

*А.А.Пунин, В.И.Старовойтов, С.В.Ковалева, М.А.Голубков, А.И.Борохов,
О.А.Козырев*

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ АНТИАСТМАТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В г.СМОЛЕНСКЕ

Управление здравоохранения Администрации г. Смоленска; Кафедра госпитальной терапии
Смоленской государственной медицинской академии; Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи

THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF ANTI-ASTHMATIC PROGRAMME IN SMOLENSK

A.A.Punin, V.I.Starovoitov, S.V.Kovaleva, M.A.Golubkov, A.I.Borokhov, O.A.Kozyrev

Summary

The efficacy of the programme implemented in 1995 in Smolensk for preventing bronchial asthma, patients' rehabilitation and provision with drugs was estimated. This programme was based on the number of patients admitted to the city hospitals with asthma exacerbation, on the quantity of asthmatic states and on the direct expense of city budget for asthmatic patients' treatment in the city hospitals and polyclinics. The structure of anti-asthmatic therapy in 1992—1997 was also analyzed.

The implementation of the anti-asthmatic programme based on the modern treatment tactics has led to the diffusion of anti-inflammatory therapy due to the prevalent use of inhaled glucocorticoids and selective β_2 -agonists. This process was accompanied to reduction of asthmatic exacerbation number and to conversion of the disease to milder forms with long remission periods. At the same time the number of hospitalizations has diminished in 2 times and the number of patients admitted to the hospitals with asthmatic state — in 6 times. The cost-effectiveness of the reduction of hospitalization number by 485 cases per year was more than 103000 USD.

Резюме

Проведен анализ эффективности внедренной в 1995 году в г. Смоленске целевой программы по профилактике, лекарственному обеспечению и реабилитации больных бронхиальной астмой на основе оценки количества госпитализированных больных с обострением астмы в стационары города, числа астматических статусов и прямых затрат городского бюджета на лечение больных в условиях стационара и поликлиники; также проанализирована структура антиастматической терапии с 1992 по 1997 годы.

Внедрение антиастматической программы, основанной на современной лечебной тактике, привело к расширению противовоспалительной терапии за счет преимущественного использования ингаляционных глюкокортикоидов и селективных бета-2-агонистов, что сопровождалось уменьшением числа обострений бронхиальной астмы, переходом заболевания в более легкие формы течения с длительными периодами ремиссии. При этом в 2 раза сократилось число госпитализаций и в 6 раз — поступление больных в стационар в состоянии астматического статуса. Экономический эффект от сокращения числа госпитализаций на 485 случаев за год составил более 103 тыс. долларов США.

Утвердившееся в начале 90-х годов представление о бронхиальной астме (БА) как хроническом воспалении дыхательных путей потребовало пересмотра лечебной тактики и выдвижения в качестве базисной не бронхолитической, а противовоспалительной терапии [1,3]. Однако недостаточная информированность врачей и больных БА, инертность мышления, нежелание изменять устоявшиеся взгляды препятствуют внедрению современных методов лечения. Ситуация может измениться только в том случае, если, с одной стороны, сам врач поверит в эффективность и безопасность проводимой терапии, приобретет опыт работы с современными противовоспалительными средствами, убе-

дится в улучшении качества жизни своих пациентов, а с другой — пациент будет иметь финансовую обеспеченность осуществления соответствующей терапии.

Это возможно при тесной связи и взаимопонимании научных коллективов, занятых проблемой БА, управлений здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений, благодаря чему практический врач получит необходимые знания и будет обеспечен средствами современной диагностики и лечения БА, а больной — современными противоастматическими препаратами. Наиболее перспективное направление для такого взаимодействия — это разработка и внедрение местных целевых антиастматических программ.

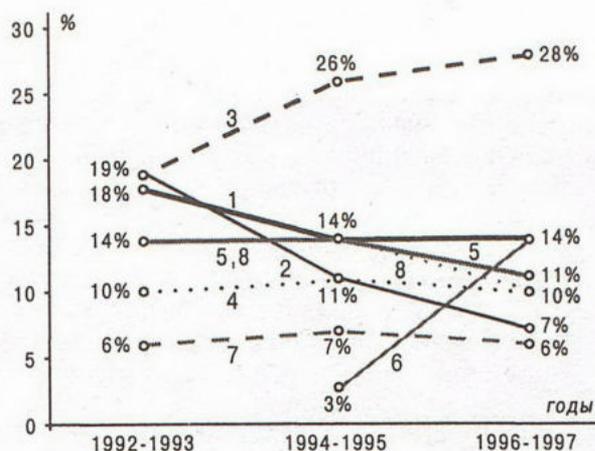


Рис. 1. Антиастматическая терапия, назначаемая в поликлиниках г. Смоленска в 1992—1997 гг.

Здесь и на рис. 2: 1 — эуфиллин, 2 — теофедрин, 3 — β₂-агонисты, 4 — интал, 5 — СГК, 6 — ИГК, 7 — антибиотики, 8 — прочие.

В г. Смоленске целевая программа по профилактике, лекарственному обеспечению и реабилитации больных БА была разработана Управлением здравоохранения администрации города совместно с кафедрой госпитальной терапии медицинской академии при поддержке фармацевтической компании *GlaxoWellcome* и внедрена в 1995 году.

Учитывая, что антиастматическая терапия может быть не только эффективной, но и небезопасной [2], антиастматическая программа предусматривала три основных направления:

- 1) образовательные программы для врачей поликлиник и стационаров;
- 2) образовательные программы для пациентов;
- 3) льготное лекарственное обеспечение больных БА антиастматическими препаратами.

В настоящее время (сентябрь 1998 г.) уже можно проанализировать ее первые результаты, объективно оценить как положительные моменты, так и недостатки.

Эффективность антиастматической программы оценена по количеству госпитализированных больных с обострением БА в стационары города, числу астматических статусов и прямым затратам городского бюджета на лечение больных в условиях стационара и поликлиники. Для оценки структуры антиастматической терапии и ее динамики в ходе проведения образовательных программ анализировались 150 амбулаторных карт и 50 историй болезни с 1992 года (год международного консенсуса по диагностике и лечению БА) по 1997 год.

Спектр назначаемых в 1992 году антиастматических препаратов на поликлиническом этапе представлен на рис. 1. Из него следует, что доля противовоспалительных препаратов в лечении больных БА составляла 24% и была представлена инталом и системными глюкокортикоидами (СГК) — преднизолоном и полькортолоном. Тогда как бронходилататоры составляли 56% от всех назначаемых препаратов, причем каждый третий пациент получал теофедрин. Из группы β₂-агонистов в 60% случаев назначались частично селективные (бе-

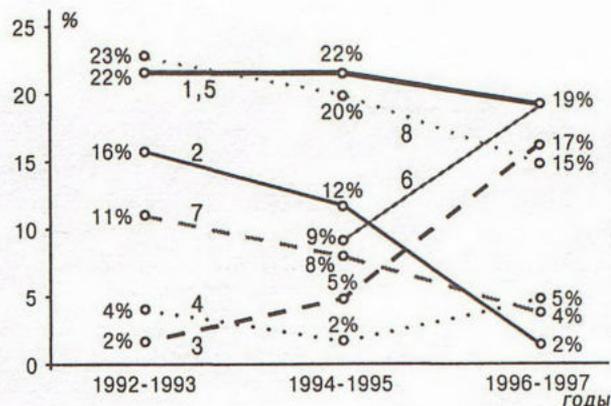


Рис. 2. Антиастматическая терапия в пульмонологическом отделении клинической больницы скорой медицинской помощи (КБ СМП) г. Смоленска в 1992—1997 гг.

ротек, астмопент), а в 40% — селективные препараты (сальбутамол, как правило, представленный вентолином). Ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) в лечении больных БА в тот год не использовались.

Аналогично в те годы обстояла ситуация со стационарным лечением больных БА в больнице скорой медицинской помощи (рис. 2). Причем, в отличие от поликлинического этапа, более часто использовались СГК и антибиотики, а β₂-агонисты практически не применялись, так как большинство больных поступали с явлениями передозировки беротека или астмопента.

Реальные изменения в структуре антиастматической терапии в г. Смоленске начали происходить с 1995 г. после внедрения антиастматической программы (см. рис. 1 и 2).

Благодаря финансовому обеспечению для приобретения пациентами противовоспалительных, прежде всего ингаляционных, препаратов, проведению образовательных программ для врачей, фармакотерапия БА претерпела существенные изменения. Как видно на рис. 1 отмечено расширение доли противовоспалительной терапии за счет преимущественного использования ИГК (бекотид, бекодиск), благодаря чему удалось снизить применение СГК. В качестве бронходилататоров шире стали применяться β₂-агонисты, причем в 63% случаев предпочтение отдается препаратам с высокой селективностью — сальбутамолу (вентолину, вентодиску).

Изменилась антиастматическая терапия и в стационарах города (см. рис. 2). Доля противовоспалительной терапии возросла до 43% за счет внедрения ИГК, шире стали использоваться β₂-агонисты (в 97% случаев — селективные). Резко сократилось использование теофедрина, однако полностью отказаться от него не удалось в связи со сложившейся у 2% больных психической зависимостью от препарата (явлений теофедринизма).

Изменения в структуре антиастматической терапии сопровождались положительной динамикой в состоянии пациентов, уменьшением числа обострений, переходом БА в более легкие формы течения с длительными периодами ремиссии. В частности, перевод пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами БА на посто-

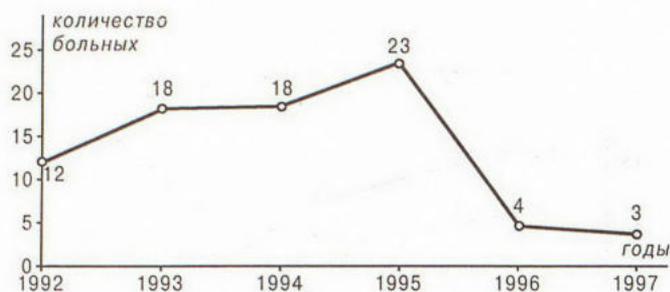


Рис.3. Госпитализация больных астмой в состоянии астматического статуса (по данным пульмонологического отделения КБ СМП г.Смоленска).

янный прием ИГК привел к стабилизации их состояния и сокращению в 2 раза числа госпитализаций в стационар. При этом в 6 раз сократилось поступление больных в стационар в состоянии астматического статуса (рис.3).

Все больные, поступавшие в стационар в астматическом статусе в течение 1995 года, были переведены на постоянный прием противовоспалительных средств (16 человек на различные дозы ИГК, 7 — на преднизолон в сочетании с ИГК) и в дальнейшем имели возможность продолжить это лечение в амбулаторных условиях благодаря действующей системе бесплатного отпуска препаратов и в последующие 2 года в стационар не поступали. Из 4 больных, поступивших в стационар в астматическом статусе в 1996 году, 2 больных ранее самостоятельно прекратили поддерживающую противорецидивную терапию, а 2 больных с впервые выявленной БА ранее лечились преимущественно теофиллинами, антибиотиками, β_2 -агонистами.

Вместе с тем анализ историй болезни и амбулаторных карт 1997 года позволяет отметить ряд недостатков. Нередко наблюдается несоответствие между интенсивностью противовоспалительной терапии и тяжестью состояния пациента (назначение интала при среднетяжелой форме БА, ИГК в низких дозах или коротким курсом при тяжелом течении болезни). Как правило, отсутствуют рекомендации по использованию схем гибкого дозирования, и, соответственно, доза назначенного противовоспалительного препарата не соотносится с клиническим эффектом от проводимой терапии, кратностью применения β_2 -агонистов и необходимостью увеличения или снижения их дозы. У многих больных довольно часто встречается передозировка β_2 -агонистов.

Кроме того, необходимо отметить сохранение в сознании как врачей, так и пациентов стероидофобии (боязнь стероидных гормонов), обусловленной непониманием различий между системными и ингаляционными стероидами вследствие заблуждения или необразованности, что препятствует проведению эффективной антиастматической терапии.

Важно отметить и экономические аспекты внедрения программы. Как известно, основные финансовые средства (прямые расходы) отвлекаются на обеспечение стационарного лечения больных. Так, в 1997 году прямые экономические потери Смоленской области, связанные со стационарным лечением больных БА,

составили 576049 долларов США, естественно, с перерасчетом, в рублевом эквиваленте (2697 госпитализированных больных 43312 койко/дня, 13,3 доллара за койко/день). Львиная доля затрат при госпитализации идет на гостиничные, коммунальные услуги, а доля предусмотренных расходов на медикаменты у терапевтических больных не превышает обычно 3 доллара в сутки. Общеизвестно, что амбулаторная терапия экономически менее затратна, чем стационарная. Наш опыт работы с больными БА показал, что в г.Смоленске лечение одного госпитализированного больного обходится в 213 долларов США, тогда как амбулаторное лечение большинства больных базисными антиастматическими средствами колеблется от 54 до 116 долларов в год. Учитывая, что 80% зарегистрированных больных БА имеют среднетяжелую и тяжелую формы заболевания, лечение складывается в большинстве случаев из затрат на беклометазона дипропионат (бекотид, бекодиск) в средней дозе от 200 до 400 мкг/сутки (данные кафедры клинической фармакологии Смоленской медакадемии) и бета-2-агонисты при приступах удушья. Такое лечение не только высокоэффективно, но и является посильным как для бюджета, так и для большинства пациентов. Пациенты со среднетяжелой и тяжелой формами БА, не получавшие противовоспалительную терапию, согласно данным амбулаторных карт, используют за месяц от 2 до 4 и более баллончиков бета-2-агонистов. Это сопровождается не только низким качеством жизни и побочными эффектами от препарата, но и высокими экономическими затратами на амбулаторном этапе и более частыми госпитализациями. У 11% больных потребовались более высокие дозы беклометазона дипропионата (600—800 мкг). В связи с существенным возрастанием затрат у этой категории больных мы рекомендуем при финансовых ограничениях использовать средние дозы ИГК с малыми дозами СГК.

В совокупности расходы на одного больного БА колеблются от 54 до 1500 долларов США в год в зависимости от степени тяжести заболевания, кратности госпитализаций в стационар, используемых лекарственных препаратов и их доз. Однако в среднем суммарные затраты на одного больного составили около 400 долларов США и складываются из стоимости госпитализации и амбулаторного лечения. Причем уменьшение затрат бюджета на лечение путем введения

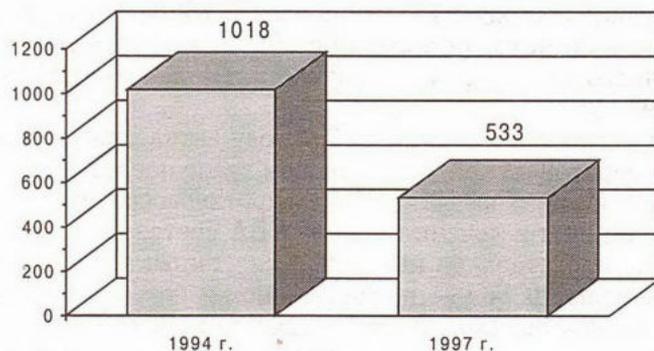


Рис.4. Госпитализация больных бронхиальной астмой в г.Смоленске в 1994 и 1997 гг.

ограничений или запретов на выписку бесплатных рецептов или назначения более дешевых и, как правило, менее эффективных лекарственных средств практически невозможно, так как в таком случае автоматически возрастают затраты на стационарное лечение при обострениях БА.

Таким образом, на примере среднего российского города видно, что внедрение современной антиастматической терапии в соответствии с международно принятыми рекомендациями позволяет уже в течение первых лет реализации программы получить многосторонний эффект, а именно медицинский, социальный и экономический. В ходе реализации антиастматической программы удалось достичь у больных длительной ремиссии, уменьшить количество обострений, и соответственно число госпитализаций снизилось в 2 раза. При этом многие госпитализации в настоящее время обусловлены не тяжестью состояния пациента, а желанием обследоваться в стационаре для переосвидетельствования на получение группы нетрудоспособности. Сокращение числа госпитализаций на 485 случаев дало возможность городскому бюджету высвободить существенные финансовые средства (рис.4).

Опыт реализации антиастматической программы в г. Смоленске показал, что переход на современные схемы лечения больных способствует не только существенному улучшению контроля над течением БА, но и уменьшению экономического бремени как пациентов, так и регионального бюджета.

Экономический эффект от несостоявшихся 485 госпитализаций (в среднем 16 дней стоимостью каждая по 13,3 долларов США) оказался равным 103 208 долларам США.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и ВОЗ // Пульмонология.— 1996.— Приложение.— С.1—165.
2. Цой А.Н. Эффективность и небезопасность применения антиастматических лекарственных средств // Тер. архив.— 1998.— № 3.— С.81—84.
3. International consensus report on diagnostic and management of asthma. Publication № 92-3091. Bethesda, Maryland 20892, USA. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute of Health, 1992.

Поступила 03.11.98.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1999

УДК 616.248-085.234

А.Н.Цой, М.С.Гафуров

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПУЛЬМИКОРТ ТУРБУХАЛЕР 1000 мкг/сутки У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШИХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

EFFICIENCY AND SAFETY OF PULMICORT-TURBUHALER TREATMENT IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA EXACERBATIONS WHO DID NOT USE TO RECEIVE ANY INHALED GLUCOCORTICOSTEROIDS

A.N.Tsoy, M.S.Gafurov

Summary

Eighteen non-smoking patients (13 females and 5 males) with severe non-atopic bronchial asthma exacerbation, who had not been treated with any glucocorticosteroids before now, received Pulmicort-turbuhaler during 4 weeks in the dose 1000 mcg daily. Besides of a dynamic evaluation of the clinical signs score and daily need for β_2 -agonists, a bronchial response to β_2 -agonists in lung functional test was also checked before the treatment and after the 1-st, the 2-nd, the 4-th week of the treatment. Local and systemic adverse events were controlled by an inspection of an oral cavity, a dynamic investigation of 11-oxycorticosteroids, insulin, glucose and electrolytes levels and blood biochemical parameters.

Four-week treatment course was effective in 89% of patients that was demonstrated by the clinical signs regression and improvement in lung function parameters up to the level appropriate to a mild bronchial obstruction. The FEV₁ increase by more than 25% at the salbutamol test after the 1-st, the 2-nd, the 4-th week of the treatment appears to be the evidence of a bronchial hyperreactivity. A local irritation of mucous membrane was found in 2 patients from 18. Any systemic effects were not revealed.

Thus, the obtained data confirm the fact of a high anti-inflammatory activity of Pulmicort-turbuhaler. The examination of its safety has not found any systemic adverse events. These results according to the high clinical