

Организационно-методические принципы составления протокола ведения больных бронхиальной астмой

Н.Г.Астафьева¹, Н.А.Геппе²

¹Саратовский государственный медицинский университет;

²Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Представлены данные по созданию нормативного документа – протокола ведения больных бронхиальной астмой, содержащего требования к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации детей с бронхиальной астмой, на примере одной модели пациента. Создание клинических протоколов является необходимым элементом процесса стандартизации в здравоохранении, направленного на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи детям.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, диагностика, лечение, протоколы ведения больных, стандартизация в здравоохранении

Organizational and methodical principles of drawing up the protocol of management of patients with bronchial asthma

N.G.Astaf'eva¹, N.A.Geppe²

¹Saratov State Medical University;

²I.M.Sechenov Moscow Medical Academy

The article deals with the data concerning creation of a normative document – a protocol of management of patients suffering from bronchial asthma, to contain the appropriate requirements for prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of children with bronchial asthma, as exemplified by one model of a patient involved. Creating clinical protocols is an indispensable element of the process of standardization in public health care, aimed at ensuring easily available and high-quality medical care for children.

Kew words: children, bronchial asthma, diagnosis, treatment, patients' management protocols, standardization in public health care

Бронхиальная астма у детей относится к социально-значимым заболеваниям, что определяется ее значительной распространенностью в популяции, высокими показателями обращаемости на уровне первичной медико-санитарной помощи, тяжестью течения, возможностью развития смертельных исходов. Заболевание ограничивает жизнедеятельность детей, снижает социальную и физическую активность, посещаемость школы, в тяжелых случаях ведет к инвалидности. С другой стороны, в случае своевременной диагностики и адекватной терапии возможно достижение стойкой ремиссии заболевания, предотвращение неблагоприятных последствий болезни, повышение качества жизни детей и их родителей. Несмотря на существующие рекомендательные документы по лечению детей с бронхиальной астмой имеется множество вариаций в ведении больных, что обусловлено наличием сопутствующих заболеваний, отягочаю-

щих течение основного процесса и требующих иных терапевтических вмешательств. Усугубляют расхождения в тактике ведения астмы появившиеся на фармацевтическом рынке многочисленные лекарственные средства с различными наименованиями. Создание в 1997 г. Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» позволило значительно унифицировать подходы к лечению бронхиальной астмы у детей [1]. Однако за прошедшие годы накоплены новые данные о механизмах развития заболевания, постоянно совершенствуется тактика терапии, появились новые препараты. Сегодня при создании рекомендаций используются данные, полученные на основании качественных научных исследований, проведенных с учетом принципов медицины доказательств, результатов фармакоэкономических исследований, практического опыта отечественной и международной медицины [2]. Все эти проблемы делают актуальным разработку отраслевого стандарта «Протокол ведения больных бронхиальной астмой» с созданием алгоритмов лечения для соответствующей группы пациентов. Разработка протоколов ведения больных является одним из важнейших направлений стандартизации в здравоохранении, в том числе в педиатрии, осуществляемых на основе межотраслевых и отраслевых норм и правил [3].

Для корреспонденции:

Астафьева Наталья Григорьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Саратовского государственного медицинского университета, главный аллерголог Саратовской области

Адрес 410056, Саратов, ул. Вольская, 45, 17

Телефон: (845) 252-5462

E-mail: astang@mail.ru

Статья поступила 03.06.2003 г., принята к печати 21.10.2003 г.

Развитие стандартизации неуклонно осуществляется на протяжении последнего столетия во всех сферах, в том числе и в здравоохранении. Мощный импульс к активизации процесса стандартизации появился в связи с принятием закона РФ «О стандартизации» от 10.06.1993 № 5154-1, таких законодательных документов, как «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», ОСТ «Протоколы ведения больных. Общие требования» (введены в действие приказом министерства здравоохранения РФ №303 от 08.08.99) и других, потребовавших разработки стандартов в здравоохранении.

Стандарт – нормативный документ по стандартизации, разработанный на основе согласия большинства заинтересованных сторон по существенным вопросам, с достижением оптимальной степени упорядочения, в котором сформулированы требования к качеству работ или услуг, удовлетворяющие запросы населения, и принятый (утвержденный) административными структурами. Создание такого документа позволяет устанавливать положения для всеобщего и многократного использования в отношении реально существующих или потенциальных задач.

Необходимость стандартизации в настоящее время не вызывает сомнений, и практически все согласны с высказыванием одного из основоположников стандартизации в здравоохранении D.Eddy (1990): «Сложность современной медицины превосходит возможности беспомощного человеческого разума». Создание нормативной базы по выполнению медицинской помощи является требованием времени. Такой нормативный документ, как протокол ведения больных, отражает структурные преобразования в здравоохранении, требования к технологии медицинской помощи и, по сути, является базовым элементом обеспечения качества медицинской помощи. С помощью протокола в клинической практике решаются также такие вопросы, как:

- определение минимального социального стандарта;
- расчет реальной стоимости медицинских услуг;
- расчет необходимого медикаментозного обеспечения;
- формирование списка жизненно важных лекарственных препаратов.

Протокол ведения больных адресован не только лечащему врачу. Информация в этом документе необходима для врачей любой специальности, экспертов страховых компаний, организаторов здравоохранения, среднего медицинского персонала, юристов и др.

Протокол ведения больных бронхиальной астмой взрослых и детей разрабатывается под эгидой Всероссийского научного общества пульмонологов и Союза педиатров России. Экспертная группа включает экспертов в области лечения бронхиальной астмы у взрослых и детей: пульмонологов, аллергологов, специалистов по функциональной диагностике, фармакологии, организации и стандартизации здравоохранения. При создании протоколов основу составляют международные и отечественные рекомендации по бронхиальной астме [1, 4].

Протокол разрабатывается для решения следующих задач:

- определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным с бронхиальной астмой;
- определение формулярных статей лекарственных средств, применяемых для лечения бронхиальной астмы;

- определение алгоритмов диагностики и лечения бронхиальной астмы;

- установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных бронхиальной астмой;

- унификация расчетов стоимости медицинской помощи, разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги и оптимизация системы взаиморасчетов между территориями за оказанную больным бронхиальной астмой медицинскую помощь;

- контроль объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

При создании протокола внимание обращается на следующие организационно-методические задачи:

- базу и глубину научного поиска;
- формирование нозологической модели пациента;
- распределение разделов работы между членами экспертной группы;
- сбор и обобщение результатов, создание единой версии;
- повторное обсуждение разделов протокола;
- принятие протокола.

Систематический обзор научной литературы для разработки протокола ведения больных включал рассмотрение данных MEDLINE с 1995 по 2002 гг. Временные границы поиска определялись тем, что за этот период появилась новая обширная база данных, в том числе в Кохрановском регистре контролируемых испытаний. Данные из центрального регистра касались рандомизированных контролируемых испытаний (Cochrane Controlled Trials Register – CCTR). Была использована также Кохрановская база данных систематических обзоров (Cochrane Databases of Systematic Reviews-CDSR), данные метаанализа. При поиске данных использовались медицинские предметные рубрики MeSH – Medical Subject Headings, применяемые Национальной медицинской библиотекой США (United States National Library of Medicine) для индексации статей в Index Medicus и MEDLINE.

Важное место в создании протокола занимает формирование «моделей пациента» с учетом классификации и классификаторов. Создание систем-классификаторов пациентов, объединяющих больных с учетом исходного состояния и достижения сходных результатов при оказании им медицинской помощи, также является важным элементом стандартизации. В конце XX века в клинической практике пытались использовать такую систему классификаторов пациентов, как диагностически родственные группы, известные в России больше как клинко-статистические группы и сходные с ними по своему принципу медико-экономические стандарты. Это направление стандартизации связано в основном с решением вопросов организации медицинской помощи, ее финансирования, сдерживания потребления ресурсов. Последующая клиническая практика выявила как положительные, так и отрицательные стороны названных систем и потребовала развития новых подходов к стандартизации.

При создании протокола по бронхиальной астме используется иная группа классификаторов, построенная по нозологическому принципу. При этом объемы диагностических и лечебных мероприятий (и, следовательно, стоимость лечения) определяются в первую очередь тяжестью заболевания

и/или состояния пациента и имеют явную клиническую ориентацию. При бронхиальной астме сформировано несколько моделей пациентов с учетом современной классификации бронхиальной астмы: интермиттирующая, персистирующая – легкая, среднетяжелая и тяжелая, обострение и ремиссия, наличие сопутствующих заболеваний. Исходя из данных моделей предлагаются алгоритмы диагностики с выделением услуг обязательного и дополнительного ассортимента.

Результат, который ожидается от лечения пациента с бронхиальной астмой, включает ликвидацию или смягчение проявлений заболевания, уменьшение частоты и выраженности обострений, предотвращение угрожающих жизни состояний и летальных исходов, отмену или снижение потребности в бронхолитиках, предотвращение побочных эффектов терапии, нормализацию или улучшение функции дыхания, предупреждение инвалидности.

В качестве примера ниже представлена одна из моделей протокола.

02.01. Модель пациента

Нозологическая форма: бронхиальная астма

Стадия: интермиттирующая (ступень 1)

Фаза: ремиссия (вне обострения)

Осложнения: без осложнений.

Код по МКБ-10: J 45

02.01.01. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Симптомы (повторяющиеся эпизоды затрудненного дыхания, удушья, кашля) реже 1 раза в неделю (в педиатрической практике – реже 1 раза в месяц), ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц или отсутствуют.

Эпизоды, проходящие самостоятельно или после однократного приема бронхолитических средств.

Пиковая скорость выдоха или объем форсированного выдоха за 1-ю секунду – более 80% от должных величин, разброс показателей пиковой скорости выдоха менее 20%.

Больной не получает постоянно противоастматическую терапию.

02.01.02. Порядок включения пациента в протокол

Пациенты, соответствующие критериям включения.

02.01.04. Условия оказания медицинских услуг: амбулаторно-поликлинические; функциональное назначение медицинских услуг: диагностика

02.01.05. Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента

Код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1
01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1
01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1
01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1
01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1
02.09.001	Измерения частоты дыхания	1
02.12.001	Исследование пульса	1
12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1

02.01.06. Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента

Код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	по потребности
01.037.01	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	« »
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	« »
03.09.001	Бронхоскопия	« »
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	« »
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	« »
06.09.008	Рентгенография легких	« »
08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	« »
08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	« »
09.05.122	Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения	« »
12.06.006	Накожные исследования реакции на аллергены	« »
12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	« »
12.09.003	Исследования дыхательных объемов при провокации физической нагрузкой	« »

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских услуг

Оцениваются наличие и выраженность бронхиальной обструкции. Из анамнеза уточняется наличие симптомов, ограничивающих жизнедеятельность, включая частоту дыхания и реакцию сердечно-сосудистой системы.

Сбор анамнеза и жалоб

Регистрируется наличие следующих симптомов заболевания в анамнезе в дневные и ночные часы:

- эпизодически возникающие приступы удушья, одышки;
- появление свистящего дыхания, в том числе слышного на расстоянии;
- ощущение тяжести (стеснения, сдавления) в грудной клетке;
- приступообразный кашель;

Симптоматика разнообразна, характерны следующие особенности:

- указание на повторные обострения болезни или усиление симптомов, провоцируемых аллергенами, физической нагрузкой, вирусной респираторной инфекцией, резкими запахами, эмоциональным напряжением;
- появление эпизодов в ночные и ранние утренние часы;
- исчезновение симптомов спонтанно или после применения бронхолитического лечения;
- возможна сезонная и метеозависимая вариабельность симптомов;
- наличие в семейном анамнезе бронхиальной астмы и аллергических заболеваний;
- сочетание с аллергическим ринитом, синуситом, атопическим дерматитом.

В процессе осмотра врач оценивает признаки наличия и выраженности бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности: пациент не занимает вынужденного положения, может лежать, спокойно разговаривает, одышки нет, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют, западения надключичных ямок нет.

Перкуссия направлена на оценку степени гипервоздушности (или эмфиземы) легких.

Аускультативно определяют характер дыхания: признаков бронхиальной обструкции нет, хрипы не выслушиваются.

Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков

Измерение пиковой (объемной) скорости выдоха (ПСВ) или измерение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) и связанное с ним измерение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) являются обязательной процедурой для всех пациентов старше 5 лет для оценки степени бронхиальной обструкции. У детей моложе 5 лет исследование не проводится, так как они не в состоянии выполнить правильно дыхательный маневр. ОФВ1, ФЖЕЛ, ПСВ зависят от природы бронхиальной обструкции, напрямую связаны с величиной просвета дыхательных путей и эластическими свойствами альвеол. Важно, чтобы должные значения показателей ОФВ1, ФЖЕЛ и ПСВ учитывали возрастные градации. Ввиду того, что многие другие заболевания, помимо тех, которые вызывают бронхиальную обструкцию, могут приводить к снижению ОФВ1, полезно использование отношения ОФВ1 к ФЖЕЛ. При нормальной функции легких отношение ОФВ1 к ФЖЕЛ составляет более 80%, а у детей, возможно, более 90%. Любые значения ниже приведенных могут предполагать бронхиальную обструкцию.

Для выявления бронхообструкции проводится тест с использованием ингаляционного бронхолитика. При увеличении ОФВ1 после ингаляции бронхолитика на 12% констатируют бронхообструкцию.

Проведение теста с ингаляционным бронхолитиком является обязательной диагностической процедурой у тех пациентов, у которых ПСВ или ОФВ1 менее 80% должных величин.

Одно-двухнедельное мониторирование ПСВ с помощью метода пикфлоуметрии позволяет установить суточную вариабельность бронхиальной проходимости, может служить альтернативой бронхопровокационному тесту.

Для оценки гиперреактивности бронхов возможно проведение исследования ОФВ1 или ПСВ при провокации физической нагрузкой или при медикаментозной провокации бронхоконстрикторами.

Лейкоциты и лейкоцитарная формула: возможно увеличение абсолютного числа эозинофилов в крови.

Рентгенография легких традиционно проводится для исключения сопутствующих заболеваний, ателектазов; по показаниям проводится компьютерная томография легких.

Первичный прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога необходим для выявления аллергической природы заболевания, для назначения и анализа кожных реакций на аллергены и решения вопроса о проведении иммунотерапии. Кожные исследования реакции на стандартизованные растворы аллергенов являются обязательным элементом для выявления индивидуальной гиперчувствительности.

При необходимости определяют уровень специфических иммуноглобулинов Е к аллергенам.

Повышение уровня общего иммуноглобулина Е и специфических IgE-антител в сыворотке крови свидетельствует о

наличии атопии и помогает более точно определить гиперчувствительность к определенным аллергенам.

Первичный прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога необходим в случае нетипичного течения бронхиальной астмы, необходимости дифференциального диагноза и для решения вопроса о бронхоскопии, которая применяется для исключения других заболеваний, сопровождающихся сходной симптоматикой.

Консультации специалистов (пульмонолога и аллерголога) рекомендуются, если:

- у больного были угрожающие жизни обострения астмы, больной плохо контролирует свою болезнь, не отмечается полного эффекта от проводимой противоастматической терапии или у него возникают социальные/семейные проблемы, связанные с болезнью;
- признаки и симптомы болезни атипичны или трудно провести дифференциальный диагноз;
- течение астмы сопровождают другие аллергические заболевания.

При наличии нарушений желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальный рефлюкс), ассоциированных с симптомами бронхообструкции, пациент нуждается в уточнении диагноза согласно требованиям соответствующего протокола.

При наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы или другой системы, ассоциированных с симптомами бронхообструкции, пациент нуждается в уточнении диагноза согласно требованиям соответствующего протокола.

Перечень групп лекарственных средств дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Бронхоконстрикторы	по потребности
Бронходилататоры	« »

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для определения бронхиальной гиперреактивности в провокационных тестах используются растворы гистамина или метахолина.

При функциональном исследовании легких для определения обратимости бронхиальной обструкции, согласно методике, применяются ингаляции сальбутамола, тербуталина, фенотерола, ипратропиума бромиды.

Условие оказания медицинских услуг: амбулаторно-поликлинические; функциональное назначение медицинских услуг: лечение

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента

Код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	по потребности 1 раз
25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	« »
25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	« »

Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента		
Код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
04.002.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога	1 раз в год по потребности
04.031.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	2 раза в год по потребности
04.037.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога	1 раз в год по потребности

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских услуг

Назначение лекарственной терапии проводится с учетом степени тяжести астмы и на основании ранее установленных симптомов заболевания, согласно алгоритмам применения медикаментов.

Назначение диетической терапии основывается на выявлении пищевой аллергии и с учетом непереносимости отдельных продуктов.

Назначение лечебно-оздоровительного режима проводится согласно требованиям к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации. Больным с аллергической формой бронхиальной астмы назначается элиминационный режим, исключающий или ограничивающий контакт с причинно-значимым аллергеном.

На диспансерном приеме оценивается характер течения заболевания и эффективность проводимого лечения с позиций результативности, безопасности, точность и правильность выполнения рекомендаций, выдается или уточняется имеющийся письменный план лечения.

Перечень групп лекарственных средств обязательного ассортимента	
Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Противоастматические средства	по потребности, для купирования приступа

Перечень групп лекарственных средств дополнительного ассортимента	
Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Вакцины и сыворотки	по потребности
Антигистаминные средства	« »

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Больным с интермиттирующей (эпизодической) бронхиальной астмой (1-я ступень) рекомендуется назначение β_2 -агонистов быстрого действия «по требованию», например, при редких симптомах бронхиальной астмы, в том числе при астме физического усилия или при приступах, развившихся в плохую погоду. Используются ингаляции (дозированные аэрозольные ингаляторы, сухие порошкообразные ингаляторы, растворы) одного из препаратов: сальбутамола, фенотерола (уровень доказательности А) или их комбинации с ипратропиума бромидом, формотерола. Ингаляции проводятся с применением индивидуальных ингаляционных устройств по необходимости для купирования или профилактики приступа согласно инструкции и рекомендациям врача (уровень доказательности профилактического

назначения В). Одновременно проводится ингаляция 1–2 доз; при возрастании потребности в количествах доз необходимо проверить правильность проведения ингаляции и пересмотреть принадлежность пациента к данной модели.

Ингаляционные препараты кромоглициевой кислоты, недокромил натрия, ипратропиума бромид, препараты для внутреннего приема сальбутамола, кленбутерола, теофиллины короткого действия, антагонисты лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст, монтелукаст) менее эффективны для профилактики и купирования приступа и рассматриваются как альтернативная терапия (уровень доказательности А).

При появлении симптомов астмы, связанных с воздействием аллергена, или перед контактом с предполагаемым аллергеном назначаются кромоны или их комбинированные с β_2 -агонистами формы (уровень доказательности В).

Лечение включает профилактический прием препаратов перед физической нагрузкой (формотерол, сальметерол), при необходимости профилактики обострений бронхиальной астмы у детей при ОРВИ (ингаляционные β_2 -агонисты быстрого действия и/или кромоны). Профилактическое лечение кромонами назначается на срок не менее 3 мес.

Если потребность в препаратах чаще 1 раза в неделю днем и/или 2-х раз в месяц ночью (уровень доказательности А), больной переводится в другую модель данного протокола.

У детей раннего возраста (до 3–4 лет) ингаляции делают с помощью спейсера или небулайзера.

Пациенты с редкими, но тяжелыми обострениями должны получать лечение, соответствующее применяемому при персистирующей бронхиальной астмы средней или тяжелой степени.

Для проведения специфической иммунотерапии аллергенами (аллерговакцинация) больные с atopической формой бронхиальной астмы направляются к врачу-аллергологу.

Антигистаминные препараты применяются в комплексной терапии при сочетанной аллергической патологии (аллергический ринит, atopический дерматит) согласно протоколам ведения больных с соответствующими заболеваниями.

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Рекомендуется исключить влияние провоцирующих приступы удушья факторов (причинно-значимые аллергены, некоторые медикаменты, активное и пассивное курение, дымы, средства бытовой химии, парфюмерии, и т.д.). Если приступы астмы связаны с профессиональной деятельностью, больному рекомендуется устранить влияние неблагоприятных профессиональных факторов.

Ограничений физической нагрузки нет, дозированные физические нагрузки показаны в случае наличия элементов астмы физического усилия – нагрузки подбираются индивидуально. Дыхательная гимнастика повышает эффективность профилактических и лечебных мероприятий (уровень доказательности С).

При выезде в другую климатическую зону больным с аллергией на пыльцу растений следует учитывать календарь цветения растений.

Каждому больному должна быть выдана письменная рекомендация, в которой указаны симптомы и значения ПСВ в

ремиссии и при обострении, а также указан план действий (см. раздел «Дополнительная информация для пациента»).

Согласно этому плану, пациент должен знать, как и когда:

- распознаются признаки ухудшения,
- изменяется или начинается терапия,
- оценивается тяжесть приступа,
- возникает необходимость обращения за врачебной помощью.

У некоторых больных обострение бронхиальной астмы могут провоцировать лекарственные препараты (нестероидные противовоспалительные препараты, -блокаторы, принимаемые внутрь или в виде глазных капель, антагонисты ангиотензинпревращающего фермента и др.). При указании в анамнезе на явления непереносимости перечисленные препараты не должны применяться.

Реабилитация или третичная профилактика направлена на уменьшение воздействия триггеров бронхиальной астмы (см. раздел «Общие вопросы»). Эффективным и важным мероприятием для уменьшения количества домашних клещей является использование непроницаемых для клещевых аллергенов постельных принадлежностей (уровень доказательности В).

Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента по уходу за пациентом

Код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
04.037.03	Школа для больных бронхиальной астмой	1

Обучение пациентов правилам самоведения и самоконтроля.

Характеристика медицинских услуг по уходу за пациентом

Особенностей нет.

Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Ограничения продуктов питания в случае доказанной пищевой аллергии.

Ограничение пищевых продуктов, богатых биологически активными веществами и их либераторами, консервированных с использованием сульфитов (картофельные полуфабрикаты, креветки, сухофрукты, пиво и вино), при указании в анамнезе на появление бронхоспазма после их употребления.

Кроме указанных разделов, в протокол ведения больного включаются форма информированного согласия пациента при выполнении протокола, дополнительная информация для пациента и членов его семьи, план действий больного, правила изменения требований при выполнении протокола и порядок исключения пациента из протокола, возможные исходы и их характеристика.

Подобные протоколы созданы соответственно различным моделям больных бронхиальной астмой различной степени тяжести, в ремиссии или обострении, для ведения на амбулаторном и госпитальном этапах.

Протокол ведения больного бронхиальной астмой является инструментом, с помощью которого:

- удаётся преодолеть тенденции к суперспециализации,
- перейти к разумному алгоритму диагностики,
- повышается роль догоспитальной диагностики и внебольничного лечения,
- обеспечивается высокий образовательный потенциал.

Однако, как и всякий формализованный документ, он не может дать ответы на такие проблемные вопросы, как: всегда ли оправдано стационарное обследование при проведении медико-социальной, военно-врачебной экспертизы; роль и место стационарзамещающих технологий в лечении больных бронхиальной астмой; роль и место оригинальных препаратов и генериков в лечении; регистрация побочного действия лекарственных препаратов; определять плановую меру потребления, обеспечивающую необходимый уровень качества оказания медицинской помощи и лечения больных и предусматривающую расход лекарственных средств не выше достигнутого минимального уровня потребления.

Наиболее важным результатом работы над протоколом ведения больного является формирование таких принципов лекарственного обеспечения, которые базируются на доказательной медицине.

Разработка клинических руководств и протоколов ведения больных представляет качественно новое направление в стандартизации медицинской помощи, основанное не на анализе «типичной практики», а на научных доказательствах эффективности и безопасности медицинских вмешательств, полученных в правильно организованных и проведенных исследованиях с применением современных эпидемиологических методов и статистического анализа. Переход от экспертного мнения к медицине, основанной на доказательствах, позволяет непрерывно совершенствовать систему обеспечения качества медицинской помощи, выявлять врачебные ошибки, обеспечивает информационной поддержкой врача при ведении больного в его повседневной работе, позволяет постепенно вытеснить малоэффективные и небезопасные вмешательства и более активно использовать новые вмешательства с доказанной целесообразностью, способствует рациональному использованию ресурсов и снижению затрат [5]. Таким образом, качество медицинской помощи, характеризующее соответствие оказанной медицинской помощи современному состоянию науки и практики здравоохранения с получением ожидаемого результата, является основным критерием.

Литература

- 1 Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» М., 1997
- 2 Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера 2002
- 3 Основы стандартизации в здравоохранении. Под ред. А.И.Вялова, П.А.Воробьева. М.: Ньюдиамед 2002
- 4 Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). Под ред. П.А.Воробьева. М.: Ньюдиамед 2000
- 5 Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера 2002.