

водилось контрольное обследование. Изменение показателей ФВД было статистически не значимым.

Анализ данных, характеризующих легочную гемодинамику, показал, что 2-недельное применение Нифедипина не оказывает влияния на среднее ДЛА, так же как на ОЛС и УЛС (все $P > 0,05$). Таким образом, длительное применение Нифедипина вызывает развитие резистентности по показателям, характеризующим малый круг кровообращения, что подтверждает ранее проведенные исследования [9].

Для определения наиболее эффективного препарата (по снижению среднего ДЛА в "остром опыте") был применен коэффициент Стьюдента с поправкой Бонферрони. Достоверного отличия между эффективностью Атровента, Беротека и Нифедипина не выявлено. При курсовом применении влияние Беротека на ДЛА более выражено, но Атровент с одинаковой эффективностью достоверно снижает как ДЛА, так и ОЛС, и УЛС.

Выводы

1. У больных БА в "остром опыте" Атровент, Нифедипин и Беротек эффективно снижают ДЛА.
2. При 2-недельном стационарном лечении применение Беротека и Атровента при небулизации достоверно снижает ДЛА, 2-недельное применение Нифедипина не влияет на ДЛА.
3. Курсовое 2-недельное применение Атровента в виде небулизируемого раствора наиболее эффектив-

- но, по сравнению с Беротеком, влияет на показатели ФВД — положительная динамика не только по скоростным, но и емкостным показателям.
4. Эффективность воздействия препаратов на ДЛА определяется долей остаточного объема в общей емкости легких (прямая зависимость), ПСВ (обратная зависимость).

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 г. Здравоохран. Рос. Федерации 2002; 4: 53.
2. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Агар; 1997.
3. Calverley P.M., Catterall J.R., Shapiro C., Douglas N.J. Cor pulmonale in asthma. Br. J. Dis. Chest 1983; 7: 303–307.
4. Кириллов М.М., Шаповалова Т.Г., Рябова А.Ю. и др. Влияние теопэка и сальтоса на показатели кардиореспираторной системы при бронхиальной астме. Клини. мед. 1999; 11: 37–39.
5. Mokherjee S., Ashutosh K., Dunsky M. et al. Nifedipin in chronic cor pulmonale: acute and relatively long-term effects. Clin. Pharmacol. Ther. 1988; 44: (3): 289–296.
6. Vic-Mo H., Halvorsen F.J., Thorsen E. Walde N.H., Rosland G.A. Improved cardiac performance by salbutamol, a selective β_2 -agonist, in chronic cor pulmonale. J. Cardiovasc. Pharmacol. 1987; 2: 129–134.
7. Maham G., Dabestani F., Gardin J. Circulation 1983; 68 (Suppl. III): 367.
8. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. М.: Практика; 1999.
9. Каминский Л.С. Статистическая обработка лабораторных и клинических данных. Л.: Медицина; 1964.
10. Гринни А.М. Патофизиология легких: пер. с англ. М.: Бином; 1997.

Поступила 14.01.03

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ., 2004

УДК 616.248-08

Л.Г.Ленская¹, Л.М.Огородова², М.В.Малаховская², О.С.Кобякова²

АНАЛИЗ ПРЯМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ Томская областная клиническая больница;

² Сибирский государственный медицинский университет, Томск

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL STUDY OF DIRECT MEDICAL EXPENDITURE BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS OF TOMSK REGION

L.G.Lenskaya, L.M.Ogorodova, M.V.Malakhovskaya, O.S.Kobyakova

Summary

The aim of this pharmacoepidemiological study was to assess direct medical expenditure in bronchial asthma patients of Tomsk region. This study involved 394 patients with different severity of asthma. The main marker of efficacy was asthma control levels according to E.Bateman's criteria.

Results demonstrated that majority of the patients (86.1 %) had not achieved the asthma control with E. Bateman's criteria. Structures of direct medical expenses were different in patients with controlled and uncontrolled asthma. Personal expenditure for basic therapy predominated in patients with controlled asthma and state expenditure for expensive medical care (emergency, hospitalization) prevailed in patients with

uncontrolled asthma. The most effective asthma treatment program was a combination of adequate basic therapy and regular specialized consultations.

Резюме

Целью исследования явилась оценка прямых медицинских расходов на лечение больных бронхиальной астмой (БА) в Томской области в зависимости от степени контроля над симптомами заболевания. В 2000 г. проводилось однофазное фармакоэпидемиологическое исследование при участии 394 больных БА с различной степенью тяжести и патогенетическим вариантом болезни. В качестве основного показателя эффективности терапии БА использовался уровень контроля над симптомами заболевания по критериям *E. Bateman*.

Полученные результаты продемонстрировали, что у подавляющего большинства пациентов (86,1 %) зарегистрировано неконтролируемое течение БА независимо от наличия базисной терапии заболевания. Структура прямых медицинских расходов на лечение БА значительно различалась у пациентов с неконтролируемой и контролируемой формами заболевания. У больных контролируемой БА преобладали личные расходы на базисную терапию БА, у пациентов с неконтролируемой БА — государственные затраты на дорогостоящие виды медицинской помощи (экстренная госпитализация, вызовы скорой медицинской помощи). Наиболее эффективной, с точки зрения достижения контроля над симптомами БА, является схема терапии, включающая в себя назначение адекватной базисной терапии и регулярное наблюдение специалистов.

В настоящее время экономическая ситуация в России сложилась таким образом, что политика в управлении здравоохранением в большей степени зависит от выбора варианта распределения недостаточных ресурсов. Основная задача органов управления в этих условиях — сбалансировать расходы на лечение заболеваний и качество оказания медицинской помощи. В связи с этим весьма актуальной становится проблема экономического обоснования имеющихся альтернатив [1, 2].

Тот факт, что бронхиальная астма (БА) является глобальной медико-социальной проблемой, не вызывает сомнения. Однако бремя, налагаемое БА на экономическую сферу общества, до настоящего времени точно не определено. Известно, в США в 1991 г. общие расходы на лечение астмы достигли 1–2 % от всех затрат на здравоохранение. В России выполнены отдельные исследования, касающиеся фармакоэпидемиологии и фармакоэкономики БА, не позволяющие составить целостного представления о менеджменте данного заболевания. Так, в Самаре 29 % прямых расходов на астму у взрослых пациентов приходилось на амбулаторную помощь, 41 % — на стационарную, 30–33 % — на медикаментозное лечение. Указанное распределение финансовых ресурсов обеспечило контроль над симптомами БА только у 17 % больных. В ряде работ показано, что структура прямых расходов меняется в зависимости от тяжести течения болезни [3–5].

Таким образом, фармакоэпидемиологические исследования БА представляются весьма актуальными с позиций оценки расходов на проведение различных программ терапии данного заболевания и их клинико-экономической обоснованности.

Предпосылкой для проведения настоящего исследования послужила необходимость создания модели экономически сбалансированной медицинской помо-

щи больным БА в Томской обл. на основании оценки клинических, фармакоэкономических, медико-социальных характеристик заболевания.

Цель настоящего исследования — оценить прямые медицинские расходы на ведение больных БА, проживающих на территории Томской обл. в зависимости от степени контроля над симптомами заболевания.

Материалы и методы

В 2000 г. на территории Томской обл. проводилось одномоментное фармакоэпидемиологическое исследование по оценке прямых медицинских расходов на ведение больных БА. В исследовании принимали участие 394 больных БА (256 женщин и 138 мужчин) с различной степенью тяжести и патогенетическим вариантом болезни.

Диагноз БА и степень тяжести заболевания устанавливалась согласно критериям проекта *GINA* 1995 [6].

В настоящем исследовании в качестве основного показателя эффективности терапии БА использовался уровень контроля над симптомами заболевания. Контроль над симптомами БА изучался с помощью критериев, предложенных *E. Bateman* [7] (табл. 1). С целью оценки уровня контроля всем участникам исследования проводилось мониторинг клинико-функциональных показателей (выраженность симптомов астмы, потребность в бронхолитической терапии, пиковая скорость выдоха (ПСВ)) в течение 4 нед.

Было проведено интервьюирование пациентов, участвовавших в исследовании. Вопросы касались особенностей течения заболевания, социального статуса и образовательного уровня респондентов, потребности в отдельных видах медицинской помощи,

Критерии контроля над симптомами БА

Критерии контроля по E.Bateman	I уровень контроля "золотой стандарт"	II уровень контроля "хорошо контролируемая астма"	III уровень контроля**
Дневные симптомы*	0	0–1	> 1 не более 3 раз в нед.
Ночные симптомы*	0	0	> 0 не более 3 раз в мес.
Потребность в бронхолитиках, доз/сут.	0	≤ 1	не более 1 ингалятора в мес. (200 доз)
Обострения	0	0	отсутствие среднетяжелых и тяжелых
Суточная лабильность бронхов, %	< 20 %	< 20 %	< 20 %
Среднесуточные значения ПСВ, %	> 85 %	≥ 80 %	≥ 80 %
Побочные эффекты	нет	нет	нет

Примечание: * — среднемесячная оценка по шкале симптомов; ** — дополнительные критерии III уровня контроля: не более 4 последовательных дней с симптомами в мес. (ПСВ < 80 %, суточная лабильность > 20 %).

объема проводимой по поводу астмы терапии в течение последнего года и т. д.

В зависимости от наличия базисной терапии участники исследования были разделены на 2 группы: группа А (пациенты, получающие базисную терапию БА любого объема и качества, $n = 229$, средний возраст — $50,0 \pm 3,6$ лет) и группа Б (больные БА, не использующие препаратов базисной терапии, $n = 165$, средний возраст — $42,5 \pm 6,1$ года). Далее внутри каждой группы участники исследования распределены на 4 подгруппы по уровню контроля над симптомами БА: I уровень — "золотой стандарт", II — "хорошо контролируемая астма", III — удовлетворительный контроль и IV уровень — неконтролируемая БА.

Группу сравнения составили 18 пациентов с контролируемой БА среднетяжелого течения (средний возраст — $47,9 \pm 1,9$ лет), получавшие в течение 12 мес. адекватную базисную терапию препаратом Серетид мультидиск (250/50 дважды в сутки) и находившиеся на диспансерном наблюдении у пульмонолога или аллерголога ($15,5 \pm 0,3$ посещения в год). На фоне проводимой терапии течение заболевания соответствовало I–III уровням контроля у

16 представителей данной группы (88,9 %), у 2 пациентов контроля над симптомами болезни достичь не удалось.

Все участники исследования получали симптоматическую и базисную терапию БА согласно назначениям врача с учетом материальных возможностей и предпочтений пациента. Побочные эффекты лекарственных средств, применявшихся для лечения БА, оценивались ретроспективно за последние 12 мес.

Прямые расходы, связанные с лечением БА, рассчитывались за последние 12 мес. следующим образом:

- стоимость амбулаторного наблюдения — (тариф обязательного медицинского страхования (ОМС) + доплата из бюджета) × число посещений;
- стоимость услуг скорой медицинской помощи (СМП) — (финансовый норматив + доплата бюджета) × число вызовов;
- расходы на содержание пациента в лечебном учреждении — (тариф ОМС + доплата бюджета) × количество койко-дней;
- стоимость лекарственных препаратов для базисного и симптоматического лечения БА (препараты, назначенные по поводу сопутствующей патологии, не учитывались).

Таблица 2

Распределение участников исследования в зависимости от степени контроля над симптомами БА

Группы больных	Уровень I		Уровень II		Уровень III		Уровень IV	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Группа А, $n = 229$ (58,1 %)	15	6,6	7	3,1	9	3,9	198	86,4
Группа Б, $n = 165$ (41,9 %)	6	3,6	6	3,6	12	7,2	141	85,6
Всего, $n = 394$ (100 %)	21	5,3	13	3,3	21	5,3	339	86,1

Стоимость указанных медицинских услуг рассчитывалась в соответствии с величиной тарифа ОМС и доплаты из бюджета, утвержденных на территории Томской обл. в 2000 г.

Стоимость медикаментов вычислялась в ценах, зарегистрированных в IV квартале 2000 г. Коэффициент дефляции цен по отношению к 2003 г. составил 1,35.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ "Statistica for Windows 5.0". Данные представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, m — ошибка среднего.

Результаты и обсуждение

Характеристика пациентов по уровню контроля над симптомами болезни

Распределение пациентов группы А и группы Б в зависимости от степени контроля над симптомами БА представлено в табл. 2.

Так, "золотой стандарт" контроля над симптомами БА продемонстрировали только 5,3 % участников исследования, среди которых 15 представителей группы А (6,6 %) и 6 пациентов группы Б (3,6 %). Критериям "хорошо контролируемая астма" соответствовало течение заболевания всего у 13 человек (3,3 % от общего числа участников исследования). Обращает на себя внимание практически одинаковое число пациентов с "хорошо контролируемой астмой" в группах А и Б (7 и 6 больных БА соответственно). У 86,1 % пациентов, участвовавших в исследовании, течение заболевания характеризовалось как неконтролируемое. В их числе зарегистрировано 198 больных, получавших базисную терапию (86,4 % представителей группы А), и 141 человек, использовавших только симптоматическую терапию БА (85,6 % пациентов группы Б). Удельный вес пациентов, продемонстрировавших I и II уровень контроля над симптомами БА, не превышал 9 % изучаемой выборки.

Таким образом, на основании анализа степени контроля над симптомами БА у пациентов, принимавших участие в исследовании, можно сделать следующие выводы:

1. У подавляющего числа пациентов течение астмы имело неконтролируемый характер.
2. Несистемная базисная терапия не вносит существенного вклада в контроль над заболеванием (группа А).

Полученные данные в целом соответствуют результатам современных эпидемиологических исследований, согласно которым, приблизительно у 70 % пациентов течение заболевания характеризуется как неконтролируемое, несмотря на внедрение новых технологий лечения БА [8, 9].

Ретроспективный анализ факторов, достоверно влияющих на эффективный контроль, показал, что "золотого стандарта" контроля над БА в Томской обл. чаще достигают пациенты женского пола, в возрасте 40–50 лет, с легким или среднетяжелым тече-

нием заболевания, стажем болезни около 2 лет, прошедшие обучение в астма-школе и получающие адекватную базисную терапию.

К медико-социальным факторам риска неконтролируемого течения БА, как показали результаты анкетирования в рамках данного исследования, относятся: стаж заболевания более 7 лет, возраст старше 50 лет, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, отсутствие обучения в астма-школе, занятость пациентов на производстве, неадекватные степени тяжести дозы препаратов базисной терапии.

Оценка адекватности базисной терапии

Следующий этап настоящего исследования заключался в оценке базисной терапии с позиций адекватности доз глюкокортикостероидов у пациентов с неконтролируемым течением заболевания. С этой целью была проанализирована базисная терапия на протяжении 12 мес. у 198 пациентов с неконтролируемой БА из группы А (табл. 3).

Дозы флутиказона пропионата (Фликсотид), получаемые пациентами с неконтролируемым течением БА ($338,8 \pm 78,8$ мкг/сут.), были практически в 2 раза ниже рекомендуемых (более 500 мкг/сут.) [10]. Вероятно, объяснить это можно отсутствием в течение ряда последних лет данного препарата в списке льготного отпуска лекарственных средств, утвержденном на территории Томской обл. В связи с этим пациенты были вынуждены приобретать указанный препарат за счет личных средств. С учетом относительно высокой стоимости Фликсотида, желание больного БА "экономить" на данном препарате выглядит вполне естественно.

Для бекламетазона дипропионата имела место зависимость объема базисной терапии от торгового названия препарата, т. е. от величины разовой дозы. Так, для Бекодисков (разовая доза — 200 мкг) средне-

Таблица 3

Объемы ежедневной базисной терапии, получаемой пациентами с неконтролируемым течением БА

Препараты	Среднесуточные дозы у пациентов с неконтролируемой БА, $n = 198$	Среднесуточные дозы, рекомендованные GINA 2002, для пациентов с неконтролируемым течением БА
Фликсотид, мкг/сут.	$338,8 \pm 78,8$	> 500
Бекодиски, мкг/сут.	$744,0 \pm 68,0$	> 1 000
Бекотид, мкг/сут.	$298,0 \pm 49,0$	> 1 000
Бенакорт, мкг/сут.	$1 016,0 \pm 68,0$	> 800
Преднизолон, мг	$14,1 \pm 0,8$	—
Полькортолон, мг	$9,8 \pm 0,84$	—

Объем прямых расходов на одного больного с контролируемым течением БА

Виды помощи		I уровень контроля, р. / г.	II уровень контроля, р. / г.	III уровень контроля, р. / г.
1. Обращения в поликлинику	Группа А, n = 31	20,3 ± 7,9	51,4 ± 23,2*	36,4 ± 11,0*
	Группа Б, n = 24	32,0 ± 13,2	3,4 ± 1,5	17,3 ± 3,5
	Группа сравнения, n = 16	385,6 ± 16,2		
2. Базисная терапия (средства пациентов)	Группа А, n = 31	1 086,0 ± 267,8	829,1 ± 257,0	1 697,7 ± 421,9
	Группа Б, n = 24	0	0	0
	Группа сравнения, n = 16		12 345,4 ± 104,2	
3. Симптоматическая терапия (средства пациентов)	Группа А, n = 31	583,8 ± 337,9*	346,8 ± 68,4	606,7 ± 143,2*
	Группа Б, n = 24	49,0 ± 35,4	219,0 ± 94,3	318,8 ± 81,5
	Группа сравнения, n = 16		391,3 ± 19,1	
Итого	Группа А, n = 31	1 690,0 ± 231,4*	1 227,3 ± 97,6*	2 340,8 ± 179,4*
	Группа Б, n = 24	81,0 ± 16,4	222,4 ± 34,8	336,1 ± 44,9
	Группа сравнения, n = 16		13 393,2 ± 34,8	

Примечание: р. / г. — здесь и табл. 5 — рублей в год; * — $p < 0,05$ для пациентов группы А по сравнению с пациентами группы Б на каждом уровне контроля.

суточная доза составила $744,0 \pm 68,0$ мкг, что незначительно ниже рекомендуемой (более 1 000 мкг/сут.). В случае использования Бекотида (разовая доза — 50 мкг) среднесуточные дозы бекламетазона дипропионата — $298,0 \pm 49,0$ мкг были недопустимо низкими. Единственным ингаляционным кортикостероидом (ИКС), среднесуточные дозы которого ($1 016,0 \pm 68,0$ мкг) превышали рекомендуемые (более 800 мкг), являлся будесонид (Бенакорт). Данный факт характеризует предпочтения специалистов, наблюдающих участников исследования. Пациенты, получающие преднизолон, полькортолон, в среднем незначительно превысили дозы системных кортикостероидов, рекомендованные для поддерживающей терапии.

Таким образом, реальная картина качества базисной терапии у больных БА, проживающих на территории Томской обл., малоутешительна. Следует признать, что у подавляющего большинства пациентов ее следует оценить как неадекватную, следствием чего являются неудовлетворительные результаты лечения, сравнимые с таковыми у пациентов, не получавшими базисной терапии вообще. Назначение препарата Бекотид неприемлемо у пациентов с неконтролируемой БА по причине низкой разовой дозы, в результате чего режим дозирования носит иррациональный характер.

Оценка прямых расходов на лечение больных БА

Прямые расходы на больного БА проанализированы в зависимости от уровня контроля над симптомами БА, так как структура расходов была различной для контролируемой и неконтролируемой форм заболевания (табл. 4 и 5). Так, при I–III уровнях контроля практически отсутствовали госпитализации и вызовы бригад СМП в течение года, тогда как у

пациентов с неконтролируемой БА востребованными оказались все доступные виды медицинской помощи.

Расходы на лечение пациентов группы А, достигших "золотого стандарта" контроля над симптомами БА, составили 1 690,0 р. в год, включая базисную терапию на сумму 1 085,9 р. С уменьшением степени контроля у пациентов группы А сумма расходов возрастает до 2 340,8 р. в год, прежде всего за счет затрат на базисные средства — 1 697,7 р. в год. Доля расходов на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь для больных с контролируемой БА незначительна: при I уровне контроля — 1,2 %, при III уровне — 1,6 % от общих затрат.

У пациентов группы Б с контролируемым течением заболевания прямые расходы на лечение БА были относительно низкими (за счет отсутствия затрат на базисную терапию) и составили от 81,01 до 336,1 р. в год в зависимости от уровня контроля. Доля расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь у этой категории больных выше, чем у пациентов группы А — 39,5 % от общей суммы затрат при I уровне контроля и 5,2 % при III уровне.

Статистически значимые отличия по объему расходов на амбулаторно-поликлиническое обслуживание зарегистрированы между пациентами группы А и Б, достигшими II и III уровней контроля над симптомами БА.

У пациентов группы А, продемонстрировавших I и III уровни контроля, расходы на симптоматическую терапию были достоверно выше таковых у пациентов группы Б. Трактовать данный факт достаточно сложно, поскольку у пациентов с одинаковым уровнем контроля подразумевается сходная потребность в бронхолитической терапии. Однако следует учитывать, что участники исследования, получавшие базисную терапию, более ответственно относились к

Объемы прямых расходов на одного больного с неконтролируемой БА

Виды медицинской помощи	Группа А, n = 198		Группа Б, n = 141	
	р. / г.	%	р. / г.	%
<i>1. Расходы госпитального сектора и амбулаторной помощи (государственный бюджет)</i>				
1.1. Обращение в поликлинику	165,3 ± 16,0	1,3	121,7 ± 16,6	1,3
1.2. Вызовы СМП	2 163,8 ± 429,4	16,5	1 720,1 ± 385,8	18,4
1.3. Госпитализация в связи с обострением БА	6 336,3 ± 472,0	47,9	5 057,8 ± 512,0	54,0
1.4. Плановая госпитализация	1 137,1 ± 178,8	9,0	1 140,8 ± 203,8	12,2
Всего	9 802,5 ± 372,6	74,7	8 040,4 ± 399,2	85,9
<i>2. Личные расходы граждан на лекарственные средства и изделия медицинского назначения</i>				
2.1. Круглогодичная базисная терапия	2 094,4 ± 188,5	15,9	0	0
2.2. Круглогодичная симптоматическая терапия	1 231,7 ± 64,5	9,4	1 319,1 ± 229,8	14,1
Всего	3 326,1 ± 116,2	25,3	1 319,1 ± 229,2	14,1
Итого	13 128,60 ± 359,6*	100	9 359,30 ± 279,6	100

Примечание: * — $p < 0,05$ для пациентов группы А по сравнению с пациентами группы Б по видам медицинской помощи.

своему заболеванию, следствием чего являлось приобретение в большем объеме и лучшего качества средств для лечения БА в целом.

Достоверно более высокие прямые расходы у пациентов с контролируемым течением БА, получающих базисную терапию (группа А), по сравнению с представителями группы Б являются закономерными и характерными для всех уровней контроля.

У пациентов группы сравнения, продемонстрировавших контроль над симптомами БА (табл. 4), в структуре прямых расходов лидировали затраты на базисную терапию (94,2 %). У этой категории пациентов в течение года вообще отсутствовали расходы на экстренную и плановую госпитализацию, вызовы скорой медицинской помощи. Обращает на себя внимание низкий удельный вес расходов на симптоматическую терапию — 2,9 % от общей структуры затрат. Высокий уровень затрат на базисную терапию оправдывался значительным снижением потребности в неотложных и стационарных видах медицинской помощи.

Принципиально иная ситуация в отношении структуры прямых расходов отмечалась у пациентов с неконтролируемым течением заболевания (табл. 5). Помимо расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь и лекарственное обеспечение в данном случае присоединялись затраты на неотложные и стационарные виды медицинской помощи.

Ведение больных с неконтролируемым течением БА в большей степени осуществлялось за счет средств государства (группа А — 74,7 %; группа Б — 85,9 %). В структуре прямых расходов у пациен-

тов, получавших базисную терапию (группа А), лидировали затраты, связанные с экстренной госпитализацией пациентов — 47,9 %, далее в порядке убывания следовали расходы на вызовы скорой медицинской помощи — 16,5 %, базисную терапию — 15,9 %, симптоматическую терапию — 9,4 %, плановые госпитализации — 9,0 % и амбулаторно-поликлиническое обслуживание — 1,3 %. Аналогичным образом, за исключением расходов на базисную терапию, выглядела структура прямых затрат у представителей группы Б, имевших неконтролируемое течение заболевания. Так, расходы на экстренную госпитализацию у этой категории больных составили 54,0 %, вызовы скорой медицинской помощи — 18,4 %, симптоматическую терапию — 14,1 %, плановые госпитализации — 12,2 % и амбулаторно-поликлиническое обслуживание — 1,3 %.

Общие прямые затраты у пациентов группы А с неконтролируемым течением заболевания были достоверно выше таковых у пациентов группы Б за счет средств на базисную терапию астмы (табл. 5). Полученные данные свидетельствуют, что в случае отсутствия контроля над симптомами БА расходы на базисную терапию (здесь неадекватную) являются абсолютно необоснованными. Другими словами, в конечном итоге неправильное лечение обходится дороже, чем его отсутствие.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов с неконтролируемым течением заболевания, вне зависимости от наличия базисной терапии, преобладали расходы на дорогостоящие виды медицинской помощи (экстренная гос-

питализация, неотложная помощь), осуществляемые за счет средств государственного бюджета.

Неэффективная организация медицинской помощи больным БА помимо экономической имеет и социальную составляющую (утрата трудоспособности, социальной активности, рост инвалидности), что в конечном итоге приводит к снижению качества жизни пациентов.

Следует отметить, что в среднем общие прямые расходы на пациентов группы сравнения значительно выше таковых у пациентов групп А и Б, продемонстрировавших контроль над симптомами БА. Однако в данном случае необходимо учитывать эффективность различных схем терапии БА с позиции достижения контроля болезни (табл. 6). Так, при регулярном контроле специалиста (пульмонолога или аллерголога) и использовании высокоэффективных базисных препаратов (группа сравнения) возможно достижение контроля над симптомами БА среднетяжелого течения в 88,9 % случаев. При отсутствии регулярного наблюдения врача за лечением контроля над симптомами БА I–III уровней удалось достичь только у 13,6 % пациентов группы А и 14,4 % представителей группы Б.

Таким образом, с точки зрения эффективности достижения контроля над симптомами БА, предпочтительнее следует отдать схеме ведения, подразумевающей назначение адекватной базисной терапии и регулярное наблюдение специалистов (группа сравнения). Затраты на лечение этой категории больных находятся преимущественно в секторе личных расходов граждан на средства базисной терапии, в отличие от других схем терапии, где основная финансовая нагрузка приходится на государство. Такое распределение экономического груза астмы характерно для социально неориентированных регионов, в которых не предусмотрено достаточных бюджетных дотаций на базисную терапию. Исследование показало, что отсутствие адекватного льготного отпуска лекарств приводит к попытке "экономии" затрат на медикаменты со стороны больных путем неоправданного занижения предписанных доз, и это вносит значительный вклад в неконтролируемое течение бронхиальной астмы. С этой точки зрения, роль государства в преодолении разрыва между возможностями достижения контроля с помощью качественных клинических рекомендаций и реальными популяционными показателями, характеризующими заболевание, не менее ответственна, чем роль врача.

Выводы

1. Результаты проведенного в Томской обл. фармакоэпидемиологического исследования продемонстрировали, что у подавляющего большинства пациентов (86,1 %) зарегистрировано неконтролируемое течение БА, независимо от наличия базисной терапии заболевания.

Таблица 6

Эффективность различных схем лечения БА

Группы пациентов	% достижения эффективного контроля при различных схемах лечения	
	Эффективный контроль (I–III уровни контроля)	Отсутствие контроля (IV уровень)
Группа А, n = 229	13,6	86,4
Группа Б, n = 165	14,4	85,6
Группа сравнения, n = 18	88,9	11,1

2. Структура прямых медицинских расходов на лечение БА значительно различалась у пациентов с неконтролируемой и контролируемой формами заболевания. У больных контролируемой БА преобладали личные расходы на базисную терапию БА; у пациентов с неконтролируемой БА — государственные затраты на дорогостоящие виды медицинской помощи (экстренная госпитализация, вызовы скорой медицинской помощи).
3. Наиболее эффективной, с точки зрения достижения контроля над симптомами БА, является схема ведения, включающая в себя назначение адекватной базисной терапии и регулярное наблюдение специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельцер Б.И. (ред.). Фармакоэкономические исследования в здравоохранении. Владивосток: Дальнаука; 2002.
2. Drummond M.O., Brein B., Stoddart G. Methods for the economic evaluation of Healthcare Programmes. Oxford: University Press; 1997.
3. Ермаков В.С. Фармакоэкономическая эффективность применения отечественных противоастматических препаратов при лечении больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1997.
4. Медников Б.Л. Экономические аспекты в пульмонологии. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.). Хронические обструктивные болезни легких. М.: Бином; 1998. 501–510.
5. Weiss K.B., Sullivan S.D. The health economics of asthma and rhinitis. Assessing the economic impact. J. Allergy Clin. Immunol. 2001; 107: 3–8.
6. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2002 // www.ginasthma.com
7. Bateman E.D., Bousquet J., Braunstein G.L. Is overall asthma control being achieved? A hypothesis-generating study. Eur. Respir. J. 2001; 17: 589–595.
8. Asthma insights and reality in Eastern Europe — AIRCEE. www.asthmaeurope.co.uk
9. Gaining Optimal Asthma Control (GOAL). web site: www.asthmaGOAL.com
10. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention: NHLBI/WHO workshop report. № 95-3659. National Institutes of Health. 1995. 1–176.

Поступила 29.10.03