

Экономическая целесообразность аллерген-специфической иммунотерапии

ГНЦ РФ Институт иммунологии ФМБА, Москва

I.S.Gushchin, O.M.Kurbacheva, K.S.Pavlova

Economic rationality of allergen-specific immunotherapy

Введение

Развитие новых медицинских технологий, появление новых лекарственных препаратов, с одной стороны, и ограниченные ресурсы здравоохранения даже в высокоразвитых странах — с другой, привели к зарождению фармакоэкономики, призванной решать задачу поиска оптимального сочетания стоимости и эффективности терапии. В результате перехода медицинской практики на позиции доказательной медицины на современном этапе подходы к лечению и диагностике различных болезней должны быть научно обоснованными. Внедрение в нашей стране в медицинскую практику обязательного медицинского страхования и использование для обеспечения медицинской помощи помимо бюджетных денег и финансовых средств страховых компаний обуславливают необходимость экономического расчета затрат на проводимую терапию в целях определения наиболее эффективных способов лечения при наименьших затратах.

Заболеваемость аллергическими болезнями, в т. ч. аллергическим ринитом (АР) и бронхиальной астмой (БА), растет из года в год, что приводит к ухудшению качества жизни (КЖ) больных и возрастающим затратам на их лечение.

На сегодняшний день на основе рекомендаций *GINA* и *ARIA* разработаны национальные согласительные документы и руководства для врачей по наиболее оптимальному лечению БА и АР [1–3]. Современные фармакологические противовоспалительные средства и антигистаминные препараты, применяемые для лечения АР и БА, лишены тяжелых побочных эффектов и позволяют контролировать состояние пациентов в большинстве случаев, однако ни один из препаратов не может изменить характер реагирования организма на причинно-значимый аллерген и тем самым повлиять на течение заболевания.

Множество исследований, проведенных как отечественными, так и зарубежными аллергологами за последнее столетие, доказали, что аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) является высокоэффективным, а при соблюдении ряда необходимых условий и безопасным методом лечения пациентов с АР и атопической БА [4–6]. Воздействуя на все зве-

нья патогенеза развития заболевания, АСИТ приводит к уменьшению симптомов АР и БА, к уменьшению потребности в медикаментах, предотвращает переход легких форм болезни в тяжелые (в т. ч. развитие БА у больных АР) [7], что, в конечном счете, приводит к улучшению КЖ пациентов [8, 9]. К сожалению, мнимые сложности и высокая стоимость этого вида терапии, отсутствие указаний на необходимость проведения данного вида лечения в национальных программах по лечению АР и атопической БА ограничивают широкое применение АСИТ в нашей стране. Негативную роль в этом также играет устаревшее мнение о том, что АСИТ нужно проводить при невозможности создания безаллергенных условий или при недостаточном медикаментозном контроле над симптомами болезни. Мы попытались сопоставить эффективность и стоимость различных схем терапии для поиска оптимального способа лечения АР и атопической БА.

Особенности течения аллергических заболеваний

Распространенность аллергического ринита среди населения, по данным разных авторов, достигает 10–35 %, при этом в 50–90 % случаев АР сочетается с аллергическим конъюнктивитом, а в 40 % — с атопической БА [10]. Данное заболевание, как правило, не требует госпитализации и не приводит к инвалидности и смерти пациента. Однако, как любая хроническая патология, имеет тенденцию к утяжелению заболевания — симптомы становятся более выраженными, у части больных развивается БА, расширяется спектр аллергенов, а также снижается эффективность традиционной терапии.

В результате проведенного ретроспективного анализа 734 историй болезни пациентов, страдающих поллинозом, показано, что средний возраст начала заболевания во всей группе составил $17,2 \pm 3,3$ лет, для большей части больных дебют заболевания пришелся на возраст от 3 до 25 лет [11]. За редким исключением, заболевание начиналось с легких проявлений риноконъюнктивита, но имело тенденцию к утяжелению проявлений. Так, 74 % обратившихся пациентов со временем отметили ухудшение тече-

ния заболевания: симптомы проявления поллиноза стали более выраженными, а медикаментозная терапия не обеспечивала полного контроля над симптомами заболевания; 32,5 % пациентов в среднем через $9,8 \pm 2,7$ лет отметили появление таких симптомов, как кашель или удушье; 25,5 % пациентов, исходно имевшим лишь симптомы риноконъюнктивита, в последующем был выставлен диагноз пыльцевая БА, а 1,6 % — аллергическая крапивница. Наиболее часто в начале заболевания продолжительность обострения заболевания была ограничена 2–4 нед. в сезон цветения растений, но с течением времени отмечено расширение спектра причинных аллергенов, а в связи с этим и увеличение продолжительности периода обострения поллиноза. Так, 41,5 % обратившихся пациентов через $9,0 \pm 3,3$ лет отметили увеличение продолжительности периода обострения заболевания в среднем на $2,1 \pm 1,0$ мес., у 24,7 % больных это было связано с повышением чувствительности к новым пыльцевым аллергенам. У 15 % пациентов с течением времени появилась сенсibilизация к бытовым и / или эпидермальным аллергенам, что привело к круглогодичному характеру течения аллергического заболевания. У 2,6 % больных наличие бытовой сенсibilизации предшествовало дебюту сезонного риноконъюнктивита [11].

Распространенность БА в России колеблется от 2,3 % — в сельских регионах, до 11 % — в промышленных центрах [3, 10, 12]. Проведенные эпидемиологические исследования показали, что за последние 10 лет отмечается прогрессирующий рост заболеваемости аллергическими болезнями, в т. ч. БА (по некоторым данным почти в 2 раза), что связано с интенсивным развитием промышленности и ухудшением экологических условий [10, 13–16].

Обращает на себя внимание поздняя обращаемость населения за медицинской помощью во всех возрастных группах. Истинная заболеваемость остается неизвестной и не может быть выявлена из-за крайне недостаточной работы по диспансеризации, непонимания определенной частью населения значимости раннего обращения за медицинской помощью и недостаточного внимания к собственному здоровью.

Эпидемиологические исследования показывают также высокий уровень заболеваемости АР и БА по всему миру. Так, в США распространенность АР среди населения, по данным разных авторов, достигает 7–20 %, а БА — 4,5–10 % [15–18]. Распространенность БА в Новой Зеландии достигает 25–30 %, а в Австрии — 10–15 % [16, 18].

Физический дискомфорт, вызванный основными симптомами аллергического риноконъюнктивита и / или БА, оказывает нежелательное действие на психологическое состояние и социальную жизнь людей, ограничивая профессиональную деятельность человека [8, 9, 19]. Адекватное лечение приводит к уменьшению клинических проявлений и улучшению КЖ пациента. В то же время неадекватная терапия, особенно препаратами с выраженными по-

бочными эффектами (такими как седативный, кардиотоксический и др.), может влиять на общее состояние и, соответственно, ухудшать КЖ больного [19–21], приводить к снижению производительности труда и возрастанию косвенных затрат на лечение.

Пациенты с тяжелым течением заболевания нуждаются в госпитализации в специализированные стационары, а также в оказании таких медицинских услуг, как внутривенные или внутримышечные инъекции лекарственных средств. Все это приводит в конечном счете к увеличению общих затрат на терапию.

Уникальность АСИТ состоит в ее профилактическом действии, приводящем к ограничению расширяющегося спектра сенсibilизации и прогрессирования патологического процесса. Проводя фармакоэкономическую оценку АСИТ, необходимо рассматривать этот метод лечения не как альтернативный медикаментозной терапии, а как взаимодополняющий, учитывая также долгосрочный и профилактический эффекты АСИТ.

Экономические затраты на лечение аллергических заболеваний

Данные о расходах на лечение АР и БА широко варьируются, что объясняется особенностями систем здравоохранения в разных странах, различиями в объеме и уровне медицинской помощи, количестве назначаемых препаратов и приоритетности их использования, разницей цен и эпидемиологическими данными о распространенности заболеваний.

По результатам проведенных в США исследований, ежегодно общие прямые затраты на лечение АР составляют 4 600 млн долл., на лечение сопутствующих синуситов и отитов — 2 400 млн долл., а расходы на лечение БА превышают 13 000 млн долл. [22]. Примерно равные доли в структуре прямых затрат при лечении АР составляют расходы на медикаменты (46,6 %) и амбулаторные визиты к врачу (51,9 %). Большая часть затрат из прописываемых медикаментов при лечении АР приходится на антигистаминные препараты 2-го поколения и интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС), что обходится в 170 долл. в мес. или 2 040 долл. в год на 1 пациента. Стоимость лечения БА включает, по крайней мере, назначение β_2 -агонистов (короткого и длительного действия) (30 или 100 долл. в мес. соответственно) и ингаляционных ГКС (от 65 до 137 долл. в мес. в зависимости от тяжести БА). Таким образом, комбинированная стоимость лечения БА в США составляет приблизительно 1 930–2 910 долл. в год на 1 пациента. Эти расходы не учитывают стоимость консультаций врача, антибактериальных препаратов для лечения вторичных синуситов, отитов и бронхитов, затрат на госпитализацию в связи с обострением БА, а также не прямые затраты, связанные со снижением производительности труда [22].

Другие исследователи приводят несколько иные данные о затратах на лечение БА (в год на 1 пациента, долл. США): в США — в среднем от 922 до 1 325, в Швеции — 1 315, в Великобритании — 1 043, а в Австрии — 769 [8, 18, 23].

В России, по данным разных авторов, затраты на лечение 1 пациента, страдающего БА, составляют от 237 до 593 долл. США в год (различия обусловлены региональными программами и тяжестью заболевания) [3, 12].

Концепция экономической реформы в здравоохранении, проводимой в России в последние 10 лет, основывается на смешанном бюджетно-страховом финансировании, в связи с чем затруднено проведение фармакоэкономических исследований. Доля бюджетного финансирования здравоохранения от внутривалового продукта (ВВП) в России крайне мала и составляет только 3,1 % от ВВП (к примеру, в США эта доля — 13,5 %, а в Японии и Западной Европе — около 7 %). Бюджетное финансирование покрывает только часть расходов, оплачивая медицинские целевые программы, лечение льготных категорий населения и частично материально-техническое обеспечение медицинских учреждений, а расценки ФОМС не соответствуют реальным затратам.

В сложившейся ситуации в России большую долю затрат на лечение таких заболеваний, как АР и БА, пациенты оплачивают из своих собственных средств. Низкий уровень обращаемости больных АР на ранних стадиях заболевания, поздняя диагностика аллергических заболеваний приводят к тому, что многие пациенты длительное время занимаются самолечением, как правило, включающим чрезмерное употребление деконгестантов и антигистаминных препаратов 1-го поколения.

В ГНЦ Институт иммунологии ФМБА был проведен анализ структуры прямых затрат в стоимости лечения поллиноза, при этом затраты на приобретение лекарственных противоаллергических препаратов оценивали с точки зрения независимой организации-плательщика, а затраты на амбулаторные визиты к врачу-аллергологу, инъекционные и другие

медицинские манипуляции, стоимость консультаций смежных специалистов и госпитализации рассчитывали по тарифам Московского ФОМС [11, 24]. В результате проведенного исследования было показано преобладание затрат на лекарственную терапию (75,6 %), из которых 3,3 % — затраты на симптоматическую терапию, 32,2 % — на базисную и 40,1 % — на антигистаминные препараты. Затраты на медицинские услуги составили 24,4 %, а полная стоимость лечения в общей группе была в среднем $1\,359,4 \pm 42,3$ р. в расчете на 1 человека в сезон обострения. В зависимости от клинических проявлений поллиноза (изолированный риноконъюнктивит, сочетание риноконъюнктивита с БА, аллергический крапивницей или атопическим дерматитом) структура затрат несколько отличалась (таблица).

Эффективность и безопасность АСИТ

За почти 100-летний период применения АСИТ, предложенной Noon и впервые использованной Freeman в 1911 г., отечественными и зарубежными аллергологами накоплен огромный опыт, подтверждающий высокую эффективность этого метода для лечения АР, конъюнктивитов и атопической БА. Клиническая эффективность АСИТ, по данным разных авторов, достигает 70–90 % и выражается в торможении внешних проявлений заболевания и уменьшении потребности в лекарственных препаратах [4–9, 17, 25–37]. Специфическая гипосенсибилизация, а также наблюдаемые при этом снижение неспецифической тканевой гиперреактивности и противовоспалительное действие удерживаются на протяжении длительного периода наблюдений после завершения АСИТ [17, 29, 31–32, 34, 36, 38].

Данные предыдущих лет о высокой лечебной эффективности АСИТ подтверждены в последнее время в специальных работах, выполненных на основе принципов доказательной медицины. Эти исследования представляли собой двойные слепые плацебо-контролируемые испытания в рандомизированных группах пациентов, подобранных на основании четких клинических критериев и результатов аллерголо-

Таблица
Затраты на терапию больных поллинозом до и после проведения АСИТ (в рублях)

АСИТ	Диагноз	n	Симптом.	Базисная	А / гистамин.	Мед. услуги	Итого
До АСИТ	Вся группа	457	45,0 ± 13,1	438,2 ± 24,7	545,0 ± 19,4	331,2 ± 38,9	1359,4 ± 42,3
	БА	179	124,8 ± 25,6	890,8 ± 25,8	543,1 ± 20,5	679,6 ± 45,4	2069,6 ± 46,0
	РК	248	22,8 ± 7,1	186,6 ± 18,2	557,0 ± 18,5	36,0 ± 15,9	802,6 ± 25,1
	ДР	17	21,0 ± 17,5	293,7 ± 19,5	496,1 ± 18,4	309,7 ± 35,3	1121,2 ± 34,1
	КР	13	38,5 ± 7,3	88,1 ± 11,6	404,7 ± 15,7	1197 ± 47,5	1728,4 ± 49,0
После АСИТ	Вся группа	215	6,9 ± 7,2	101,5 ± 17,4	138,0 ± 13,9	19,7 ± 17,0	257,5 ± 23,1
	БА	94	14,4 ± 8,8	175,5 ± 19,3	169,0 ± 14,9	45,0 ± 20,9	404,2 ± 27,5
	РК	91	0,6 ± 1,7	25,7 ± 8,4	109,8 ± 11,9	0,0 ± 0,0	134,4 ± 12,8
	ДР	17	0,0 ± 0,0	35,7 ± 10,3	50,0 ± 8,7	0,0 ± 0,0	85,7 ± 12,4
	КР	13	5,3 ± 4,4	0,0 ± 0,0	226,1 ± 17,5	0,0 ± 0,0	231,3 ± 17,7

Примечание: БА — пациенты с пылевой бронхиальной астмой; РК — пациенты с изолированным риноконъюнктивитом; ДР — пациенты с атопическим дерматитом; КР — пациенты с аллергической крапивницей; симптом. — затраты на симптоматическую терапию; базисная — затраты на базисную терапию; а / гистамин. — затраты на антигистаминные препараты; мед. услуги — затраты на медицинские услуги.

гической специфической диагностики, с использованием стандартизированных очищенных аллергенов, с достижением оптимальной поддерживающей дозы аллергена и при достаточной продолжительности (завершенности) курсов лечения [33–36, 39].

Эффективность АСИТ зависит от возраста пациента и стадии заболевания (проведение АСИТ в более раннем возрасте пациента и на более ранних стадиях заболевания более эффективно). Своевременно проведенная эффективная АСИТ предупреждает переход более легких форм заболевания в более тяжелые, трансформацию АР в БА и улучшает КЖ пациентов [7–9, 26]. Клинически лечебное действие АСИТ достигается при завершении повторных курсов (3–5) лечения, но может появиться уже после 1-го курса.

Депонированные и модифицированные лечебные аллергены обладают меньшей аллергенностью и большей иммуногенностью, в связи с чем показали себя более эффективными средствами при меньшем количестве побочных эффектов, регистрируемых в процессе АСИТ [6, 17, 31, 35, 37].

В ГНЦ Институт иммунологии ФМБА проведены работы по направленной модификации белков путем создания конъюгированных форм аллергенов с иммуномодулятором — полиоксидонием. Исследования по клиническому применению созданных препаратов — алерговакцин с использованием специфических аллергенных детерминант в комплексе с полиоксидонием — показали высокую эффективность и безопасность их использования для АСИТ [27, 40].

Многолетний опыт применения специфической иммунотерапии в разных странах позволяет говорить не только об эффективности, но и о безопасности этого лечения как детей, так и взрослых [4, 25, 29, 32, 37, 39, 41–45].

По сравнению с многомиллионным числом инъекций аллергенов, осуществляемых ежегодно во всем мире, частота возникновения системных реакций является низкой. Так, по данным *L. Businco et al.* [42], на 12 286 инъекций (1 056 больных, получавших АСИТ) отмечено всего 10 (0,07 %) системных реакций, из них 1 (0,01 %) анафилактическая. В Саратовском алергологическом центре частота анафилактического шока за 30-летний период работы составила 0,0007 % (общее число проведенных инъекций — 438 030; зарегистрирована 1 анафилактическая реакция на 146 010 инъекций) [41].

В ГНЦ Институт иммунологии ФМБА был проведен ретроспективный анализ 498 историй болезни пациентов с поллинозом, получавших АСИТ вводно-солевыми экстрактами пыльцевых аллергенов ускоренным методом [28]. По результатам этого исследования, местные реакции отмечали 80 % больных, получавших АСИТ, а системные — 7,83 % пациентов. Всего на 18 714 инъекций отмечено 3 060 (16,4 %) местных реакций (зуд, гиперемия, локальный отек в месте инъекции аллергена) и 48 (0,26 %) системных реакций, из них 28 (0,15 %) — средней тя-

жести (крапивница, затруднение дыхания или кашель, снижение АД до 90 / 60 мм рт. ст. или повышение до 140 / 100 мм рт. ст., схваткообразные боли внизу живота) и 20 (0,11 %) легких реакций (заложенность носа, чихание, ринорея, слезотечение, зуд и / или отек век). Случаи анафилактического шока не зарегистрированы. Все побочные реакции были быстро купированы назначением антигистаминных препаратов, а при необходимости — введением глюкокортикостероидов, бронхолитиков и адреналина. Никаких отсроченных эффектов, отразившихся на состоянии здоровья пациента и работе внутренних органов, зарегистрировано не было [11].

Клинико-экономический анализ АСИТ

На сегодняшний день, к сожалению, не существует проспективных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований по фармакоэкономике в отношении АСИТ. Практически все исследования в этой области носят ретроспективно-аналитический характер на основе существующих экспериментальных данных [17]. Отсутствие стандартных критериев эффективности и невозможность объективной оценки профилактического и долгосрочного действия АСИТ затрудняют проведение фармакоэкономических исследований в этой области.

Наличие высокоэффективных современных топических ГКС и антигистаминных препаратов последнего поколения, лишенных побочных эффектов, характерных для их предшественников, с одной стороны, и высокая стоимость АСИТ, с другой стороны, послужили противопоставлением АСИТ и фармакотерапии [17, 30]. Между тем, проведение АСИТ несколько не противоречит назначению другого медикаментозного лечения, характер которого ориентирован на степень тяжести и течение аллергического заболевания. А утверждение о возможности проведения АСИТ только при неэффективности фармакотерапии неправомерно, т. к. назначение АСИТ в раннем возрасте и на ранних стадиях заболевания более эффективно [6, 17, 26].

Анализ стоимости лечения АР и БА, проведенный группой исследователей в США, показал, что проведение медикаментозной терапии в течение 5 лет потребует 10 200 долл. (учитывая лишь затраты на антигистаминные препараты и топические ГКС), а АСИТ в течение 5 лет — 4 700 долл. США. При наиболее осторожной оценке эффективности АСИТ в 50 %, а также с учетом снижения затрат на медикаменты после лечения как минимум в 2 раза общая стоимость АСИТ в комбинации с медикаментозной терапией оказывается еще более низкой [22].

Другая группа исследователей в США провела проспективное исследование по фармакоэкономике АСИТ [8]. В группу были включены 25 взрослых пациентов, страдающих АР, которые в течение 1 года исследования получали только медикаментозную

терапию, а затем в течение последующих 3 лет — АСИТ в сочетании с медикаментозной терапией. Общие затраты включали стоимость АСИТ (приготовление экстракта аллергена, осмотр врача и инъекции) и традиционного лечения (консультации врача, лабораторные тесты и медикаменты). Затраты за 1-й год лечения (до АСИТ) составили $1\,129 \pm 321$ долл., а за 4-й год — 950 ± 352 долл. Уже после 1 года проведения АСИТ КЖ пациентов существенно улучшилось по сравнению с начальным периодом наблюдения ($p < 0,001$). Отмечалась прямая корреляция между количеством лет проведения АСИТ и дальнейшим улучшением КЖ [8].

В ГНЦ Институт иммунологии ФМБА был проведен клинико-экономический анализ лечения поллинозов [11, 46]. Сравнивали следующие варианты терапии: применение медикаментозной терапии в сезон поллинииции причинно-значимых аллергенов (включая препараты симптоматической, базисной терапии и антигистаминные препараты) и проведение предсезонной АСИТ водно-солевыми аллергенами ускоренным методом [28] в сочетании с назначением медикаментозной терапии в последующий сезон. В качестве критерия эффективности терапии использовали индекс КЖ, оцениваемого с помощью опросника *Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ)*, разработанного Juniper [20, 21, 47]. Для оптимизации выбора режимов терапии были применены следующие виды клинико-экономического анализа: "затраты—эффективность" и моделирование.

После проведения АСИТ отмечалось значительное и достоверное уменьшение затрат как на медикаменты, так и на медицинские услуги (таблица), а также достоверное улучшение КЖ пациентов, страдающих поллинозом ($p < 0,001$) (рис. 1). Имелась тенденция к улучшению КЖ пациентов, страдающих поллинозом, при увеличении количества проводимых курсов АСИТ.

Стоимость медикаментозной терапии больных, страдающих поллинозом, до проведения АСИТ в среднем составила $1\,359,4 \pm 42,3$ р. (для больных с пылевой БА — $2\,069,6 \pm 46,0$ р.; для больных с изолированным риноконъюнктивитом — $802,6 \pm 25,1$ р.). Стоимость проведения 1 курса АСИТ (по тарифам Московского ФОМС на 01.09.03) — $664,8$ р. Учитывая затраты на медикаментозную терапию в сезон после проведения 1 курса АСИТ (в среднем — $296,44 \pm 25,69$ р.), получаем $961,24 \pm 25,69$ р. За 2 года медикаментозной терапии пациента, страдающего поллинозом, затраты в среднем составят $2\,718,8$ руб., а при проведении последовательно 2 курсов АСИТ с учетом медикаментозной терапии в последующий сезон — $1\,880,6$ р. (рис. 2). Учитывая то, что проведение АСИТ приводит к улучшению КЖ, имеет высокую эффективность и требует меньше затрат по сравнению с проведением только фармакотерапии, очевидно преимущество данного метода терапии поллинозов.

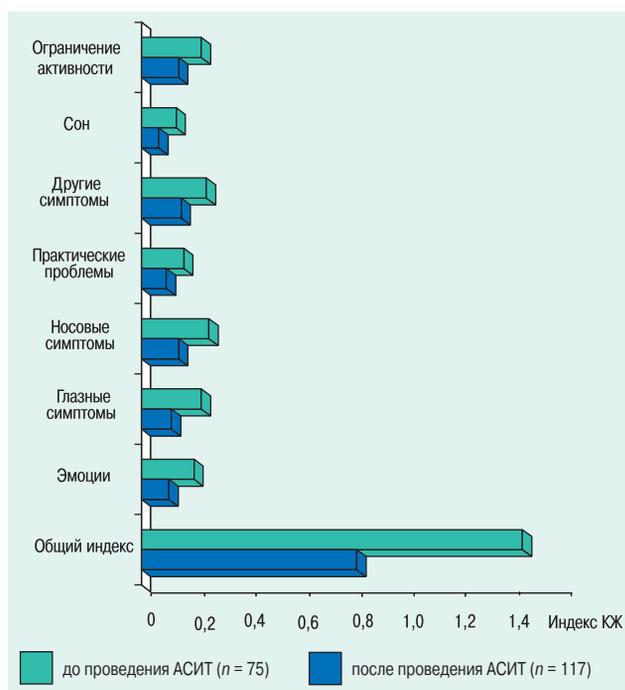


Рис. 1. Изменение качества жизни больных поллинозом на фоне проведения АСИТ

В то же время, исходя из того, что стоимость самой АСИТ варьируется в зависимости от учреждения, был проведен анализ чувствительности результатов исследования к вариациям цены на АСИТ. Так, с учетом коммерческих расценок на медицинские услуги, стоимость медикаментозной терапии больных, страдающих поллинозом, без проведения АСИТ в среднем составила $1\,928,74 \pm 32,28$ р., а общие затраты при 2-м режиме терапии — $4\,397,17$ р. При анализе "затраты—эффективность" без учета непрямых затрат экономическое преимущество проведения АСИТ перед проведением только фармакотерапии сохраняется при стоимости 1 курса АСИТ не более $2\,100,00$ р.

Учитывая то, что после проведения АСИТ уменьшилось количество госпитализаций, улучшилось КЖ, а состояние пациентов меньше отражалось на их трудоспособности, очевидной является минимизация и непрямых затрат.

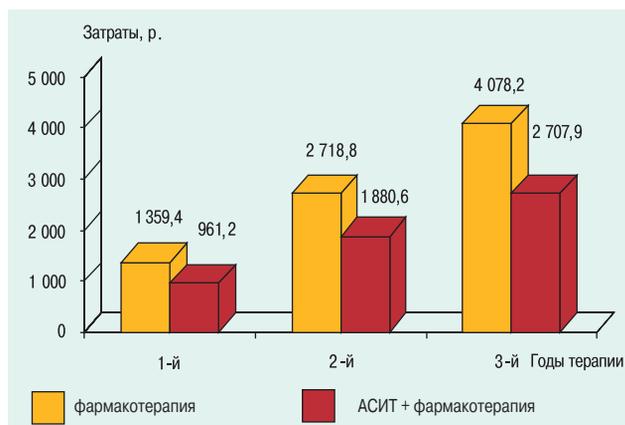


Рис. 2. Затраты на терапию больных поллинозом с учетом стоимости АСИТ

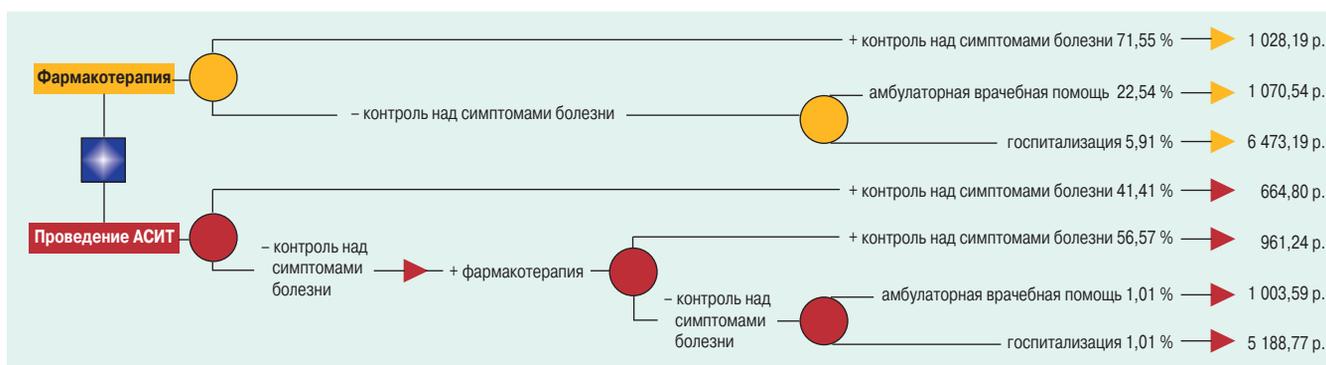


Рис. 3. Древо решений: модель для расчета ожидаемых затрат при различных режимах терапии больных поллинозом: + контроль — достаточный контроль над симптомами болезни; — контроль — недостаточный контроль над симптомами болезни

Сходные результаты были получены при проведении клинико-экономического анализа с помощью моделирования (рис. 3). Ожидаемые прямые затраты на лечение больного поллинозом с применением фармакотерапии составили 1 359,54 р., а при проведении 1 курса АСИТ — 881,62 р. Таким образом, согласно условиям модели проведение АСИТ требует в среднем на 477,92 р. меньше, чем назначение только фармакотерапии.

Анализ чувствительности модели к количеству проводимых курсов АСИТ показал явное преимущество 2-го режима терапии, которое увеличивалось в зависимости от количества проведенных курсов АСИТ. Так, выгода при проведении 2 курсов АСИТ составит 1 054,84 р., а при проведении 3 курсов АСИТ — 1 636,12 р. [11].

Заключение

АСИТ не является альтернативным методом медикаментозной терапии. Эти 2 метода взаимно дополняют друг друга, позволяя проводить комбинированную терапию, что повышает эффективность лечения. Учитывая уникальность АСИТ в ее профилактическом действии, приводящем к ограничению расширяющегося спектра сенсибилизации и прогрессирования патологического процесса, необходимо начинать ее проведение как можно раньше. Принимая во внимание высокую коммерческую стоимость АСИТ в различных лечебных учреждениях, необходимо включение рекомендаций по проведению данного вида лечения в национальные программы по терапии АР и атопической БА, что повысит доступность этого метода терапии для широкого круга пациентов.

Обязательным условием выбора тактики лечения остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, являющиеся существенными для данного пациента.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002г. М.: Атмосфера; 2002.

2. Международный консенсус в лечении аллергического ринита. (Версия Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, 2000). Рос. ринол. 2000; 3: 5–30.
3. Чучалин А.Г., Медников Б.Л., Белевский А.С. и др. Бронхиальная астма. Руководство для врачей России (формулярная система). Пульмонология 1999; прил.: 3–40.
4. Abramson M., Puy R., Weiner J. Immunotherapy in asthma: an updated systematic review. Allergy 1999; 54: 1022–1041.
5. Malling H.J. Allergen immunotherapy efficacy in rhinitis and asthma. Allergy Clin. Immunol. Int. 2004; 16 (3): 92–95.
6. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. Allergy 1998; 53 (suppl. 44): 1–42.
7. Moller C., Dreborg S., Ferdousi H.A. et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). J. Allergy Clin. Immunol. 2002; 109: 251–256.
8. Kumar P., Kamboj S., Rao P. et al. The cost of care and quality of life in patients with allergic rhinitis on allergen immunotherapy. Allergy Clin. Immunol. Int. 1997; 9 (5): 133–135.
9. Yilmaz M., Bingol G., Altintas D. et al. Effect of SIT on quality of life. Allergy 2000; 55: 302–309.
10. Ильина Н.И. Аллергология в различных регионах России по результатам клинико-эпидемиологических исследований: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1996.
11. Павлова К.С. Клинико-экономический анализ лечения поллинозов. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2005.
12. Бельтюков Е.К. Локальная программа помощи больным бронхиальной астмой: организационные, эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты (Пособие для врачей и организаторов здравоохранения). М.; 2003.
13. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. М.: Изд-во ВНИРО; 1995.
14. Behrendt H., Kamer U., Schafer T. et al. Allergotoxicology. — A research concept to study the role of environmental pollutants in allergy. Allergy Clin. Immunol. 2001; 13 (3): 122–128.
15. Lundback B. Epidemiology of allergic rhinitis and asthma. Clin. Exp. Allergy 1998; 28 (suppl. 2): 3–10.
16. Van Cauwenberge P.B., Ciprandi G., Vermeiren J.S.J. Epidemiology of allergic rhinitis. Brussels: The UCB Institute of Allergy; 2001.
17. Lockey F., Bukantz S.C., Bousquet J., eds. allergen and allergen immunotherapy. New York: Marcel Dekker Inc. 2004.

18. *Blaiss M.S.* Pharmacoeconomics of asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003; 15 (6): 240–245.
19. *Blaiss M.S.* Cognitive, social, and economic costs of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2000; 21 (1): 7–13.
20. *Juniper E.F., Thompson A.K., Roberts J.N.* Can the standard gamble and rating scale be used to measure quality of life in rinoconjunctivitis? Comparison with the RQLQ and SF-36. *Allergy* 2002; 57: 201–206.
21. *Thompson A.K., Juniper E., Meltzer E.O.* Quality of life in patients with allergic rhinitis. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2000; 85 (5): 338–347.
22. *Law A.W., Reed S.D., Sundry J.S et al.* Direct costs of allergic rhinitis in the United States: Estimates from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003; 111: 296–300.
23. *Birnbaum H.G., Berger W.E., Greenberg P.E.* Direct and indirect costs of asthma to an employer. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2002; 109: 264–270.
24. *Павлова К.С., Курбачева О.М., Гущин И.С.* Клинико-экономические аспекты аллерген-специфической иммунотерапии больных поллинозом. *Рос. аллергол. журн.* 2004; 3: 30–35.
25. *Абелевич М.М.* 30-летний опыт применения специфической иммунотерапии при бронхиальной астме у детей. *Аллергология* 2001; 4: 49–51.
26. *Гущин И.С.* Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. М.: Фармарус Принт; 1998.
27. *Гущин И.С., Курбачева О.М.* Аллерген-специфическая иммунотерапия atopических заболеваний: (Пособие для врачей). М; 2002.
28. *Порошина Ю.А., Полсачева О.В., Передкова Е.В.* Ускоренный метод специфической иммунотерапии поллинозов: (Метод. рекомендации). М.; 1988.
29. *Сидоренко Е.Н.* Теоретические и практические аспекты специфической гипосенсибилизации. *Иммунология* 1986; 5: 5–9.
30. *Черняк Б.А., Воржева И.И.* Комбинированная иммунотерапия при бронхиальной астме. Методические аспекты. *Аллергология* 2000; 2: 51–56.
31. *Ariano R., Augeri M., Kroon L.* Long term allergoid immunotherapy to *Parietaria*: clinical and immunological effects in a double blind trial. *Allergy* 1999; 54: 313–319.
32. *Eng P.A., Reinold M., Gnehm H.P.* Long-term efficacy of preseasonal grass pollen immunotherapy in children. *Allergy* 2002; 57: 306–312.
33. *Dolz I., Martinez-Cocera C., Bartolome J.M., Cimmaro M.* A double-blind, placebo-controlled study of immunotherapy with grass-pollen extract Alutard SQ during a 3-year period with initial rush immunotherapy. *Allergy* 1996; 51 (7): 489–500.
34. *Durham S., Varney V., Gaga M.* Grass pollens immunotherapy remains effective 3 years after discontinuation: a double-blind, placebo-controlled withdrawal study. *Clin. Exp. Allergy* 1998; 88: 43–53.
35. *Ortolani C., Pastorello E.A., Incorvaia C.* A double-blind, placebo-controlled study of immunotherapy with an alginate-conjugated extract of *Parietaria judaica* in patients with *Parietaria* hay fever. *Allergy* 1994; 49: 13–21.
36. *Passalacqua G., Canonica G.W.* Long-lasting clinical efficacy of allergen specific immunotherapy. *Allergy* 2002; 57: 275–276.
37. *Pastorello E.A., Pravettoni V., Incorvaia C.* Clinical and immunological effects of immunotherapy with alum-absorbed grass allergoid in grass-pollen-induced hay fever. *Allergy* 1992; 47: 281–290.
38. *Mosbech H., Osterballe O.* Does the effect of immunotherapy last after termination of treatment? Follow-up study in patients with grass pollen rhinitis. *Allergy* 1998; 53: 523–529.
39. *Zenner H.P., Baumgarten C., Rasp G. et al.* Short-term immunotherapy: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study of molecular standardized grass and rye allergens in patients with grass pollen-induced allergic rhinitis. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1997; 100: 23–29.
40. *Хаитов Р.М., Федосева В.Н., Некрасов А.В.* Создание аллерговакцины на основе алергоидов из пыльцы тимopheevки, березы, полыни и иммуномодулятора полиоксидония. *Аллергол., астма и клин. иммунол.* 2000; 1 (2): 112–114.
41. *Астафьева Н.Г.* Роль мотивации пациента в проведении специфической вакцинации аллергии. *Пульмонология* 2004; 1: 99–104.
42. *Businco L., Zannino L., Cantani A. et al.* Systemic reactions to specific immunotherapy in children with respiratory allergy: a prospective study. *Pediatr. Allergy Immunol.* 1995; 6: 44–47.
43. *Hejjaoui J., Ferrando R., Dhivert H. et al.* Systemic reactions occurring during immunotherapy with standardized pollen extracts. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1992; 89: 925–933.
44. *Moreno C., Cuesta-Herranz J., Fernandez-Tavora L., Alvarez-Cuesta E.* Immunotherapy safety: a prospective multi-centric monitoring study of biologically standardized therapeutic vaccines for allergic diseases. *Clin. Exp. Allergy.* 2004; 34: 527–531.
45. *Tabar A.I., Garcia B.E., Rodriguez A.* A prospective safety-monitoring study of immunotherapy with biologically standardized extracts. *Allergy* 1993; 48: 450–453.
46. *Павлова К.С., Курбачева О.М.* Клинико-экономический анализ терапии больных поллинозом. *Пробл. стандартиз. в здравоохр.* 2005; 4: 47–55.
47. *Juniper E.F., Guyatt G.H., Griffith L.E., Ferrie P.J.* Interpretation of rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire data. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1996; 98: 843–845.

Поступила 16.08.05
© Коллектив авторов, 2005
УДК 615.37