

13. Пилипчук Н.С., Подлесных Г.А., Пилипчук В.Н. Ошибки в диагностике заболеваний легких. Киев: Здоров'я; 1993.
14. Резник И.Б. Бронхиальная астма у детей: диагноз и классификация. Пульмонология 1992; 2: 77–81.
15. Розина Н.Н., Кононец А.С., Королева Н.С. и др. Карциноид трахеи, имитировавший бронхиальную астму у ребенка. Педиатрия 1978; 10: 73–78.
16. Терлецкая Р.Н., Костюченко М.В., Солина М.А., Алексеенко И.П. Инородные тела бронхов у детей раннего возраста, имитировавшие приступы бронхиальной астмы. Вопр. охр. мат. 1985; 10: 68–69.
17. Тополянский В.Д., Струков М.В. Психосоматические заболевания. Л.; 1986.
18. Чучалин А.Г. Диагноз в пульмонологии. Тер. арх. 1990; 3: 7–15.
19. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Издат. дом "Русский врач"; 2001.
20. Шмурун Р.Н. Об ошибках поликлинической и клинической диагностики с точки зрения практического врача-патологоанатома. Клини. мед. 1995; 5: 79–81.
21. Abdulah A., Danial B., Zeid A. et al. Solitary bronchial papilloma presenting with recurrent dyspnea attacks: case report with computed tomography findings. Respiration 1991; 59 (1): 62–64.
22. Bacab M.A.B., Zapata L.F.G. Prevalencia del asma. Encuesta en una poblacion escolar de Villahermosa, Tabasco, Mexico. Rev. Alergia Mex. 1992; 39 (2): 32–37.
23. Bevelacqua F., Schicchi J.S., Haas F. et al. Aortic arch anomaly presenting as exercise-induced asthma. Am. Rev. Respir. Dis. 1989; 140 (3): 805–808.
24. Breborowicz F., Swiatly A. Bronchial asthma as a disease seldom recognized in children. Pneumonol. Alergol. Pol. 1994; 62 (7–8): 424–428.
25. De Montis Y., Berman D. Doif-on abahdonner le diagnostic de bronchite asthmatiforme? Ann. Pediatr. 1989; 36 (9): 603–606.
26. Ferlinz R., Schmidt W. Fehldiagnoses in der Pneumologie. Internist (Berl.) 1989; 30 (4): 228–236.
27. Galvin I.F., Shepherd D.R., Gibbons J.R. Tracheal stenosis caused by congenital vascular ring anomaly misinterpreted as asthma for 45 years. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1990; 39 (1): 42–44.
28. Haber P., Rogglan G., Brann R.N. Klassifizierung von Beratungsursachen und Beratungsergebnissen einer unausgewählten Stichprobe einer pulmonologischen Spezialambulanz. Wien. Klin. Wschr. 1989; 101 (22): 767–768.
29. El-Hefny Anisse, Tarraf Hisham, Ekladins Esmat. Asthma in infancy and early childhood pitfalls in diagnosis. J.Egypt. Med. Assoc. 1989; 72 (1–2): 47–54.
30. Khan J.A., Islam N., Akhter J., Hussain S.F. Endobronchial tuberculosis simulating bronchial asthma. JPMA. J. Pac. Med. Assoc. 1994; 44 (2): 49–50.
31. Liewald F., Dienemann H., Sunder-Plassmann L. Das Bronchuskarzinoid. Dtsch. Med. Wschr. 1989; 114 (44): 1692–1696.
32. Mallin H., Pongratz-Roger M.G., Pinter H. et al. Adenoid-cystisches Carcinom der Trachea Imitiert Asthma bronchiale. Acta Med. Austr. 1991; 18 (2): 75.
33. Marklund B., Tunsater A., Bengtsson C. How often is the diagnosis bronchial asthma correct? Fam. Pract. 1999; 16 (2): 112–116.
34. Niggemann B., Paul K., Keitzer R., Wahn U. Vocal cord dysfunction in three children — misdiagnosis of bronchial asthma? Pediatr. Allergy Immunol. 1998; 9 (2): 97–100.
35. Novello A., Talenti E., Barbato A. Misdiagnosis of asthma. Two paradigmatic case reports. Minerva Pediatr. 1994; 45 (3): 113–116.
36. Pant K., Bhagat R., Chawla R. et al. Primary carcinoid tumor of trachea. Indian J. Chest Dis. Allied Sci. 1990; 32 (3): 193–197.
37. Patel R.G., Norman J.R. Unilateral hyperlucency with left lower lobe mass in a patient with bronchial asthma. Chest 1995; 107 (2): 569–570.
38. Perin P.V., Perin R.J., Rooklin A.R. When a sigh is just a sigh ... and not asthma. Ann. Allergy 1993; 75 (5): 478–480.
39. Szekeely E., Farcas E. Pediatric bronchology. Budapest; 1978.
40. Underner M., Patte F. Les faus asthmas de l'adulte. Allerg. Immunol. (Paris) 1991; 23 (1): 11–16.
41. Veeraraghavan S., Sharma O. Diagnostic pitfalls in asthma. Chest 1997; 111 (4): 1126–1128.

Поступила 11.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248-053.2-08

Д.С.Коростовцев¹, И.В.Макарова¹, А.В.Орлов², А.В.Камаев¹

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ПЛАНОВО И В ОСТРОМ ПРИСТУПЕ)

¹ Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
² Санкт-Петербургская государственная академия последипломного образования

ORGANIZATION PROBLEMS OF SYSTEMATIC AND EMERGENCY TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMATIC CHILDREN

D.S.Korostovtsev, I.V.Makarova, A.V.Orlov, A.V.Kamaiev

Summary

The aim of this work was to analyze a dynamic of a) a severity of children's acute asthma at the Sankt-Petersburg in 1999–2000: mortality of asthma and a frequency of severe asthmatic attacks, severity of asthma attacks according to data provided by the emergency care facilities; b) basic therapy of asthma at the same period. We used city statistic information, archive materials of city hospitals and 2 medical emergency care stations, medical documentation of pediatric allergy and pulmonology facilities.

For the last decade a number of emergency care calls by the reason of bronchial asthma attack or severe asthmatic attack has reduced in 1.95 and 2.6 times correspondingly, there were not acute severe asthma cases and mortality of asthma at the Sankt-Petersburg the last 3 years notwithstanding the growth of the total number of asthmatic children more than 2 times and an increase in severe asthma children number as well. The amount of patients receiving inhaled steroids was 15–20 children in 1990, 110–115 children in 1995 and 1050–1100 ones in 2000. The number of patients given cromones has increased more than 10 times for these years.

An economic efficiency of short-term admission wards and nebulized therapy was demonstrated on the pattern of one of the medical emergency service stations.

The acute asthma dynamics found was obviously related to the general change of the approaches to the basic therapy of the disease and the patients' management in acute asthma.

Резюме

В работе проанализированы изменения ряда показателей, характеризующих тяжесть "острой" астмы у детей в Санкт-Петербурге за период 1999–2000 гг.: летальность, частота тяжелых приступов астмы, тяжесть приступа астмы по данным скорой/неотложной медицинской помощи; плановую (базисную терапию) за тот же период. Представлены данные городской статистики, архивные материалы стационаров города, двух подстанций скорой/неотложной медицинской помощи и первичная медицинская документация детских аллергологов и пульмонологов.

За 10 лет в Санкт-Петербурге при общем росте числа детей с зарегистрированным диагнозом астмы более чем в 2 раза и числа детей с ее тяжелым течением выявлено отчетливое уменьшение количества вызовов скорой/неотложной помощи по поводу приступа астмы (в 1,95 раза) и тяжелого приступа (в 2,6 раза), практически отсутствуют случаи астматического статуса, и в течение последних 3 лет не отмечается смертельных исходов. Число больных, получающих ингаляционные стероиды, в 1990 г. составило 15–20 детей, в 1995 г. — 110–115, в 2000 г. — 1050–1100. Число больных, получающих кромоны, выросло за эти годы более чем в 10 раз.

На примере материалов одной из подстанций неотложной помощи города продемонстрирована экономическая эффективность внедрения в работу палаты кратковременного пребывания пациента и небулайзерной терапии.

Очевидно, что выявленные изменения изучаемых характеристик "острой" астмы связаны с комплексным изменением подходов как к базисной терапии, так и к тактике лечения больных в остром приступе.

В течение последних лет произошли существенные изменения в оказании помощи больным бронхиальной астмой, благодаря внедрению GINA и Национальной педиатрической программы [1,2]. Улучшению помощи больным в остром приступе астмы способствовали также другие медицинские документы [3,4].

Постоянный контроль состояния больных астмой определяет необходимость координации различных звеньев оказания помощи, в первую очередь плановую работу пульмонолога-аллерголога и работу системы оказания неотложной помощи больным в остром приступе (неотложная/скорая помощь, стационары).

Цель настоящей работы — проанализировать изменения ряда показателей, характеризующих тяжесть "острой" астмы у детей в Санкт-Петербурге за период 1990–2000 гг.: летальность, частота тяжелых приступов астмы, требующих лечения в отделениях интенсивной терапии (астматический статус), тяжесть приступа астмы по данным врача скорой/неотложной помощи. Как оказалось в процессе работы, анализ динамических показателей, характеризующих "острую" астму в таком мегаполисе, каким является Санкт-Петербург, невозможно без изучения ряда показателей плановой, в первую очередь базисной, терапии больных бронхиальной астмой.

Проанализированы показатели распространенности бронхиальной астмы у детей в Санкт-Петербурге

за последние 15 лет и летальности по данным городской статистики, а также показатели тяжести приступа и диагностированного астматического статуса по данным 5 крупных стационаров города, в которые госпитализируются больные с "острой" астмой. Поскольку документация в большинстве подстанций скорой/неотложной медицинской помощи хранится не дольше положенных по инструкции 5 лет, в работе мы представляем данные, полученные по двум подстанциям, в которых в 1990–2000 г. не изменилась структура помощи и территория деятельности. Проанализированы возможности интенсификации помощи больным с острым приступом астмы на амбулаторном этапе на примере подразделения неотложной помощи Кировского района города. По первичным медицинским документам (амбулаторная карта больного) детских аллергологов и пульмонологов города проанализирована частота применения ингаляционных глюкокортикостероидов и кромонов за изучаемый период.

Одной из причин проводимого сравнительного анализа стали предварительные наблюдения о том, что частота тяжелых приступов астмы у детей существенно уменьшилась, астматический статус у детей стал редкой проблемой. В Санкт-Петербурге контролируются и анализируются все случаи летальности при астме у детей и все случаи зарегистрированных

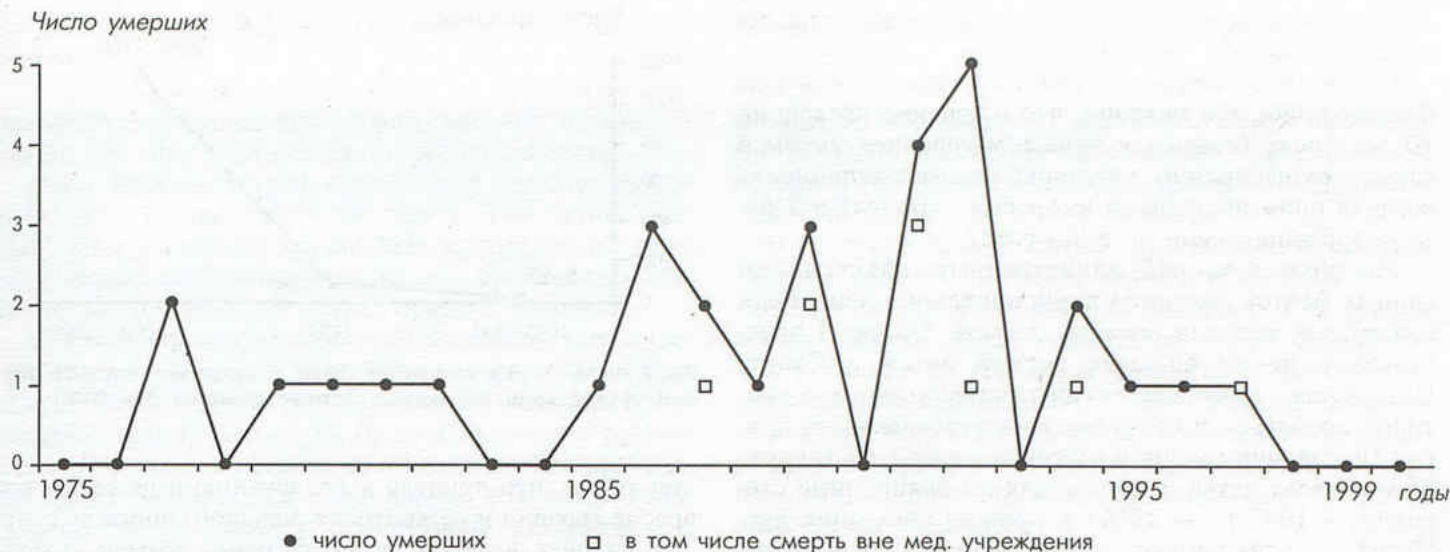


Рис.1. Распределение умерших детей от бронхиальной астмы в Санкт-Петербурге по годам (30 детей).

тяжелых приступов и астматических статусов с 1974 г. На рис.1 представлены случаи смерти от астмы у детей и подростков по Санкт-Петербургу. Как видно из приведенных данных, в последние годы случаи смерти детей, больных астмой, отсутствуют. "Зарегистрированная" астма в 1975–1985 г. составила 0,5–0,9% детского населения, к концу 90-х годов — 1,7–1,9%. Этот факт нельзя расценить как зависящий только от улучшения диагностики астмы, так как число больных с тяжелым течением заболевания существенно возросло: с 100–115 в конце 80-х годов до 950 в 2000 г.

По данным 5 крупных стационаров города, в которые госпитализировались больные с астматическим статусом в течение последних 25 лет, число больных уменьшилось более чем в 5 раз (50–60 больных в 1990±1 год и 8–12 больных в последние годы). В последние 3 года не отмечено ни одного статуса 3-й степени тяжести, не было ни одного больного на искусственной вентиляции легких (в сравнимые годы ранее у 10–15 больных в год проводилась ИВЛ). Так, по данным одного из основных стационаров, в которые поступают больные с тяжелым приступом астмы (детская городская больница № 1), за 1990 г. среди 20 пациентов, получавших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии по поводу тяжелого приступа астмы, у 7 детей зафиксирован астматический статус со средней степенью тяжести 1,8 (среднее арифметическое степеней тяжести каждого случая); средняя длительность пребывания в отделении реанимации — 5,2 дня. В конце 10-летия эти показатели значительно улучшились — всего 6 больных с тяжелым приступом находились в отделении реанимации и только у одного из них был зарегистрирован статус 1-й степени тяжести, средняя длительность пребывания — 1,5 дня.

Изменение количества вызовов скорой/неотложной помощи по причине "острый приступ астмы" за

1990–1992 и 1997–2000 гг. важно проанализировать на фоне изменения показателя распространенности бронхиальной астмы. На рис.2 отчетливо прослеживается обратно пропорциональная зависимость между этими показателями в изучаемом районе (на графике представлено относительное число вызовов к детям с острым приступом от общего числа больных астмой в районе, на гистограмме — распространенность бронхиальной астмы). Как видно из данных, при общем увеличении количества детей, больных астмой, в 2,12 раза относительное число вызовов неотложной помощи по поводу острого приступа уменьшилось в 1,95 раза.

Обращает внимание также изменение соотношения приступов по тяжести (данные подстанций "неотложной помощи"): если в 1990–1992 г. доля тяжелых приступов составила 13%, то в конце 90-х годов

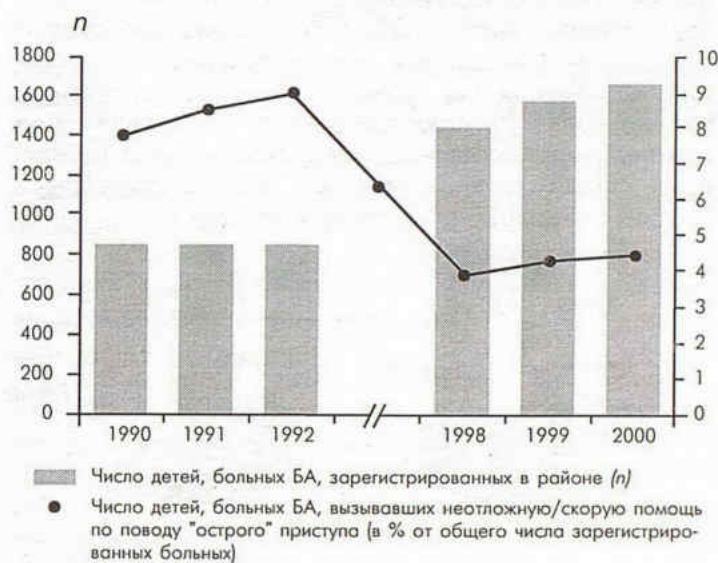


Рис.2 Изменение количества вызовов врача неотложной/скорой помощи с 1990 по 2000 г.

за счет перераспределения в пользу легких она сокращается до 5% (рис.3).

Как можно интерпретировать данные об общем благополучии при условии, что в течение последних 10 лет число больных с тяжелым течением астмы в городе существенно увеличилось, загрязненность воздуха промышленными выбросами выросла в 2 раза, а транспортными — в 2,5 раза?

Мы полагаем, что единственным объяснением данных фактов являются принципиальные изменения в базисной терапии больных астмой. На рис.4 представлено число больных астмой детей в Санкт-Петербурге, получающих ингаляционные глюкокортикостероиды от 6 мес в год до круглогодичного приема (последняя группа в настоящее время составляет 85% от всех детей, получающих ингаляционные стероиды, в 1995 г. — 45%) в течение последних лет. Исходя из этих данных, можно считать, что все дети с тяжелым течением астмы и часть детей с течением средней тяжести в настоящее время получают ингаляционные стероиды (1100 детей составляют 7,3% от общего числа зарегистрированных больных астмой; этот показатель с 80-х годов соответствует доле больных с тяжелым течением астмы).

Оценить объем применения кромонов с такой же строгостью не представляется возможным. По данным, представленным аллерго- и пульмонологическими кабинетами города, число больных астмой, получающих кромоны (от 6 мес до круглогодичного применения), возросло за последние 10 лет приблизительно в 10 раз.

Помимо основной названной причины, следует отметить следующие: 1) в практику работы детских аллергологов и пульмологов города в последние годы введена система индивидуальной отработки рекомендаций для пациентов по купированию "острого" приступа удушья в домашних условиях (так называемый индивидуальный кризис-план); 2) все дети с тяжелым течением астмы, 75% детей с течением средней тяжести и 30% детей с легким течением заболевания круглогодично проводят пикфлоумониторинг, что позволяет врачам-специалистам своевременно контролировать объем базисной терапии; 3) с педиатрами общего профиля каждые полгода проводятся "школы-семинары" по вопросам диагностики и лече-

Число больных

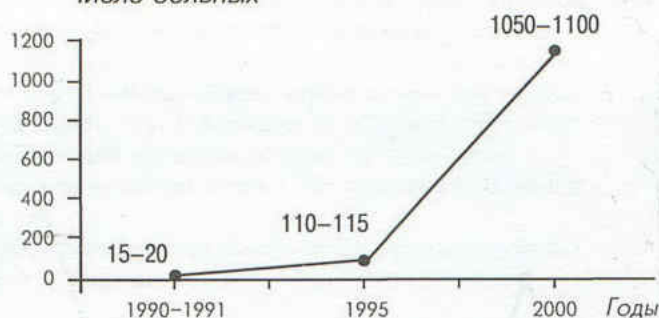


Рис.4 Число детей в Санкт-Петербурге, больных бронхиальной астмой, получавших ингаляционные кортикостероиды в 1990–2000 г.

ния астмы, что привело к вовлечению в решение вопросов терапии и ее контроля большого числа врачей.

В тактике ведения детей, больных астмой, в остром приступе внедрены основные положения дополнений к Национальной программе [3]:

1. Использование селективных β_2 -адреномиметиков (или комбинированного препарата беродуала) с помощью небулайзеров как первый уровень экстренной терапии. В настоящий момент эта позиция внедрена в 75% подстанций неотложной помощи и приемных отделениях всех стационаров, куда направляются больные с "острым" приступом.

2. Обязательный контроль состояния больного и результатов врачебных действий (применение лекарственных средств) с помощью пикфлоуметра у детей старше 4–5 лет. Внедрено на тех же подстанциях. Ограничением к применению этого метода, как известно, является возраст ребенка. Обычно устанавливается возрастное ограничение — использование пикфлоуметра с 5-летнего возраста. Следует отметить, что в "остром" приступе дети, впервые столкнувшиеся с необходимостью произвести форсированный выдох в прибор, даже в 5 лет не могут выполнить диагностическую процедуру. В то же время многие дети до 5-летнего возраста, из тех, кто был обучен методу в благополучном периоде, могут выполнить форсированный выдох. Известна высокая вариабельность индивидуальной нормы показателя пиковой скорости выдоха. Поэтому в тех случаях, когда врач впервые оценивает этот показатель в "остром" приступе, он ориентируется на условную среднюю норму, которая может существенно (до 20%) отличаться от индивидуальной, что, естественно, увеличивает возможность ошибки при трактовке полученного результата. Важно подчеркнуть, что в таких случаях прирост показателя пиковой скорости выдоха после введения препарата и проведенного лечения становится наиболее значимым критерием. Таким образом, важно, чтобы больной ребенок (его семья) имел свой пикфлоуметр дома, умел им пользоваться и знал свою максимальную величину пиковой скорости выдоха.

Применение пикфлоуметрии позволило более точно оценивать тяжесть приступа для назначения адекват-



Рис.3 Изменение соотношения степеней тяжести приступа у детей, больных бронхиальной астмой, по данным скорой/неотложной помощи.

ватной терапии, например системных глюкокортико-стероидов.

3. Практически полный отказ от внутривенного введения эуфиллина как первого уровня терапии, а также при приступе легкой и средней тяжести.

Опыт работы врачей неотложной помощи свидетельствует о том, что более чем у 70% детей "острый" приступ астмы может быть купирован на дому с помощью небулайзерной подачи бронхоспазмолитиков без применения других средств терапии.

Важным является вопрос об ожидаемом соотношении различных по степеням тяжести приступов среди общего контингента детей, больных астмой. Большинство приступов острой бронхиальной обструкции у детей с установленным диагнозом астмы протекают легко, купируются в домашних условиях (аэрозольные и порошковые дозирующие ингаляторы с адrenomиметиками и др.) самим пациентом без участия врача. Приступы астмы, требовавшие вызова врача неотложной или скорой помощи, как правило, являются приступами средней тяжести и тяжелыми (см. рис.3). Относительно небольшая часть связана с неумением пациента и его семьи купировать приступ самостоятельно (чаще всего это больные недавно заболевшие; в этой группе особенно ярко проявляется испуг, страх и дезориентация больного и его родственников). Соотношение степеней тяжести приступов астмы у детей, потребовавших вызова неотложной помощи в различные годы и по данным разных подстанций, следующее: легкий — 35–40%, средней тяжести — 50–60%, тяжелый — 5–10%. Преобладание нетяжелых приступов астмы существ-

венно отличает педиатрическую неотложную/скорую службу от терапевтической, где большинство приступов соответствуют тяжелому или угрожаемому жизни. Это связано с двумя основными причинами: меньшим числом детей с тяжелой бронхиальной астмой и большим вниманием родителей к здоровью своего ребенка.

При таком преобладании нетяжелых приступов главной задачей педиатра является не пропустить тяжелые варианты, поскольку именно в этой группе любая ошибка может повлечь за собой непоправимые последствия. Поскольку существует высокая положительная корреляция между степенью тяжести астмы (как болезни в целом) и тяжестью течения периода обострения и собственно приступа у этих больных, особое внимание должно быть уделено этой группе пациентов.

Сложность внедрения современного стандарта лечения больных астмой в остром приступе связана прежде всего с вопросами экономического характера (приобретение небулайзеров, растворов к ним, пикфлоуметров для их повседневного применения врачами поликлиник, неотложной помощи, подразделений стационаров). На самом деле применение небулайзеров в высокой степени экономически целесообразно.

В качестве примера экономической целесообразности применения небулайзеров на догоспитальном этапе лечения приводим результаты опыта работы подстанции неотложной помощи Кировского района Санкт-Петербурга (главный врач ГУЗ ГП № 88 *В.А.Петрашевич*, зав. отделением педиатрической неотложной помощи *Н.В.Карасева*) (рис.5). Педиатрическая неотложная служба в районе организована в 1989 г.; до 1997 г. включительно оказывала экстренную помощь больным астмой по традиционным методикам. В 1998 г. на подстанции неотложной помощи была организована палата кратковременного пребывания, куда при необходимости доставляли больного для наблюдения в динамике и лечения. Через 2–3 ч в зависимости от состояния больной либо госпитализировался, либо возвращался домой. В 1999 г. отделение было оснащено двумя компрессорными небулайзерами: для работы в машине — *PARI WALKBOY*, для использования в стационаре кратковременного пребывания — *PARI TURBOBOY*.

Как видно из данных, представленных на рис.5, обращения по поводу острого приступа астмы и синдрома бронхиальной обструкции от общего числа вызовов составили за последние 3 года 21–15–14%. При традиционном оказании помощи больным астмой (1997 г.) госпитализация достигала 14%, что соответствовало среднему показателю по Санкт-Петербургу. Появление в 1998 г. стационара кратковременного пребывания позволило снизить госпитализацию до 9%, а внедрение небулайзерной терапии в 1999 г. — до 3%. Стоимость госпитализации одного пациента в пульмонологическое или аллергологическое отделение (ОМС) составляет 6–8 тыс. руб.,

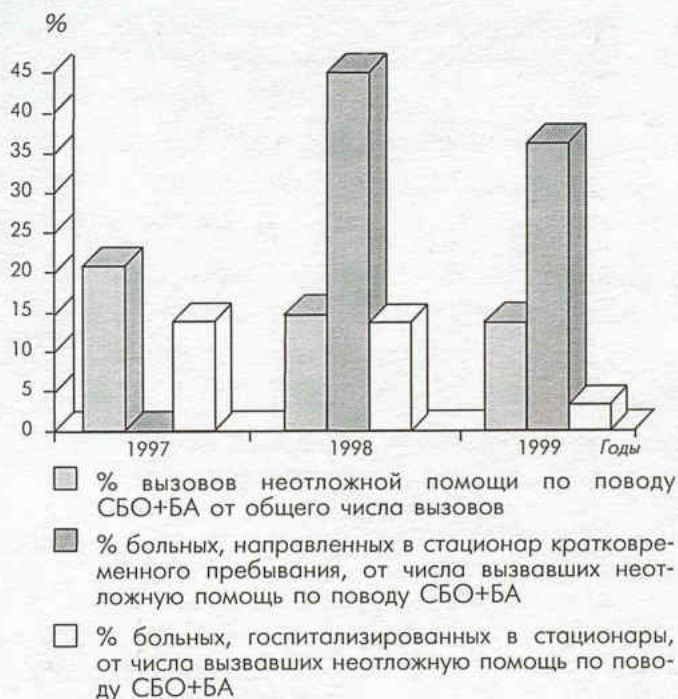


Рис.5 Эффективность применения небулайзерной терапии педиатрической службой неотложной помощи.

что соответствует стоимости одного небулайзера. Таким образом, данный пример демонстрирует экономическую эффективность для амбулаторной службы использования небулайзеров: существенное снижение расходов на госпитализацию больных по экстренным показаниям.

Таким образом, за 10 лет в Санкт-Петербурге при общем росте числа детей с зарегистрированным диагнозом астмы и с тяжелым течением имеется отчетливая тенденция к уменьшению количества вызовов скорой/неотложной помощи по поводу тяжелых приступов, практически отсутствуют случаи астматического статуса и не отмечается смертельных исходов. Очевидно, что эти тенденции связаны с

комплексным изменением подходов как к базисной терапии, так и к тактике лечения больных в остром приступе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Пульмонология 1996; Прил.: 1–166.
2. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". М.: Артинфо Пабблишинг; 1997.
3. Бронхиальная астма (формулярная система). Пульмонология 1999; Прил.: 1–40.
4. Неотложная терапия бронхиальной астмы у детей: Пособие для врачей. М.: МЗ РФ; 1999.

Поступила 11.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248–053.2–085.234

Е.В.Просекова, Б.И.Гельцер, Т.Н.Шестовская

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Владивостокский государственный медицинский университет,
владивостокский детский астма-центр

AN IMPACT OF BASIS THERAPY ON QUALITY OF LIFE IN BRONCHIAL ASTHMA CHILDREN

E.V.Prosekova, B.I.Geltser, T.N.Shestovskaya

Summary

The object of the investigation was to define a dynamics of quality of life and to evaluate an influence of different pharmacotherapeutic methods on bronchial asthma child's well-being. The analysis of quality of life was carried out in 264 bronchial asthma (BA) children of 4–16 years old and 55 healthy children of the same age in Vladivostok Childhood Asthma Centre in 1998–1999 using the Russian version of *A.West's* and *D.French's* "Childhood asthma questionnaire" adopted by *V.I.Petrov* and *I.V.Smolenov*. The BA patients were determined to have life activity reduced in combination with deep distress that led to child's misadaptation among the same aged children. The dynamics of quality of life in moderate bronchial asthma patients showed the positive influence of the basic therapy on their well-being. It was more distinct when using sodium nedocromil (Tilade) and fluticazone propionate (Flixotide). The analysis contributed to the clinical assessment of the therapy efficacy and proved that capacity of correction of the BA child's life activity and its period are mostly determined by a medication choice.

Резюме

Цель настоящего исследования — определение изменений качества жизни и сравнительная оценка степени влияния различных методов фармакотерапии на благополучие ребенка при бронхиальной астме (БА). Анализ качества жизни у 264 детей 4–16 лет с (БА) и 55 здоровых сверстников проводился с использованием российской адаптированной *В.И.Петровым* и *И.В.Смоленовым* версии опросника *A.West, D.French* "Childhood asthma questionnaire" во владивостокском детском астма-центре в 1998–1999 г. При БА у детей отмечалось снижение жизненной активности в сочетании с высоким дистрессом, приводящие ребенка к дезадаптации в коллективе сверстников. Анализ динамики показателей качества жизни детей со среднетяжелой БА подтвердил благоприятное воздействие базисной терапии (более выраженное при применении недокромила натрия (тайлед) и флутиказона пропионата (фликсотид)) на благополучие ребенка, дополнил клиническую оценку эффективности терапии, показал, что степень и сроки проявления коррекции жизненной активности ребенка с БА во многом определяются выбором лекарственного препарата.