных БА.

На региональном уровне координирует работу астма-кабинетов областной (региональный) астма-центр, задачами которого являются:

- создание областного (регионального) регистра больных БА по данным районных и городских регистров и мониторинг медико-эконо-

мической эффективности внедряемых технологий диагностики, лечения и профилактики БА;

- организация обучения терапевтов, врачей общей практики, аллергологов, пульмонологов по вопросам современной диагностики, лечения и профилактики БА.

- контроль процесса внедрения программы (технологий) по БА на местах, проведение аудита;

- организационно-методическая помощь при внедрении технологий (программ) по БА на местах;

- совместно с ТФОМС, органами управления здравоохранением и кафедрами медицинских вузов организация эпидемиологических и фармакоэкономических исследований по проблеме БА с решением вопросов финансирования программы помощи больным БА;

- мониторинг структуры врачебных назначений ПАП, заболеваемости, инвалидизации, смертности, летальности, числа госпитализаций, вызовов СМП;

- взаимодействие с МСЭ и центром профпатологии по вопросам экспертизы трудоспособности у больных БА, в том числе по профессиональной причине;

- разработка и внедрение стандартов терапии БА;

- решение вопросов по оптимизации лекарственного обеспечения больных БА, в том числе по бесплатным рецептам;

- информационное обеспечение проводимых мероприятий (печатная, видеопродукция, привлечение СМИ и т.п.).

В соответствии с задачами организационных структур локального и регионального уровней система этапного оказания помощи больным БА выглядит следующим образом.

Медицинская помощь больным БА может оказываться как в экстренном, так и в плановом порядке.

Экстренная помощь оказывается на догоспитальном и госпитальном этапах.

Догоспитальный этап:

- оказание неотложной помощи больным БА на дому в виде самопомощи и/или с участием врача общей практики (участкового терапевта) [1, 8];

- оказание неотложной помощи бригадой СМП на дому, по дороге в медицинское учреждение [2].

Госпитальный этап:

- неотложная помощь во время посещения поликлиники оказывается врачами поликлиники, при необходимости, с последующей госпитализацией [1, 8, 3];

- неотложная помощь при госпитализации может оказываться на уровне:

- а) приемного покоя [1, 8, 3];

- б) пульмонологического, аллергологического (терапевтического) отделений [1, 8];

- в) реанимационного отделения [1, 8].

Необходимо отметить, что при оказании неотложной помощи больным БА большим преимуществом с точки зрения клинической и экономической эффективности обладает небулайзерная ингаляционная терапия растворами бронхолитических препаратов [2, 3].

В плановом порядке, т.е. в рамках диспансерного наблюдения, предполагается, что больные БА получают медицинскую помощь на следующих уровнях [1].

Первый уровень оказания помощи больным БА: врач общей практики (участковый терапевт):

- постоянно наблюдает больных БА (в среднем 1 раз в месяц); выписывает рецепты;
- вновь выявленных больных астмой направляет к аллергологу, пульмонологу поликлиники (астма-кабинета) для уточнения диагноза и разработки плана длительной терапии и профилактики астмы с использованием метода оптимизации антиастматической терапии [4];
- при контрольных посещениях у больных БА с установленным диагнозом и разработанным планом лечения проверяет правильность применения ингаляторов, спейсеров, небулайзеров, пикфлоуметров; определяет степень тяжести астмы и соответствие терапии установленной степени тяжести; при необходимости направляет больного БА на консультацию к пульмонологу, аллергологу, при обострении в стационар, или сам оказывает неотложную помощь;
- обучает больных БА правилам пользования ингаляторами, спейсером, небулайзером, пикфлоуметром;
- контролирует выполнение планов самоведения больных БА;
- совместно с больными определяет факторы риска (триггеры) и дает рекомендации по их устранению;
- направляет больных БА на консультацию к аллергологу, пульмонологу в среднем 1 раз в 3 месяца для решения вопросов тактики и стратегии ведения.

Второй уровень помощи больным БА: специалист по бронхиальной астме, аллерголог, пульмонолог поликлиники (астма-кабинета), прошедший специализацию по БА:

- консультирует вновь выявленных больных БА, больных, у которых диагноз БА требует подтверждения, и больных с установленным диагнозом;
- решает вопросы экспертизы;
- уточняет диагноз, используя метод пикфлоуметрии, бронходилатационную пробу, при необходимости консультирует больного в консультативном центре;
- разрабатывает план длительной терапии и профилактики астмы с использованием метода оптимизации антиастматической терапии, план самоведения больных БА и контро-

лирует их выполнение при повторных посещениях;

- проверяет правильность применения ингаляторов, спейсера, небулайзера, пикфлоуметра и при необходимости обучает правилам пользования;
 - организует и проводит астма-школу, индивидуальное обучение больных БА;
 - совместно с больным определяет факторы риска (триггеры) и дает рекомендации по их устранению;
 - направляет на кожные пробы с аллергенами, по показаниям;
 - решает вопросы стратегии и тактики ведения больных БА, при затруднении направляет больных к специалисту по БА консультативного центра;
 - сам ведет тяжелых больных БА; беременных женщин с БА; подростков, больных астмой и подлежащих призыву в армию; больных с эндогенной БА;
 - при необходимости сам оказывает неотложную помощь больным БА, направляет их в стационар;
 - консультирует больных БА в стационаре;
 - разбирает клинические ситуации, осложняющие течение астмы (синусит, полипы носа, тяжелый ринит и аспергиллез);
 - обучает участковых врачей и контролирует ведение ими больных;
 - ведет учет больных в своем районе и анализирует заболеваемость, смертность, инвалидизацию, частоту госпитализаций и вызовов СМП.
- Третий уровень помощи больным БА:** специалист по бронхиальной астме, аллерголог, пульмонолог консультативного центра, прошедший специализацию по БА:
- консультирует больных, направленных для уточнения диагноза, толерантных к проводимой базисной терапии; требующих дифференциальной диагностики;
 - решает вопрос об иммунотерапии астмы;
 - проводит компьютерную спирографию, бронходилатационную пробу, провокационные тесты, пикфлоуметрию;
 - осуществляет аллергологическую диагностику;
 - решает вопросы экспертизы;
 - проверяет правильность применения ингаляторов, спейсеров, небулайзеров, пикфлоуметров и при необходимости обучает правилам пользования;
 - при необходимости сам оказывает неотложную помощь больным БА, направляет их в стационар;
 - консультирует больных БА в стационаре, в других ЛУ;
 - организует и проводит астма-школу, индивидуальное обучение больных БА;

- обучает участковых врачей, аллергологов, пульмонологов поликлиник (астма-кабинетов) и контролирует ведение ими больных БА;
- участвует в организации и работе семинаров, конференций, симпозиумов по проблемам БА;
- проводит эпидемиологические и фармакоэкономические исследования по БА.

Что касается реабилитации больных астмой в санаторно-курортных условиях, то необходимым требованием в этих случаях является благоприятная климато-географическая и экологическая ситуация в районе, где проводятся реабилитационные мероприятия.

Руководство процессом внедрения современных технологий диагностики и лечения БА на региональном уровне осуществляется инициативной группой (группа планирования), состоящей, как правило, из главных специалистов (аллерголог, пульмонолог, терапевт, педиатр), представителей органов управления здравоохранением, ТФОМС, профильных кафедр медицинских вузов, руководителя фармацевтической службы, представителей практического здравоохранения и общественных организаций больных БА. Целесообразно подключение фармацевтических фирм-производителей ПАП. Группа планирования разрабатывает программу, включающую не только современные технологии диагностики, лечения и профилактики БА, но и мероприятия, способствующие внедрению данных технологий.

К этим мероприятиям относится лекарственное обеспечение больных БА, в том числе по бесплатным рецептам, а также материально-техническое обеспечение процесса внедрения (финансирование обучения врачей, проведения астма-школ, оснащение медоборудованием астма-кабинетов, финансирование эпи-

демиологических и фармакоэкономических исследований и т.п. в зависимости от конкретной ситуации в регионе, области, городе).

Группа планирования постоянно взаимодействует с региональным (областным) астма-центром.

Программы помощи больным БА могут быть полными (комплексными), когда они включают технологию ведения больных БА (SPAMP), образовательную программу для врачей, фармацевтов, больных БА и населения, эпидемиологические и фармакоэкономические исследования, лекарственное и материально-техническое обеспечение [5], и неполными, например, обучение врачей + внедрение SPAMP + лекарственное обеспечение. В тех городах и районах, где лекарственное обеспечение ПАП налажено, бывает достаточно обучения врачей + внедрение технологии SPAMP на уровне ЛУ [6, 7].

На локальном уровне (город, район, ЛУ) руководство программой может осуществляться как инициативной группой, так и одним человеком, как правило, аллергологом, пульмонологом или заведующим отделением, поликлиникой.

Финансирование программы, в первую очередь бесплатного лекарственного обеспечения, наиболее трудная задача, которая должна решаться группой планирования. При недостаточном региональном финансировании необходимо рассматривать вопросы материально-технического обеспечения на локальном уровне.

В заключение следует сказать, что разработка научно обоснованных подходов к организации медицинской помощи больным астмой в условиях внедрения современных технологий диагностики, лечения и профилактики БА в конечном итоге должна привести к повышению качества жизни больных астмой при снижении трудопотерь и затрат на лечение.

Литература

1. Лещенко И.В., Бельтюков Е.К., Михайлов В.Г., Невзорова В.П., Лебедева М.К., Луговкина Т.К., Садовникова Р.В., Шабашов А.Ф. Бронхиальная астма: длительная терапия и профилактика: Пособие для практических врачей по амбулаторному ведению больных астмой. Екатеринбург, СОЦМП, Уралмедиздат, 1998, 48 с.
2. Верткин А.Л., Элькис И.С., Кривцова Е.В. Лечение обострений бронхиальной астмы на догоспитальном этапе. Лечащий врач, 2000, № 7, с.50-51.
3. Рыжова И.Г., Петрова М.А., Разоренова Т.С. Применение растворов беродуала и лазолвана с помощью небулайзера для неотложной терапии у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ в амбулаторных условиях. Новые С.-Петерб. врач. ведомости, 2000, № 3, с.91-95.
4. Чучалин А.Г., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Беллевский А.С., Медникова О.Б., Беда М.В. Метод оптимизации антиастматической терапии. М., Универсум Паблишинг, 1997, 56 с.
5. Бельтюков Е.К. Локальная программа помощи больным бронхиальной астмой: организационные, эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты: Пособие для врачей и организаторов здравоохранения. М., Группа МФЦ, 2003, 38 с.
6. Бельтюков Е.К., Рязанцева В.Г., Шумелина Е.Н. Эффективность диспансеризации больных бронхиальной астмой в медико-санитарной части. Сб. тр. 5-го конгр. "Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии" (12-14 ноября 2002 г., Москва). М., 2002, т.2, с.289.
7. Кисляк Л.В., Соколов А.С., Чучалин А.Г. Эффективность применения формулярной системы в терапии бронхиальной астмы. Сб. тр. 12-го нац. конгр. по болезням органов дыхания (11-15 ноября 2002 г., Москва). М., 2002, с.58.
8. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Publ. № 95-3659. Washington: National Health, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, 1995.