

## Программа льготного лекарственного обеспечения больных бронхиальной астмой в Республике Дагестан

ГОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР", г. Махачкала

К.М.Alieva, M.A.Kharkharov, K.A.Masuev

## A programme of preferential drug provision of asthma patients in Dagestan Republic

### Summary

The aim of this study was to analyze preferential drug provision (PDP) of asthma patients in Dagestan Republic in 2006. This analysis was performed using a personified database of the preferential drug provision. We studied spectrum of administered antiasthmatic therapy. Results revealed that salmeterol / fluticasone propionate and budesonide / formoterol take the most portion of the PDP cost.

### Резюме

Цель данного исследования — анализ терапии больных бронхиальной астмой (БА), получивших дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО), в Республике Дагестан в 2006 г. Проанализированы данные, полученные при изучении рецептурных назначений за 2006 г. в Республике Дагестан по персонифицированной базе данных. Изучена структура потребляемых антиастматических препаратов. Наибольшая доля средств, расходуемых на ДЛО больных БА в Республике Дагестан, приходится на комбинированные базисные препараты.

Согласно международному руководству Глобальной стратегии по лечению и профилактике бронхиальной астмы GINA (2002 г., 2004 г.) целью лечения заболевания является достижение контроля над его симптомами. Контроль бронхиальной астмы (БА) может быть достигнут у многих пациентов и характеризуется:

- минимизацией симптомов или их полным отсутствием, включая ночные симптомы;
- минимальным количеством обострений;
- отсутствием обращений за неотложной помощью;
- минимальной потребностью в короткодействующих бронходилататорах (КДБД);
- отсутствием ограничений в повседневной физической активности;
- близкой к нормальной функцией легких;
- суточными колебаниями пиковой скорости выдоха (ПСВ) < 20 %;
- отсутствием или минимальной выраженностью побочных эффектов фармакотерапии [1].

В конце 2006 г. была опубликована очередная редакция GINA, в которой приводятся 3 уровня контроля над заболеванием [2]. Контролируемой БА свойственны полное отсутствие клинических проявлений БА и нормальные значения спирометрии. При длительно контролируемой БА можно рассматривать вопрос об уменьшении объема базисной терапии. Частично контролируемая БА характеризуется ограниченным количеством симптомов. Врач в данной ситуации может либо увеличить объем проводимой терапии для более полного контроля над заболеванием, либо продолжать базисную терапию в том же объеме.

При неконтролируемой БА рекомендуется обязательно увеличить объем проводимой терапии в соответствии с новой редакцией GINA. Неконтролируемая БА в течение недели рассматривается как обострение и требует лечения, согласно терапии обострения БА.

Для достижения контроля над заболеванием, в первую очередь, следует дать пациенту необходимый объем знаний, чтобы повысить его приверженность терапии, устранить факторы риска БА и вести постоянный мониторинг состояния. Однако наиболее важной составляющей является фармакотерапия. Согласно новому пересмотру GINA выбор объема фармакотерапии зависит от ее целей и ответа на проводимое лечение. Основное значение в выборе объема лекарственной терапии придается критериям контроля над БА, а не классификации тяжести заболевания, как было в предыдущих редакциях GINA. Принятие национальных программ и приоритетного национального проекта "Здоровье" предусматривает доступность для больных, страдающих БА, современных высокоэффективных лекарственных препаратов, способных подавлять хроническое воспаление в дыхательных путях. Для пациентов с БА, имеющих право на дополнительное льготное лекарственное обеспечение (ДЛО), создан список препаратов, в который включены следующие наименования:

- бронходилататоры: ипратропия бромид, ипратропия бромид / фенотерол, сальбутамол, сальметерол, фенотерол, формотерол, аминофиллин, теофиллин;
- бронходилататоры / ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС): формотерол / будесонид, сальметерол / флутиказон;

- системные ГКС: преднизолон, гидрокортизон;
- иГКС: беклометазон, будесонид;
- мембраностабилизаторы: кромоглициевая кислота.

Больные БА нуждаются в регулярной антиастматической терапии, которая является серьезным бременем как для личного, так и для государственного бюджета. Базисными средствами для поддержания контроля заболевания являются иГКС. Выделено 5 "шагов" в изменении объема фармакотерапии — от применения короткодействующих бронходилататоров (КДБД; шаг 1) до использования высоких доз иГКС и длительно действующих ингаляционных бронходилататоров (ДДБД) — сальметерола и формотерола, системных ГКС для приема внутрь и анти-IgE-препаратов (шаг 5). Цель данной работы — проанализировать состояние ДЛЮ и структуру проводимой антиастматической терапии больных БА старших возрастных групп в Республике Дагестан.

## Материалы и методы

С целью изучения состояния лекарственной терапии больных БА, имеющих право на получение социальной помощи в виде набора социальных услуг, нами были проанализированы данные, полученные при изучении рецептурных назначений за 2006 г. в Республике Дагестан (РД) по персонифицированной базе данных. Использовали следующие показатели: количество больных, получающих льготное лекарственное обеспечение; среднестатистическая стоимость лечения за год, за месяц; стоимость одного обслуженного льготного рецепта; структура потребления антиастматических препаратов.

## Результаты и обсуждение

В 2006 г. в Республике Дагестан насчитывалось 248 904 больных, имеющих право на дополнительное лекарственное обеспечение. Анализируя полученные данные, мы установили, что всего в РД в 2006 г. в федеральном регистре обратившихся насчитывалось 2 363 больных БА, что составило 0,95 % от общего числа всех льготников. В течение 2006 г. в рамках федеральной программы всем льготным категориям граждан в Республике Дагестан было отпущено 620 385 рецептов на общую сумму 514 085 966,57 р. Таким образом, средняя стоимость одного рецепта составила 828,65 р. При этом среднестатистическая стоимость амбулаторной фармакотерапии за год по РД в целом составила 2 065,43 р., соответственно за месяц — 172,1 р. Больным БА было выписано 17 515 рецептов на сумму 8 311 609,91 р. Таким образом, доля рецептов, отпущенных больным БА по списку ДЛЮ, в общей структуре рецептов по РД в 2006 г. составила 2,8 %. Средняя стоимость одного обслуженного льготного рецепта, выписанного врачами первичного звена, составила 474,54 р. Следует отметить, что средняя стоимость одного рецепта в РФ на нача-

**Таблица 1**  
**Финансовые затраты на амбулаторную фармакотерапию у больных, имеющих право на ДЛЮ, по РД в целом и у больных БА за 2006 г.)**

	Всего по РД	Всего по РД у больных БА
Сумма отпущенных средств	514 085 966,6	8 311 609,91
Кол-во отпущенных рецептов	620 385	17 515
Средняя стоимость рецепта, р.	828,65	474,54
Средняя стоимость лечения в год, р.	2 065,43	3 517,4
Средняя стоимость лечения в мес., р.	172,1	293,11

ло 2006 г. равнялась 364 р. [2]. Среднестатистическая стоимость амбулаторной фармакотерапии одного больного БА в год по Республике Дагестан существенно превышала общую среднестатистическую стоимость и составила 3 517,40 р., а в расчете на месяц — 293,11 р. (табл. 1). БА является заболеванием с возможностью эффективной профилактики. Хотя стоимость профилактического лечения БА кажется высокой в сравнении с другими заболеваниями, неверная терапия обходится намного дороже, т. к. как затраты на экстренное и стационарное лечение гораздо выше, чем на плановое [1]. Как отмечалось, доля рецептов, отпущенных больным БА, составила 2,8 %. При этом общая сумма расходов на лекарственные препараты для этой группы пациентов составила 1,62 % от всех отпущенных ФОМС средств. Анализируя структуру потребления антиастматических препаратов, мы установили, что наибольшая доля затрачиваемых средств приходится на комбинированные препараты (иГКС / ДДБД) — 29,2 %, причем предпочтение отдавалось флутиказону / сальметеролу. В пересчете на одного пациента этот показатель составил 2,46 упаковок на чел. в год. Результаты широкомасштабного исследования НАБАТ, проведенного в России, подтвердили высокую эффективность применения комбинации иГКС / ДДБД. Этот вид терапии оказался наиболее действенным в отношении симптомов, функции легких, частоты госпитализаций и их длительности [3].

**Таблица 2**  
**Финансовые затраты в Республике Дагестан на основные группы лекарственных препаратов, применяемых в лечении БА (без учета средств, выделяемых на сопутствующую патологию)**

Всего за 2006 г.			
Группа лекарственных средств	Количество рецептов	Сумма (р.)	Количество упаковок
КДБД	2 861	1 445 351,00	5 848
ДДБД	38	62 804,14	59
иГКС	1 139	1 021 391,60	2 071
Системные ГКС	1 335	225 937,20	3 315
Теофиллины	4 067	308 842,03	4 051
Кромоны	757	631 154,03	1 378
иГКС / ДДБД	930	243 3195,20	1 483
Итого	11 127	6 128 675,20	18 205

На 2-м месте в структуре потребления антиастматических препаратов находятся КДБД. На их долю приходится 17,34 % денежных ресурсов. Третье место занимают иГКС, на которые затрачиваются 12,3 % всех выделяемых на лекарственные закупки средств. Следует отметить, что достаточно большая часть (7,6 %) этих средств предназначена для приобретения мембраностабилизаторов (кромонаов), используемых для амбулаторной терапии БА легкого течения. У больных БА 2,7 % всех затрачиваемых средств приходится на системные ГКС, причем нужно подчеркнуть, что препараты данной группы отличаются очень низкой стоимостью и в 2,5 раза чаще выписываются пациентам пожилого возраста. Аналогичная ситуация складывается и в отношении аминофиллинов (3,7 %). Необходимо упомянуть, что в пожилом возрасте существенно возрастает частота развития побочных эффектов лекарственной терапии. Длительный прием системных ГКС приводит к ulcerогенным поражениям желудочно-кишечного тракта, развитию стероидного диабета и катаракты, артериальной гипертензии. Аминофиллины и КДБД способствуют развитию и усугублению имеющихся нарушений ритма.

Критериями оценки эффективности расходования государственных ресурсов на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи являются доступность этой помощи, уровень обеспеченности финансовыми и кадровыми ресурсами, а также качество медицинского обслуживания и здоровья населения. По расходам на здравоохранение наша страна занимает 75-е место в мире, а по степени здоровья населения — 127-е, что указывает на низкую эффективность использования государственных средств на развитие системы здравоохранения [4]. Ингаляционные ГКС являются базисными противовоспалительными препаратами в терапии БА, для большинства пациентов для достижения контроля заболевания достаточно средних или низких доз иГКС. Однако имеется четкая связь между дозой иГКС и профилактикой тяжелых обострений БА, и ряду пациентов необходим длительный прием высоких доз этих препаратов, что позволяет отменить или снизить дозу системных ГКС. При этом профиль безопасности высоких доз иГКС явно более благоприятный, чем у пероральных ГКС. Дозы иГКС до 1 000 мкг в сутки обладают минимальным системным действием [5]. Комбинированная терапия иГКС и ДДБД более предпочтительна, чем увеличение дозы иГКС, поскольку развивается синергизм действия. Наиболее рациональными при учете фактора "цена—качество"

следует признать комбинации иГКС в виде беклометазона дипропионата и такого ДДБД, как формотерола. Беклометазон по праву признается "золотым стандартом" базисной терапии БА. Полученные в нашей работе результаты могут быть предпосылкой научно обоснованного подхода к решению задачи лекарственного обеспечения больных БА высокоэффективными и наиболее рациональными, с экономической точки зрения, препаратами, способными эффективно контролировать заболевание.

## Заключение

Анализ финансовых аспектов реализации программы ДЛО больных БА в Республике Дагестан показал, что среднестатистическая стоимость амбулаторной фармакотерапии одного пациента с БА в 1,5 раза превышала среднестатистическую стоимость лечения в республике. Наибольшая доля средств, расходуемых на ДЛО больных БА, приходится на высокие по стоимости комбинированные препараты, содержащие иГКС и ДДБД. Представляется оправданным рациональный подход к формированию заявок на лекарственное обеспечение данной группы пациентов. Для максимального лекарственного обеспечения базисными противовоспалительными препаратами рекомендуется увеличение доли покупаемых недорогих дженериков иГКС беклометазона, входящих в список ДЛО больных БА.

## Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.) Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2002 г.). М: Атмосфера; 2002.
2. GINA Report, Global strategy for Asthma Management and Prevention. 2006 [http://www.ginasthma.org/download.asp?intld= 217].
3. Чучалин А.Г., Огородова Л.М., Петровский Ф.И. и др. Базисная терапия тяжелой бронхиальной астмы у взрослых. Пульмонология 2004; 4: 68–77.
4. Российское здравоохранение — 75-е место в мире. Мед. вестник 2006; 10 (353): 5
5. Княжеская Н.П. Ингаляционные глюкокортикостероиды — основа противовоспалительной терапии бронхиальной астмы. Consilium Medicum. Пульмонология 2006; 1, прил.: 9–13.
6. Как реализуется программа ДЛО? Трудный пациент 2006; 3 (4): 3.

Поступила 14.08.07  
© Коллектив авторов, 2007  
УДК 616.248-085 (470.67)