

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.248—08—036.8

В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко, М.В.Шеянов

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра внутренних болезней № 1 1-го лечебного факультета
Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова

POSTPONED OUTCOMES OF BRONCHIAL ASTHMA: PROGNOSTICAL VALIDITY OF MEDICAL SERVICE AND PATIENT TRAINING

V.I.Makolkin, S.I.Ovcharenko, M.V.Sheianov

Summary

The postponed survival with profitable outcomes of bronchial asthma was studied in 3 patient groups which were divided with the medical service and patient training quality. It was found, that patient undertraining and low medical service quality are unprofitable prognostic factors during bronchial asthma (BA). The followings are the most unprofitable: the formal character of the dynamic following up in patients; the wrong way of patient behaviour during BA exacerbation; the absence of conscious approach in patients to treatment and exacerbation prevention of BA. The effect of the medical service and the patient training quality has a postponed character, that should be taken in concideration during efficiency evaluation of training programs and changes of medical service organisation for BA patients.

Резюме

Актуальным методом изучена отдаленная выживаемость без неблагоприятного исхода бронхиальной астмы (БА) в 3 группах пациентов, различавшихся по качеству медицинской помощи и обучения (КМПиОП). Установлено, что недостаточное обучение пациентов и низкое качество медицинской помощи являются неблагоприятными прогностическими факторами при БА. Наиболее прогностически неблагоприятны: формальный характер динамического наблюдения за больными, неправильный стереотип действий пациентов при обострении БА, отсутствие у пациентов осознанного подхода к лечению и профилактике обострений БА. Влияние КМПиОП на течение БА имеет отсроченный характер, что следует учитывать при оценке эффективности обучающих программ и изменений организации медицинской помощи больным БА.

При ретроспективном анализе случаев летальных исходов и развития угрожающих жизни состояний (УЖС) у больных бронхиальной астмой (БА) установлено, что большинство из них можно было предотвратить [8,15]. Причинами подобных ситуаций часто оказываются неправильное поведение больного или неадекватные действия медицинского персонала [13]. Установленные факты привлекли внимание специалистов к качеству медицинской помощи больным БА и уровню их обучения как факторам существенной прогностической значимости. Однако в данной области по-прежнему ощущается дефицит систематизированной информации, недостаточно разработаны методики

комплексной количественной оценки этих показателей. В литературе представлены единичные попытки подобных оценок [6]. Прогностическая значимость изучена лишь для отдельно взятых параметров, характеризующих разные аспекты проблемы. Взаимосвязь качества медицинской помощи больным БА и обучения пациентов (КМПиОП), изученных в комплексе, и отдаленных исходов астмы не исследована. Состояние этого вопроса в России не изучено.

Целью данной работы явилось создание методики комплексной количественной оценки КМПиОП при БА и изучение с ее помощью влияния этих факторов на отдаленные исходы заболевания.

Уважаемые коллеги!

В конце 1995 года в мире фармацевтического бизнеса произошло большое и яркое событие — британская фармацевтическая компания Файсонс вошла в состав одного из крупнейших фармацевтических концернов — франко-американскую компанию Рон-Пуленк Рорер.

История существования компании Файсонс насчитывает около 200 лет. Всемирную известность она приобрела в 1965 году в связи с созданием препарата Интал, коренным образом изменившего судьбы десятков миллионов людей, страдающих бронхиальной астмой, на всей планете. Уникальные свойства кромогликата натрия — активного начала препарата Интал, послужили основой для разработки целой гаммы высокоэффективных препаратов: Оптикрома, Ломузола и Налкрома, используемых для профилактики и лечения аллергических заболеваний глаз, носа и пищевой аллергии.

Благодаря этому революционному открытию, Файсонс заняла прочные позиции среди мировых лидеров в области создания лекарственных средств для лечения бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний.

Росту международного авторитета компании Файсонс во многом способствовал выход на рынок в 1986 году недокромила натрия — нового оригинального препарата для лечения бронхиальной астмы, известного под названием Тайлед.

Решением Всемирной Организации Здравоохранения препараты кромогликат натрия и недокромил натрия, разработанные компанией Файсонс, были включены в перечень базисных средств для профилактики и лечения бронхиальной астмы.

Фармацевтическая компания Рон-Пуленк Рорер была образована в 1990 году в результате слияния фармацевтической ветви крупнейшего французского концерна Рон-Пуленк и американской фармацевтической компании Рорер.

Ежегодный торговый оборот фирмы Рон-Пуленк Рорер, превышающий 5 миллиардов долларов, обеспечил ее прочное вхождение в первые пятнадцать фармацевтических компаний мира и лидерство на фармацевтическом рынке Франции.

Рон Пуленк Рорер является подлинно международной компанией, имеющей сеть представительств более чем в 150 странах мира. Еще до объединения с Файсонс в ее состав вошел целый ряд фирм: французские — Спесиа (Spesia), Роже Белон (Roger Bellon), Фармука (Pharmuka) и Терапликс (Theraplix), английская — Мей энд Бейкер (May & Baker), американские — Армур (Armour) и Ю.С. Этикалс (US Ethicals), немецкие — Наттерманн (Nattermann) и Др. Шиффер (Dr. Schiffer). В целом ряде стран успешно работают совместные предприятия по производству препаратов фирмы Рон-Пуленк Рорер. Разрабатываются планы такого сотрудничества и с российскими партнерами.

Для того, чтобы находиться в числе лидеров фармацевтической промышленности, фирма Рон-Пуленк Рорер располагает всеми необходимыми средствами для проведения научно-исследовательских работ. У нее накоплен солидный опыт оригинальных разработок, явившихся крупными достижениями в различных областях медицины. Рон-Пуленк Рорер ежегодно направляет более 500 миллионов долларов США на исследование новых соединений, включая антибактериальные, обезболивающие, противовоспалительные, сердечно-сосудистые, противоопухолевые, противоаллергические и противоастматические препараты, средства для борьбы со СПИД и препараты, влияющие на центральную нервную систему и костный метаболизм.

В настоящее время на пути в клиническую практику находится целый ряд весьма перспективных препаратов, разработанных в исследовательских подразделениях Рон-Пуленк Рорер. Задачей фирмы является ускорение этого процесса и снабжение здравоохранения высокоэффективными и безопасными фармацевтическими препаратами на традиционно высоком уровне.

Вхождение Файсонс в состав компании Рон-Пуленк Рорер существенно упрочило позиции последней в области разработки и производства респираторных и противоаллергических препаратов.

На сегодняшний день Рон-Пуленк Рорер обладает поистине универсальным набором высокоэффективных и безопасных средств всех основных фармакологических групп, используемых для профилактики и лечения бронхиальной астмы и целого ряда других респираторных и аллергических заболеваний. К их числу относятся как уже зарекомендовавшие себя Интал и Тайлед, так и более новые для российского рынка препараты, такие как ингаляционные кортикостероиды — Азмакорт и Назакорт, новый комбинированный препарат для лечения бронхиальной астмы — Интал Плюс, препараты из группы теофиллинов пролонгированного действия, а также новая генерация современных противоаллергических средств.

Более подробная информация может быть представлена по адресу:

103062, Москва, ул. Покровка, 45.

Тел.: 926-57-11/12/13/14/15/16

Факс: 926-57-10

 RHÔNE-POULENC RORER

FISON
Pharmaceuticals

Шкала оценки качества медицинской помощи и обучения пациентов (в баллах)

1. Обучение правильному использованию ингалятора: да — 1, нет — 0.
2. Информированность о характере и особенностях своего заболевания (БА): да — 1, нет — 0.
3. Наличие сформулированного врачом плана действий при обострении БА: да — 1, нет — 0.
4. Информированность о возможности развития у больного БА угрожающих жизни состояний и признаках опасного для жизни обострения: да — 1, нет — 0.
5. Наличие сформулированного врачом плана действий при внезапном тяжелом приступе БА: да — 1, нет — 0.
6. Информированность об опасности злоупотребления ингаляционными симпатомиметиками: да — 1, нет — 0.
7. Информированность об опасности самовольного прекращения применения кортикостероидных препаратов или быстрого снижения их дозы: да — 1, нет — 0.
8. Обычные действия при обострении БА: обращение к врачу при первых признаках обострения — 2; обращение к врачу только при выраженном ухудшении состояния — 1; самолечение, вызов "скорой помощи" при наиболее тяжелых приступах — 0.
9. Частота посещения терапевта за последний год: чаще 1 раза в месяц — 4; ежемесячно — 3; чаще 1 раза в 3 месяца — 2; реже 1 раза в 3 месяца — 1; не было — 0.
10. Наблюдение одним и тем же врачом-терапевтом не менее 1 года: да — 1, нет — 0.
11. Удовлетворенность качеством врачебной помощи по месту жительства: да — 1, нет — 0.
12. Периодичность исследования функции внешнего дыхания: чаще 1 раза в 3 месяца — 3, не чаще 1 раза в 3 месяца — 2, не чаще 1 раза в год — 1, не исследовалась за весь период наблюдения — 0.
13. Периодичность исследования крови: чаще 1 раза в 3 месяца — 3, не чаще 1 раза в 3 месяца — 2, не чаще 1 раза в год — 1, не исследовалась за весь период наблюдения — 0.
14. Периодичность исследования мокроты: чаще 1 раза в 3 месяца — 3, не чаще 1 раза в 3 месяца — 2, не чаще 1 раза в год — 1, не исследовалась за весь период наблюдения — 0.

Для исследования были отобраны 73 больных БА (25 мужчин и 48 женщин) в возрасте 17—68 лет (средний возраст 45,1 года), находившихся на лечении в ФТК ММА им.И.М.Сеченова с 1985 по 1988 г. и не имевших инвалидности на момент выписки. БА диагностировали в соответствии с общеизвестными рекомендациями [3]. Большинство больных находились под динамическим наблюдением и ежегодно проходили обследование в стационарных условиях. По прошествии 5—10 лет (на январь 1995 г.) пациенты были приглашены в клинику для осмотра, установления отдаленного исхода БА и оценки уровня КМПиОП за истекший период.

КМПиОП оценивалось по 24-балльной шкале с использованием специально разработанной анкеты (табл.1). Показатель, характеризующий общий уровень КМПиОП, рассчитывался как сумма баллов, полученных пациентом по каждому пункту анкеты.

Отдаленный исход БА определялся путем расспроса пациентов и анализа медицинской документации. Он считался неблагоприятным (НИ) при: а) развитии у больного за период наблюдения УЖС и/или б) резком снижении качества жизни, приведшем к стойкой нетрудоспособности и социально-психологической дезадаптации (критерий — наличие инвалидности). В качестве УЖС рассматривались тяжелые длительные приступы БА, резистентные к активной бронхолитической терапии и сопровождающиеся выраженной дыхательной недостаточностью и гиперкапнией. В случае повторных УЖС учитывалось первое из них. При наличии УЖС и инвалидизации, наступивших в разное время, учитывалось хронологически первое событие. При отсутствии за период наблюдения указанных событий исход

БА считался благоприятным (БИ). Особенности использованной методики не позволили изучить КМПиОП у больных с летальным исходом БА.

Пациенты были разделены на три группы по величине суммарного показателя, характеризующего КМПиОП. В группу А вошли больные с относительно высоким уровнем КМПиОП (не менее 12 баллов по применявшейся шкале), в группу Б — больные со средним уровнем КМПиОП (от 7 до 11 баллов) и в группу В — лица с низким уровнем КМПиОП (от 0 до 6 баллов) — табл.2. В каждой из групп актуаральным методом [4,5] была изучена десятилетняя накопленная вероятность благоприятного исхода БА (далее — накопленная выживаемость без НИ). Актуаральный метод анализа выживаемости позволяет объединить в одну

Таблица 2

Основные характеристики пациентов в группах с различным качеством помощи и обучения

Показатель	Группа А	Группа Б	Группа В
Число пациентов	29 (19ж/10м)	31 (19ж/12м)	13 (10ж/3м)
Давность болезни на начало наблюдения, годы	5,8±1,1	5,7±1,5	5,1±2,1
FEV ₁ на момент начала наблюдения, % от должного	63,8±5,5	58,7±6,8	75,7±9,5***

Примечание. * — $p_{A-B} > 0,05$; ** — $p_{B-B} > 0,05$.

Таблица 3

Отдаленные исходы БА у пациентов в группах с различным уровнем качества медицинской помощи и обучения

Показатель	Группа А	Группа Б	Группа В
Число НИ, абс. (%)	9 (31%)	18 (58%)	10 (77%)
Из них случаев:			
— УЖС	5 (17%)	7 (23%)	6 (46%)
— инвалидизация	4 (14%)	3 (10%)	4 (31%)
— сочетания последних	3 (10%)	7 (23%)	0
Пятилетняя выживаемость без НИ, %	74±8	61±9	44±14
Десятилетняя выживаемость без НИ, %	54±10 ****	36±10***	11±9

Примечание. * — $p_{A-B} < 0,05$; ** — $p_{A-B} < 0,01$; *** — $p_{B-B} > 0,05$.

группу пациентов с разным сроком наблюдения, в том числе выбывших из исследования на любом его этапе, и рассчитать вероятность наступления или отсутствия определенного события (смерть, развитие УЖС, инвалидизация и т.д.) для всей группы в целом, как если бы все без исключения ее члены наблюдались до наступления этого события или истечения срока наблюдения. Метод позволяет также изучить распределение во времени исследуемых событий и сравнивать их временную структуру в разных группах больных.

Достоверность различий между группами по характеристикам выживаемости оценивалась с помощью *Log-Rank Test* и обобщенного теста *Wilcoxon* в варианте *Gehan-Mantel (Mantel's procedure to Gehan's generalized Wilcoxon test)* [5]. Различие считалось достоверным при $p < 0,05$.

Из 73 больных у 36 (49%) отдаленный исход заболевания оказался благоприятным, у 37 (51%) — неблагоприятным. Из них 26 (36%) больных перенесли за период наблюдения УЖС, связанные с БА, у 11 (15%) произошла инвалидизация. У 10 (14%) больных имело место сочетание развития УЖС и инвалидизации. В целом в исследованной когорте больных накопленная выживаемость без НИ ($M \pm SE$) составила на пятом году наблюдения $64 \pm 6\%$, на десятом — $42 \pm 7\%$.

В группе А из 29 пациентов НИ отмечен у 9 (31%). Из них у 5 (17%) развились УЖС, инвалидизация произошла у 4 (14%) больных, сочетание обоих критериев НИ отмечено у 3 (10%) больных. Накопленная выживаемость без НИ на пятом году исследования составила $74 \pm 8\%$, на десятом году — $54 \pm 11\%$.

В группе Б из 31 больного НИ отмечен у 18 (58%). Из них у 7 (23%) развились УЖС, у 3 (10%) произошла инвалидизация. У 7 (23%) больных отмечено сочетание последних. Накопленная выживаемость без НИ на пятом году составила $61 \pm 9\%$, на десятом году — $36 \pm 10\%$.

В группе В из 13 больных НИ отмечен у 10 (77%). Из них у 6 (46%) развились УЖС, у 4 (31%) произо-

шла инвалидизация. Накопленная выживаемость без НИ на пятом году составила $44 \pm 14\%$. Десятилетняя накопленная выживаемость без НИ — $11 \pm 9\%$.

При сравнении показателей накопленной выживаемости без НИ на протяжении всего периода наблюдения выявлены достоверные различия между группами А и Б ($p=0,04$), А и В ($p=0,01$). В группе Б наблюдалась тенденция к лучшей выживаемости без НИ по сравнению с группой В ($p=0,15$). Характер и взаимное расположение кривых накопленной выживаемости без НИ (рисунок) позволяют предположить, что временная структура НИ в группах А, Б и В ощутимо различается. На начальном этапе (в период до 3 лет) параметры выживаемости без НИ аналогичны во всех трех группах ($p=0,88$). После 3 лет они приобретают существенные различия, достигая в конечном итоге указанных выше величин ($p=0,03$) — см. рис.1, табл.3.

С помощью актуариального метода нами были также исследованы различия между группами с благоприятным и неблагоприятным отдаленными исходами БА по отдельным показателям шкалы КМППОП. Результаты представлены в табл.4.

Проводившиеся ранее ретроспективные исследования [7,9,10,12—14,16] показали, что для больных, погибших от БА были характерны отсутствие регулярного медицинского наблюдения и преемственности в оказании врачебной помощи, недостаточная квалификация лечащего врача, проблемы во взаимоотношениях врача и пациента, а также неправильный стереотип действия больных, поздно обратившихся за помощью при обострении БА.

В настоящем исследовании обнаружено, что отдаленная выживаемость без НИ максимальна в группе пациентов с лучшим КМППОП и убывает по мере уменьшения этого параметра. Кроме того, актуариальный анализ выявил достоверные различия в выживаемости без НИ у больных, различавшихся по ряду показателей использованной нами шкалы оценки КМППОП. В частности, эти различия выявлены по таким параметрам, как частота исследования функции внешнего дыхания (ФВД) и частота исследования

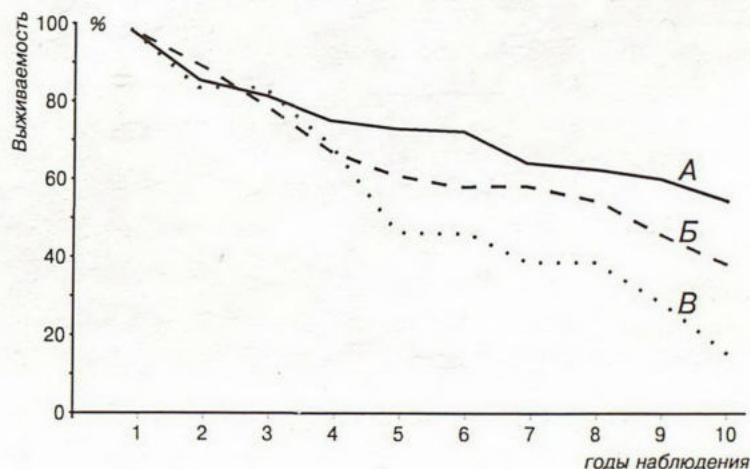


Рис.1. Актуариальная выживаемость без неблагоприятного исхода бронхиальной астмы в группах пациентов с различным уровнем качества медицинской помощи и обучения.

Показатели десятилетней выживаемости пациентов без неблагоприятного исхода бронхиальной астмы в зависимости от уровня отдельных параметров шкалы КМПиОП (расшифровку баллов см. в табл.1)

Показатели КМПиОП	Десятилетняя выживаемость без НИ БА, %		p
	0 баллов	≥1 балла	
1. Обучение правильному использованию ингалятора	30±10	51±10	0,13
2. Информированность об особенностях своего заболевания	32±9	50±11	0,14
3. Наличие плана действий при обострении БА	36±10	46±10	0,16
4. Информированность о возможности и признаках УЖС на фоне БА	34±8	48±13	0,17
5. Наличие плана действий при тяжелом приступе БА	32±9	50±12	0,18
6. Информированность об опасности злоупотребления симпатометиками	41±12	40±9	0,35
7. Информированность об опасности быстрой отмены кортикостероидов	28±11	44±9	0,09
8. Обычные действия при обострении БА	27±9	49±13	0,01
9. Частота посещения терапевта за текущий год	57±10	46±12	0,45
10. Наблюдение одним и тем же терапевтом не менее 1 года	32±11	46±9	0,42
11. Удовлетворенность качеством врачебной помощи по месту жительства	35±8	48±14	0,08
12. Периодичность исследования функции внешнего дыхания	33±9	41±13	0,03
13. Периодичность исследования крови	44±15	53±10	0,12
14. Периодичность исследования цитогаммы мокроты	20±10	47±11	0,02

цитогаммы мокроты. Десятилетняя выживаемость без НИ у пациентов, ФВД у которых не исследовалась ни разу за период наблюдения (5—10 лет), составила $33\pm 10\%$ по сравнению с $58\pm 10\%$ в группе больных, у которых этот показатель измерялся с той или иной периодичностью ($p=0,03$) — см.табл.4. Десятилетняя выживаемость без НИ в группе больных, у которых цитогамма мокроты не исследовалась ни разу за период наблюдения, составила $20\pm 10\%$ против $47\pm 10\%$ у остальных пациентов ($p=0,02$) — см.табл.4. В то же время достоверных различий в выживаемости по такому показателю, как частота исследования крови (общий анализ) обнаружено не было ($p=0,12$). Это позволяет предположить, что первые два параметра не следует рассматривать как простое отражение качества динамического наблюдения.

Результаты данного исследования не подтверждают тезиса об отсутствии регулярного динамического наблюдения за пациентами, у которых в дальнейшем развился НИ БА. Так, нами не найдено различий в десятилетней выживаемости без НИ между группами пациентов, выделенных по частоте посещения терапевта ($p=0,66$). Также не выявлено различий в выживаемости без НИ БА по показателю преемственности врачебной помощи ($p=0,42$).

Таким образом, наибольшее влияние на отдаленный исход астмы в изученной группе больных оказывали не экстенсивные показатели качества медицинской помощи (ее доступность и преемственность, регулярность динамического наблюдения и др.), а показатели, прямо или косвенно зависящие от квалификации лечащего врача и общего уровня медицинского учреждения. Очевидно, что частые визиты к врачу (38% больных с НИ БА посещали терапевта не реже 1 раза в месяц, 54% — не реже 1 раза в 3 месяца) приносят мало

пользы, если при этом не обращается внимание на принципиально важные показатели (ФВД, показатели активности воспалительного процесса в нижних дыхательных путях). На практике общение пациентов с терапевтом поликлиники нередко сводится к выписке рецептов на препараты, которые больные фактически назначают себе сами. Дозы лекарственных средств они также зачастую регулируют самостоятельно. Результатом становится хроническая передозировка симпатомиметиков и препаратов теофиллина при отсутствии регулярной противовоспалительной терапии. В исследованной нами группе пациентов из числа больных с низким уровнем КМПиОП, имевших явные показания к применению ингаляционных стероидов на момент осмотра, 55% никогда за весь период наблюдения (более 5 лет) не получали поддерживающей противовоспалительной терапии, что, несомненно, способствовало неконтролируемому течению болезни.

Недостатки медицинской помощи чутко воспринимаются самими пациентами. Так, в группе с неблагоприятным исходом БА 73% пациентов не были удовлетворены качеством медицинской помощи в амбулаторных условиях. Различия в десятилетней выживаемости без НИ БА между группами пациентов, отличающимися по этому показателю, не достигли уровня статистической достоверности ($p=0,08$), тем не менее они представляются немаловажными. Неудовлетворенность качеством лечения и отсутствие доверия к врачу приводят к тому, что пациент предпочитает не обращаться за врачебной помощью даже при тяжелых обострениях заболевания, подвергая себя риску развития осложнений и УЖС.

Последнее обстоятельство, а также отсутствие информации о потенциальной опасности БА для жизни, по-видимому, сыграло роль в формировании у больных

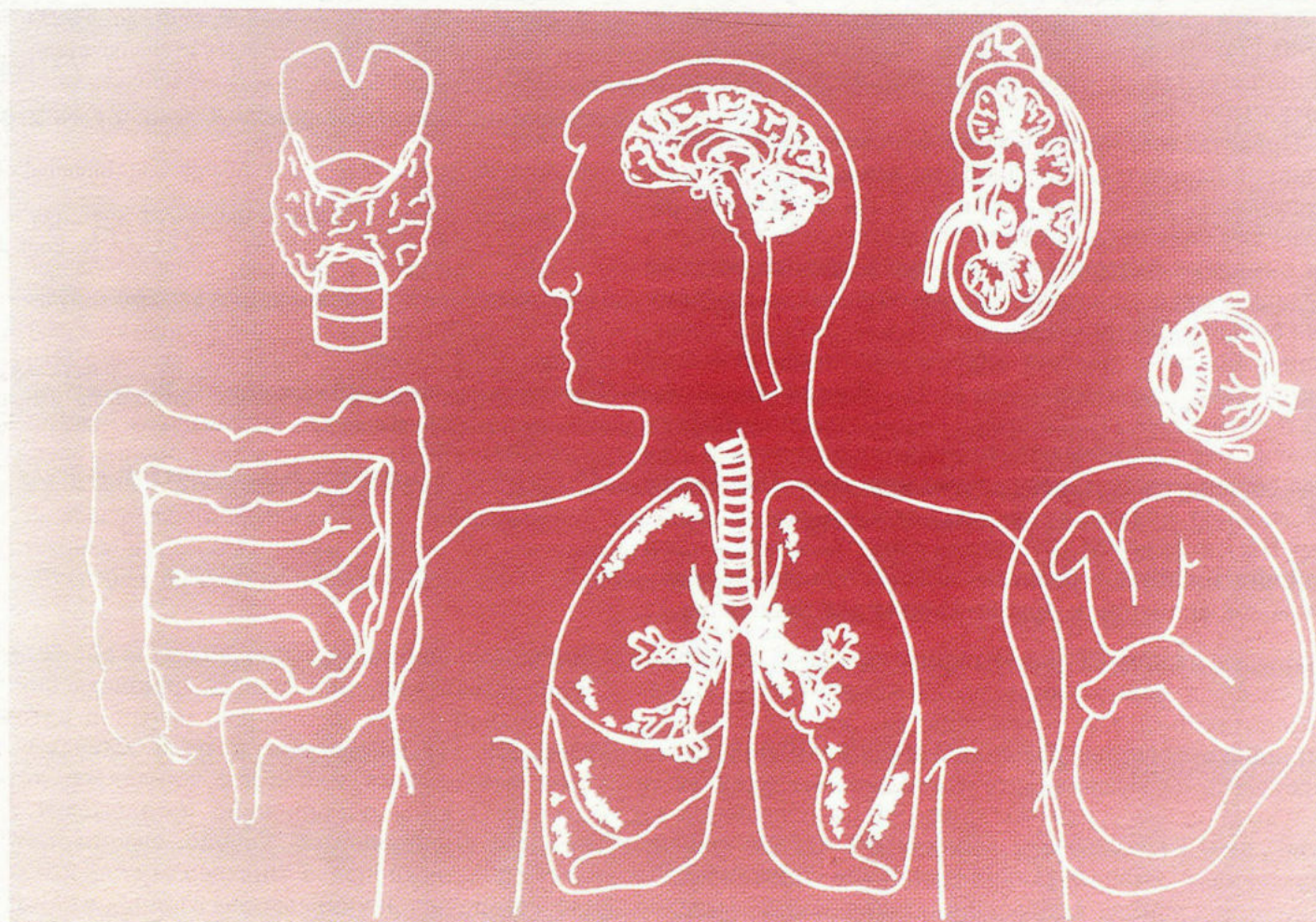
Целестон (бетаметазон)

инъекции и таблетки

Когда показаны стероиды — целестон наиболее предпочтителен!

Сегодня самый активный системный кортикостероид, эффективный у пациентов, резистентных к другим стероидам.

Редкие побочные эффекты, наибольшая безопасность, подтвержденная мировой и отечественной практикой.



Шеринг-Плау/США

Россия, 121019, г. Москва,
Хлебный пер., 19.

Телефон: (095) 291-74-30.

Факс: (095) 291-50-60.

Тел. в С.-Петербурге: (812) 290-97-86.

Тел. в Алматы: (327-2) 30-18-22.

Тел. в Киеве: (044) 212-37-74.

Тел. в Минске: (017-2) 23-85-49.

Тел. в Ташкенте: (371-2) 68-34-66.

Тел. в Пензе: (841-2) 66-51-57.

Тел. в Новосибирске: (3832) 26-26-21.

Тел. в Екатеринбурге: (3432) 32-48-59.

Тел. в Самаре: (8462) 22-68-46.

Тел. во Владивостоке: (4238) 22-37-62.

Тел. в Воронеже: (0732) 27-66-85

неправильного стереотипа действий при обострении болезни. Многие из опрошенных пациентов с НИ БА не обращались к врачу даже при выраженном ухудшении состояния, прибегая к вызову "скорой помощи" при особенно тяжелых приступах. Результатом подобного поведенческого стереотипа становится отсутствие базисной противовоспалительной терапии и злоупотребление симпатомиметиками, которое само по себе может быть фактором риска УЖС и летального исхода при БА [11]. Десятилетняя выживаемость без НИ в данной группе больных достоверно ниже по сравнению с пациентами, не избегающими врачебной помощи при обострении заболевания и не занимающимися самолечением (30 и 62% соответственно, $p=0,01$) — см. табл. 4.

Определенные различия в долгосрочной выживаемости без НИ БА были выявлены по ряду показателей, характеризующих уровень обучения пациентов. В частности, наблюдалась тенденция к худшей выживаемости без НИ у больных, не проинформированных врачом об опасности самовольной отмены кортикостероидных препаратов ($p=0,08$), и у пациентов, не имевших составленного врачом плана действий при тяжелом приступе БА. Обращает внимание нарастание со временем различий в выживаемости без НИ по последнему показателю. При сроке наблюдения до 3 лет эти различия были практически не ощутимыми ($p=0,17$). В то же время на поздних этапах они приближаются к уровню статистической достоверности ($p=0,06$).

Представляет интерес такой феномен, как усиление влияния параметров КМППОП на исход БА с течением времени. С его помощью могут быть объяснены результаты ряда исследований последних лет, в которых не выявлено благоприятного воздействия улучшения медицинской помощи и внедрения обучающих программ для больных БА на выраженность клинических проявлений болезни, частоту обострений и объективные характеристики пациентов [1,2]. Можно предположить, что за указанное время положительный эффект от этих мероприятий просто не успел проявиться и не был обнаружен статистическими методами. По нашему убеждению, внедрение обучающих программ для больных БА и всемерное улучшение качества медицинской помощи им имеют большое положительное прогностическое значение и крайне важны для пациентов.

Выводы

Недостаточное обучение пациентов и низкое качество медицинской помощи являются неблагоприятными прогностическими факторами при БА.

Наиболее прогностически неблагоприятны: (а) формальный характер динамического наблюдения за больными, (б) отсутствие у пациентов осознанного подхода к лечению и профилактике обострений, (в) неправильный стереотип действий больных при обострении БА.

Влияние КМППОП на течение БА имеет отсроченный характер, что следует учитывать при оценке эффективности обучающих программ и изменений организации медицинской помощи больным БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bernard-Bonnin A.C., Stachenko S., Bonin D. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1995. — Vol.95. — P.34—41.
2. Drummond N., Abdalla M., Beattie J.A.G. et al. // Br. Med. J. — 1994. — Vol.308. — P.564—567.
3. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma (National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute of Health, Publ. 92—3091) Bethesda, 1992.
4. Kaplan E.L., Meier P. // J. Am. Statist. Assoc. — 1958. — Vol.53. — P.457—481.
5. Matthews D.E., Farewell V.T. Using and Understanding Medical Statistics. — Basel: Karger, 1985.
6. Rea H.H., Scragg R., Jackson R. et al. // Thorax. — 1986. — Vol.41. — P.833—839.
7. Robertson C.F., Rubinfeld A.R., Bowes G. // Pediatr. Pulmonol. — 1992. — Vol.13. — P.95—100.
8. Sears M., Rea H., Beaglehole R. et al. // N. Z. Med. J. — 1985. — Vol.98. — P.271—275.
9. Sears M.R., Rea H.H. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1987. — Vol.80. — P.477—481.
10. Sly R.M. // Ibid. — 1989. — Vol.84. — P.422—434.
11. Spitzer W.O., Suissa S., Ernst P. et al. // N. Engl. J. Med. — 1992. — Vol.326. — P.501—506.
12. Stableforth D.E. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1987. — Vol.80. — P.463—466.
13. Strunk R.C. // Ibid. — P.455—457.
14. Strunk R.C. // Ibid. — 1989. — Vol.83. — P.477—485.
15. The British Thoracic Association. Death from asthma in two regions of England // Br. Med. J. — 1982. — Vol.285. — P.1251—1255.
16. Wareham N.J., Harrison B.D., Jenkins P.F. et al. // Thorax. — 1993. — Vol.48. — P.1117—1120.