

диагноза заболевания показал, что основные денежные траты пришлось на фармакотерапию больных с параноидной формой шизофрении, что обусловлено большим количеством данных пациентов, длительным периодом госпитализации (в среднем 72 дня) и самой высокой стоимостью лекарственной терапии 1 койко-дня среди исследуемых КСГ. Проведенный ABC- и VEN-анализ показал, что расходы на второстепенные и жизненно-необходимые ЛП были равны, т.е. одновременно назначалось множество ЛП, что привело к удорожанию стоимости лечения.

#### **Литература:**

1. Основы фармакоэпидемиологического и фармакоэкономического анализа использования лекарственных средств при хронических заболеваниях / И.Н. Кожанова [и др.]. Минск: БелМАПО, 2006. 39 с.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В Г. ЛЕСНОМ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ.**

*Волкова Н. А., Бельтюков Е. К.*

*Федеральное государственное учреждение здравоохранения Центральная  
Медико-санитарная часть №91 Федерального медико-биологического  
агентства. г. Лесной Свердловской области.*

В возникновении atopических заболеваний существует определенная закономерность, которая называется atopическим (аллергическим) маршем. Это естественное течение atopических заболеваний, характеризующееся возрастной последовательностью развития сенсибилизации и клинических симптомов, которые нередко имеют тенденцию к спонтанной ремиссии. Atopический марш начинается с atopического дерматита (АтД) у детей грудного возраста, имеющих родителей с atopией, и обусловлен сенсибилизацией к пищевым аллергенам. К 2-3 годам появляются симптомы аллергического ринита (АР) и бронхиальной астмы (БА), происходит расширение спектра сенсибилизации и возрастает роль аэроаллергенов [1].

Во всем мире изучалась распространенность atopических заболеваний у детей. Наиболее широкомасштабным изучением в этой области является исследование ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Children). С помощью валидизированных вопросников была показана сильная корреляция между распространенностью АтД, АР и БА в каждой отдельной взятой стране.

В последние годы достигнуты значительные успехи в понимании причин и механизмов аллергического воспаления и формировании подходов к лечению atopических заболеваний. Принят ряд международных и национальных соглашений по диагностике и лечению БА, АР и АтД, разработаны стандарты терапии этих заболеваний [2], [3], [4], [5].

**Цель исследования:** определить распространенность атопических заболеваний и провести анализ фармакотерапии АР, БА и АтД у детей в г. Лесном.

**Материалы и методы:** В г. Лесном а 2010 году было проведено исследование распространенности атопических заболеваний у детей в возрасте от 0 до 6 лет с помощью вопросника ISAAC (стандартизированная программа "Международное исследование астмы и аллергии у детей – ISAAC"). Всего было опрошено 1746 чел. (мальчики – 890, девочки - 856). Оценка и анализ качества фармакотерапии АтД, АР и БА проводились в соответствии с национальными и международными рекомендациями по амбулаторным картам, клиническим и лабораторно-функциональным методам исследования.

**Результаты и обсуждение.** При анализе ответов на вопросник ISAAC ответили положительно (хотя бы на один из вопросов) – 720 чел. (41,2%). По результатом опроса выявлено, что симптомы БА отмечались у 18,4% детей, симптомы АР – у 18,1%, симптомы АтД – у 23,4% детей.

**Распространенность симптомов БА, АР, АтД за последние 12 месяцев в возрастных группах по данным опроса (%).**

	0-1 года	1-2 года	2-3 года	3-4 года	4-5 лет	5-6 лет
Симптомы БА	4,4	7,1	22,4	15,0	9,3	7,6
Симптомы АР	-	12,9	15,2	23,2	15,1	15,7
Симптомы АтД	24,9	7,4	15,9	14,7	13,7	12,4

Кроме того, за последние 12 месяцев определялась наибольшая распространенность симптомов АтД в возрастной группе 0-1г. - 24,9%; симптомов БА в возрастной группе 2-3 г. - 22,4%; симптомов АР в возрастной группе 3-4 г. - 23,2%. Результаты данного исследования косвенно подтверждают существование атопического марша и имеют большое практическое значение в плане профилактики респираторной аллергии у детей с выявленной атопией.

По результатом исследования определилась группа детей, имеющих симптомы АтД, АР и БА. Среди них были выделены дети с ранее установленным диагнозом БА, АР, АтД, у которых был проведен анализ фармакотерапии АтД, АР и БА. Выявлен ряд дефектов выбора препаратов, дозы, кратности приема. Наиболее частой ошибкой было отсутствие базисной терапии персистирующей астмы при частично контролируемом и неконтролируемом течении, а также отсутствие сочетанного лечения БА и АР. При назначении препаратов кромоглициевой кислоты отмечалось нарушение кратности приема (менее 4 раз в сутки). Суточная доза ИГКС иногда не соответствовала степени тяжести БА, а вместо базисной терапии БА назначался кетотифен, что не соответствует международным и национальным стандартам терапии. В технике ингаляции препаратов отмечались ошибки. Наиболее частая ошибка – это проведение ингаляции без спейсера у детей раннего возраста. При обострении БА назначался зуфиллин в дозах выше возрастных и антигистаминные средства 1-го поколения (супрастин). Препараты антилейкотриеновой группы (монтелукаст) назначались редко. При

лечении АР часто отмечалась монотерапия сосудосуживающими средствами интраназально, при отсутствии базисной терапии топическими ГКС, кромоном и др. При лечении АтД в некоторых случаях наружные ГКС смешивались с “детским кремом”, что может снизить эффективность лечения.

К сожалению, реальная практика лечения атопических заболеваний далека от совершенства. Это связано и с высокой стоимостью лечения, и с отсутствием информированности врачей первичного звена о современных подходах к терапии и препаратах, способах их доставки. При выборе тактики лечения больного с атопией обязательно необходим индивидуальный подход, учитывающий клинические особенности, степень тяжести заболевания, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты пациента.

Результаты исследования ISAAC в г. Лесном подтверждают переход АтД в АР и/или БА. Раннее и эффективное лечение АтД в соответствии с международными и национальными рекомендациями может способствовать профилактике БА и АР у детей.

#### **Список литературы:**

1. Бельтюков Е. К., Братухин К. П., Волкова Н. А. и соавт. Бронхиальная астма, аллергический ринит и атопический дерматит: алгоритмы диагностики и лечения. Екатеринбург, 2011г. С. 7.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2007г.) / Под ред. Чучалина А. Г. – М.: Атмосфера, 2008. 108 с.
3. Аллергический ринит и его влияние на астму - Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), 2008г. // Российский аллергологический журнал (приложение). 2010 С. 215.
4. Научно-практическая программа “Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика” Москва 2001г. 76 с.
5. Национальная программа “Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика”. Второе издание. М.: Издательский дом “Русский врач”, 2006. 100 с.

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СРЕДСТВ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

*Гарифуллина Г.Х.*

*Казанский государственный медицинский университет, г.Казань*

**Введение.** Средства самоконтроля артериального давления сейчас есть практически в каждой семье. Ими пользуются как больные люди, в первую очередь, страдающие гипертонией, так и те, кто заботится о своем здоровье и следит за артериальным давлением [1]. Российский рынок тонометров сегодня представлен высококачественными механическими и электронными тонометрами производства Украины, России, Германии, Японии, Сингапура, Китая, Южной Кореи, Индонезии, и пр. Активнее всего продвигают свою продукцию японские фирмы A & D, Omron и Nissei, Apexmed (Нидерланды) а также корпорация Microlife. Наиболее известными среди российских производителей тонометров являются компания «Медтехника» (С.-Петербург), Саранский приборостроительный завод, компания «Тривес» (С.-Петербург),