

щенной и извитой базальной мембраны, отека и фиброза стромы, повышенного количества клеток воспаления.

2. Наибольшие различия в морфологической картине найдены между инфекционно-зависимой и атопической формой астмы, которая отличалась от первой большим числом межэпителиальных лимфоцитов и эозинофилов, фибробластов, лимфоцитов и меньшим количеством нейтрофилов, а от смешанной — только меньшим содержанием нейтрофилов в строме. Инфекционно-зависимая астма отличалась от смешанной большим числом нейтрофилов в строме. Между собой все формы отличались содержанием эозинофилов, при атопической астме в 1 мм² стромы их было в 1,5 раза больше, чем при смешанной, и в 3 раза больше, чем при инфекционно-зависимой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения. Пульмонология 1996; прил.: 1–165.
2. Непомнящих Г.И., Непомнящих Л.М. Прижизненная патологоанатомическая диагностика и прогноз хронических воспалительных процессов в легких. Арх. пат. 1990; 2: 30–35
3. Barnes P.J. Evaluating asthma and its treatment: clinical markers and indicators of efficacy. Eur. Respir. Rev. 1996; 6 (32): 31–37.
4. Bone R.C. Bronchial asthma: diagnostic and treatment issues. Hosp. Pract. 1993; 30 [28 (9A)]: 45–52.

5. Boulet L.P., Laviolette M., Turcotte H. et al. Bronchial subepithelial fibrosis correlates with airway responsiveness to methacholine. Chest 1997; 112 (1): 45–52.
6. Boulet L.P., Chakir J., Dubq J. et al. Airway inflammation and structural changes in airway hyper-responsiveness and asthma: an overview. Can. Respir. J. 1998; 5 (1): 16–21.
7. Busse W.W. Inflammation in asthma: the cornerstone of the disease and target of therapy. J. Allergy Clin. Immunol. 1998; 102 (4, pt 2): 17–22.
8. Djukanovic R., Wilson J.W., Lai C.K.W. et al. The safety aspects of fiberoptic bronchoscopy, bronchoalveolar lavage, and endobronchial biopsy in asthma. Am. Rev. Respir. Dis. 1991; 143: 772–777.
9. Dolen W.K. Asthma as an inflammatory disease: implications for management. J. Am. Board Fam. Pract. 1996; 9 (3): 182–190.
10. Fahy J.V., Corry D.B., Boushey H.A. Airway inflammation and remodeling in asthma. Curr. Opin. Pulm. Med. 2000; 6 (1): 15–20.
11. Jeffery P.K. Ultrastructure and immunohistology of asthma. Eur. Respir. Rev. 1993; 3 (14): 457–462.
12. Laitinen A., Laitinen L.A. Pathology of asthma. Allergy Proc. 1994; 15 (6): 323–328.
13. Magnan A., Retornaz F., Tsicopoulos A. et al. Altered compartmentalization of transforming growth factor-beta in asthmatic airways. Clin. Exp. Allergy 1997; 27 (4): 389–395.
14. Ohashi Y., Motojima S., Fukuda T., Makino S. Airway hyper-sensitiveness, increased intracellular spaces of bronchial epithelium, and increased infiltration of eosinophils and lymphocytes in bronchial mucosa in asthma. Am. Rev. Respir. Dis. 1992; 145 (6): 1469–1476.
15. Vignola A.M., Chanez P., Chiappara G. et al. Transforming growth factor-beta expression in mucosal biopsies in asthma and chronic bronchitis. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1997; 156 (2, pt 1): 591–599.

Поступила 04.05.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248–07

Л.С.Федосеева, В.И.Купаев, Н.В.Буцык, Н.Ю.Сенкевич

КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ММУ городская поликлиника №15, городской "астма-центр", Самара;
НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва

DISPENSARY CONTROL OF BRONCHIAL ASTHMA

L.S.Fedoseeva, V.I.Kupayev, N.V.Butsyk, N.Yu.Senkevich

Summary

Outpatient care for bronchial asthma patients is one of the primary problems of the Russian healthcare.

The article shows an analysis of 4-year work for outpatient management of asthma patients based on a pharmacoeconomic modelling method. A gradual implication of GINA principles allowed to improve the asthma detection in 4 times, to reduce a number of admitting to a hospital and of emergency care calls in 5.8 and 4.8 times accordingly. Treatment expenses for one asthma patient in the polyclinic №15 considering hospitalizations and privilege medication cost was 43% less than totally at Samara city.

An analysis of quality of life using the SF-36 questionnaire demonstrated the asthma patients observed in the polyclinic №15 to have a higher quality of life compared with other asthma patients at Samara especially on the criteria of their social activity and mental status.

Организация амбулаторной помощи больным бронхиальной астмой — одна из приоритетных задач Российского здравоохранения.

В работе представлен анализ четырехлетней работы по амбулаторному ведению бронхиальной астмы в условиях пульмонологического кабинета, основанному на методе фармакоэкономического моделирования. Последовательное внедрение принципов формулярной системы по бронхиальной астме позволило улучшить выявляемость заболевания в 4 раза, уменьшить число случаев госпитализации и вызовов неотложной помощи в 5,8 и 4,8 раза соответственно. Расходы на одного больного с бронхиальной астмой в поликлинике №15 с учетом госпитализации и затрат на приобретение льготных медикаментов были на 43% меньше, чем по Самаре.

Проведенный анализ качества жизни (КЖ) по опроснику SF-36 показал, что больные бронхиальной астмой, находящиеся под наблюдением в поликлинике №15, обладают в целом более высоким уровнем КЖ, чем пациенты других ЛПУ Самары, особенно по критериям, связанным с их социальной активностью и ментальной сферой.

Организация амбулаторной помощи больным бронхиальной астмой (БА) — одна из приоритетных задач Российского здравоохранения.

Главной целью помощи должно стать достижение контроля над симптомами заболевания при оптимизации фармакоэкономических показателей. Безусловно, контроль над симптомами БА у больного напрямую зависит от своевременной диагностики, правильного определения степени тяжести заболевания, адекватного базисного противовоспалительного лечения и готовности пациента следовать предписанию врача [2].

В настоящее время уровень диагностики астмы в России ниже, чем во всем мире. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 2 до 8% населения разных стран мира страдают БА [3]. При этом в структуре форм БА по степени тяжести преобладает легкая форма заболевания. Так, в Великобритании, Франции распространенность БА составила 2,1–4,5%, Италии — 3%, Финляндии — 5–6%, Австралии — 7,5% [5,6]. В то же время в Самаре диагностированная астма составила в 1996 г. 0,37%, тогда как, по данным НИИ пульмонологии МЗ РФ, распространенность заболевания в регионах России должна быть такой, как в большинстве стран Европы, — 2–5% взрослого населения [2].

По данным медицинской статистики городской поликлиники (ГП) № 15, на диспансерном учете в 1995 г. находились 194 человека, что соответствовало 0,5% населения. При распределении по степени тяжести наибольший удельный вес имела тяжелая форма БА — 51%, тогда как средняя степень тяжести составляла 47%, легкая — всего 2%. Эти данные не соответствовали истинной распространенности БА, так как многие больные с легкими формами не обращались за медицинской помощью либо врачи устанавливали им другие диагнозы.

Открытие пульмонологического кабинета в 1996 г., внедрение современных подходов в диагностику и наблюдение за больными с бронхолегочной патологией увеличило число выявленных больных БА до 802 человек по результатам 1999 г., что соот-

ветствует распространенности в 1,48%. При этом кардинальным образом изменилась структура распределения форм заболевания по степени тяжести. Больные с легкой формой БА составили 46%, средней степени тяжести — 42%, тяжелой — 12%. Данная картина больше соответствует истинной (табл.1).

Грамотное использование современных методов наблюдения и лечения больных с БА, где приоритетное внимание уделяется ранней диагностике, адекватной базисной терапии, отказу от порочной практики "скрытых расходов", претворение образовательных программ доказало экономическую эффективность принципов, положенных в основу формулярной системы БА и приказа № 300 МЗ РФ, появившихся в 1998–1999 гг.

Важным направлением в работе пульмонологического кабинета является ранняя и своевременная диагностика БА. Для этого необходимо тесное взаимодействие с врачами общей практики и другими структурными подразделениями ЛПУ. С этой же целью в поликлинике проводится обязательный осмотр пульмонологом подростков, встающих на учет, с выявлением групп риска и оценкой исходных показателей ФВД. Консультация пульмонолога больных с впервые установленным диагнозом хронического бронхита позволяет квалифицированно провести дифференциальную диагностику с астмой при помощи мониторинга обструкции индивидуальными

Таблица 1
Структура распределения (в %) больных с БА по степени тяжести в ГП № 15

Степень тяжести БА	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Число больных БА	196	372	561	802
Легкая форма	2	24	43,6	46
Среднетяжелая	47	47	36,0	42
Тяжелая форма	51	29	20,4	12

Таблица 2

Математическая модель эффективности лечения больных БА (в %) в ГП № 15

Показатель	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Контроль симптомов	12	24	43	64	82
Госпитализация	24	23	17	11	5
Нормальная жизнедеятельность	0	8	28	54	80
Предотвращение обострения	6	15	34	60	84
Предотвращение побочных эффектов	13	34	60	82	95

пикфлоуметрами, определением степени рефрактерности РЕГ на фоне тестов с бронхолитиками. При выявлении признаков атопии совместная работа с аллергологом-иммунологом в поликлинике делает выполнимой задачу выявления и элиминации аллергенов. Наличие в поликлинике женской консультации и пульмонологического кабинета создает оптимальные условия для планирования и ведения беременности у женщин, страдающих БА.

Внедрение в работу пульмонологического кабинета метода фармакоэкономического моделирования БА, разработанного Региональным центром респираторной медицины под руководством проф. *Б.Л.Медникова*, позволило не только спрогнозировать расходы по лечению больных, но и очертить круг ожидаемой заболеваемости. Динамика показателей напрямую зависит от осуществления образовательных программ БА, проводимых среди врачей и больных, и доступности лечения (табл.2).

Наш опыт работы подтверждает прогнозы математической модели. Контроль над симптомами БА достигнут у 83% больных. Это привело к уменьшению

Таблица 3

Затраты на госпитализацию и неотложную помощь в ГП № 15

Показатель	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Число больных с БА	196	372	561	802
Уровень госпитализации (<i>n</i>)	2,33 (139)	1,09 (64)	0,7 (41)	0,41 (24)
Количество вызовов скорой помощи	820	530	320	170
Затраты на госпитализацию и неотложную помощь, тыс. руб.	394,0	201,7	126,6	71,8

Примечание. Все расчеты приведены в рублях с использованием прейскуранта цен 1999 г.

госпитализации и своевременному оказанию экстренной помощи в несколько раз. Так, по результатам 1996 г. было госпитализировано 139 больных (уровень госпитализации 2,33), в 1997 г. — 64 госпитализации (уровень 1,09), а в 1999 г. уровень госпитализации равнялся 0,41 (24 случая), это при том, что число наблюдаемых больных с астмой выросло по сравнению с 1996 г. с 196 до 802 человек. Затраты на госпитализацию и неотложную помощь в 1999 г. по сравнению с 1996 г. сократились с 394,0 тыс. до 71,8 тыс. руб. (табл.3).

Совершенствование амбулаторной программы привело к уменьшению затрат на госпитализацию и неотложную помощь во всех группах больных, наблюдающихся в поликлинике как с легкой, так и с тяжелой астмой (табл.4 и 5).

Проводя сравнительный анализ аналогичных показателей в других ЛПУ Самары, можно констатировать значительные отличия по динамике показателей оказания помощи больным БА. Процент выявляемости БА, уровень госпитализации и оказания неотложной помощи за последние три года в ЛПУ Самары

Таблица 4

Затраты на госпитализацию больных БА по степени тяжести за 1996–1999 гг.

Степень тяжести	1996 г.		1997 г.		1998 г.		1999 г.	
	<i>n</i>	стоимость	<i>n</i>	стоимость	<i>n</i>	стоимость	<i>n</i>	стоимость
Легкая	37	75 850	18	36 900	8	16 400	1	2 050
Средняя	41	84 050	19	38 950	12	24 600	8	16 400
Тяжелая	61	125 050	27	55 350	21	43 050	15	30 750
Всего...	139	284 950	64	131 200	41	84 050	24	49 200

Примечание. Здесь и в табл.5 *n* — число больных, все расчеты проведены в рублях с использованием прейскуранта цен 1999 г.

Таблица 5

Финансовые затраты на вызовы скорой помощи больными БА за период 1996–1999 гг.

Степень тяжести	1996 г.		1997 г.		1998 г.		1999 г.	
	n	стоимость	n	стоимость	n	стоимость	n	стоимость
Легкая	57	7581	26	3458	3	399	0	
Средняя	213	28 329	133	17 689	45	5985	31	4123
Тяжелая	550	73 150	371	49 343	272	36 176	139	18 487
Всего...	820	109 060	530	70 490	320	42 560	170	22 160

Примечание. Стоимость 1 госпитализации больного БА 2050 руб., стоимость 1 вызова скорой помощи 133 руб.

не изменился. Динамика аналогичных показателей в ГП № 15 имеет позитивные тенденции.

Оптимизация организации помощи больным БА привела к повышению экономической эффективности деятельности поликлиники. Так, например, в 1999 г. затраты на одного больного БА в Самаре составляли 2435,1 руб., а в ГП № 15 — 1354,8 руб. На льготное медицинское обеспечение в Самаре выделялось 1568,9 руб. на одного больного БА, в ГП № 15 — 1265,3 руб., на госпитализацию по Самаре было затрачено 676 руб., в ГП № 15 — 61,3 руб., стоимость оказания неотложной помощи — 189,8 руб. по Самаре и 28,2 руб. в ГП № 15.

Сокращение расходов на госпитализацию и неотложную помощь позволяет расширить спектр медикаментозного лечения астмы, бесплатного для больного.

Оптимизация противовоспалительной терапии за счет длительного использования ингаляционных пре-

паратов является главным залогом успеха в достижении контроля над симптомами БА [1,7]: Наш опыт работы с 1996 г. по стандартам, разработанным *Global Initiative for Asthma* [4], доказал правильность выбранного пути. Более 60% средств выделяется на препараты базисного лечения. Анализ применяемой противовоспалительной терапии астмы за 1999 г. показал, что из 802 больных астмой ингаляционные глюкокортикостероиды принимают 427 человек, что соответствует 53,24%. Среди них доля бекламетазона составила 60,4%, будесонида — 26,7%, флунизолида — 9,4%, флутиказона — 3,5%. Системные глюкокортикостероиды принимает 5,9% больных, наблюдающихся в поликлинике с тяжелой астмой. Контроль симптомов легкой персистирующей БА с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов проводится у 23% больных. Широкое использование препаратов из группы ингибиторов лей-

Таблица 6

Результаты сравнительной оценки качества жизни больных БА Самары в зависимости от врачебной тактики

Критерий SF-36	Группа 1	Группа 2	Группа 3	p_1	p_2	p_3
	контроль (n=52)	больные БА других ЛПУ (n=50)	больные БА (ГП №15) (n=99)			
ФА	90,50±1,51	54,60±3,27	67,40±3,14	<0,05	<0,05	<0,05
РФ	86,00±3,51	44,00±5,37	58,50±4,82	<0,05	>0,05	<0,05
Б	79,96±3,69	47,78±4,15	67,70±4,15	<0,05	<0,05	>0,05
ОЗ	70,24±2,36	39,36±2,39	66,60±3,06	<0,05	<0,05	>0,05
ЖС	64,70±2,66	36,50±2,37	61,30±2,37	>0,05	>0,05	>0,05
СА	82,25±2,83	39,00±3,53	57,75±3,51	<0,05	<0,05	<0,05
РЭ	69,33±4,93	29,33±3,99	56,66±4,39	<0,05	<0,05	>0,05
ПЗ	64,48±2,41	35,10±2,89	57,52±3,17	<0,05	>0,05	>0,05
СС	58,00±2,62	30,50±3,52	60,50±3,50	>0,05	<0,05	>0,05

Примечание. p_1 — достоверность различий между группой 2 и контролем, p_2 — достоверность различий между группой 2 и 3, p_3 — достоверность различий между группой 3 и контролем.

котриеновых рецепторов сдерживается их высокой стоимостью.

Эффективный контроль над симптомами астмы невозможен без претворения в жизнь образовательных программ среди пациентов и врачей. Функционирование "астма-школы", индивидуальная работа с больными на приеме, проведение семинаров для врачей общей практики по избранным вопросам пульмонологии являются важными составляющими в обеспечении союза лечащего врача и пациента.

Повышение качества жизни пациентов, страдающих БА, является основным критерием оценки работы на участке врача, доказывающим правильность выбранной врачебной тактики.

Проведенный совместно с НИИ пульмонологии Минздрава РФ анализ качества жизни (КЖ) по критериям опросника SF-36 показал, что больные БА, находящиеся под наблюдением в ГП №15, обладают в целом более высоким уровнем КЖ, чем пациенты других ЛПУ Самары. Выявлена достоверная разница ($p < 0,05$) по следующим критериям: физическая активность (ФА), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), сравнение самочувствия с предыдущим годом (СС) (табл.6).

Установлено, что уровень КЖ больных БА, находящихся по наблюдением в ГП № 15, достоверно не отличается ($p > 0,05$) от такого у практически здоровых лиц по следующим критериям опросника SF-36: боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность

(ЖС), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ), сравнение самочувствия с предыдущим годом (СС).

Наши исследования свидетельствуют, что лечебная тактика по ведению больных БА, применяемая в ГП №15, способствует повышению КЖ пациентов, в первую очередь по критериям, связанным с их социальной активностью и ментальной сферой, и превосходит по своей эффективности подходы других лечебных учреждений города.

Таким образом, тяжесть БА может быть снижена, а социальное и экономическое бремя уменьшено в результате использования методов фармакоэкономического анализа, современных принципов диагностики и лечения заболевания в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черняк А.В., Сахарова Г.М., Чучалин А.Г. Эффективность бекламетозона дипропионата при длительном применении у больных бронхиальной астмой. Пульмонология 1998; 3: 77-80.
2. Чучалин А.Г. (ред.) Бронхиальная астма. М.: Агар; 1997; Т. 1.
3. Burney P. Why studies the epidemiology of asthma? Thorax 1988; 43: 425-428.
4. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma. Management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. 1993. Bethesda; 1995.
5. Gregg J. Epidemiological researches in asthma: the need for broad perspective. Clin. Allergy 1986; 16: 17-23.
6. Jackson R., Sears M.R., Beaglehole R., Rea H.H. International trends in asthma. Chest 1988; 94: 914-919.
7. Reed C.E. Aerosol glucocorticoid treatment of asthma. Adults. Am. Rev. Respir. Dis. 1990; 141: S82-S88.

Поступила 01.12.2000

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248-085-07

Ф.М.Ханова¹, Н.И.Ильина¹, Н.Ю.Сенкевич², О.С.Кобякова³, Т.Г.Сметаненко³

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

¹ ГНЦ Институт иммунологии МЗ РФ,

² НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва,

³ Сибирский государственный медицинский университет, Томск

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRITTLE ASTHMA: INFLUENCE OF COMBINED THERAPY

F.M.Khanova, N.I.Ilyina, N.Yu.Senkevich, O.S.Kobyakova, T.G.Smetanenko

Summary

The aim of this study was to evaluate influence of combined therapy with Seretid-Multidisk on quality of life (QoL) in patients with brittle and moderate asthma (BA).

The study involved 33 patients: 21 patients had moderate BA (the 1st group) and 12 ones had brittle BA (the 2nd group) who received 1500 mcg of beclomethazone dipropionate daily or another inhaled steroid in the equal dose 2.5 months at least and kept the daily bronchial lability more than 40% for at least 50% of the latter 75-day period. The basic therapy included Seretid-Multidisk 50/250: 1 inhaled dose twice a day in the 1st group and 2 inhaled doses twice a day in the 2nd group.