

Все вышесказанное свидетельствует, что разработанные технологии лечения острого абсцесса и гангрены легкого эффективны. Дальнейшее их совершен-

ствование и поиск новых решений проблемы лечения острого абсцесса и гангрены легкого позволяют улучшить исходы заболевания.

Поступила 23.04.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.24-06(571.15)

*Я.Н.Шойхет, В.Б.Колядо, С.И.Трибунский, Т.И.Мартыненко*

## ПОТЕРИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

HEALTH LOSSES OF RESPIRATORY DISEASES IN RESIDENTS OF ALTAI REGION

*Ya.N.Shoikhet, V.B.Kolyado, S.I.Tribunsky, T.I.Martynenko*

### Summary

Health losses of respiratory diseases in residents of the Altai region was studied and assessed as a part of social-and-hygienic certificate of the Altai region. They included primary morbidity (incidence) in children, adolescents and adults, and mortality rate. Based on historical analysis a conclusion was made regarding an increase in the environmental (social, natural and consume) influence and a reduction in a human's biological compensatory abilities. A favorable dynamics of irrevocable losses (mortality) confirms the efficacy of pulmonology service at the region. Monitoring of main parameters characterized the health losses of respiratory pathologies should be included to a healthcare quality control system.

### Резюме

В рамках социально-гигиенического паспорта Алтайского края изучены и оценены потери здоровья населения Алтая от болезней органов дыхания: первичная заболеваемость среди детей, подростков, взрослых и смертность населения. На основании ретроспективного анализа сделан вывод о нарастании прессинга окружающей (социальной, природной и бытовой) среды и о снижении биологических компенсаторных возможностей человека. Благоприятная динамика безвозвратных потерь (смертность) указывает на эффективность работы пульмонологической службы края. Мониторинг основных показателей, характеризующих потери здоровья населения от болезней органов дыхания, должен быть составляющей частью системы контроля качества медицинской помощи этому контингенту больных на территории.

В начале 80-х годов в Алтайском крае создан его социально-гигиенический паспорт, который используется в качестве инструмента для планирования комплексного развития территории, где главным критерием является состояние здоровья населения. В рамках социально-гигиенического паспорта Алтайского края изучены и оценены основные причины потерь здоровья населения Алтая [1,4-7], в том числе и от болезней органов дыхания.

В структуре основных причин потерь общественного здоровья болезни органов дыхания стабильно удерживают негативное, 4-е ранговое место. Наиболее высокие уровни заболеваемости отмечены среди детского населения (70496,‰ в 1999 г.) с тенденцией роста в последние годы (табл.1). Увеличивается частота заболеваний хроническим фарингитом,

назофарингитом, синуситом (до 77,3‰), аллергическим ринитом (53,0‰), пневмониями (до 599,8‰) и особенно бронхиальной астмой — до 156,1 случаев на 100 000 детей (относительно 1996 г. рост в 2,27 раза). Среди подростков 15-17 лет также отмечается тенденция к росту первичной заболеваемости болезнями органов дыхания (до 49799,0‰, рост в 1,43 раза), в том числе увеличивается частота хронических болезней миндалин и аденоидов, пневмоний, бронхиальной астмы. Меньшие уровни заболеваемости, но с той же тенденцией к росту зафиксированы среди взрослого (18 лет и старше) населения — 21103,3‰, также растет заболеваемость хроническим фарингитом, назофарингитом и синуситом (в 1,28 раза с 1996 по 1999 г.), хроническими болезнями миндалин и аденоидов (в

Таблица 1

Первичная заболеваемость болезнями органов дыхания населения Алтайского края в 1996–1999 гг.  
(на 100 000 соответствующего населения) <sup>1</sup>

Болезни органов дыхания	Возраст											
	0–14 лет				15–17 лет				18 лет и старше			
	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Хронический фарингит, назофарингит, синусит	64,2	68,0	53,5	77,3	341,8	350,2	312,1	263,9	268,7	262,7	255,8	342,9
Хронические болезни миндалин и аденоидов	1154,3	1198,9	1063,3	1171,7	1235,4	1178,2	1408,4	1567,8	131,7	133,3	134,9	186,3
Аллергический ринит	42,3	80,5	40,9	53,0	196,1	121,5	114,7	121,5	99,2	71,3	67,9	81,5
Пневмонии	393,3	403,6	326,0	599,8	290,6	287,9	246,1	384,6	518,7	473,0	441,5	500,2
Хронический бронхит, эмфизема	56,3	49,7	50,1	34,1	189,9	212,7	185,1	206,6	478,6	519,8	577,7	726,4
Бронхиальная астма	68,9	103,1	131,5	156,1	76,0	100,3	100,9	133,3	50,2	56,2	75,1	95,6
Всего ...	59836,9	62048,0	61803,2	70496,1	34868,2	36499,7	38738,0	49799,0	18329,0	19424,6	18126,2	21103,3

<sup>1</sup> По данным бюро медицинской статистики и информатики Комитета администрации Алтайского края по здравоохранению.

Таблица 2

Показатели наглядности первичной заболеваемости болезнями органов дыхания населения Алтайского края в 1996–1999 гг. (Россия – 100%)

Болезни органов дыхания	Возраст											
	0–14 лет				15–17 лет				18 лет и старше			
	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Хронический фарингит, назофарингит, синусит	44,2	49,5	36,8	39,4	108,5	123,0	98,1	78,1	188,8	182,6	168,1	204,7
Прирост, %	Россия +11,8; Алтай +9,7				Россия +2,8; Алтай – 8,0				Россия +5,6; Алтай +9,7			
Хронические болезни миндалин и аденоидов	123,6	125,4	101,6	108,2	199,1	195,1	209,0	241,8	174,7	175,4	182,1	192,7
Прирост, %	Россия +5,1; Алтай +0,9				Россия +1,7; Алтай +8,7				Россия +9,6; Алтай +13,5			
Аллергический ринит	42,0	71,1	31,9	37,3	158,9	101,2	80,3	82,3	178,1	122,3	116,5	143,5
Прирост, %	Россия +12,2; Алтай +23,6				Россия +6,6; Алтай – 12,6				Россия +0,7; Алтай – 4,3			
Пневмонии	74,1	66,0	40,7	77,2	123,6	105,7	54,8	90,3	149,3	134,2	114,2	126,1
Прирост, %	Россия +14,4; Алтай +22,5				Россия +25,2; Алтай +13,6				Россия +4,6; Алтай – 0,7			
Хронический бронхит, эмфизема	54,2	47,8	53,7	40,9	146,5	159,4	132,5	114,6	352,4	373,7	398,1	390,5
Прирост, %	Россия – 6,9; Алтай – 14,3				Россия +12,2; Алтай +3,5				Россия +11,6; Алтай +15,2			
Бронхиальная астма	67,3	83,5	94,3	101,9	103,0	118,0	104,8	124,9	155,9	157,0	188,7	234,9
Прирост, %	Россия +14,5; Алтай +32,0				Россия +13,1; Алтай +21,6				Россия +8,2; Алтай +24,3			
Всего ...	88,3	81,8	81,0	87,2	111,7	102,3	103,3	117,9	121,8	113,1	120,6	124,6
Прирост, %	Россия +6,1; Алтай +5,8				Россия +10,7; Алтай +13,1				Россия +4,2; Алтай +5,3			

1,41 раза), хроническим бронхитом и эмфиземой (в 1,52 раза), бронхиальной астмой (в 1,9 раза). Поскольку заболеваемость является индикаторным показателем, характеризующим взаимоотношение окружающей среды и человека, можно сделать вывод о нарастании прессинга окружающей (социальной, природной и бытовой) среды и о снижении биологических компенсаторных возможностей человека.

Сопоставляя показатели первичной заболеваемости болезнями органов дыхания на Алтае с аналогичными средними в целом по Российской Федерации (табл.2), можно видеть по приведенным показателям наглядности (Россия — 100%), что среди детского населения уровни заболеваемости этой патологией в Алтайском крае существенно ниже как в целом по классу, так и по основным причинам, кроме хронических болезней миндалин и аденоидов. В то же время следует отметить высокие среднегодовые темпы прироста заболеваемости детей Алтая аллергическими ринитами (+23,6%) и особенно бронхиальной астмой (+32,0%, тогда как по России +14,5%). В худшую для Алтая сторону развивается ситуация заболеваемости этой патологией среди подростков. Показатель наглядности первичной заболеваемости всеми болезнями органов дыхания составил 117,9% и это при более высоких среднегодовых темпах прироста

(+13,1%, а по России +10,7%). Особенно следует подчеркнуть постоянно нарастающее превышение уровней заболеваемости бронхиальной астмой (в 1999 г. 124,9%; тренд +21,6%, тогда как по России +13,1%). И как бы в продолжение, еще более ухудшаются относительно среднероссийских показателей уровни заболеваемости взрослого населения (18 лет и старше) Алтайского края. Показатель наглядности первичной заболеваемости всеми болезнями органов дыхания уже достигает 124,6%, среднегодовой темп прироста +5,3%. Показатель наглядности заболеваемости бронхиальной астмой составляет 234,9%, при очень высоких среднегодовых темпах прироста равных +24,3%. И самые негативные показатели заболеваемости взрослого населения Алтая определены для хронических бронхитов и эмфиземы, показатель наглядности достигает 390,5% при более высоких среднегодовых темпах прироста (+15,2%).

Таким образом, сравнительный анализ показателей заболеваемости населения Алтайского края болезнями органов дыхания с аналогичными среднероссийскими еще раз подтверждает ранее высказанное предположение о наличии на территории Алтая большего комплекса факторов риска здоровью населения. Однако в какой мере реализуется эта потенциальная угроза здоровью населения косвенно, но

Таблица 3

**Удельный вес смертей (в %) населения Алтайского края от болезней органов дыхания в структуре всех причин**

Год	Край			Город			Село		
	ОП	мужчины	женщины	ОП	мужчины	женщины	ОП	мужчины	женщины
1970	11,5	12,6	10,5	11,4	12,1	10,8	11,6	13,0	10,2
1979	8,3	9,7	6,7	7,7	9,0	6,1	8,8	10,3	7,2
1985	8,7	10,6	6,8	7,6	9,5	5,8	9,7	11,8	7,8
1986	8,3	10,2	6,5	6,8	8,7	5,1	9,9	11,9	8,1
1987	8,1	10,2	6,2	6,8	8,4	5,5	9,4	12,3	6,9
1988	7,7	9,6	6,0	6,4	7,8	5,2	9,1	11,5	6,9
1989	7,2	8,8	5,5	6,0	7,4	4,5	8,5	10,4	6,6
1991	5,8	7,5	4,2	5,0	6,5	3,5	6,8	8,6	4,9
1992	6,0	7,7	4,3	5,0	6,3	3,5	7,1	9,1	5,1
1993	6,3	8,4	4,1	5,4	7,2	3,3	7,3	9,6	4,9
1994	6,3	8,4	4,0	5,7	7,4	3,7	7,0	9,5	4,2
1995	6,1	8,2	3,7	5,5	7,3	3,2	6,8	9,2	4,2
1996	6,2	8,3	3,9	5,3	7,2	3,1	7,1	9,5	4,6
1997	5,6	7,5	3,6	4,7	6,2	3,0	6,5	8,7	4,1
1998	5,1	7,0	3,2	4,4	5,9	2,7	5,9	8,1	3,6
1999	5,6	7,5	3,7	4,5	5,9	2,8	6,8	9,1	4,4

Примечание. ОП — здесь и в табл.6 — общие потери.

довольно объективно, можно судить на основании анализа показателей смертности.

Удельный вес смертей населения Алтайского края от болезней органов дыхания в структуре всех причин за 30-летний период наблюдения (1970–1999 г.) был наиболее высоким 1970 г. — 11,5%, среди мужчин, проживавших в сельской местности края, еще выше — 13,0% (табл.3). В последующие годы (1970–1984) уровни показателей постоянно снижались. Некоторое повышение доли смертей от болезней органов дыхания в 1985–1987 г., произошедшее за счет мужчин, связано с относительным ростом вследствие существенного снижения в этот период значения такой ведущей причины смерти, как травмы и отравления при проведении известной антиалкогольной кампании. К 1991 г. доля смертей от болезней органов дыхания снизилась до 5,8% (7,5% среди мужчин и до 4,2% среди женщин края), причем среди городского населения края еще более существенно — соответственно до 5,0, 6,5 и 3,5%. Рост социальной напряженности в обществе в 1992–1996 и в 1999 г. сопровождался и повышением доли смертей от этого класса причин, однако в этом случае незначительный рост экстенсивного по-

казателя определяется существенным всплеском естественных причин смерти (несчастные случаи, травмы и отравления, убийства, самоубийства). Поэтому более объективными свойствами в оценке уровней и динамики потерь общественного здоровья обладают интенсивные коэффициенты (см. рисунок).

В динамике смертности всего населения Алтайского края от болезней органов дыхания за 30-летний период (1970–1999 г.) определена тенденция к снижению уровней со среднегодовым темпом  $-0,7\%$ . Однако это прирост всего периода, указывающий на общую закономерность. На самом деле процесс имеет флюктуативный характер с наличием существенных как всплесков, так и снижений уровней показателей (см. рисунок). Причем смертность населения проживающего в сельской местности края была всегда и существенно выше, нежели городских жителей. Эти различия составили в 1970 г. 1,2 раза, достигая 1,7 раза в 1987, 1988 и 1999 г. Необходимо также отметить, что за весь период наблюдения среди селян края имел место положительный среднегодовой темп прироста уровней смертности  $+0,5\%$ , в то же время прирост показателя среди горожан Алтая благоприятный, т.е. отрицательный  $-1,8\%$ .

Таблица 4

Количество спасенных жизней вследствие смертности населения Алтайского края от болезней органов дыхания

Годы	Мужчины						Женщины					
	край		город		село		край		город		село	
	Р	%	Р	%	Р	%	Р	%	Р	%	Р	%
1970	2269	6,9	2066	6,7	2446	7,0	453	4,5	437	4,8	477	4,4
1979	2320	5,6	2120	5,6	2490	5,6	442	3,9	456	4,4	432	3,5
1985	2279	6,2	2060	5,8	2486	6,4	501	4,9	450	4,8	562	4,9
1986	1770	5,8	1550	5,1	1996	6,1	453	5,1	402	4,8	515	5,2
1987	1513	5,3	1386	5,0	1624	5,3	446	4,4	233	3,4	526	5,7
1988	1633	5,5	1337	4,6	1950	6,2	331	4,2	288	4,0	386	4,4
1989	1570	5,0	1377	4,5	1796	5,4	365	4,3	293	3,7	470	4,9
1991	1273	3,8	1153	3,6	1404	4,2	228	2,6	166	1,9	322	3,4
1992	1475	4,1	1177	3,3	1777	4,9	407	4,4	282	3,2	580	6,0
1993	1802	4,3	1604	3,7	1984	4,8	330	2,9	251	2,2	435	3,7
1994	2177	4,6	2159	4,4	2178	4,9	406	3,2	404	3,1	410	3,3
1995	2112	4,6	2234	4,6	1943	4,5	446	3,6	403	3,2	511	4,1
1996	1921	4,5	1909	4,3	1927	4,7	367	3,4	327	3,0	425	3,9
1997	1652	4,0	1640	3,9	1658	4,1	333	3,1	335	3,2	333	3,1
1998	1551	4,3	1599	4,3	1473	4,2	227	2,4	179	2,0	296	3,0
1999	1490	3,9	1287	3,4	1713	4,3	274	2,8	199	2,1	368	3,5

Примечание. Р — на 100 000 мужчин и женщин трудоспособного возраста; % — доля среди всех причин.

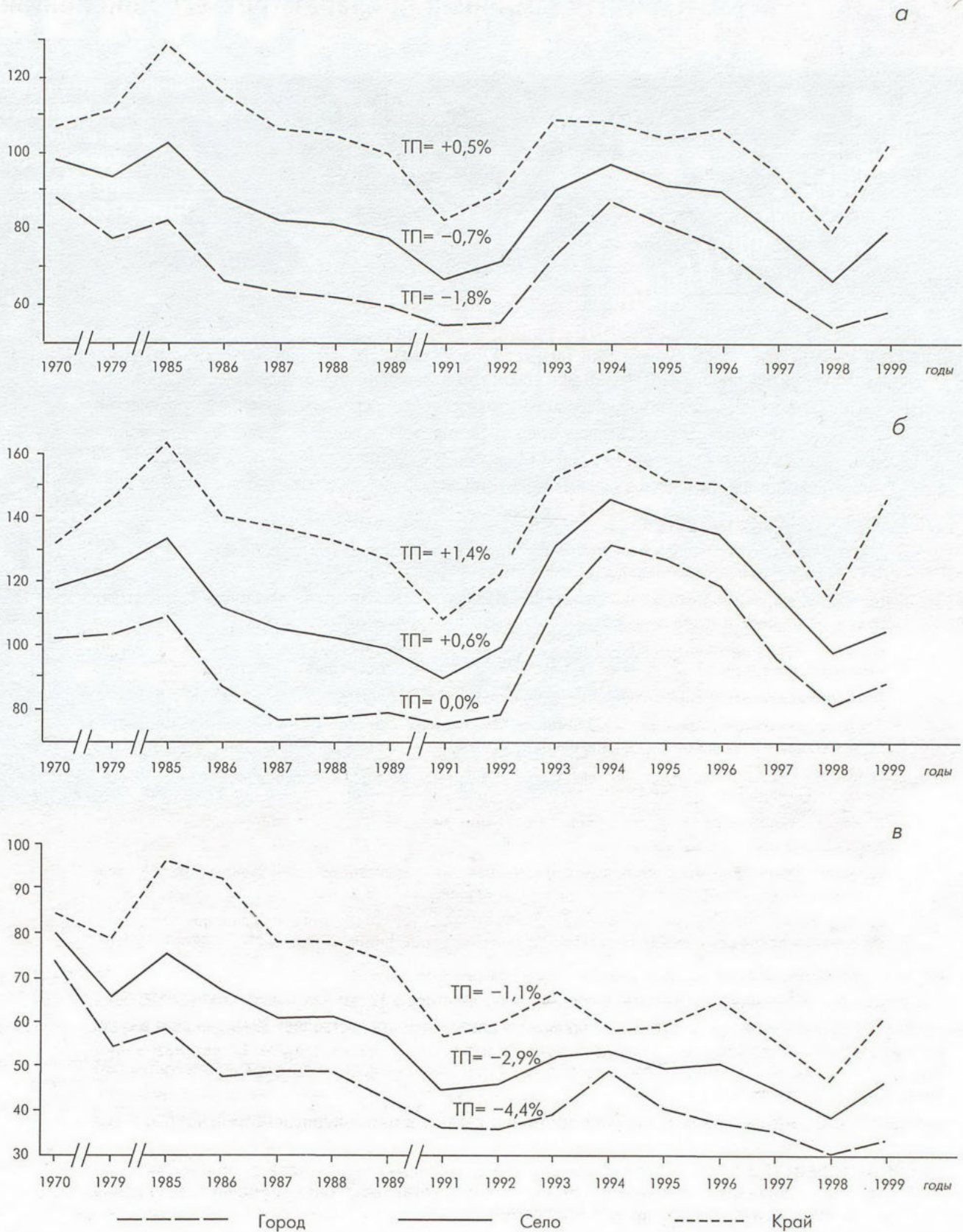


Рис. Динамика показателей смертности населения Алтайского края от болезней органов дыхания.  
 По осям ординат: а — на 100 000 населения, б — на 100 000 мужчин, в — на 100 000 женщин; ТП — темп прироста.



**СОСТАВ И ФОРМА ВЫПУСКА:** Телфаст 30, Телфаст 120 и Телфаст 180 — таблетки персикового цвета, покрытые оболочкой, содержащие 30 мг, 120 мг и 180 мг фексофенадина гидрохлорида соответственно.

**ПОКАЗАНИЯ:** Телфаст 30 — для устранения симптомов сезонного аллергического ринита и хронической идиопатической крапивницы у детей в возрасте от 6 до 11 лет включительно. Телфаст 120 — для устранения симптомов сезонного аллергического ринита у взрослых и детей старше 12 лет, Телфаст 180 — для устранения симптомов хронической идиопатической крапивницы у взрослых и детей старше 12 лет.

#### ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:

- Телфаст® — высокоспецифичный антагонист  $H_1$ -рецепторов, не обладающий антихолинергической или антиадренергической активностью.
- Телфаст® не проникает через ГЭБ, поэтому он не обладает седативным действием и не воздействует на психомоторные реакции даже в дозах, превышающих рекомендуемые [7].
- Телфаст® (фексофенадин) не блокирует медленные калиевые токи и, следовательно, не вызывает изменений интервала QT. По проявлению кардиотоксичности его действие сравнимо с «плацебо» [4].
- Телфаст® клинически эффективен в неизменном виде, без предшествующего метаболизма [2].
- Телфаст® не вызывает клинически значимого взаимодействия при совместном назначении с препаратами, метаболизирующимися в печени, например с эритромицином и кетоконазолом [3].
- Телфаст® (фексофенадин) быстро всасывается при приеме внутрь, максимальная концентрация в плазме достигается через 1—3 часа.
- Длительность действия Телфаста® (фексофенадина) достигает 24 часов, что позволяет принимать его 1 раз в сутки.
- Телфаст® (фексофенадин) выводится в неизменном виде через желудочно-кишечный тракт (с желчью) и почки (с мочой), период полувыведения составляет 11—15 часов.

Исследования, проведенные на пациентах из группы риска (пожилые, а также больные с нарушениями функции почек или печени), показали, что у них нет необходимости проводить коррекцию дозы.

#### РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ:

При сезонном аллергическом рините взрослым и детям старше 12 лет назначают Телфаст 120 один раз в сутки. Для детей от 6 до 11 лет рекомендованная доза препарата составляет 30 мг два раза в сутки. При хронической идиопатической крапивнице взрослым и детям старше 12 лет назначают Телфаст 180 один раз в сутки. Для детей от 6 до 11 лет рекомендованная доза препарата составляет 30 мг два раза в сутки.

**ПРОТИВПОКАЗАНИЯ:** прием препарата противопоказан у лиц с гиперчувствительностью к любому из его компонентов.

**ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:** при проведении клинических испытаний частота побочных явлений (головная боль, сонливость, тошнота, головокружение и усталость) при приеме фексофенадина была аналогична их частоте при приеме «плацебо».

Подробную информацию смотрите в инструкции по применению. [www.telfast.ru](http://www.telfast.ru)

[1]

**Литература:** 1) Dean A Hadley, Anthony Magnetty, Alan J Higgins. Drugs 1998; 7 (7): 1045-1054. 2) Lippert C, Ling J, Brown P et al. Mass balance and pharmacokinetics of fexofenadine HCl in healthy male volunteers. Pharmaceutical Res 1995; 12 (Suppl 9): F390. 3) Markham A, Wagstaff AJ. Fexofenadine. Adis new drug profile. Drugs 1998; 55: 269-74. 4) Pratt C, Mason J, Russell T, Ahlbrandt R. Effect of fexofenadine HCl on corrected QT interval (QTc). European Academy of Allergology and Clinical Immunology '97, 1-4 June 1997, Rhodes, Greece. Abstract. 5) Stern M., Berth-Jones J. Efficacy, tolerability and optimal dose of fexofenadine in chronic idiopathic urticaria. Annual Meeting of the British Society for Allergy and Clinical Immunology, 1997, Nottingham, UK. 6) Stern M, Bloom M. Fexofenadine HCl versus cetirizine as a once daily treatment of seasonal allergic rhinitis. Annual Meeting of the British Society for Allergy and Clinical Immunology, 4-6 September 1996, Manchester, UK. Abstract 0/05. 7) Vermeeren A, O'Hanlon JF. Fexofenadine's effects, alone and with alcohol, on actual driving and psychomotor performance. J. Allergy Clin Immunol 1998; 101:306-11.

# БЕКЛОФОРТЕ

Беклометазон дипропионат  
Дозированный аэрозоль для ингаляций:  
200 доз по 250 мкг

Сокращение количества ингаляций по сравнению с низкодозными препаратами беклометазона дипропионата (БДП)

- ✓ Удобство применения для пациента
- ✓ Повышение комплаентности
- ✓ Снижение курсовой стоимости лечения по сравнению с низкодозными препаратами БДП
- ✓ Высокая репутация компании производителя – лидера на мировом рынке антиастматических препаратов



## Это сильно!

### БЕКЛОФОРТЕ

Беклометазон дипропионат

#### Состав препарата и форма выпуска

Дозированный аэрозоль для ингаляций Беклофорте содержит 200 доз по 250 мкг беклометазона (в форме беклометазона дипропионата) в качестве действующего вещества.

#### Фармакологические свойства

Глюкокортикостероид для местного применения с выраженным противовоспалительным эффектом.

#### Показания к применению препарата

Базисная противовоспалительная терапия различных форм бронхиальной астмы у взрослых и детей 4 лет и старше.

#### Способ применения и рекомендуемые дозы

Беклофорте предназначен только для ингаляционного введения.

Рекомендуемые начальные дозы препарата:

Взрослые и подростки в возрасте 12 лет и старше

- бронхиальная астма легкой степени тяжести – 500 мкг/сут;
- бронхиальная астма средней степени тяжести – 750 – 1000 мкг/сут;
- бронхиальная астма тяжелой степени – 1000 – 2000 мкг/сут.

Дети в возрасте от 4 до 12 лет

- бронхиальная астма легкой степени тяжести – следует использовать ингалятор Бекотид, содержащий 50 мкг беклометазона дипропионата в одной дозе, так как рекомендуемые дозы ингаляционного беклометазона дипропионата составляют до 400 мкг в сутки;
- бронхиальная астма средней степени тяжести – по 250 мкг 2 раза в сутки;
- бронхиальная астма тяжелой степени – по 250 мкг 3 раза в сутки.

#### Побочные эффекты

У некоторых пациентов могут развиваться кандидоз полости рта и горла, охриплость голоса или раздражение слизистой оболочки глотки, которые могут быть предупреждены полосканием полости рта и горла водой сразу после ингаляции или применением спейсера. В редких случаях возможно возникновение парадоксального бронхоспазма и аллергических реакций. При длительном применении в максимальных дозах возможно снижение функции коры надпочечников.

#### Противопоказания

Повышенная чувствительность к любому компоненту препарата.  
При беременности применение Беклофорте возможно, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода.

Для получения дополнительной информации обращайтесь в представительство GlaxoSmithKline по адресу:  
Россия, 117418 Москва, ул. Новочеремушкинская, 61, тел. (095) 777 8900, факс (095) 777 8901.

 GlaxoSmithKline

Москва, ул. М. Трубецкая, д.8 (здание ММА им. Сеченова), левое крыло, эт.12  
Тел./факс: (095) 956-26-88; E-mail: sales@lassamed.com, www.lassamed.ru

## Стационарный спирометр SuperSpiro с широкими возможностями и изысканным дизайном

Спирометр SuperSpiro определяет более 40 показателей до и после приема лекарственных препаратов, визуализирует кривые поток/объем, объем/время в реальном времени. Полученные результаты остаются в памяти прибора с возможностью дальнейшей распечатки на встроенном термопринтере или передачи данных на ПК.

### ✓ Тесты:

- открытая спирометрия
- закрытая спирометрия
- максимальная произвольная вентиляция
- провокационные тесты
- бронхиальное сопротивление (опция)
- негативное давление выдоха (опция)

✓ Должные значения для детей и взрослых

✓ Детская программа, облегчающая контакт с ребенком (программа с "жевательной резинкой")

✓ Память до 1000 тестов

✓ Специальная программа для передачи данных на ПК

✓ Язык: русский, английский

✓ Небольшие размеры

✓ Цветной хорошо читаемый ЖК дисплей



**Гарантийное и постгарантийное сервисное обслуживание, обучение, ремонт**

**Micro Medical Limited**  
PO Box 6, Rochester, Kent, ME1 2AZ, UK  
[www.micromedical.co.uk](http://www.micromedical.co.uk)

Micro  
Medical



# КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

## БЕНАКОРТ® БУДЕСНИД

глюкокортикостероид для базисной  
терапии бронхиальной астмы  
порошок для ингаляции

Per. № 99/382/5

## САЛЬБЕН® САЛЬБУТАМОЛ

высокоэффективный стимулятор  
 $\beta_2$  - адренергических рецепторов  
порошок для ингаляции

Per. № 99/280/9

## САЛЬГИМ®

САЛЬБУТАМОЛА ГЕМИСУКЦИНАТ  
высокоэффективный стимулятор  
 $\beta_2$  - адренергических рецепторов  
раствор для ингаляции

Per. № 2000/200/4

порошок для ингаляции  
Per. № 2000/201/7

## САЛЬТОС®

САЛЬБУТАМОЛА ГЕМИСУКЦИНАТ  
селективный стимулятор  
 $\beta_2$  - адренергических рецепторов  
таблетки с пролонгированной  
бронхолитической активностью

Per. № 99/292/10

## ПУЛЬМОТЕСТ®

ОПРЕДЕЛИТЕЛЬ ОБЪЕМНОЙ СКОРОСТИ ПОТОКА  
ВОЗДУХА ПРИ ВЫДОХЕ

## Небулайзер ВОЯЖ

КОМПРЕССОРНЫЙ АЭРОЗОЛЬНЫЙ  
ИНГАЛЯТОР

ГЛУБОКИЙ СОН БЕЗ ПРИСТУПОВ  
ЛЕГКОЕ УТРЕННЕЕ ДЫХАНИЕ  
РЕГУЛЯРНАЯ АКТИВНАЯ РАБОТА  
ПОЛНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ С НОРМАЛЬНЫМ  
КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ, БЕЗ ЭКСТРЕННЫХ ВЫЗОВОВ ВРАЧА  
ОТСУТСТВИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ  
ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЦЕНЫ И КАЧЕСТВА



### ПУЛЬМОМЕД

Производство лекарственных препаратов  
для базисной терапии бронхиальной астмы

119071, Москва, Ленинский проспект, д. 33, корп. 3, этаж 3. Тел/факс (095) 954-6550.

# ПАКСИЛ

(пароксетин)

Депрессия  
и тревога:  
две проблемы -  
одно решение

- ▶ **ВЫРАЖЕННОСТЬ  
ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ**
- ▶ **АКТИВНОСТЬ  
ПРИ ДЕПРЕССИЯХ ВСЕХ ТИПОВ**
- ▶ **УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА  
ЖИЗНИ**
- ▶ **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПАНИЧЕСКИХ  
И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ  
РАССТРОЙСТВАХ**



ГлаксоСмитКляйн

Россия, 117418, Москва,  
Новочеремушкинская ул, 61  
Тел.: (095) 777 8900,  
Факс: (095) 777 8901



**УВЕРЕННАЯ  
ПОБЕДА НАД  
БРОНХОСПАЗМОМ!**

**Форадил** формотерол®

**МГНОВЕННЫЙ эффект ДЛИТЕЛЬНОЕ действие**

**Краткое описание:** селективный бета2-адреномиметик. **Состав и форма выпуска:** формотерола фумарат. Порошок для ингаляций в капсулах. 1 капсула – 12 мкг. **Показания:** профилактика и лечение бронхоспазма у больных с обратимым обструктивным заболеванием дыхательных путей, таким, как бронхиальная астма. Профилактика бронхоспазма, вызванного вдыхаемыми аллергенами, холодным воздухом или физической нагрузкой. Профилактика и лечение нарушений бронхиальной проходимости у больных с обратимым или необратимым хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), в том числе хроническим бронхитом и эмфиземой. **Дозирование:** для взрослых доза препарата для регулярной поддерживающей терапии составляет 12-24 мкг (содержимое 1-2 капсул) 2 раза в день. Детям в возрасте 5 лет и старше для регулярной поддерживающей терапии бронхиальной астмы назначают по 12 мкг два раза в день. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активному веществу или лактозе. **Предостережения:** после начала терапии Форадилем больным бронхиальной астмой следует продолжать противовоспалительную терапию, в частности, глюкокортикоидами, без изменения режима дозирования. Необходимо соблюдать осторожность у больных ишемической болезнью сердца, нарушениями сердечного ритма и проводимости, особенно при атриовентрикулярной блокаде III степени, тяжелой сердечной недостаточностью, идиопатическим подклапанным аортальным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, тиреотоксикозом, при наличии или подозрении на удлинение интервала QT. У больных сахарным диабетом рекомендуется дополнительный контроль гликемии. Избегать применения в периоды беременности и кормления грудью. **Взаимодействия:** хинидин, дизопирамид, прокаинамид, фенотиазины, антигистаминные препараты, трициклические антидепрессанты, ингибиторы MAO, симпатомиметики, производные ксантина, стероиды, диуретики, препараты дигиталиса, бета-адреноблокаторы. **Побочные действия:** иногда: тремор, сердцебиение, головная боль. Редко: судороги в мышцах, миалгии, тахикардия, возбуждение, головокружение, нервозность, бессонница, усиление бронхоспазма, раздражение ротоглотки. В отдельных случаях: реакции гиперчувствительности, в том числе тяжелая артериальная гипотензия, ангионевротический отек. **Упаковка:** 30 капсул в упаковке в комплекте с Аэролайзером®. **Примечание:** Прежде, чем назначить препарат, пожалуйста, внимательно прочитайте полную информацию о препарате.

 **NOVARTIS**

Полную информацию о препарате ФОРАДИЛ® можно получить в представительстве компании **Новartis Фарма Сервисес Инк.:**  
103104 Москва, Б. Палашевский пер., 15; тел.: (095) 967-1270, 969-2175; факс: (095) 967-1268.

# Беродуал®

## БЕРОДУАЛ® дозированный ингалятор

БЕРОДУАЛ® дозированный ингалятор — высокоэффективная, безопасная, уникальная комбинация  $\beta_2$ -агониста (фенотерол) и антихолинергического препарата (ипратропиум бромид)

- ▶ Препарат первого выбора при сочетании астмы и ХОБЛ
- ▶ Первый выбор при астме у пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями ССС
- ▶ При недостаточной эффективности монотерапии антихолинергических препаратов или бета-агонистов
- ▶ Препарат первого выбора при бронхобструктивном синдроме у детей старше 1 года
- ▶ Второй шаг после Беротека® при лечении астмы
- ▶ Второй шаг после Атровента® при лечении ХОБЛ

Дозированный аэрозоль во флаконах по 15 мл (300 доз)

1 доза содержит ипратропиум бромид 0,02 мг + фенотерола гидробромид 0,05 мг

Регистрационное свидетельство  
П № 012123/01.2000 от 19.07.2000

Представительство австрийской фирмы "Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ"  
117049, Москва, ул. Донская, д. 29/9, стр. 1  
Тел.: +7 095 788 61 40, факс: +7 095 788 61 41  
E-Mail: info@mos.boehringer-ingenelheim.com



Boehringer  
Ingelheim

# эреспал®

фенспирид

Новое эффективное  
противовоспалительное средство

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- ✓ Патогенетическое воздействие на ключевые звенья воспалительного процесса независимо от этиологии
- ✓ Уменьшение отека слизистой оболочки и гиперсекреции мокроты
- ✓ Противодействие бронхоконстрикции
- ✓ Улучшение отхождения мокроты
- ✓ Воздействие на кашель
- ✓ Улучшение мукоцилиарного клиренса

РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА



Регистрационное удостоверение П-8-242 № 005548

Адрес: Москва 115054, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.  
Тел.: (095) 937-07-00. Факс: (095) 937-07-01



**Авелокс – новый  
антибактериальный  
препарат широкого  
спектра действия**

**Авелокс®**  
Моксифлоксацин

# **АВЕЛОКС- ФОРМУЛА СКОРОСТИ**



**БЫСТРО, ПРОСТО, НАДЁЖНО**

- быстрое и продолжительное бактерицидное действие
- высокая активность в отношении грамположительных, грамотрицательных, атипичных, анаэробных и полирезистентных возбудителей инфекций
- возможность ступенчатой терапии тяжелых инфекций
- хорошая переносимость
- высокая безопасность
- 400 мг – одна дозировка – один прием в сутки

Форма выпуска: в таблетках по 400 мг, покрытых оболочкой, 5 таблеток в упаковке; раствор для внутривенной инфузии 250 мл (400 мг моксифлоксацина).

**Bayer** 

Байер АГ, Лейпциг, Германия.

За дополнительной информацией обращаться в компанию ОНИКС ФАРМ:

г. Москва 129010, Грохольский пер., дом 13, строение 2, тел: 007-095-2342090, факс: 007-095-2342070.

<http://www.avelox.com>

<http://www.bayerhealthvillage.com>

Уровни показателей смертности населения от болезней органов дыхания зависят не только от территории проживания (город, село), но и существенно от пола. Для динамики показателей среди мужчин края характерна флюктуативность с наличием существенного всплеска уровней в 90-е годы, негативный среднегодовой темп прироста (+0,6%), который определен мужчинами села (+1,4%), среди них уровни смертности были выше в 1,2–1,7 раза. Показатели смертности женщин в городской местности были в 1,6–1,9 раза выше, чем в сельской.

При расчете "синтетических" показателей смертности населения трудоспособного возраста использовалась методика В.В.Паевского [3] в модификации Ю.А.Корчак-Чепурковского [2].

Установлено, что количество спасенных жизней среди сельских жителей (мужчин и женщин) постоянно выше (табл.4). В 70-е годы отмечены самые высокие потери здоровья среди мужчин-селян — 2446, 2490‰, в 1985 г. — 2486‰. Следует подчеркнуть, что за последние 15 лет наблюдения прослеживается тенденция к снижению потерь здоровья мужчин трудоспособного возраста от болезней органов дыхания (до 1490‰ в 1999 г.), последовательно уменьшается и их доля в структуре всех причин смерти от

6,9% в 1970 г. до 3,9% в 1999 г. Аналогичная ситуация прослеживается и в динамике преждевременной смертности женщин: уровни показателей (453‰ в 1970 г.; 274‰ в 1999 г.) и их доля в структуре всех причин смерти (соответственно 4,5 и 2,8%) имеют тенденцию к снижению, хотя в отдельные периоды и наблюдались всплески: 501‰ (4,9%) в 1985 г.; 407‰ (4,4%) в 1992 г.; 446‰ (3,6%) в 1995 г.

Таким образом, динамика показателей количества спасенных жизней вследствие преждевременной смертности населения Алтая от болезней органов дыхания имеет благоприятный характер, но уровни показателей следует оценить как высокие.

Другие 2 взаимодополняющие "синтетические" характеристики смертности населения в рабочем возрасте — средний возраст смерти и среднее число недожитых лет умершими в Алтайском крае от болезней органов дыхания — представлены в табл.5. Показатель среднего возраста смерти рассчитывается как средняя величина возраста смерти из совокупности умерших в трудоспособном возрасте, а среднее число недожитых лет есть разница пенсионного возраста и среднего возраста смерти.

Средний возраст смерти от болезней органов дыхания на Алтае колебался среди мужчин от 48,1 года (в

Таблица 5

Средний возраст умерших (X) и среднее число недожитых лет (Q) среди умерших в Алтайском крае в трудоспособном возрасте от болезней органов дыхания (годы на одного умершего)

Год	Мужчины						Женщины					
	край		город		село		край		город		село	
	X	Q	X	Q	X	Q	X	Q	X	Q	X	Q
1970	49,9	10,1	50,7	9,3	48,6	11,4	43,7	11,3	45,2	10,8	42,2	12,8
1979	49,6	10,4	49,3	10,7	49,7	10,3	44,9	10,1	45,8	9,2	43,6	11,4
1985	50,0	10,0	50,0	10,0	50,0	10,0	42,7	12,3	42,7	12,3	42,0	13,0
1986	50,2	9,8	50,4	9,6	49,7	10,3	43,8	11,2	43,3	11,7	44,0	11,0
1987	50,6	9,4	50,5	9,6	50,4	9,4	41,3	13,7	41,2	13,8	40,7	14,3
1988	51,7	8,3	51,2	8,8	51,9	8,1	43,6	11,4	44,1	10,9	42,9	12,1
1989	51,3	9,2	50,9	9,1	50,7	9,3	44,8	10,2	45,9	9,1	43,8	11,2
1991	50,8	9,2	51,3	9,7	51,3	8,7	43,0	12,0	46,3	8,7	40,1	14,9
1992	51,2	8,8	49,7	10,3	52,3	7,7	43,2	11,8	44,2	10,8	42,4	12,6
1993	50,5	9,5	48,9	11,1	52,0	8,0	43,1	11,9	45,1	9,9	41,4	13,6
1994	49,6	10,4	48,9	11,2	50,4	9,6	42,5	12,5	45,0	10,0	39,3	15,7
1995	49,1	10,9	48,2	11,9	50,4	9,6	43,0	12,0	45,4	9,6	40,3	14,7
1996	48,5	11,5	47,8	12,2	49,3	10,7	43,4	11,7	45,1	9,9	41,5	13,5
1997	48,1	11,9	46,1	13,9	50,4	9,6	40,8	14,2	41,0	14,0	40,3	14,7
1998	49,4	10,6	48,2	11,8	51,0	9,0	43,9	11,1	40,6	14,4	46,6	8,4
1999	51,5	8,5	51,3	8,7	51,6	8,4	43,9	11,1	44,9	10,1	43,2	11,8

## Структура экономических потерь от смертности населения Алтайского края в 1999 г. (в %)

Основные причины	Край			Город			Село		
	ОП	муж.	жен.	ОП	муж.	жен.	ОП	муж.	жен.
Инфекционные и паразитарные болезни	4,8	6,6	1,6	5,7	7,5	1,9	3,9	5,4	1,3
Туберкулез	4,3	6,0	1,2	5,1	6,8	1,5	3,5	4,9	1,0
Сахарный диабет	0,6	0,4	1,0	0,5	0,3	0,6	0,7	0,4	1,1
Болезни системы кровообращения	36,7	30,9	46,8	36,9	31,5	47,3	36,4	30,7	46,3
Инфаркт миокарда	1,2	1,3	1,2	1,5	1,5	1,6	1,0	1,1	0,8
Сосудистые поражения мозга	9,3	6,1	14,9	10,6	6,9	17,3	7,9	5,2	12,5
Болезни артерий, артериол и капилляров	3,5	2,3	5,6	3,2	2,1	5,2	3,8	2,5	6,0
Болезни органов дыхания	4,9	5,5	3,7	3,9	4,5	2,8	5,9	6,6	4,7
Пневмонии	1,4	1,6	1,0	1,8	2,2	1,2	0,9	1,0	0,8
Болезни органов пищеварения	2,7	2,7	2,7	2,9	2,9	2,9	2,5	2,4	2,5
Циррозы печени	0,8	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0	0,7	0,6	0,7
Болезни мочеполовой системы	0,9	0,9	1,0	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,9
Врожденные аномалии развития	0,6	0,5	0,7	0,5	0,4	0,7	0,6	0,6	0,7
Травмы и отравления	26,2	32,9	14,3	27,0	33,2	16,0	25,3	32,6	12,7
Самоубийства	7,1	9,4	2,9	6,6	8,6	3,0	7,5	10,3	2,7
Убийства	4,3	5,2	2,5	5,2	6,3	3,2	3,3	4,1	1,9
Отравления алкоголем	1,8	2,3	1,0	1,7	2,0	1,0	1,9	2,5	0,9
Новообразования	15,1	13,6	17,9	15,7	13,2	20,9	14,6	14,0	15,6
ЗН органов дыхания	4,0	5,3	1,6	3,7	4,6	1,8	4,3	5,9	1,4
ЗН трахеи, бронхов, легких	3,6	4,9	1,4	3,3	4,2	1,5	3,9	5,4	1,2
ЗН органов пищеварения	5,2	4,9	5,8	5,4	4,9	6,3	5,0	4,9	5,3
ЗН желудка	1,9	1,8	2,1	2,0	1,8	2,3	1,8	1,8	1,8
ЗН молочной железы	—	—	3,1	—	—	3,8	—	—	2,5
ЗН половых органов	1,5	0,4	3,4	1,6	0,5	3,8	1,4	0,4	3,0
ЗН крови	0,9	0,8	1,2	1,0	0,9	1,4	0,9	0,8	1,0
ЗН кожи	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2

Примечание. ЗН — злокачественные новообразования.

1997 г. — самый негативный показатель) до 51,7 года (в 1988 г. — самый позитивный показатель), соответствующими в эти годы были и показатели среднего числа недожитых лет (11,9 и 8,3 года). Следует отметить, что по многолетнему наблюдению в более раннем возрасте умирали мужчины города, особенно наглядно эта закономерность сформировалась в 1992–1998 гг. В 1997 г. средний возраст смерти мужчин города падал до самого негативного уровня — 46,1 года, в этом же году было самое высокое недожи-

тие мужчин до пенсионного возраста — 13,9 года (это 30,9% от продолжительности всего рабочего периода). В трудоспособном возрасте в городской местности края умирает меньшее число мужчин, чем в сельской, но умирают они в более раннем возрасте, т.е. качество негативного прессинга факторов окружающей среды на мужчин выше в городе, чем на селе.

Среди женщин края лучшие показатели были зафиксированы в 1979 и 1989 гг., когда средний возраст смерти составил 44,9 и 44,8 года, а недожитие —



соответственно 10,1 и 10,2 года. Худший уровень отмечен в 1997 г.: средний возраст смерти 40,8 года, соответственно очень высокий показатель недовожития — 14,2 года (это 35,5% продолжительности всего рабочего периода). Однако средние показатели в целом по краю скрывают фактические существенные их различия для женщин города и села (см. табл.5). Лучший показатель среднего возраста смерти среди женщин города был отмечен в 1991 г. и составил 46,3 года (недовожитие 8,7 года), хорошие уровни были зафиксированы в 1979 г. (45,8 и 9,2 года) и в 1989 г. (45,9 и 9,1 года). Напротив, в 1998 г. был определен самый ранний средний возраст смерти — 40,6 года и соответственно значительное недовожитие — 14,4 года (это 36,0% длительности всего рабочего периода). Более негативны эти характеристики потерь здоровья среди женщин села. Именно для них в 1994 г. зафиксирован абсолютный рекорд раннего среднего возраста смерти за последние 30 лет — 39,3 года, недовожитие 15,7 года (39,3% длительности всего рабочего периода). Средний возраст смерти ранее 41 года и недовожитие более 14 лет определялись в 1987, 1991, 1995 и 1997 гг.

Таким образом, в трудоспособном возрасте в сельской местности края умирает большее число женщин, чем в городской (на что указывает показатель количества спасенных жизней), и умирают они в более раннем возрасте. По причине преждевременной смерти от болезней органов дыхания в рабочем возрасте женщин умирает меньше, чем мужчин, но доля их недовожития до пенсионного возраста значительно выше. В формировании смертности мужчин социальная компонента факторов риска умереть от болезней органов дыхания имеет большее значение, чем для женщин.

Дополнительное информационное значение имеет расчет экономических потерь вследствие смертности населения. Для этого применена методика, разработанная *Е.Н.Репиным* в НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН (Новокузнецк).

Смертность от болезней органов дыхания в структуре экономических потерь занимает 4-е ранговое место (табл.6) и ее доля в целом по краю составляет 4,9%, не намного опережая такую причину, как инфекционные и паразитарные болезни (4,8%). В показателях видна явная дифференциация по полу и территории проживания (город, село). Хотя и уровень, и доля экономических потерь здоровья мужчин выше (5,5%), нежели женщин (3,7%), но для мужчин есть еще более значимая причина — инфекционные и паразитарные болезни (6,6%), тогда как женщины по этим показателям устойчиво удерживают

это негативное 4-е место. Причем инфекционные и паразитарные болезни существенно опережают по потерям болезни органов дыхания среди мужчин только в городах края (7,5% против 4,5%), но в сельской местности ситуация обратная (5,5 и 6,6%). Высокая доля экономических потерь по этой причине смерти зафиксирована среди женщин края, проживающих в сельской местности (4,7%).

В структуре экономических потерь общества от болезней органов дыхания ведущее значение имеет такая причина, как пневмония (см. табл.6), составляя 1,4% в структуре всех причин потерь (1,6% среди мужчин, 1,0% среди женщин) и 28,6% в структуре этого класса (29,1% — среди мужчин, 27,0% — среди женщин). Однако в городской местности края доля пневмоний в структуре экономических потерь вследствие смертности населения от болезней органов дыхания достигает 46,2% (48,9% среди мужчин и 42,9% среди женщин).

Таким образом, потери здоровья населения Алтайского края от болезней органов дыхания следует определить как высокие, хотя динамика сокращения количества спасенных жизней в рабочем возрасте имеет благоприятный характер.

Мониторинг основных показателей, характеризующих потери здоровья населения от болезней органов дыхания, должен входить составляющей частью системы контроля качества медицинской помощи этому контингенту больных на территории.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье городского и сельского населения сельскохозяйственного региона / Колядо В.Б., Плагин С.В., Суржиков В.Д. и др. Новокузнецк; Барнаул; 2000.
2. *Корчак-Чепурковский Ю.А.* Избранные демографические исследования. М.; 1970.
3. *Паевский В.В.* Вопросы демографической и медицинской статистики. М.: Статистика; 1970.
4. Потери здоровья жителей сельских населенных пунктов Алтайского края в зоне влияния ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне (ретроспективная медико-демографическая оценка) / Колядо В.Б., Шойхет Я.Н., Киселев В.И. и др. Барнаул; 1998.
5. Потери здоровья населения от облучения радиоактивными осадками при ядерных испытаниях (ретроспективная медико-демографическая диагностика и оценка) / Колядо В.Б., Шойхет Я.Н., Киселев В.И. и др. Барнаул; 1998.
6. Ретроспективная медико-демографическая оценка формирования здоровья населения Алтайского края в 1991–1995 годах / Колядо В.Б., Плагин С.В., Суржиков В.Д. и др. Новокузнецк; 1999.
7. Социально-гигиенический паспорт Алтайского края / Колядо В.Б., Дощицин Ю.П., Ветков В.И. и др.: Препринт. Новосибирск; 1988.

Поступила 23.04.01