

Данные, полученные по результатам вопросника IUATLD, функциональных методов исследования и расчетов, сделанных по теореме Байеса, показали, что вероятность распространенности клинически значимой БА среди подростков и взрослых в г. Екатеринбурге составляет 16,4%, в том числе среди мужчин - 17,5% и среди женщин - 14,0%.

Комплексные исследования позволили выделить наиболее «типичные» симптомы БА у мужчин и женщин в разных возрастных группах. Женщины чаще, чем мужчины, отвечают положительно на вопросы анкеты. У мужчин значимость позитивного ответа выше, чем у женщин. В зависимости от пола в вопроснике IUATLD выделены отдельные группы астматических симптомов. Применение проверочного вопросника IUATLD в сочетании с определением БО и ГРБ помогает установить распространенность БА, которая значительно превышает средние статистические показатели.

## Литература

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Пульмонолог. 1996. Приложение.
2. Медникова Б.Л., Медникова О.Б., Пиваевский С.А., Чучалин А.Г. Экономические затраты, связанные с заболеваемостью бронхиальной астмой // Тер. арх. 1997. № 8. С. 37-39.
3. Abramson M. J., Hensley M. J., Saunders N.A., Wlodarczyk J.H. Evaluation of a new asthma questionnaire // J. Asthma. 1991. Vol. 28, №2. P. 129-139.
4. Bielory L., Goldberg R. Cost - effective treatment of asthma // N.J. Med. 1996. Vol. 93, № 3. P. 168-170.
5. Burney P.G., Laitinen L.A., Pedrizez S. et al. Validity and repeatability of the IUATLD (1984) Bronchial Symptoms Questionnaire: an International comparison // Eur. Respir. J. 1989. Vol. 2, P. 940-945.
6. Priftanji A., Gliko E., Layzell J., Burr M.L. The Albanian respiratory health survey // Ibid. 1997. Vol. 10, Suppl. 25. P3068.

## Приложение

### Проверочный вопросник «За здоровые легкие»

1. Было ли у Вас затрудненное или свистящее дыхание в течение последних 12 мес.?
2. Было ли у Вас чувство нехватки воздуха при появлении свистящего дыхания?
3. Было ли у Вас затрудненное или свистящее дыхание без предшествующей простуды?
4. Просыпались ли Вы с чувством тяжести в грудной клетке в течение последних 12 мес.?
5. Просыпались ли Вы от затрудненного дыхания в течение последних 12 мес.?
6. Просыпались ли Вы от приступа сильного кашля в течение последних 12 мес.?
7. Были ли у Вас приступы удушья в течение последних 12 мес.?
8. Принимаете ли Вы постоянно противоастматические препараты, включая ингаляторы, аэрозоли или таблетки?
9. Есть ли у Вас аллергические заболевания носа, включая полиноз?
10. Дата вашего рождения? день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
11. Сегодняшняя дата? день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
12. Вы мужчина или женщина? муж. \_\_\_\_\_ жен. \_\_\_\_\_

5

## ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ: «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА» В ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Лещенко И.В.

Уральская государственная медицинская академия,  
Медицинское объединение «Новая больница»,  
г. Екатеринбург

В июне 1997 г. Департаментом здравоохранения Свердловской области и территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС) утверждена региональная программа «Бронхиальная астма». Для определения экономических затрат на бронхиальную астму (БА), связанных с потребностью в специалистах и лекарственных препаратах, изучены особенности распространенности заболевания в крупном промышленном регионе. В эпидемиологических исследованиях использовали вопросник IUATLD. Определяли гиперреактивность бронхов, характер бронхиальной обструкции, учитывали концентрацию вредных примесей в атмосферном воздухе. Вероятность

распространенности БА среди подростков и взрослых в регионе составила 16,4%, в том числе среди мужчин - 17,5 и среди женщин - 14,0%. Во всех возрастных группах, кроме женщин в возрасте 15-33 года, установлена прямая зависимость частоты астматических симптомов от концентрации вредных примесей в атмосферном воздухе. Распространенность БА превысила уровень заболеваемости в 1997 г. в Свердловской области и г. Екатеринбурге в 40,7 и 31,8 раз соответственно.

В рамках региональной программы совместно с сотрудниками ТФОМС разработан формуляр противоастматических лекарственных средств (ПАЛС), которые вошли в «Перечень лекарственных средств (ЛС) для обеспечения по бесплатным и льготным рецептам». В структуре фактического использования врачами ЛС для амбулаторного лечения БА бронхолитические препараты составляют 60,3%, противовоспалительные - 28,9% и прочие - 10,8%. Особенно недостаточно в амбулаторной практике больным БА назначаются ингаляционные кортикостероидные препараты (при БА 2, 3, 4 степеней 53,3, 17,8 и 14,3% соответственно) из числа предусмотренных формуляром. В то же время врачами поликлиник выписано больным БА 28,0% рецептов на лекарственные средства, не являющиеся противоастматическими.

Анализ качества диагностики БА участковыми терапевтами у 548 пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) показал, что гипердиагностика составила 0,8%, а гиподиагностика - 68,6%. Количество больных БА по обращаемости за медицинской помощью в 3,2 раза превысило количество больных астмой согласно данным официальной статистики. В 41,0% случаев не диагностирована легкая астма.

С целью улучшения диагностики БА и качества лечения в регионе открыто и работает 13 кабинетов пульмонолога и 10 астма-школ, изданы методические рекомендации для врачей и брошюры для пациентов. В течение 1997 г. проведено более 20 научно-практических конференций. Разработана новая обучающая программа для больных БА - познавательная игра «Медицинская азбука», открыт астма-телефон. В среднем у врача - пульмонолога гипердиагностика БА составила 1,2%, гиподиагностика 20,2%, что позволило улучшить качество диагностики заболевания в 2,6 раза. В 1997 г. по сравнению с 1996 г. число больных БА увеличилось в Свердловской области на 2310, в том числе в г. Екатеринбурге на 1292 чел. За это же время число инвалидов по БА уменьшилось на 6,6%, количество вызовов СМП в г. Екатеринбурге к больным БА сократилось на 775.

Таким образом, региональная программа «Бронхиальная астма» способствует внедрению оптимальной диагностики, лечения и профилактики заболевания.

6

## ОПЫТ СОЗДАНИЯ АЛГОРИТМА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ

Черенков А.А.

Городская клиническая туберкулезная больница № 1, г. Ижевск

Известно, что тяжелые пневмонии (ТП) характеризуются высокой летальностью, склонностью к хронизации процесса. Интенсивная терапия ТП не всегда приводит к ожидаемому результату, поскольку для ТП характерно вовлечение в воспалительный процесс большого участка легочного паренхимы, нарушение бронхиальной проходимость, гемо- и лимфооттока и увеличение величины легочного шунта.

В результате трехлетнего опыта работы отделения реанимации нами был выработан следующий алгоритм интенсивной терапии при тяжелых пневмониях:

1. Пункция и катетеризация центральной или периферической вены. Целью данной манипуляции является возможность обеспечения системной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии, мониторинга состояния центральной гемодинамики (определение центрального венозного давления) и проведения комплекса эфферентных и кантоватых методик.
2. Пункция и катетеризация трахеи. Цель - возможность проведения сеансов вспомогательной высокочастотной искусственной вентиляции легких, интратрахеального введения ряда антибактериальных и других препаратов.
3. Пункция и катетеризация ретроплеврального пространства. Цель ее - определение возможности лимфотропного воз-