

чрезмерно оптимистически оценивают своё стоматологическое здоровье. В особенности это касается людей с глубоким резцовым перекрытием и частичной вторичной адентией. Как следствие, нет необходимости в лечении, либо необходимость минимальна у $73,77 \pm 1,24\%$ осмотренных, хотя согласно компоненту стоматологического здоровья этот показатель не превышает 52%. Так же интересен факт отсутствия у ряда пациентов со значительными аномалиями прикуса понимания сложности их клинической ситуации. Так, согласно эстетическому компоненту индекса высокая необходимость лечения отмечена лишь у $4,45 \pm 0,58\%$, в то время как по компоненту стоматологического здоровья этот показатель почти вдвое выше ($9,94 \pm 0,84\%$).

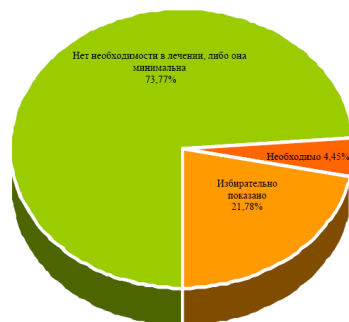


Рис. 2. Необходимость ортодонтического лечения согласно эстетическому компоненту индекса IOTN (в % к общему числу обследованных)

Выводы. Проведенное эпидемиологическое исследование выявило достаточно высокий уровень распространенности зубочелюстных аномалий – более половины детей и подростков имеют ту или иную патологию прикуса.

Согласно эстетическому компоненту IOTN всего около четверти детей и подростков осознают необходимость ортодонтического лечения, хотя по компоненту стоматологического здоровья того же индекса этот показатель превышает 50%. Низкая мотивация к получению врачебной помощи требует масштабных профилактических мероприятий в первую очередь направленных на повышение медицинской грамотности населения.

Особую озабоченность вызывает тот факт, что в каждом третьем случае показанием к ортодонтическому лечению является частичная вторичная адентия и последующая деформация зубного ряда.

Литература

1. Глухова, Ю.М. Изучение нужд населения Хабаровска в ортодонтическом лечении с помощью эстетических индексов / Ю. М. Глухова, Н.С.Шпак // Институт стоматологии. – 2010 /– №1. с. 24–25
2. Стоматология детей и подростков : пер. с англ. / Под ред. Р. Е. Мак-Дональда, Д. Р. Эйвери. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 766 с.
3. Bataringaya, A.A. Survey Of The Occlusal Traits In An Adolescent Population In Uganda: This Thesis ... Degree Of Magister Chirurgiae Dentium In Orthodontics / A.A. Bataringaya. – University of the Western Cape, 2004. – 127p.

STUDYING EPIDEMIOLOGY OF TOOTH AND JAW ANOMALIES AT CHILDREN AND ADOLESCENT OF DAGESTAN REPUBLIC BY MEANS OF TWO-COMPONENT ORTHODONTIC INDEX

S.M. SHAMOV

Dagestan State Medical Academy, Chair of Orthopedic Stomatology, Makhachkala

The article considers studying the prevalence of tooth and jaw anomalies at children and adolescents of Dagestan Republic. To assess the necessity level of medical bite correction the index of orthodontic treatment need – IOTN was applied. The application of epidemiological index based both upon aesthetic constituent and objective clinical features allowed maximal reliable revelation of those in need of treatment. The data obtained can be used for scientifically substantiated planning medical and prophylactic work.

Key words: orthodontia, epidemiology, IOTN index.

УДК 616.1+616.441-07

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Е.В. КАМЕНЮК, А.В. БУДНЕВСКИЙ, А.В. РАЗВОРОТНЕВ,
Л.В. ТРИБУНЦЕВА*

В статье представлены результаты анализа особенностей клинического течения и эффективности терапии у больных бронхиальной астмой (БА) на уровне муниципального района с использованием компьютерного регистра.

Ключевые слова: бронхиальная астма, компьютерный регистр, сельская местность.

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой здравоохранения. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти (Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики астмы (GINA) (пересмотр 2007 г.). Многочисленные исследования указывают на большую распространенность БА в городах в сравнении с сельской местностью, что, видимо, связано с загрязнением атмосферного воздуха в городах. Однако существуют и данные, свидетельствующие о достоверном росте заболеваемости БА у сельского населения, особенно проживающего в регионах с высокой интенсивностью сельскохозяйственного производства [1,2].

В то же время эксперты GINA (2007) констатируют, что, несмотря на неустанные попытки улучшить качество медицинской помощи больным БА, предпринятые за последние десять лет, большинство больных так и не ощутили на себе прогресса в области противоастматической терапии, а многие по-прежнему лишены даже минимальной медицинской помощи. Задачей будущих лет является работа с врачами и учреждениями первичной медицинской помощи, а также руководителями здравоохранения в различных странах, направленная на создание, внедрение и оценку программ помощи больным БА, соответствующих местным потребностям. Однако, оптимальное решение проблемы качества оказания медицинской помощи возможно только посредством совершенствования организации и управления здравоохранением на основе системного подхода с использованием управленческих алгоритмов.

В связи с этим актуальным представляется создание регистров больных БА, которые позволят оптимизировать управление лечебно-диагностическим процессом при данном заболевании, повысить не только клиническую эффективность терапии этого заболевания, но и снизить финансовое бремя БА на здравоохранение и общество в целом.

Цель исследования – с использованием системного подхода проанализировать эффективность лечебно-профилактических мероприятий у больных БА различной степени тяжести в сельской местности с использованием компьютерного регистра.

Материалы и методы исследования. Для создания компьютерной программы «регистр больных БА» была выбрана Embarcadero Delphi – мощная, гибкая, масштабируемая среда разработки программного обеспечения. В качестве СУБД использовался Microsoft Access – хорошо зарекомендовавшая себя персональная СУБД, в качестве технологии доступа к данным из приложения – ActiveX Data Objects (ADO/dbGo). Несмотря на то, что программа работает с БД, установка дополнительного программного обеспечения не требуется, т.к. операционные системы семейства Windows, начиная с Windows XP, уже содержат необходимый для работы с файлами БД Microsoft Access библиотеку MDAC. База данных состоит из двух таблиц – Passport («паспортная часть»), Medicine («лечебная часть»). Для нормального функционирования программы, необходимо выполнение требований к аппаратному обеспечению – процессор не ниже Pentium II 433, не менее 128 Мб оперативной памяти, около 8 Мб для установки программы и дополнительное дисковое пространство для размещения базы данных. После запуска программы, перед пользователем появляется главная форма приложения. Форма содержит главное меню для вызова всех основных функций программы (рис. 1). Первичной загрузке сведений должна предшествовать процедура подготовки справочников (Области, Районы,

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Студенческая, 10, Воронеж, 394036, тел.: 8(4732) 59-89-90

Улицы, ЛПУ, МКБ). Для удобства пользователя, для всех справочников предусмотрены интерфейсы (добавление, изменение, удаление записей, импорт, экспорт). После подготовки справочников, пользователь может приступить к импорту сведений – для этого в главном меню необходимо выбрать «Файл – Импорт» или воспользоваться комбинацией Ctrl + I, при этом необходимо указать расположение *.xls файла со сведениями.

Файл	Импорт
	Экспорт
	Экспорт с паспортной частью
Работа со справочниками	Области
	Районы
	Улицы
	ЛПУ
	МКБ
	Выход

Отчеты	Отчет – Форма 1
	Отчет – Форма 2

Помощь	О программе
--------	-------------

Рис. 1. Главная форма программы

По имеющимся в БД сведениям пользователь может формировать отчеты. Предусмотрены две отчетные формы. Отчет 1 – «фильтр», простая выборка сведений, отвечающих определенным условиям поиска. Отчет 2 – выборка сведений в разрезе значения определенного значащего признака. В качестве значащего признака может быть выбран «врач», «группа здоровья», «группа инвалидности», «ЛПУ», «льгота», «пол», «полнота обследования», «посещения пульмонолога», «препараты», «район», «состояние учета», «статус занятости», «степень тяжести». В зависимости от выбранного признака, выбирается его значение. Выходные файлы отчетов имеют формат Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Апробацию регистра больных БА проводили в МУЗ «Анинская ЦРБ». Всего в Аннинском районе по состоянию на 01.01.2011 состоит на «Д» учете 181 больной бронхиальной астмой, в том числе 78 мужчин (43,09%) и 103 женщины (56,91%).

Легкое персистирующее течение заболевания было у 4 (2,31%) пациентов, БА средней тяжести персистирующая – у 173 (95,58%), тяжелое течение заболевания – у 4 (2,31%). III группу инвалидности имели 46 (25,41%) пациентов, II группу инвалидности – 42 (23,20%), что указывает на длительное неконтролируемое течение заболевания, которое привело к ограничению жизнедеятельности. Из инвалидов II группы отказались от получения лекарственных средств в рамках федеральной системы дополнительного лекарственного обеспечения 37 (20,44%), III группы – 31 (17,13%) пациентов.

Анализируя особенности медикаментозной терапии, необходимо отметить, что комбинированную терапию получали всего 49 пациентов (16 (32,65%) мужчин и 33 (67,35%) женщины). 21 (42,86%) пациент использовал для лечения БА различные формы доставки комбинации флутиказон/сальметерол, 28 (57,14%) – будесонид/формотерол.

На комбинации будесонид/формотерол полного контроля БА в Аннинском районе Воронежской области удалось достичь 6 (21,43%) пациентам, частичного контроля – 10 (35,71%), при использовании комбинированного препарата флутиказон/сальметерол – 3 (14,29%) и 2 (9,52%) больным соответственно. Различия статистически значимы ($\chi^2=6,03$, $p=0,0491$).

Широкое применение комбинированных препаратов поддержано в Глобальной стратегии профилактики и лечения БА [3]. Метанализ целого ряда исследований показал, что у пациентов с недостаточным контролем за симптомами добавление сальметерола к терапии как низкими, так и высокими дозами ГКС способствует большему увеличению функции легких и уменьшению выраженности симптомов, чем увеличение дозы ГКС в 2 раза [6]. Аналогичные данные получены и при использовании другого β_2 -агониста длительного действия – формотерола, применение которого позволяет снизить дозу ингаляционных ГКС более чем на 60% [4,5]. Комбинированная терапия способна значительно улучшить функцию легких, уменьшить число ночных симптомов, снизить потребность в β_2 -агонистах короткого действия и число обострений. Эти данные позволяют рекомендовать комбинированную терапию всем больным БА, начиная с легкого персистирующего варианта течения.

Более того, использование комбинированных препаратов

обладает целым рядом дополнительных преимуществ. При назначении ГКС и β_2 -агонистов в виде одной ингаляции препараты приобретают большую эффективность, чем при назначении по отдельности. Назначение двух лекарственных средств в виде одной ингаляции создает лучшие условия для их одинакового отложения в дыхательных путях больного – т.е. оба препарата попадают на одни и те же участки слизистой оболочки, благодаря чему могут лучше взаимодействовать друг с другом.

При назначении ГКС и β_2 -агонистов по отдельности области, в которых происходит абсорбция препаратов, не всегда могут совпадать. Комбинированные лекарственные средства обеспечивают лучшую приверженность больных к лечению, а их использование обходится дешевле, чем применение 2 препаратов по отдельности [4].

Таким образом, использование комбинированного препарата будесонид/формотерол способствует достижению более полного контроля над заболеванием, нежели комбинации флутиказон/сальметерол у лиц, проживающих в сельской местности.

Выводы:

1. Для анализа особенностей клинического течения и эффективности терапии заболевания у больных БА на уровне муниципального района рекомендуется использование компьютерного регистра больных, позволяющего оптимизировать тактику медикаментозной терапии.

2. Исследование клинической эффективности терапии 2 комбинаций (сальметерол/флутиказон и формотерол/будесонид) у больных БА средней тяжести, проживающих в сельской местности показало более полное достижение контроля заболевания в группе пациентов, получавших терапию комбинацией формотерол/будесонид.

Литература

1. Базарбекова, Ш.К. Диагностика бронхиальной астмы на уровне ПМСП в сельской местности: ошибки и способы их снижения / Ш.К. Базарбекова, О.К. Дарменов, Б.С. Ахметов // Аллергология и иммунология. – 2007. – Т. 8. – № 1. – С. 104.
2. Кикун, П.Ф. Распространение болезней органов дыхания у населения Приморского края / П.Ф. Кикун, Э.Н. Вершинин, Г.Н. Вербичкая, Т.А. Щербакова // Бюл. физиологии и патологии дыхания. – 2000. – № 6. – С. 46–50.
3. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Published November 2007, <http://www.ginasthma.org>
4. Nelson, H.S. Combination therapy of bronchial asthma // Allergy Asthma Proc. – 2001. – Vol. 22. – P. 217–220.
5. Pedersen, S., O'Byrne P. A comparison of the efficacy and safety of inhaled corticosteroids in asthma / S. Pedersen, P. O'Byrne // Allergy. – 1997. – Vol. 52 (Suppl 39). – P. 1–34.
6. Shrewsbury, S. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA) / S. Shrewsbury, S. Pyke, M. Britton // BMJ. – 2000. – Vol. 320. – P. 1368–1379.

SYSTEM APPROACH TO THE MANAGEMENT OF TREATMENT AND DIAGNOSTIC PROCESS AT BRONCHIAL ASTHMA

YE.V. KAMENYUK, A.V. BUDNEVSKY, A.V. RAZVOROTNEV, L.V. TRIBUNTSEVA

Voronezh Medical Academy after N.N. Burdenko

The article presents the results of the analysis of the features of the clinical course of disease and treatment efficiency in patients with bronchial asthma (BA) at municipal district level with applying the method of computer register.

Key words: bronchial asthma, computer register, countryside.

УДК 616.13-004.6-616-073-616.153.915

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ НИЗКОГО И УМЕРЕННОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ SCORE

С.Ж. УРАЗАЛИНА*

Статья посвящена результатам сравнения значения показателей жё-

* ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, ул. 3-я Черепковская, д. 15а, Москва, 121552