

# Аудит знаний основных положений GINA (Global Initiative of Asthma — Глобальная стратегия по астме) у врачей Томской области

Абашина Л.В.<sup>1</sup>, Кобякова О.С.<sup>1</sup>, Деев И.А.<sup>1</sup>, Коломеец И.Л.<sup>1</sup>,  
Старовойтова Е.А.<sup>1</sup>, Черевко Н.А.<sup>1</sup>, Петровская Ю.А.<sup>2</sup>, Никитина Л.Ю.<sup>2</sup>

## Audit of GINA (Global Initiative of Asthma) knowledge in primary care doctors of Tomsk regions

Abashina L.V., Kobyakova O.S., Deyev I.A., Kolomeyets I.L.,  
Starovoitova Ye.A., Cherevko N.A., Petrovskaya Yu.A., Nikitina L.Yu.

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

<sup>2</sup> Ханты-Мансийский государственный медицинский институт, г. Ханты-Мансийск

© Абашина Л.В., Кобякова О.С., Деев И.А. и др.

В настоящей работе представлены результаты одномоментного исследования уровня знаний основных положений GINA врачами Томской области. Наиболее часто врачи используют в качестве источника информации GINA 2006. Выявлен ряд системных проблем: недостаточный уровень знаний врачей первичного звена относительно существующих технологий лечения астмы; недостаточное оснащение рабочих мест диагностическим оборудованием.

**Ключевые слова:** GINA (Global Initiative for Asthma — Глобальная стратегия по астме), врачи первичного звена здравоохранения, качество оказания медицинской помощи.

The one step study was aimed at assessing of GINA knowledge in primary care doctors. The results demonstrated that the primary care doctors most often use GINA (2006) as source of information. But some systematic problems were revealed. Among them there is shortage of primary care doctors knowledge about modern asthma treatment approaches and low level of diagnostic equipment in primary care.

**Key words:** GINA (Global Initiative of Asthma), primary care doctors, medical care quality.

УДК 616.248:001.83(571.16)

### Введение

Отраслевые стандарты, формуляры (протоколы) диагностики и лечения пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА), в РФ разработаны с использованием ключевых положений Глобальной стратегии по астме (Global Initiative of Asthma — GINA) [8]. Данный регламентирующий документ также стал основой для формирования программ обучения пациентов и образовательных семинаров как для врачей первичного звена здравоохранения, так и для специалистов пульмонологов и аллергологов-иммунологов [3, 5, 8].

Сегодня в нашей стране в связи с модернизацией системы здравоохранения все большее внимание уде-

ляется амбулаторному этапу оказания медицинской помощи. Участковые врачи, врачи общей врачебной практики (семейные врачи, врачи ОВП) и семейные доктора на современном этапе развития системы здравоохранения занимают ключевые позиции в ведении различной острой и хронической патологии, привлекая врачей-специалистов лишь в роли консультантов. Так, при ведении больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе задачей первичного звена здравоохранения (участковая служба, врачи ОВП) является мониторинг контроля болезни при уже установленном диагнозе и подобранной фармакотерапии [3, 4, 6]. Тогда как роль врачей-специалистов (пульмонолог, аллерголог-иммунолог) сводится к постановке диагноза, назначению базисной терапии БА, ведению паци-

ентов с неконтролируемым течением заболевания, консультациям больных по требованию врачей первичного звена.

Таким образом, ведение подавляющего большинства пациентов, страдающих БА, и мониторинг контроля болезни является прерогативой участковых врачей, врачей ОВП и семейных докторов. Учитывая приведенные положения, возникает необходимость формирования и внедрения в практическое здравоохранение специальных образовательных программ для врачей первичного звена оказания медицинской помощи по диагностике, лечению и профилактике БА [3].

В этой связи было спланировано и проведено одномоментное исследование знаний основных положений GINA врачами первичного этапа оказания медицинской помощи в Томской области.

Цель исследования — оценить уровень знаний основных положений GINA врачами Томской области.

## Материал и методы

В исследование были включены 137 докторов, оказывающих медицинскую помощь больным БА на амбулаторном этапе. Все врачи были разделены на три группы: участковые терапевты (110 человек (80,29%)), врачи общей практики и семейные врачи (врачи ОВП — 15 (10,95%)), а также врачи-специалисты (пульмонологи, аллергологи-иммунологи; 12 (8,76%)). В связи с тем что соотношение количества участковых терапевтов и врачей ОВП, работающих в областном центре и сельских районах области, было 1 : 1, а все врачи-специалисты являлись сотрудниками учреждений здравоохранения г. Томска, сравнения результатов, полученных при статистической обработке данных исследования, в зависимости от места работы врачей не проводилось.

В рамках протокола исследования (протокол одобрен независимым локальным комитетом по этике при Сибирском государственном медицинском университете (СибГМУ) (г. Томск) врачам предлагался вопросник «Оценка знаний основных положений GINA у врачей Томской области», разработанный сотрудниками кафедры общей врачебной практики СибГМУ (исследование проведено в период с 01.09.2008 по 01.03.2009). Вопросник включал в себя 15 вопросов относительно основных положений GINA по диагностике, классификации, фармакотерапии и профилак-

тике БА. Участие в опросе было анонимным и добровольным. От врачей требовалось лишь указать свою специальность и должность (участковый терапевт, врач ОВП, специалист пульмонолог или аллерголог-иммунолог), также фиксировалась принадлежность к территориальному образованию (областной центр или сельские районы Томской области). В случае заполнения вопросники возвращались сотрудникам кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) СибГМУ, после чего была сформирована общая база данных для статистической обработки результатов.

Статистический анализ данных проводился с использованием стандартного пакета программ Statistica 6.0 for Windows. 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). Для сравнения частот представленных качественных признаков использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. Разницу значений считали значимой при уровне  $p < 0,05$ . Все данные группировались в соответствии с целью исследования.

## Результаты

Проведенный анализ показал, что наиболее часто в качестве источника информации по диагностике, лечению и профилактике БА врачи используют международный регламентирующий документ GINA пересмотра 2006 г., что, безусловно, является очень важным с позиции стандартизации подходов к ведению больных с данной патологией (табл. 1). При этом часть врачей руководствуются в своей работе отраслевыми стандартами диагностики и лечения БА федерального и регионального уровней (52,55 и 27,74% соответственно) (табл. 1).

Таблица 1

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

Источник информации	Все врачи		Врачи ОВП		Участковые врачи		Врачи-специалисты	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
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

\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими источниками знаний в рамках одной группы.

\*\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими врачами в рамках одного источника знаний.

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 2006 (табл. 2). Полный контроль как цель лечения указали 86,13% врачей, 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 указывают такие параметры, как качество жизни пациента, отсутствие обострений астмы, устранение симптомов, снижение количества 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 (табл. 2). 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.

Несмотря на то что большинство докторов используют в качестве источника информации GINA 2006, и основная цель терапии, по их мнению, — полный контроль болезни, стандартизированные вопросники для оценки уровня контроля применяют в своей клинической практике только 29,93% врачей (табл. 3). При этом на долю наиболее распространенного вопросника определения уровня контроля (Asthma Control Test, тест по контролю астмы — АСТ-тест), рекомендованного GINA 2006 и обществом пульмонологов России, приходится всего 48% от общего числа врачей, использующих любые инструменты по оценке контроля в своей практике.

Учитывая тот факт, что другие известные инструменты контроля (ACQ, вопросник «Правило двух») официально не зарегистрированы в РФ, требуют перевода и специального разрешения автора на использование, не совсем понятно, какими другими вопросниками пользуются 52% докторов для оценки контроля болезни.

Таблица 2

Основная цель терапии БА, по мнению врачей амбулаторного этапа оказания медицинской помощи

Цель терапии астмы	Все врачи		Врачи ОВП		Участковые врачи		Врачи-специалисты	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Полный контроль	118*	86,13	14*	37,84	93*	84,55	11*	91,67
Высокое качество жизни	77**	56,20	5	13,51	68**	61,82	4	33,33
Отсутствие обострений	45	32,85	4	10,81	37	33,64	4	33,33
Устранение симптомов	37	27,01	3	8,11	29	26,36	5	41,67
Снижение количества госпитализаций	24	17,52	2	5,41	19	17,27	3	25,00
Нормализация ФВД	23	16,79	1	2,70	19	17,27	3	25,00
Другое	5	3,65	1	2,70	1	0,91	3	25,00

\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими положениями, указанными врачами как цель терапии астмы в рамках одной группы.

\*\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими положениями, указанными врачами как цель терапии астмы в рамках одной группы, кроме цели «полный контроль».

Таблица 3

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

Инструменты оценки контроля астмы	Все врачи		Врачи ОВП		Участковые врачи		Врачи-специалисты	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
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
Стандартизированные вопросники	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

\*  $p < 0,05$  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, анамнез».

\*\*\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими врачами в рамках одного инструмента оценки контроля.

Вероятно, это могут быть собственные шкалы оценки контроля, применяемые в рамках одного лечебного учреждения либо составленные врачом вопросники (для использования в собственной практике) на основании своего клинического опыта. Однако стоит отметить, что подобные инструменты оценки не являются официальными и стандартизированными, а данные, полученные по результатам такого теста, не будут валидными. Наибольшее распространение в практике, по данным настоящего исследования, АСТ-тест получил у врачей-специалистов (табл. 3).

Наряду с вопросниками для оценки уровня контроля болезни наиболее часто врачи используют информацию о жалобах, анамнез, 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 легких, лабильности дыхательных путей больного и т.д.

В этой связи был проведен анализ выполнения врачами рекомендаций GINA 2006 по диагностике и мониторингу БА, который основывался на изучении первичной медицинской документации пациентов, наблюдавшихся у 60 участковых терапевтов, 63 врачей ОВП и 67 специалистов. Амбулаторные карты для анализа были отобраны случайным образом, мероприятие по диагностике и мониторингу бронхиальной астмы учитывалось в случае однократного выполнения врачом в течение последних 12 мес до момента анализа первичной медицинской документации.

Установлено, что в большинстве случаев только врачи-специалисты использовали указанные в табл. 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 объеме (табл. 4). Так, несмотря на то что спирометрия проводилась только в 35% случаев, а частота применения дневников самоконтроля варьировала от 16 до 33% (участковый терапевт и врач ОВП соответственно), потребность в консультативной помощи врачей-специалистов не превышала 40%. Такая ситуация может быть обусловлена, в первую очередь, отсутствием диагно-

стического оборудования в учреждениях амбулаторного этапа оказания медицинской помощи (спирограф, небулайзеры для бронхопровокационных тестов). Вместе с тем и самые простые, информативные, нетрудоемкие и не требующие затрат методы (пикфлоуметрия, ведение дневников самоконтроля, вопросники оценки уровня контроля) остаются не востребованными участковыми терапевтами и врачами ОВП.

Учитывая приведенные данные (см. табл. 3, 4), следует подвергнуть сомнению качество оценки врачами первичного звена здравоохранения уровня контроля астмы. Большинство докторов показывают, 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 [1, 2, 9].

Анализ применяемой фармакотерапии показал, что большинство врачей вне зависимости от специальности в качестве базисных препаратов применяют в своей практике монотерапию ингаляционными кортикостероидами (ИКС) либо их комбинацию с длительно действующими  $\beta_2$ -адреномиметиками (ДДБА) (что соответствует требованиям GINA), при этом статистических различий в предпочтении режима лечения не установлено (табл. 5). Однако 32,8% врачей указывают в качестве средств базисной противовоспалительной терапии препараты, не обладающие такими эффектами (короткодействующие  $\beta_2$ -агонисты (КДБА), холинолитики), а доля участковых терапевтов, применяющих данные лекарственные средства как базисные, составила 88,9% от всех врачей, использующих КДБА и холинолитики с этой целью (табл. 5).

Анализ структуры применения препаратов скорой помощи демонстрирует предпочтение врачей относительно бронхолитиков короткого действия, что соответствует положениям GINA (табл. 5). Более 30% участковых терапевтов и врачей-специалистов указывают на возможность применения комбинации ИКС и ДДБА с целью купирования симптомов астмы (33,64 и 33,33% соответственно), что, вероятно, можно объяснить использованием концепции SMART (Symbicort

Maintenance and Reliever Therapy), что также не противоречит международным регламентирующим документам по лечению астмы [7, 8]. Однако 21,17% участковых терапевтов и врачей ОВП (суммарно) пред-

полагают возможность использования муколитиков, антигистаминных средств и антибиотиков как препаратов скорой помощи при БА.

Таблица 4

## Выполнение врачами рекомендаций GINA 2006 по диагностике и мониторингу бронхиальной астмы

Мероприятия по диагностике и мониторингу болезни	Врач ОВП		Участковый врач		Врач-специалист	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
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 течение последних 12 мес до момента анализа медицинской документации указанное мероприятие было проведено как минимум 1 раз (абс.), 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».

Таблица 5

## Используемые фармакологические средства врачами амбулаторного этапа оказания медицинской помощи в повседневной практике для базисной и симптоматической терапии

Группа препаратов	Все врачи		Врачи ОВП		Участковые врачи		Врачи-специалисты	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>Препараты для базисной терапии астмы</i>								
ИКС	99*	72,26	9	24,32	78*	70,91	12*	100,00
ИКС + ДДБА	87**	63,50	9	24,32	70**	63,64	8**	66,67
КДБА	32	23,36	6	16,22	28	25,45	0	0,00
Холинолитики	13	9,49	1	2,70	12	10,91	0	0,00
Антилейкотриеновые	7	5,11	0	0,00	5	4,55	2	16,67
Кромоны	2	1,46	0	0,00	2	1,82	0	0,00
СКС	1	0,73	0	0,00	1	0,91	0	0,00
<i>Препараты для купирования симптомов астмы</i>								
КДБА	108#	78,83	9	24,32	87#	79,09	12#	100,00
ИКС + ДДБА	48	35,04	3	8,11	37	33,64	4	33,33
Холинолитики	28	20,44	4	10,81	23	20,91	1	8,33
Метилксантины	28	20,44	5	13,51	21	19,09	2	16,67
Муколитики	11	8,03	0	0,00	11	10,00	0	0,00
Антигистаминные	9	6,57	2	5,41	7	6,36	0	0,00
СКС	6	4,38	2	5,41	4	3,63	0	0,00
Антибиотики	3	2,19	0	0,00	3	2,73	0	0,00

\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими препаратами, указанными в рамках одной группы (для препаратов для базисной терапии астмы).

\*\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими препаратами, указанными в рамках одной группы, кроме ИКС (для препаратов для базисной терапии астмы).

#  $p < 0,05$  по сравнению с другими препаратами, указанными в рамках одной группы (для препаратов для купирования симптомов астмы).

Режим дозирования препаратов скорой помощи для больных астмой, рекомендованный GINA, предполагает применение бронхолитиков короткого действия (или комбинации ИКС с ДДБА при SMART) по требованию. Такое требование объяснимо с двух позиций: во-первых, применение бронхолитиков для

купирования симптомов (в случае применения короткодействующих агонистов) дает возможность врачу оценить количество дневных и ночных симптомов болезни, что важно для выбора дальнейшей тактики ведения больного и решения вопроса об изменении дозы базисных препаратов; во-вторых, такой режим

дозирования не стирает клиническую картину для самого пациента, а значит, позволяет избежать ситуаций с переоценкой тяжести болезни (мнимое благополучие) и является поводом своевременного обращения к врачу в связи с обострением астмы или отсутствием контроля болезни. Рекомендованной тактики применения бронхолитиков с целью купирования симптомов придерживаются более 80% врачей, принимавших участие в данном исследовании (табл. 6). Стоит отметить, что такой режим дозирования выбирают в основном участковые терапевты и врачи-специалисты, при этом врачи ОВП только 29,73% случаев считают дозирование бронхолитиков по требованию оправданной стратегией скорой помощи при астме, ориентируясь в случае назначения симптоматической терапии на тяжесть болезни (табл. 6).

Таблица 6

**Режим дозирования препаратов скорой медицинской помощи, используемый врачами амбулаторного этапа в повседневной практике**

Режим дозирования КДБА	Все врачи		Врачи ОВП		Участковые врачи		Врачи-специалисты	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
По требованию	116*	84,67	11*	29,73	95*	86,36	10*	83,33
Для предупреждения симптомов	25**	18,25	1	2,70	19	17,27	5	41,67
В зависимости от тяжести астмы	25**	18,25	5	13,51	20	18,18	0	0,00
4 раза в день	6	4,38	1	2,70	5	4,55	0	0,00
2 раза в день	2	1,46	0	0,00	2	1,82	0	0,00
Другое	1	0,73	0	0,00	1	0,91	0	0,00

\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими режимами, указанными в рамках одной группы.

\*\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими режимами, указанными в рамках одной группы, кроме режима «по требованию».

Таблица 7

**Оптимальная система доставки препаратов для лечения астмы, используемая врачами амбулаторного этапа в повседневной практике**

Оптимальная система доставки	Все врачи		Врачи ОВП		Участковые врачи		Врачи-специалисты	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мультидиск	97*	70,80	8	21,62	81*	73,64	8*	66,67
Небулайзер	84*	61,31	12	32,43	64*	58,18	8*	66,67
Турбухалер	83*	60,58	10	27,03	64*	58,18	9*	75,00
ДАИ + спейсер	76*	55,47	6	16,22	61*	55,45	9*	75,00
ДАИ	75*	54,74	5	13,51	66*	60,00	4	33,33
Per os	9	6,57	2	5,41	7	6,36	0	0,00
Парентерально в вену	8	5,84	2	5,41	6	5,45	0	0,00
Интрамускулярно	2	1,46	1	2,70	1	0,91	0	0,00
Другое	1	0,73	0	0,00	1	0,91	0	0,00

\*  $p < 0,05$  по сравнению с другими системами доставки (ДАИ, *per os*, парентеральное введение, интрамускулярно), указанными в рамках одной группы.

Ключевым моментом в лечении БА является выбор системы доставки лекарственного препарата. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности применения у больных астмой порошковых ингаляторов, небулайзеров и дозирующих аэрозольных систем доставки (дозирующий аэрозольный ингалятор (ДАИ)) в сочетании со спейсерами [8].

Анализ данных относительно выбора систем доставки лекарственных препаратов в реальной клинической практике для лечения астмы врачами терапевтами, ОВП и специалистами показал, что 41,37% докторов предпочитают использовать порошковые ингаляторы (системы мультидиск и турбухалер), 61,31% врачей указывают на эффективность небулайзерной терапии и более половины всех врачей свидетельствуют об использовании систем доставки ДАИ и ДАИ + спейсер. Выбор парентерального введения и применения стероидов *per os* был минимальным (4,95%), что вполне объяснимо, принимая во внимание факт проведения исследования в амбулаторной сети медицинских учреждений здравоохранения.

**Заключение**

Следует отметить, что уровень знаний врачей первичного этапа оказания медицинской помощи по диагностике и фармакотерапии астмы является достаточно высоким. Несомненно, что наибольшая компетентность в вопросах ведения пациентов, страдающих БА, характерна для врачей-специалистов. Однако изучаемые параметры лишь в некоторых случаях значительно отличались от таковых в случае участковых терапевтов. Анализ уровня знаний врачей ОВП показал, что доктора данной специализации в меньшей степени привержены к выполнению положений регламентирующих документов (GINA, отраслевые стандарты оказания медицинской помощи).

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 обла-

стного центра (информационный вакуум). Во-вторых, отсутствие возможности выполнения рекомендаций GINA по диагностике и мониторингу БА в силу объективных для врачей обстоятельств (недостаток специализированного оборудования, например, спирографа 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 врача мониторировать симптомы болезни, использовать стандартизированные и валидизированные вопросники оценки уровня контроля астмы).

Следовательно, 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 осуществление 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.

#### Литература

1. Белевский А.С., Княжеская Н.П., Новиков Ю.К. Оценка

- уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста // *Атмосфера*. 2007. № 1. С. 43—47.
2. Демко И.В., Гордеева Н.В., Петрова М.М., Артюхов И.П. Бронхиальная астма в г. Красноярске: использование различных методов для оценки уровня контроля // *Пульмонология*. 2007. № 2. С. 18—21.
  3. *Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких* / под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. М.: Грантъ, 1999. 195 с.
  4. Цой А.Н., Архипов В.В., Гавришина Е.В. Какая модель базисной терапии бронхиальной астмы является оптимальной для российских больных? // *Consilium Medicum*. 2006. № 1. Т. 8. С. 12—16.
  5. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В., Гавришина Е.А. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой (2006) // *Пульмонология*. 2006. № 3. С. 29—32.
  6. Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control Study // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2004. V. 170. P. 836—844.
  7. D'Unzo A., Vogelmeier C., Jaspal M. et al. Simbicort (Budesonide/Formoterol) for Both Maintenance and Relief Reduces the Exacerbation Burden Compared with a Titration of Seretide (Salmeterol/Fluticasone) in Patient with Asthma A Real-life Study. Abstract presented at the ATS Congress, 2005.
  8. Global Initiative for Asthma (GINA), National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). Global strategy for asthma management and prevention. Bethesda (MD): Global Initiative for Asthma (GINA), National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). 2005.
  9. Nathan R.A., Sorkness C., Kosinski M. et al. Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004. V. 113. P. 59—65.

Поступила в редакцию 25.06.2009 г.

Утверждена к печати 28.10.2009 г.

#### Сведения об авторах

Л.В. Абашина — ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) СибГМУ (г. Томск).

О.С. Кобякова — д-р мед. наук, зав. кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) СибГМУ (г. Томск), зам. начальника Департамента здравоохранения Томской области по лечебно-профилактической работе.

И.А. Деев — канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета СибГМУ (г. Томск).

И.Л. Коломеец — студент 5-го курса педиатрического факультета СибГМУ (г. Томск).

Н.А. Черевко — канд. мед. наук, доцент кафедры иммунологии и аллергологии СибГМУ (г. Томск).

Е.А. Старовойтова — канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) СибГМУ (г. Томск).

Ю.А. Петровская — канд. мед. наук, и.о. доцента кафедры иммунологии и аллергологии с курсом клинической фармакологии Ханты-Мансийского государственного медицинского института (г. Ханты-Мансийск).

Л.Ю. Никитина — канд. мед. наук, и.о. доцента кафедры терапии Ханты-Мансийского государственного медицинского института (г. Ханты-Мансийск).

Для корреспонденции

*Кобякова Ольга Сергеевна*, тел. 8-909-541-6676, e-mail: [olga\\_kobyakova@rambler.ru](mailto:olga_kobyakova@rambler.ru)