

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИБС И РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В СЕВЕРО-КАВКАЗСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Кафедра «Общественное здоровье и здравоохранение» института последипломного образования
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310;
тел.: (8-8652) 38-38-94, +79283180604. E-mail: kum672002@mail.ru*

В статье представлены результаты анализа заболеваемости ИБС в РФ, СКФО и Карачаево-Черкесской республике по федеральным формам статистического наблюдения. Установлены различия в сердечно-сосудистой заболеваемости и исходах заболеваний между регионами. Отмечено значение доступности кардиологической и кардиохирургической помощи для улучшения состояния здоровья жителей региона.

Ключевые слова: заболеваемость, ишемическая болезнь сердца, доступность медицинской помощи.

K. R. AMLAEV, R. U. AIBAZOV, V. B. ZAFIROVA

**ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CHD AND RESOURCE CARE OF CARDIAC PATIENTS
IN THE NORTH CAUCASUS FEDERAL DISTRICT AND KARACHAY-CHERKESSIA**

*Department «Public health and health» of the Stavropol state medical university,
Russia, 355017, Stavropol, Mira street, 310;
tel.: (8-8652) 38-38-94, +79283180604. E-mail: kum672002@mail.ru*

The article presents the results of the analysis incidence of ischemic health diseases in Russia, North Caucasus federal district and Karachay-Cherkessia republic by federal statistical observation forms. The differences were found in the incidence of cardiovascular disease outcomes between regions. The significance of the availability of cardiology and cardiac care to improve the health of residents of the region was shown.

Key words: morbidity, coronary heart disease, access to health care.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности не только в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе, но и в Карачаево-Черкесской республике.

Высокая заболеваемость ССЗ приносит также существенные финансово-экономические потери, так как оплата терапии, медико-социальной реабилитации и социальной поддержки инвалидов по ССЗ, а их число достигает 50% всех лиц старше 18 лет в Российской Федерации, которым определена группа инвалидности, составляет весьма значительные средства [1–6].

Необходимость оптимизации и улучшения оказания медицинской помощи пациентам на всех этапах лечения не вызывает сомнения. Для разработки комплекса мер по оптимизации медицинской помощи пациентам с ССЗ следует изучить различные аспекты эпидемиологии заболевания в конкретных территориях.

Целью нашего исследования было изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, а также потребности в кардиологическом и кардиохирургическом лечении в Карачаево-Черкесской республике в динамике за 2008–2013 гг.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» Ставропольского государственного медицинского университета, кардиологического отделения и отделения сосудистой хирургии РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница» с разрешения локального этического комитета.

Нами была изучена частота распространения кардиологических заболеваний в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе за 2008–2012 гг., Карачаево-Черкесской республике в динамике за 2009–2013 гг., а также оценены имеющиеся ресурсы, необходимые для оказания кардиологической и

кардиохирургической помощи населению. Для расчета показателей была проведена выкопировка данных из форм федерального статистического наблюдения.

Результаты и их обсуждение

Показатели первичной заболеваемости стенокардией и острым инфарктом миокарда представлены в таблице 1. За период с 2008-го по 2012 г. в Российской Федерации первичная заболеваемость стенокардией выросла на 16,2% – с 199,9 до 232,2, а в Северо-Кавказском федеральном округе – на 18,5%.

Среди субъектов округа максимальный рост отмечен в Ставропольском крае – 170%, республике Северная Осетия – Алания – 68,2% и Кабардино-Балкарской республике – 40,2%.

В Карачаево-Черкесской республике отмечается небольшой рост заболеваемости – 12,7%. Однако при изучении первичной заболеваемости острым инфарктом миокарда отмечается иная ситуация. Так, в РФ она сократилась на 6,5%, в ЮФО – на 9,1%, а в СКФО возросла на 6,2%. В республиках Дагестан, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия заболеваемость также сократилась, а в республике Северная Осетия – Алания значительно возросла – на 134,2%.

Анализ первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) выявил её повсеместный рост (табл. 2). Так, в РФ она возросла на 16,2%, в СКФО – на 29%. Максимальный прирост заболеваемости отмечается в Ставропольском крае – 92,1%. Исключением является республика

Таблица 1

Первичная заболеваемость стенокардией и острым инфарктом миокарда в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР в динамике на 100 тысяч взрослого населения

Субъекты Федерации	Зарегистрировано больных: взрослые (с диагнозом, установленным впервые в жизни)											
	Стенокардия на 100 000 взрослого населения						Острый инфаркт миокарда на 100 000 взрослого населения					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008/2012, %	2008	2009	2010	2011	2012	2008/ 2012, %
Российская Федерация	199,9	192,5	212,7	223,9	232,2	+16,2	139,3	140,2	134,0	130,4	130,6	-6,5
Южный федеральный округ	206,6	152,2	162,6	168,5	204,0	-1,3	132,0	135,3	130,2	126,3	120,4	-9,1
Северо-Кавказский федеральный округ	-	308,0	376,5	327,9	364,9	2009/2012 +18,5	81,3	85,0	77,9	79,0	86,0	+6,2
Республика Дагестан	339,1	359,3	350,2	331,5	320,4	+5,6	48,0	44,2	42,4	39,4	43,7	-9,0
Республика Ингушетия	1013,1	1086,2	1095,1	975,2	1360,7	+34,3	27,8	37,1	24,6	43,3	30,0	+7,9
Кабардино-Балкарская республика	102,8	104,6	114,8	113,0	143,2	+40,2	92,9	50,5	59,0	74,4	55,8	-39,9
Карачаево-Черкесская республика	331,0	280,6	378,1	349,4	372,9	+12,7	99,1	137,1	117,9	108,9	97,2	-1,9
Республика Северная Осетия – Алания	160,8	205,0	339,1	272,9	270,4	+68,2	74,5	80,6	105,0	83,0	174,5	+134,2
Чеченская республика	622,7	677,9	907,8	726,1	656,3	+5,4	55,9	93,0	65,5	62,3	53,0	-5,2
Ставропольский край	97,1	101,7	184,0	175,3	262,5	+170,3	122,5	129,4	115,5	120,7	129,0	+5,3

**Первичная заболеваемость ишемической болезнью сердца
в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР в динамике на 100 тысяч взрослого населения**

Субъекты Федерации	Зарегистрировано больных: взрослые (с диагнозом, установленным впервые в жизни) Ишемическая болезнь сердца на 100 000 взрослого населения					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008/2012, %
Российская Федерация	544,8	569,9	610,0	633,2	633,1	+16,2
Южный федеральный округ	491,1	501,7	562,4	562,3	610,9	+24,4
Северо-Кавказский федеральный округ	682,0	757,8	855,5	925,0	879,5	+29,0
Республика Дагестан	823,4	790,2	784,8	702,9	644,3	-21,8
Республика Ингушетия	2166,0	3030,3	2755,1	3406,5	3414,8	+57,7
Кабардино-Балкарская республика	213,0	198,7	241,3	331,0	343,1	+61,0
Карачаево-Черкесская республика	578,7	589,9	653,1	761,5	922,3	+59,4
Республика Северная Осетия – Алания	537,2	635,4	983,9	803,9	925,0	+72,2
Чеченская республика	1281,5	1291,4	1697,3	1797,9	1694,6	+32,2
Ставропольский край	323,3	412,8	502,5	739,6	621,2	+92,1

Дагестан, где регистрируется сокращение первичной заболеваемости ИБС.

В то же время по уровню первичной заболеваемости хронической ишемической болезнью сердца в субъектах округа регистрируется более значительный рост. Причем максимальное увеличение наблюдается в Карачаево-Черкесии – +260,1%, несколько меньше в республиках Ингушетия – +236,8% и Кабардино-Балкария – +223,5%. В то же время в Ставропольском крае и Республике Дагестан отмечается снижение заболеваемости на 12,1% и 32,1% соответственно.

Анализ первичной заболеваемости нестабильной стенокардией на 100 000 взрослого населения выявил её снижение в Карачаево-Черкесской республике на 26,7%, в то время как в целом по РФ и в ряде субъектов СКФО отмечается её рост.

Изучение общей заболеваемости стенокардией показало, что при её снижении в целом по Российской Федерации на 2,3%, в ЮФО и СКФО отмечается её рост на 5,0% и 8,7% соответственно. Среди субъектов СКФО максимальный рост отмечен в республиках Ингушетия и Северная Осетия – Алания. В КЧР наблюдается уменьшение данного показателя на 7,0%.

Исследование общей заболеваемости повторным инфарктом в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР в динамике на 100 тысяч взрослого населения выявило, что отмечается её рост как в целом по России, так и в ЮФО (19,9% и 17,3% соответственно). В то же время рост заболеваемости повторным инфарктом миокарда в СКФО значительно превышает

таковой в России и ЮФО (+171,7%). Например, в Чеченской республике рост составил 321,1%, в Республике Северная Осетия – Алания – 209,2, а в Ставропольском крае – 164,1%. Одновременно с этим в Дагестане (-42,5%), Ингушетии (-24,2%) и Карачаево-Черкесии (-3,0%) отмечается снижение заболеваемости.

Общая заболеваемость постинфарктным кардиосклерозом на 100 000 взрослого населения характеризуется незначительным подъемом в Российской Федерации (+1,8%), ЮФО (+2,0%) и значительно большим увеличением в СКФО (+23,1%). Практически для всех субъектов СКФО характерен подъем заболеваемости, при этом максимум отмечается в Кабардино-Балкарии (+102,4%), минимум – в Республике Дагестан (+5,6%). В Карачаево-Черкесии прирост заболеваемости составляет 47,5%.

Нестабильная стенокардия представляет собой период ИБС, угрожающий развитием инфаркта миокарда и связанных с ним осложнений, что требует её отдельного учёта и анализа. В целом по России общая заболеваемость нестабильной стенокардией снизилась на 5,6%, однако в СКФО отмечается её рост на 11,6%. Максимальные цифры по данному показателю регистрируются в Чеченской республике и Ставропольском крае. Однако в Карачаево-Черкесии отмечается снижение заболеваемости на 19,8%.

Для того чтобы определить адекватность ресурсного обеспечения кардиологической помощи населению Карачаево-Черкесской республики, проанализируем кадровый и материально-технический

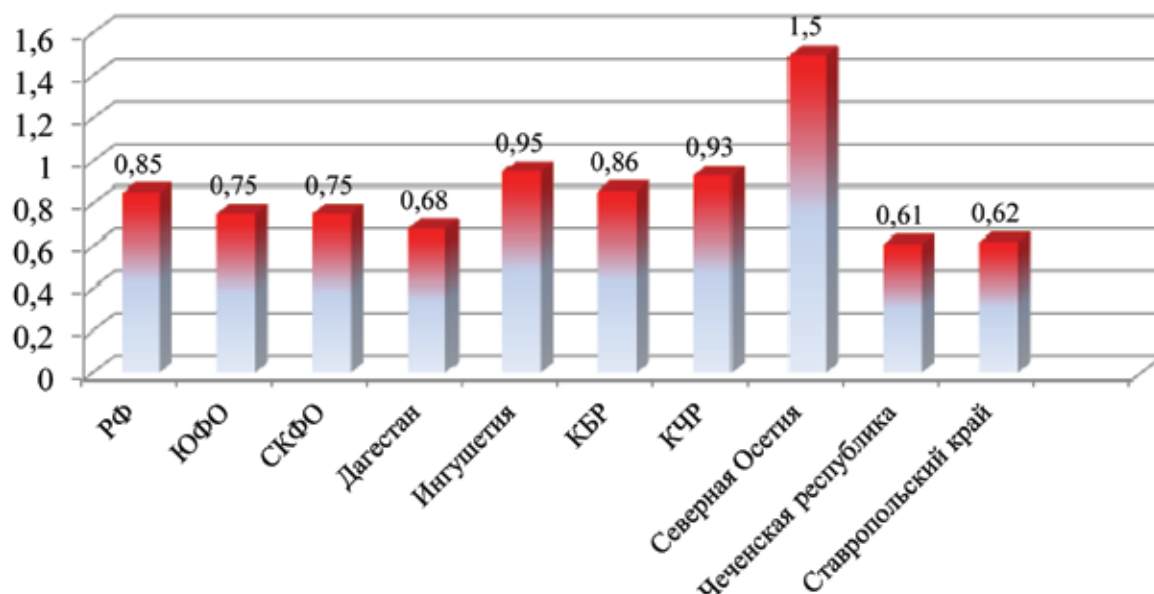


Рис. 1. Обеспеченность врачами-кардиологами в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР на 10 000 населения (2012)

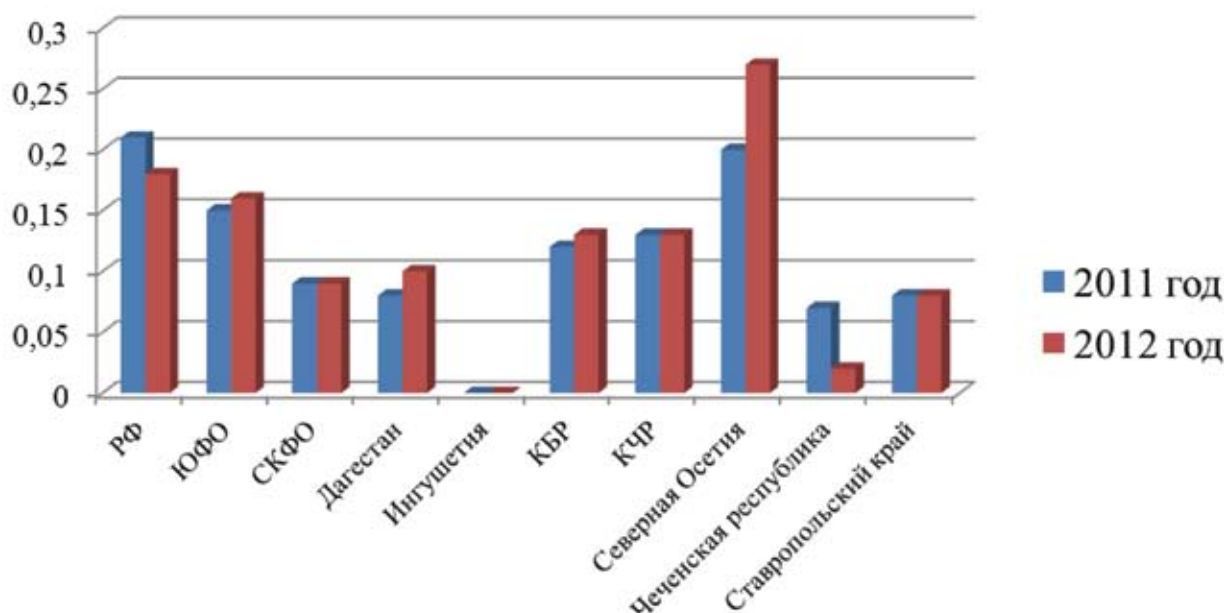


Рис. 2. Обеспеченность сердечно-сосудистыми хирургами в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР на 10 000 населения

потенциал кардиологической и кардиохирургической службы региона в сравнении с другими субъектами СКФО и России в период 2011–2012 годов. На рисунке 1 видно, что в среднем по России обеспеченность врачами-кардиологами на 10 000 населения равна 0,85, ЮФО и СКФО – по 0,75. Наиболее высокие показатели отмечены в Республике Северная Осетия – Алания (1,5) и КЧР (0,93), а самые низкие – в Чеченской республике (0,61) и Ставропольском крае (0,62).

По обеспеченности сердечно-сосудистыми хирургами на 10 000 населения лидерами являются Республика Северная Осетия – Алания (0,27),

КЧР и КБР (0,13). Наименьшие показатели у Чеченской республики (0,02) и Республики Ингушетия (0,0) при общероссийском показателе 0,18, показателе СКФО 0,09.

Заметное влияние на сердечно-сосудистую заболеваемость и её исходы оказывает наличие или отсутствие специализированных учреждений в регионе. Количество сосудистых центров в Российской Федерации в 2009–2012 гг. сократилось на 14,11%, в то же время количество коек в них увеличилось на 55,78% (табл. 3). Существенная позитивная динамика отмечается в ЮФО и СКФО. Там прирост числа центров составляет

Количество сосудистых центров и коек в них в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР

Субъекты Федерации	Всего центров					В них коек				
	2009	2010	2011	2012	2009/ 2012, %	2009	2010	2011	2012	2009/ 2012, %
Российская Федерация	85	119	79	73	-14,11	4541	8410	7266	7074	+55,78
Южный федеральный округ	3	5	3	6	+100	200	290	260	340	+70
Северо-Кавказский федеральный округ	1	1	3	3	+200	96	96	256	241	+151,0
Республика Дагестан	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Ингушетия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кабардино-Балкарская республика	-	-	1	1	0	-	-	60	60	0
Карачаево-Черкесская республика	-	-	1	1	0	-	-	100	100	0
Республика Северная Осетия – Алания	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чеченская республика	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ставропольский край	1	1	1	1	0	96	96	96	96	0

100% и 200% соответственно, а количество коек в них увеличилось на 70% и 151%.

Однако обеспеченность специализированными учреждениями субъектов СКФО отличается. Отсутствуют данные центры в республиках Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Чеченской республике. По одному центру в Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской республиках и Ставропольском крае.

При этом обеспеченность населения кардиологическими койками в большинстве регионов округа приближается к таковой в СКФО (рис. 3). Показатель обеспеченности в СКФО равен 3,14,

что меньше, чем в РФ и ЮФО (3,9 и 3,56 соответственно). Максимальный уровень обеспеченности отмечается в Кабардино-Балкарской республике – 4,77, минимальный в Республике Ингушетия – 1,39. В Карачаево-Черкесской республике показатель обеспеченности равен 4,42, что выше, чем в СКФО, ЮФО и РФ.

Обеспеченность специализированными кардиохирургическими койками в регионах иная. Соответствующие койки есть (в расчете на 100 000 населения) только в республиках Северная Осетия – Алания – 0,3 и Дагестан – 0,17, а также в Ставропольском крае – 0,3 (рис. 4).

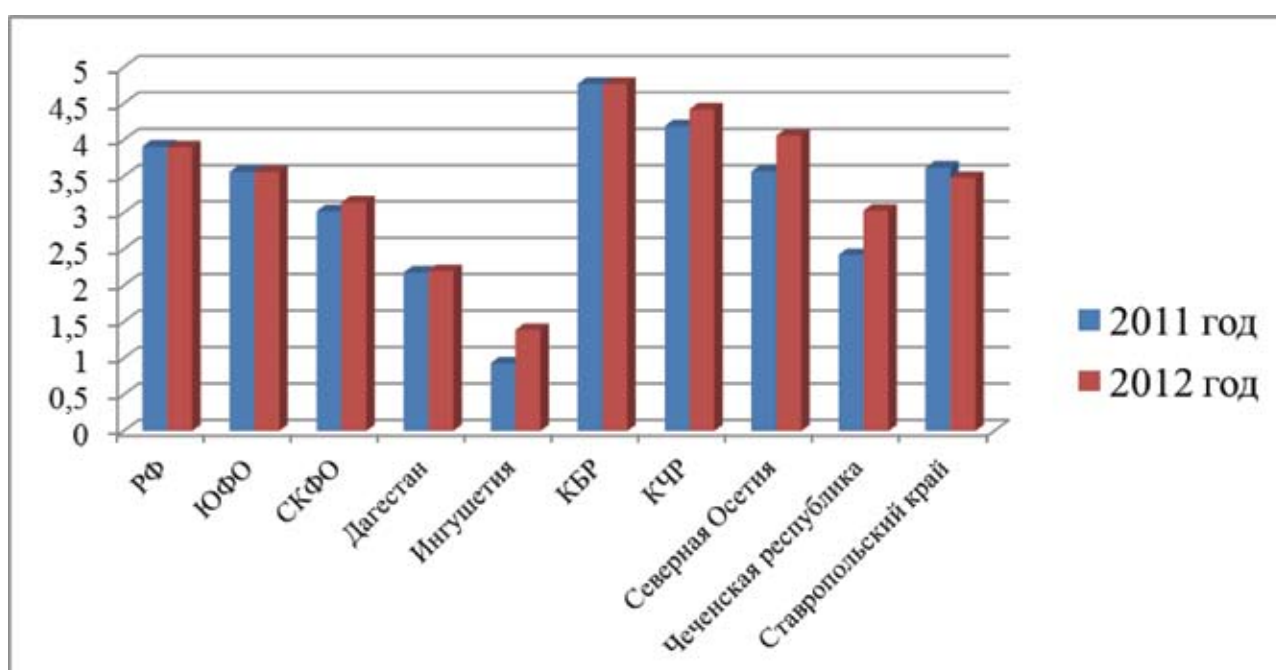


Рис. 3. Обеспеченность кардиологическими койками в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР на 10 000 населения (2012)

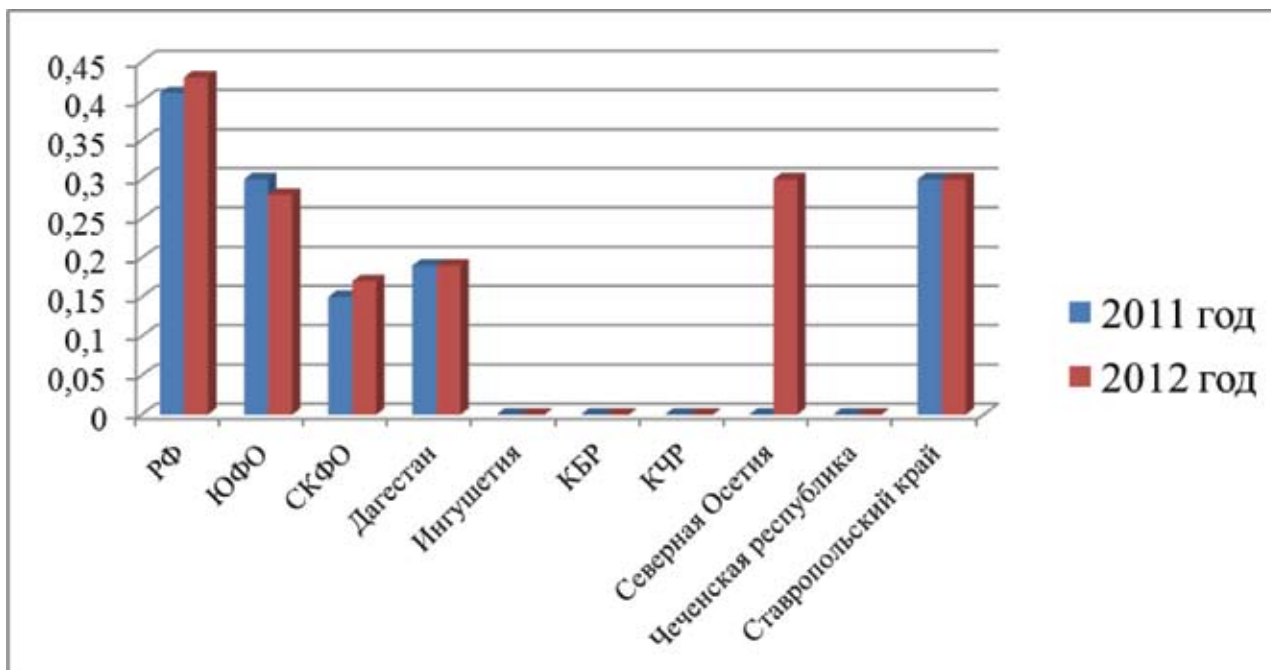


Рис. 4. Обеспеченность кардиохирургическими койками в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР на 10 000 населения

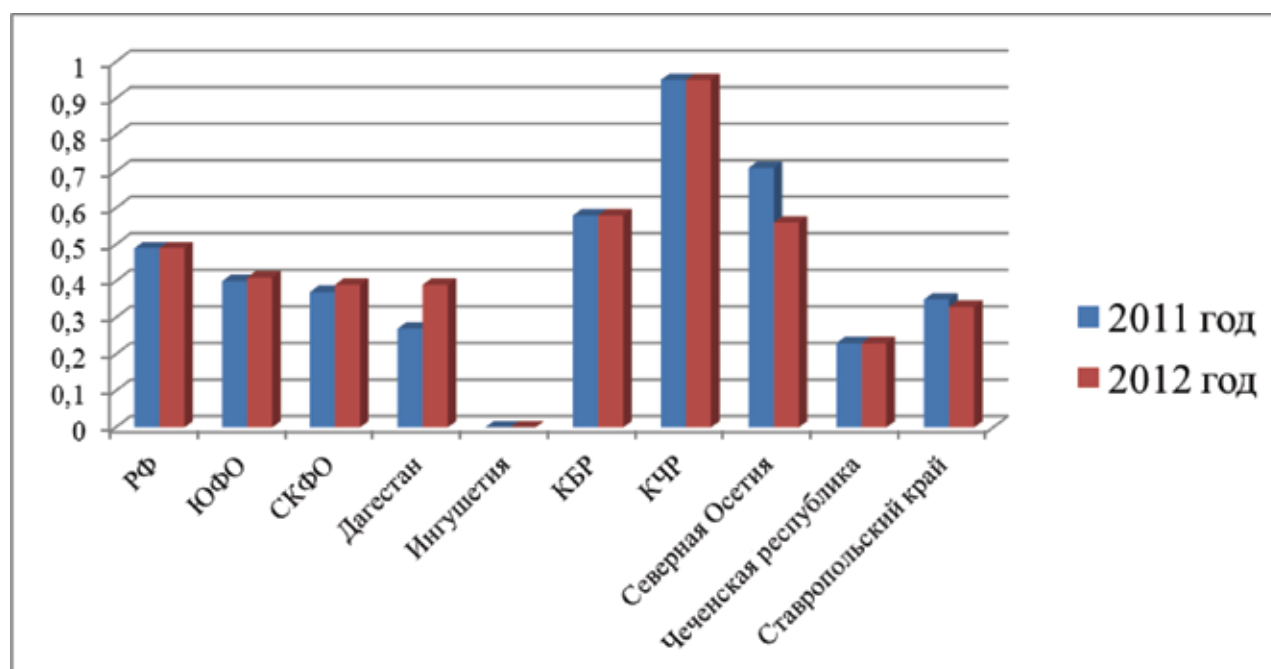


Рис. 5. Обеспеченность койками сосудистой хирургии в РФ, ЮФО, СКФО и КЧР на 10 000 населения

В целом обеспеченность СКФО кардиохирургическими койками равна 0,17, что значительно меньше, чем в ЮФО – 0,28 и Российской Федерации – 0,43.

Отсутствие кардиохирургических коек компенсируется наличием коек сосудистой хирургии, но и по этому показателю ситуация в регионах отличается (рис. 5). Максимальная обеспеченность отмечается в КЧР – 0,95, полное отсутствие коек соответствующего профиля отмечается в Ингушетии, среднее значение данного показателя в СКФО – 0,39, что меньше, чем в ЮФО – 0,41 и в Российской Федерации в целом – 0,49.

Для выявления различий в оказании кардиологической и кардиохирургической помощи населению в районах КЧР проанализируем ряд показателей, их характеризующих.

Количество пациентов в КЧР с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» с 2011-го по 2013 г. увеличилось на 244%, с диагнозом ОИМ – на 2,3%. Однако ситуация с заболеваемостью сердечно-сосудистыми заболеваниями резко отличается в различных территориях. Например, в столице республики Черкесске первичных пациентов с диагнозом ИБС стало на 32,1% меньше, а с ОИМ больше на 23,9%.

Максимальный прирост первичной заболеваемости по ИБС отмечен в Ногайском, Хабезском, Карачаевском и Урупском районах, минимальный – в Малокарачаевском и Зеленчукском районах. В отношении ОИМ отмечается иная тенденция. Максимальные показатели регистрируются в Ногайском и Прикубанском районах, снижение первичной заболеваемости отмечено в Усть-Джегутинском, Хабезском, Урупском, Адыге-Хабльском и Абазинском районах.

Анализ общей заболеваемости взрослого населения Карачаево-Черкесской республики ИБС и ОИМ по районам в 2011–2013 гг. показал, что в отличие от первичной заболеваемости хотя и наблюдается рост, но его динамика не такая существенная. Например, рост общей заболеваемости ИБС в КЧР составил 14,6%, при этом в ряде территорий он экстремально высокий, как в Прикубанском, Карачаевском и Абазинском районах (124,4%, 118,6%, и 220,5% соответственно).

В то же время в Зеленчукском, Хабезском и Малокарачаевском районах общая заболеваемость ИБС снизилась на 61%, 16,54% и 9,1% соответственно. В отношении острого инфаркта миокарда наблюдается другая тенденция. В целом прирост общей заболеваемости ОИМ в КЧР низкий – 2,7%, но показатели в различных районах существенно разнятся. Если в Ногайском, Прикубанском, Карачаевском, Малокарачаевском районах и городе Черкесске отмечается рост от 20,5% до 83,0%, то в Абазинском, Адыге-Хабльском, Урупском, Усть-Джегутинском и Хабезском районах регистрируется её снижение на 17,8–63,0%.

Для выяснения причин столь существенных различий проанализируем ресурсную обеспеченность кардиологической помощи населению по районам КЧР. За период 2011–2013 гг. обеспеченность врачами-кардиологами в КЧР в целом выросла на 20% и составила 1,2, однако внутри республики ситуация с обеспеченностью дифференцирована. Если в столице республики отмечается уменьшение показателя обеспеченности на 30%, то в большинстве районов отмечается её существенный прирост. Анализ коечного фонда выявил, что кардиологические койки имеются только в территориях республики: Черкесске, Зеленчукке и Карачаевске. Однако обеспеченность кардиологическими койками в Карачаевске сократилась на 17%.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной заболеваемости не только в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе, но и в Карачаево-Черкесской республике. Кроме того, в большинстве регионов отмечается её рост.

2. Показатели ССС заболеваемости существенно отличаются в субъектах Северо-Кавказского федерального округа, что ставит вопрос в отношении правильности кодирования заболеваний и их учёта.

3. Существенное влияние на сердечно-сосудистую заболеваемость и её исходы оказывает наличие или отсутствие специализированных учреждений в регионе. Количество сосудистых центров в Российской Федерации сократилось на 14,11%, в то же время количество коек в них увеличилось на 55,78%. Однако обеспеченность специализированными учреждениями в СКФО разнится. Отсутствуют центры в республиках Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Чеченской республике.

4. В целом показатель обеспеченности СКФО кардиохирургическими койками равен 0,17, что значительно меньше, чем в ЮФО – 0,28 и Российской Федерации – 0,43. Отсутствие кардиохирургических коек компенсируется койками сосудистой хирургии, но и по этому показателю ситуация в регионах отличается. Максимальная обеспеченность отмечается в КЧР – 0,95, полное отсутствие коек соответствующего профиля в Ингушетии, среднее значение в СКФО – 0,39, что меньше, чем в ЮФО – 0,41 и в Российской Федерации в целом – 0,49.

5. Для региона КЧР характерны снижение заболеваемости повторным ОИМ и рост заболеваемости постинфарктным кардиосклерозом, а также рост первичной заболеваемости ИБС и снижение показателей, характеризующих первичную заболеваемость нестабильной стенокардией при их росте в РФ.

Кроме того, в республике отмечается высокая обеспеченность врачами-кардиологами (выше, чем в СКФО). Она также является лидером в округе по обеспеченности сердечно-сосудистыми хирургами, работающими в сосудистом центре.

6. Рост заболеваемости ИБС в районах КЧР можно также объяснить переходом части кардиологов из столицы республики на работу в районы в связи с федеральной программой, что вызвало резкое повышение числа диагнозов ИБС сельским жителям, которые ранее не имели возможности консультироваться у кардиологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амлаев К. Р., Иванова Е. В., Муравьева В. Н., Францева В. О., Шалина Е. П. Медико-экономическая эффективность работы школ здоровья // Врач. – 2007. – № 7. – С. 76–78.
2. Кардиология. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР, 2007. – 621 с.
3. Муравьева В. Н., Амлаев К. Р. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / Монография под редакцией В. Н. Муравьевой, К. Р. Амлаева – М.: Илекса, 2013. – С. 253–255.

4. Нестеров Ю. И., Макаров С. А., Крестова О. С. Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения // Кардиоваск. тер. и профилактика. – 2010. – № 5. – С. 12–17.

5. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д. Сердечно-сосудистые и другие хронические неинфекционные заболевания: ситуация и возможности профилактики

в России // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9. № 1. – С. 16–21.

6. Федеральная служба государственной статистики. Россия в цифрах, 2014, http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_11/IssWWW.exe/Stg/d01/09-03.htm

Поступила 23.07.2014

И. К. БОГОМОЛОВА, М. П. БРЫЗГАЛИН, А. А. ПОХОДЕНЬКО

ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 7–14 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЯ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ НАД ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Кафедра педиатрии лечебного и стоматологического факультетов

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,

Россия, 672090, г. Чита, ул. Горького, 39а; тел. +7-924-2734951. E-mail: brizgalinmichail@mail.ru

У детей 7–14 лет преобладает легкая и средней степени тяжести бронхиальная астма (БА) без существенных гендерных различий. По мере увеличения длительности заболевания усугубляется тяжесть течения патологического процесса. Хороший контроль над заболеванием достигнут в 48,39% случаев и лишь при легких и среднетяжелых формах, в 41,94% имеет место частичный контроль БА. Базисная терапия проводилась не в полном объеме или только при обострении БА у 43,55% детей.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, уровень контроля.

I. K. BOGOMOLOVA, M. P. BRYZGALIN, A. A. POHODENKO

**BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN AGED 7-14 YEARS DEPENDING
ON ITS TREATMENT AND CONTROL**

*Department of pediatrics medical and dental faculties
state based educational institution of higher vocational training
Chita state medical academy,*

Russia, 672090, Chita, Gorky str., 39a; tel. +7-924-2734951. E-mail: brizgalinmichail@mail.ru

Bronchial asthma in children aged 7–14 years has mild and middle forms without any sex differences. When the course of this disease increases the gravity of pathologic process worsens. Positive control in treatment of this disease reached 48,39% of cases only in mild and mean grave cases. In 41,49% of children a part of good results in treatment of bronchial asthma was achieved. In 43,55% of cases basic therapy was not fully carried out or was performed only in exacerbation of bronchial asthma.

Key words: children, bronchial asthma, level of control.

Введение

Бронхиальная астма (БА) у детей принадлежит к наиболее распространенным хроническим заболеваниям, составляя, по данным эпидемиологических исследований, от 1% до 18%, что превышает в несколько раз показатели официальной статистики [1, 4]. Значимым является не только изучение истинной распространенности БА, но и выявление причин развития данного заболевания, которые можно разделить на внут-

ренние (генетические, пол, ожирение) и внешние (аллергены, инфекции, питание, пассивное курение и др.). На сегодняшний день установлен ряд факторов риска тяжелого течения и летального исхода БА. К ним относят высокий индекс атопии, генетическую предрасположенность, в частности, наличие БА у матери, сопутствующий атопический дерматит и/или аллергический ринит, поливалентную сенсибилизацию, высокий уровень иммуноглобулина Е, а также такие критические