

Е.С.Пыжова А.Г.Чучалин

ОПЫТ ПЯТИЛЕТНЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РУЗАМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

НИИ пульмонологии МЗ РФ

FIVE-YEAR EXPERIENCE IN THE RUZAM COMPLEX CLINICAL THERAPY FOR PATIENTS WITH THE
BRONCHIAL ASTHMA

E.S.Pyjova, A.G.Chuchalin

Summary

A retrospective study of clinical therapy with the antiallergic medicine RUZAM is described. The medicine is a nonspecific immunity stimulator which is a product of a staphylococcus vital activity. RUZAM is allowed for use in Russia. It is efficient for the bronchial asthma complex therapy of mainly the mild and moderate disease course. The RUZAM treatment has made it possible to reduce the medicine therapy annual volume for the main medicine groups including: by 37.9% for sympathomimatics, by 7.4% for Intal, by 26.4% for short-action theophylline, by 8.4% for prolonged-action theophylline and by 4.2% for inhaled corticosteroids. The money saving is significant for the drug therapy. The cost of annual drug therapy for a patient was 599,400 rubles. This figure is for a group of 95 patients treated with RUZAM. The test group included 40 patients. The cost of their treatment was 1,002,900 rubles what was 1.7 times larger.

Резюме

Представлено ретроспективное изучение клинического применения антиаллергического препарата РУЗАМ — неспецифического стимулятора иммунитета, продукта жизнедеятельности стафилококка. РУЗАМ разрешен к применению в России. РУЗАМ эффективен в комплексной терапии бронхиальной астмы, преимущественно при легкой и средней тяжести течения. Применение препарата РУЗАМ позволило снизить объем лекарственной терапии в течение года по основным группам препаратов: по симпатомиметикам — на 37,9%, по инталу — на 7,4%, по теофиллинам короткого действия — на 26,4%, пролонгированного действия — на 8,4%, по ингаляционным кортикостероидам — на 4,2%. Экономия на стоимости лекарственной терапии значительна. В группе больных, принимавших РУЗАМ (95 человек), стоимость лекарственной терапии в год на 1 больного составила 599,4 тыс. руб. В группе сравнения (40 человек) — 1002,9 тыс. руб., то есть в 1,7 раза больше.

Международное соглашение по диагностике и лечению бронхиальной астмы [1] достаточно убедительно и жестко регламентирует для практических врачей рациональное поэтапное лечение бронхиальной астмы в соответствии с тяжестью ее течения вне зависимости от природы воспалительного процесса на основе современных стероидных противовоспалительных средств, кромогликата натрия и ингаляционных бронходилататоров. Такое стандартизированное лечение признано эффективным во всех странах, однако соглашение предусматривает и дальнейший поиск новых эффективных средств лечения, в частности, обладающих антиаллергическим действием и стимулирующих неспецифическую резистентность организма.

Одним из таких новых препаратов является РУЗАМ, история создания которого начиналась в Казанском медицинском институте и связана с именем проф. Б.Л.Мазура, получившего из мезофильных тер-

мофильные штаммы микроорганизмов менее трудоемким и более быстрым, чем ранее существовавшие, способом [2]. Этот способ лег в основу создания препарата РУЗАМ, обладающего антиаллергическими свойствами. Сотрудники НИИ пульмонологии включились в работу с препаратом РУЗАМ с середины 80-х годов [3].

Препарат РУЗАМ представляет собой продукт жизнедеятельности стафилококка. По экспериментальным данным обладает антиаллергической и противовоспалительной активностью. Под влиянием препарата снижаются общие и местные аллергические реакции, в крови уменьшается содержание IgE. В эксперименте выявлено снижение спазмогенного эффекта гладкой мышцы, подавление реакции пассивной кожной анафилаксии и уменьшение реакции воспаления. РУЗАМ не токсичен, не вызывает аллергизирующего действия и выраженных побочных эффектов, абсолют-

Тяжесть течения бронхиальной астмы до и после применения препарата РУЗАМ и в группе сравнения

Тяжесть течения	До лечения			После лечения			Достоверность различия <i>t</i>	Степень вероятности, % <i>p</i>	Разница между группами по тяжести
	абс.	%	<i>m</i>	абс.	%	<i>m</i>			
Основная группа									
Легкая	59	62,1	4,8	72	75,8	4,4	2,1	>95,5	Существенна
Средняя	27	28,4	4,6	16	16,8	3,8	2,0	=95,5	Существенна
Тяжелая	9	9,5	3,0	7	7,4	2,7	0,5	<95,5	Не существенна
Группа сравнения									
Легкая	24	60,0	7,7	29	72,5	7,1	1,2	<95,5	Не существенна
Средняя	11	27,5	7,1	8	20,0	6,3	0,8	<95,5	Не существенна
Тяжелая	5	12,5	5,2	3	7,5	4,2	0,7	<95,5	Не существенна

ных противопоказаний не имеет и может применяться в случае поливалентной лекарственной аллергии в связи с низким содержанием белка. Препарат РУЗАМ не влияет на функции паренхиматозных органов: сердца, печени, почек.

Стандартизованный препарат прошел доклинические и клинические испытания в полном объеме и рекомендован к применению в широкой медицинской практике [4].

Целью настоящей работы было изучение клинической эффективности препарата РУЗАМ в комплексном лечении больных бронхиальной астмой и определение места и роли РУЗАМА в комплексной терапии на основе пятилетнего опыта применения препарата.

Для проведения сопоставительного исследования были сформированы две группы больных. В основную группу включены больные бронхиальной астмой, которые получали препарат РУЗАМ. Всего 95 человек в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст 42,9 года) с различными сроками заболевания (от года до более 10 лет). 39 больных находились на диспансерном наблюдении в течение 4—5 лет. Контроль осуществляли 2 раза в год: весной (перед периодом цветения) и осенью.

В группу сравнения вошли больные (40 человек), не получавшие РУЗАМ, но также проходившие лечение в условиях этой же лечебной базы в этот же период и соответствующие основной группе по диагнозу, возрасту, длительности и тяжести заболевания. В основной группе длительность заболевания до 5 лет была у 45% больных, от 5 до 10 лет — у 28,4%, более 10 лет — у 26,3% больных. В группе сравнения средний возраст — 45,8 года, длительность заболевания до 5 лет — у 55%, от 5 до 10 — у 17,5%, более 10 лет — у 11% больных.

Оценку тяжести больных проводили в соответствии с принципами Международного соглашения. Длительный период настоящего исследования, совпавший с революционными изменениями в диагностике и лечении бронхиальной астмы, несколько изменил и понимание

тяжести болезни. В начале исследования (1991 г.) к легкой степени тяжести течения бронхиальной астмы вне зависимости от еще подчеркивавшихся тогда этиопатогенетических форм практические врачи относили больных, не применявших в процессе лечения гормональных препаратов. При неизбежности применения гормональных препаратов больных считали среднетяжелыми, причем к тяжелым относили тех, кто имел выраженные осложнения, и применявших высокие дозы кортикостероидов. Часть больных сознательно отказывались от применения глюкокортикостероидов в связи с распространенным мнением (не без оснований, учитывая имевшийся тогда уровень качества препаратов) о вредных последствиях применения гормональных средств и боязнь формирования зависимости от приема последних. Поэтому при ретроспективном распределении больных по тяжести руководствовались положениями Соглашения о том, что достаточно хотя бы одного признака, определяющего тяжесть течения, чтобы отнести больного к той или иной степени тяжести. Такими определяющими признаками в нашем исследовании являлись клиническая картина, используемая лекарственная терапия и в меньшей степени динамические данные о функции внешнего дыхания.

С легким течением болезни в основной группе было 59 (62,1%) больных, средней тяжести — 27 (28,4%) больных, тяжелых — 9 (9,5%). В группе сравнения были представлены больные приблизительно такой же степени тяжести, как и в основной группе: 24 (60%) больных с легким течением, 11 (27,5%) больных средней тяжести и тяжелых — 5 (12,5%).

По характеру воспалительного процесса в основной группе было с преобладанием атопии — 36 (37,9%) человек, с инфекционно-аллергическими проявлениями — 27 (28,4%) человек и со смешанной формой воспаления — 32 (33,7%). В группе сравнения было по 15 (37,5%) человек с атопической и смешанной формами воспаления и 10 (25%) больных с инфекционно-аллергической формой воспалительного процес-

са. Различия по тяжести между количеством больных легкого, среднего и тяжелого течения астмы в основной группе и группе сравнения статистически не были существенны ($p < 95,5\%$), также не были существенны и различия между группами и по форме воспалительного процесса ($p < 95,5\%$).

Препарат РУЗАМ назначался подкожно в дозе 0,1—0,2 мл один раз в неделю, 6 инъекций на курс.

Клиническая эффективность препарата РУЗАМ оценивалась объективно при осмотре врачом и субъективно пациентом еженедельно в течение всего курса, затем при осмотре через три, шесть и двенадцать месяцев.

Распределение больных по тяжести в основной группе до и после применения препарата РУЗАМ и в группе сравнения до и после традиционного лечения представлены в табл.1.

Как видно из табл.1, после лечения препаратом РУЗАМ больных легкой формы стало на 13,7% больше за счет сокращения больных среднего и тяжелого течения бронхиальной астмы. Статистически имеет место достоверность различия изменений по тяжести течения после лечения РУЗАМОМ в группах легкой и средней тяжести.

Однако, как видно из табл.1, после традиционного лечения в группе сравнения больных легкой формы, как и после лечения препаратом РУЗАМ, стало больше на 12,5%. Больше за счет сокращения больных среднего и тяжелого течения бронхиальной астмы, причем почти на ту же самую величину, как и в основной группе. Статистическое сопоставление по тяжести течения бронхиальной астмы больных в основной группе и в группе сравнения после лечения различий в результатах не выявляет ($p < 95,5\%$).

Более четкое представление об изменении тяжести больных можно получить при сопоставлении распределения больных по "ступеням" тяжести течения бронхиальной астмы до и после применения препарата РУЗАМ и в группе сравнения после традиционной терапии. Две первые ступени, хотя и диагностируются, в практической деятельности нередко не дифференцируются.

Интермиттирующее течение объединяют с персистирующим с позиций стоимостных подходов при оценке прямых затрат при астме [5], такой подход представляется предпочтительным.

Однако перераспределение больных после лечения препаратом РУЗАМ и после традиционной терапии в группе сравнения в соответствии с имеющимся теперь подразделением по четырем "ступеням" тяжести астмы позволяет получить наглядную картину, проясняющую преимущества использования в терапии бронхиальной астмы препарата РУЗАМ, особенно при переходе больных с высоких ступеней на более низкие по тяжести течения. На рис.1 показано, как изменялись группы больных по тяжести и их переходы со ступени на ступень.

Как известно, переход больного с более высокой ступени на более низкую рассматривается как существенное достижение в лечении: в большинстве же

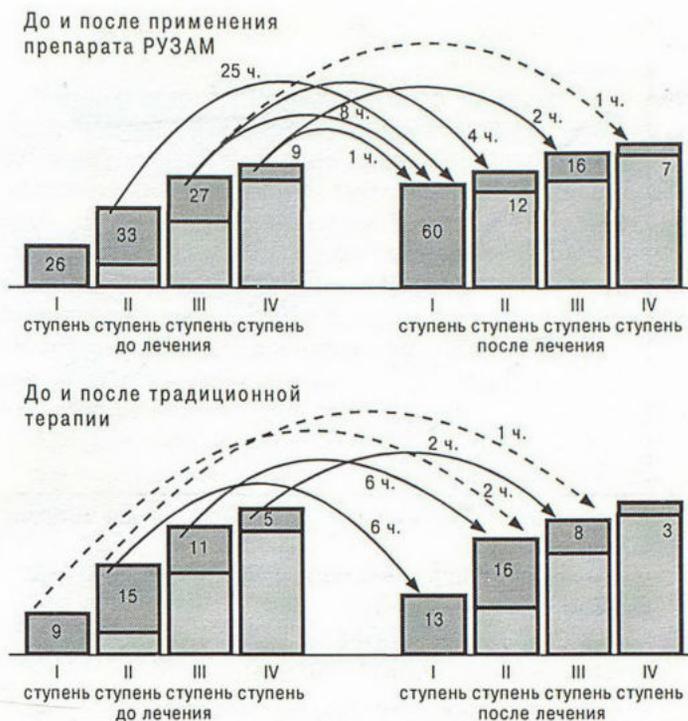


Рис.1. Перераспределение больных по "ступеням" тяжести течения бронхиальной астмы в основной группе и группе сравнения.

случаев ставится задача не стремиться переводить больного на более низкую ступень, а поддерживать его состояние уже имеющейся ступени тяжести за счет рациональной лекарственной терапии при осуществлении самоконтроля за болезнью.

В таком случае осуществляется оптимальное, в том числе и с точки зрения стоимости, лечение. Известна возможность временного перевода больного на более низкую ступень по тяжести за счет массированного применения лекарств, однако такой перевод всегда нужно тщательно взвешивать с точки зрения целесообразности, и главное, возможности удержать больного на избранной ступени с обеспечением наилучшего качества жизни, а также с учетом экономической эффективности [6]. Как видно из рис.1 в нашем исследовании после применения препарата РУЗАМ 42,1% (40) больных перешли с более высокой ступени на более низкую, из них 8,4% (8 чел.) с третьей на первую. Одна больная, находившаяся на четвертой ступени по тяжести течения бронхиальной астмы, опустилась через две ступени на первую, практически не принимала лекарств и находилась в ремиссии более года. Поднялся на ступень выше всего один больной (1,1%), ступень не изменилась после лечения у 56,8% (54) больных. Следует сразу оговориться, что при длительных сроках ремиссии после лечения препаратом РУЗАМ и переходах больных по тяжести на более низкую ступень, с уменьшением или без увеличения лекарственной терапии, мы рекомендовали, иногда и по настоянию больных, повторные курсы лечения препаратом РУЗАМ в целях профилактики обострения болезни, в частности, сезонного.

Однако и в группе сравнения при традиционном лечении на ступень ниже спустились 35% больных,

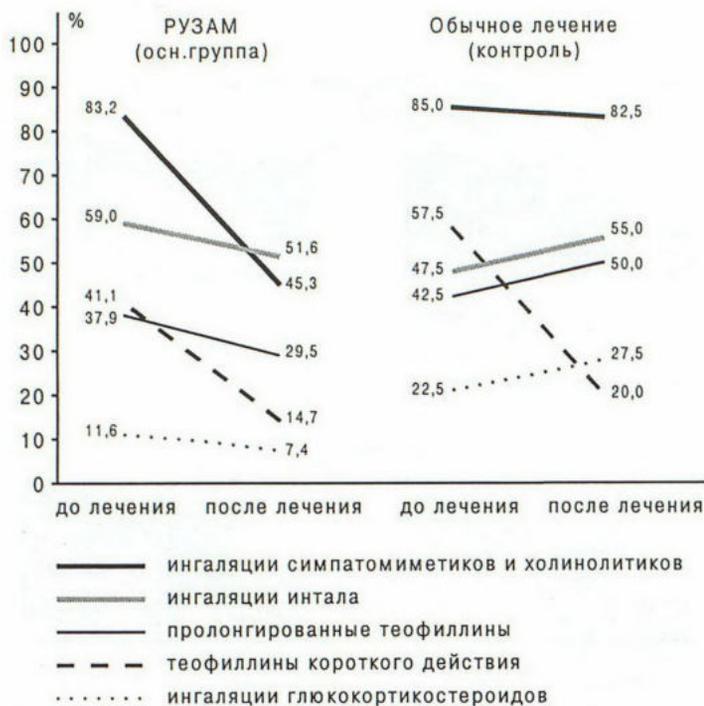


Рис. 2. Лекарственная терапия до и после лечения в основной группе и группе сравнения.

на ступень выше поднялись 7,5%, ступень тяжести не изменилась у 57,5% больных.

Вместе с тем при взгляде на лестницу в целом нетрудно заметить, что после применения препарата РУЗАМ она начинается с очень высокой ступени, за счет уменьшения высоты последующих, в то время как после традиционного лечения характер изменения лестницы в целом не очень заметен.

После применения препарата РУЗАМ изменилась интенсивность приступов (тяжесть приступов оценивали в соответствии с рекомендациями Международного соглашения по диагностике и лечению бронхиальной астмы); после лечения РУЗАМОМ появляется значимая категория больных, у которых приступы отсутствуют — 44,2%.

В то же время заметно снижаются среднетяжелые и легкие приступы, тогда как легкие приступы в группе сравнения увеличиваются (77,5%), а число больных, у которых приступов вообще нет, в 8 раз меньше, чем в основной группе.

Аналогично уменьшается частота приступов удушья. Так, если приступы в основной группе до лечения 1—2 раза в неделю были у 40% больных, 3—4 раза — у 32,6%, ежедневные и ночные — у 27,4%, то после лечения их стало: 1—2 раза в неделю — 27,4%, 3—4 раза — 13,7%, ежедневные и ночные — 14,7%, вообще не наблюдалось — у 44,2% больных. В группе сравнения приступы 1—2 раза в неделю — у 67,5%, 3—4 раза — у 17,5%, ежедневные и ночные — у 5%, вообще не наблюдались — у 5% больных.

При купировании приступов после применения препарата РУЗАМ в целом на основную группу уменьшился процент используемых симпатомиметиков с 50,5 до 25,3% при некотором увеличении самостоя-

тельного купирования с 7,4 до 8,4%; в группе сравнения, напротив, количество симпатомиметиков на группу при купировании приступа увеличилось с 40 до 57,5%.

Препарат РУЗАМ в комплексной терапии из расчета на группу уменьшал количество используемых симпатомиметиков с 83,2 до 45,3%, а также и остальных препаратов — эуфиллинов короткого действия с 41,1 до 14,7%, пролонгированных — с 37,9 до 29,5%, интала с 59 до 51,6%, ингаляционных глюкокортикостероидов с 11,6 до 7,4%.

В группе сравнения снижение касалось лишь препаратов теофиллина короткого действия — от 57,5 до 20%, в незначительной мере симпатомиметических и холинолитических средств — от 85 до 82,5%, а число больных, использующих ингаляционные кортикостероиды, — с 22,5 до 27,5%, интал — с 47,5 до 55% и препараты теофиллина пролонгированного действия — с 42,5 до 50% возросло (рис. 2).

Сопоставление с группой сравнения показало, что после лечения препаратом РУЗАМ отмечалось уменьшение сопутствующей лекарственной терапии по всем основным группам лекарственных средств: симпатомиметиков — в 2 раза; теофиллинов короткого действия — в 2 раза; кромогликат натрия и ингаляционные кортикостероиды также снизились.

Особое внимание уделялось реакциям на введение препарата РУЗАМ и его побочному действию. У 7 (7,4%) больных отмечались нежелательные события, не связанные с применением РУЗАМА. К ним относились случаи заболевания ОРЗ во время лечения, повышение артериального давления, головокружение, зубная боль.

К побочному действию РУЗАМА отнесены слабость, субфебрилитет (9,5%), заложенность носа (7,4%), болезненность и гиперемия в месте введения (5,3%). Однако эти реакции, как и на любые другие биологически активные препараты, были ожидаемы, являлись легкими, не требовали отмены препарата и проходили самостоятельно.

Поскольку у многих больных бронхиальной астмой имеются сопутствующие аллергические заболевания, изучалось влияние РУЗАМА на течение ринита сезонного и круглогодичного, atopического дерматита. Сопутствующие аллергические проявления в виде atopического дерматита до применения препарата РУЗАМ составляли 36,8%; после применения РУЗАМА у 60% больных отмечена стойкая ремиссия в течение года, что более чем в 2 раза больше, чем в группе сравнения.

При аллергическом рините улучшение достигнуто у 63% больных, полное исчезновение — у 14% (в группе сравнения улучшение отмечалось только у 22% больных).

Важно отметить, что в основной группе после лечения препаратом РУЗАМ у 18,9% больных в течение года наблюдалась стойкая ремиссия бронхиальной астмы. По формам воспалительного процесса: не нуждались в лекарственной терапии 11,1% больных с преимущественно atopической формой воспале-



Рис.3. Частота обострения бронхиальной астмы до и после применения препарата РУЗАМ в основной группе и до и после традиционного лечения в группе сравнения (в %).

ния, 18,5% с инфекционно-аллергической, 28,1% со смешанной формой воспаления. Не слишком большое различие в эффективности препарата РУЗАМ по разным формам воспалительного процесса, видимо, подтверждает правильность современного подхода к группировке больных по тяжести независимо от форм воспаления. После применения препарата РУЗАМ наблюдалось урежение частоты обострений, особенно в группах часто болеющих (рис.3, табл.2 и 3), уменьшилось их количество и длительность.

Появляются больные, у которых после лечения препаратом РУЗАМ в течение года вообще не наблюдалось обострений — 21,1%, в то время как в группе сравнения таких больных в 3 раза меньше (7,5%).

Длительность ремиссии после применения препарата РУЗАМ увеличивается: так, длительность ремиссии от 1 года до 2 лет отмечалась у 22,1% больных, в группе сравнения — всего у 5%. Ремиссия от 2 до

5 лет при лечении РУЗАМОМ составила 4,2%, в группе сравнения таких сроков ремиссии не отмечено.

Приведенные сопоставления по тяжести течения, клиническим проявлениям, лекарственной терапии в основной группе и группе сравнения говорят об эффективности применения препарата РУЗАМ в комплексной терапии бронхиальной астмы. По современным концептуальным представлениям об астме [7] возможный выход успешного профилактического или терапевтического вмешательства может включать: 1) уменьшение продолжительности или тяжести эпизодов астмы, 2) уменьшение числа эпизодов астмы, 3) увеличение статуса здоровья, приближающееся к оптимальной кривой функции заболеваемости.

Данные настоящего исследования свидетельствуют о том, что по всем трем упомянутым позициям при применении препарата РУЗАМ достигается положительный результат.

Об эффективности тех или иных мероприятий по лечению и профилактике бронхиальной астмы можно судить по изменению общей стоимости затрат, связанных с астмой.

В дополнение к клиническим и диагностическим методикам была проведена стоимостная оценка эффективности лечения разных по тяжести больных в основной группе и группе сравнения.

Стоимость лекарственной терапии в основной группе до и после применения препарата РУЗАМ в течение года в период ремиссии, а также в группе сравнения рассчитывали по количеству ингалируемых симпатомиметиков, кромогликата натрия, кортикостероидов и применяемых внутрь препаратов теофиллина короткого и пролонгированного действия, с учетом количества доз препаратов в среднем на группу больных за год с условным обсчетом стоимости основного характерного препарата (вентолин, интал, бекотид, таблетки

Таблица 2

Среднее количество обострений в год в группах разных по тяжести больных бронхиальной астмой до и после лечения препаратом РУЗАМ и в группе сравнения

Тяжесть течения	Среднее (M) количество обострений на группу в год						Достоверность различия <i>t</i>	Степень вероятности безошибочного прогноза, % <i>p</i>	Разница по количеству обострений между группами
	до лечения			после лечения					
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>m</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>m</i>			
Основная группа									
Легкая	59	2,4	0,08	72	1,0	0,07	14,0	>99,9	Существенна
Средняя	27	2,6	0,1	16	1,9	0,13	4,4	>99,9	Существенна
Тяжелая	9	3,1	0,18	7	2,8	0,3	0,86	<95,0	Не существенна
Всего...	95	2,5	0,1	95	1,1	0,08	85,4	>99,9	Существенна
Группа сравнения									
Легкая	24	1,9	0,1	29	1,6	0,09	2,3	>95,0	Существенна
Средняя	11	2,3	0,4	8	2,1	0,19	0,4	<95,0	Не существенна
Тяжелая	5	3,1	0,2	3	2,5	—	3,0	<95,0	Не существенна
Всего...	40	2,2	0,09	40	1,7	0,08	4,2	>99,9	Существенна

Средняя длительность обострений (в неделях) в группах разных по тяжести больных бронхиальной астмой до и после лечения препаратом РУЗАМ и группе сравнения

Тяжесть течения	Средняя (M) длительность обострений						Достоверность различия t	Степень вероятности безошибочного прогноза, % p	Разница по количеству обострений между группами
	до лечения			после лечения					
	n	M	m	n	M	m			
Основная группа									
Легкая	59	3,2	0,24	72	1,1	0,13	7,5	>99,9	Существенна
Средняя	27	3,5	0,23	16	2,3	0,29	3,2	>99,9	Существенна
Тяжелая	9	3,2	0,24	7	3,3	0,38	0,2	<95,0	Не существенна
Всего...	95	3,3	0,2	95	1,5	0,13	9,0	>99,9	Существенна
Группа сравнения									
Легкая	24	2,6	0,17	29	1,8	0,2	2,8	>99,0	Существенна
Средняя	11	2,9	0,22	8	3,25	0,2	1,3	<95,0	Не существенна
Тяжелая	5	3,8	0,2	3	3,3	0,8	0,6	<95,0	Не существенна
Всего...	40	2,9	0,13	40	2,2	0,2	3,2	>99,0	Существенна

эуфиллина и теопэка). Стоимость лекарств принималась по состоянию на 01.09.96 г. с учетом средних розничных цен (табл.4.).

Интересна закономерность: по основной группе больных после лечения препаратом РУЗАМ стоимость лекарственной терапии по всем группам тяжести уменьшилась в среднем на 37,9% стоимости лекарственной терапии до лечения; в группе сравнения, напротив, стоимость лекарственной терапии по всем группам тяжести увеличилась в среднем на 22,4% стоимости лекарственной терапии до традиционного лечения. Если до начала лечения усредненная стоимость лекарственной терапии в основной группе на одного больного составляла 880,3 тыс. рублей в год, а в группе сравнения соответственно 819,2 тыс. рублей в год, то после лечения препаратом РУЗАМ эта

стоимость в основной группе стала 599,4 тыс. рублей в год, а в группе сравнения 1002,9 тыс. рублей в год, то есть в основной группе лекарственная терапия на одного больного в год стала обходиться в 1,7 раза дешевле.

При рассмотрении стоимости лечения одного больного по группам тяжести в основной и контрольной группах отмечаются существенные различия. В группе сравнения при лечении традиционными методами стоимость лечения одного больного при среднетяжелом течении бронхиальной астмы (третья ступень) практически не менялась и составила около 1 млн. рублей в год (рост 0,5%). Это вполне согласуется с положениями Консенсуса о том, что правильное и своевременное лечение больного со стремлением удержать его состояние без ухудшения с весьма осто-

Стоимость лекарственной терапии одного больного в состоянии ремиссии в течение года в основной группе и в группе сравнения до и после лечения (в тыс. руб., цены на 1.09.1996 г.)

Группы больных	1 и 2 ступени по тяжести		3 ступень по тяжести		4 ступень по тяжести		В среднем по группе		
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	
Группа сравнения									
до лечения	642,4	100	1062,2	100	1133,3	100	819,2	100	
после лечения	896,1	139,5	1067,6	100,5	1863,3	164,4	1002,9	122,4	
	+253,7	+39,5	+5,4	+0,5	+730	+64,4	+183,7	+22,4	
Основная группа									
до лечения	668,0	100	1230,1	100	1222,8	100	880,3	100	
после лечения	507,4	76,0	781,1	63,5	1131,5	92,5	599,4	68,0	
	-160,6	-240	-449,0	-36,5	-91,3	-7,4	-280,9	-37,9	

рожным отношением к переходу на нижнюю ступень, видимо, является оптимальным с точки зрения тактики и стратегии лечения этого заболевания. Можно считать, что лечение в группе сравнения было качественным и адекватным, по крайней мере в группе среднетяжелых больных. Что касается группы тяжелых больных, где рост стоимости составил 64%, то приходится признать, что в тяжелой стадии поддержание больного в ремиссии за счет лекарственных средств редко обходится без увеличения их количества и стоит много дороже. Имеющийся рост стоимости лекарств на одного больного на первых двух ступенях можно объяснить необходимостью правильного подбора или коррекции ранее применявшейся терапии, причем этот рост оказался достаточно значительным — 39,5%.

Экономия на стоимости лекарств после лечения препаратом РУЗАМ получили главным образом за счет легких (24% стоимости) и среднетяжелых (36,5% стоимости) больных; разница в уменьшении стоимости по тяжелым больным имелась, но была не столь существенна (7,4%).

Сопоставление стоимости лекарственной терапии на одного больного в год до (880,3 тыс. руб.) и после (599,4 тыс. рублей) применения препарата РУЗАМ со стоимостью лекарственной терапии в группе сравнения до (819,2 тыс. руб.) и после (1002,9 тыс. руб.) лечения говорит об эффективности применения препарата РУЗАМ в комплексной терапии бронхиальной астмы по отдаленным результатам лечения.

Эффективность препарата РУЗАМ по отдаленным результатам его применения подтверждается экономически.

Выводы

1. Препарат РУЗАМ эффективен в комплексной терапии больных бронхиальной астмой преимуще-

ственно при легкой и средней степенях тяжести заболевания, что подтверждается пятилетним сроком наблюдения.

2. Препарат РУЗАМ позволяет снизить лекарственную терапию в течение года по основным группам препаратов: по симпатомиметикам на 37,9%, по инталу — на 7,4%, по теофиллинам короткого действия — на 26,4%, по теофиллинам пролонгированного действия — на 8,4%, по ингаляционным кортикостероидам — на 4,2%.
3. Экономия на стоимости лекарственной терапии после лечения препаратом РУЗАМ в группе легкого течения составила 24%, среднетяжелого — 36,5%, тяжелого — 7,4%.
4. Стоимость лекарственной терапии на одного больного в год после лечения в группе сравнения составила 1002,9 тыс. рублей, а в основной группе — 599,4 тыс. рублей, то есть в 1,7 раза меньше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Пульмонология.— 1996.— Приложение.
2. Колганова Н.А., Чучалин А.Г. Рузам — новый антиаллергический препарат // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 55.
3. Пыжжева Е.С., Чельцов В.В., Сницаренко В.Ю. Результаты клинических испытаний отечественного антиаллергического препарата Рузам // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство", 2-й.— М., 1995.— С.142.
4. Чучалин А.Г., Осипова Г.Л., Егорова Н.Б. и др. Иммуно-терапия поликомпонентной вакциной в пульмонологической практике // Пульмонология.— 1991.— № 4.— С.14—20.
5. Pharmacoeconomic and Quality-of-Life Consideration in the Treatment of Asthma.— Oakland: Adis International Limited 1995.— 24 p.
6. Preventative Strategies for Asthma // Ibid.— P.10.
7. Weiss K.B., Sullivan S.D. The economic costs of asthma. A review and conceptual model // Pharmacoeconomics.— 1993.— Vol.4.— P.14—30.